

Gebührenfrei gemäß § 110 ASVG

VII. ZUSATZPROTOKOLL

zum Gruppenpraxengesamtvertrag vom 1. Jänner 2011

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Wien, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband genannt) für die

Wiener Gebietskrankenkasse

~~Niederösterreichische Gebietskrankenkasse~~ siehe S. 39

Betriebskrankenkasse Austria Tabak

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

Betriebskrankenkasse Mondi

Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt) andererseits.

I.

Regelungen für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017.

2. Honorarregelung 1. April 2015 bis 30. September 2016

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin.

(2) Die Tarife der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden per 1. Oktober 2015 um 5,5 % erhöht. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Das auf Grund von einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien verbleibende Erhöhungsvolumen für Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztefunkdienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen, wobei die Vertragsparteien übereinkommen so vorzugehen, wie zu diesem Thema unter Punkt VIII. festgelegt wurde.

(3) Zur zusätzlichen Abdeckung der Leistungen des Ärztefunkdienstes wird per 1. November 2015 eine Einmalzahlung in der Höhe von 140.000,00 Euro gewährt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Die Tarife der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 zusätzlich zu der Tarifierhöhung gemäß Punkt 2 Absatz 2 um weitere 3,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Die restliche Summe soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztefunkdienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Die Tarife der Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin werden mit Wirkung vom 1. Juli 2017 zusätzlich zu den Tarifierhöhungen gemäß Punkt 2 Absatz 2 und Punkt 3 um weitere 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Punkt 5 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Die restliche Summe soll für Erhöhungen im Zusammenhang mit dem Ärztefunkdienst verwendet werden, welche im Rahmen des Ständigen Ausschusses einer eigenen Beschlussfassung bedürfen.

5. Ordinationen und Visiten, Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten – Verrechnungsmodus

(1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 wird der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen von 0,66 Euro auf 0,67 Euro angehoben.

(2) Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten, allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, werden auf Basis des Sonderleistungskataloges vom 1. Juli 2014 mit der jeweils angeführten Wirkung neu eingeführt oder geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

- **Pos. Ziff. 3:** „Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 42,00 Euro“
Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
→ **Ab 01.10.2016: 43,50 Euro**
→ **Ab 01.07.2017: 47,00 Euro**
- **Pos. Ziff. 8:** „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: Pos. Ziff. 8d: „Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 10 Punkte“**
- **Pos. Ziff. 8e:** „Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015**
- **Pos. Ziff. 8f:** „Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015**
- **Pos. Ziff. 8g:** „Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016**
- **Pos. Ziff. 8h:** „Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017**

- **Pos. Ziff. 17:** „Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle – 10,35 Euro“
→ **Ab 01.10.2016: 10,65 Euro**
- **Pos. Ziff. 600:** “EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte”
→ **Ab 01.07.2017: 35 Punkte**

II.

Regelungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie)

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie) gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017.

Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie).

2. Honorarregelung 1. April 2015 bis 30. September 2016

(1) Grundlage für die Honorierung der Leistungen der allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen.

(2) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen aus den Fachgruppen Kinder- und Jugendheilkunde sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe, erhalten per 1. Oktober 2015 eine Tarifierhöhung von 1,0 %.

(3) Die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, erhalten gemeinsam ab 1. Oktober 2015 eine Tariferhöhung von 3,5 %. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(4) Alle allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt II, 2. Absatz 2 und Absatz 3 nicht genannt werden, erhalten per 1. Oktober 2015 eine Tariferhöhung von 0,3 %.

(5) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

(1) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- Jugendheilkunde werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 2 um 3,0 % angehoben.

(2) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 3 über beide Fachgruppen insgesamt um 3,5 % angehoben. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(3) Alle allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie), die einer der Fachgruppen angehören, die unter Punkt II, 3. Absatz 2 und Absatz 3 nicht genannt werden, erhalten zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 4 eine Tariferhöhung von 1,5 %.

(4) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

(1) Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zur Erhöhung gem. Punkt II, 2. Absatz 3 und zur Erhöhung gemäß Punkt II, 3. Absatz 2 über beide Fachgruppen insgesamt um 3,5 % angehoben. Diese wird zwischen den Fachgruppen aufgeteilt, sodass die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 5 %, die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie 3 % erhalten.

(2) Die Tarife aller anderen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie), erhalten zusätzlich zu den Erhöhungen gem. Punkt II, 2. Absatz 2 und Absatz 4 sowie gemäß Punkt II, 3. Absatz 1 und Absatz 3 eine Tarifierhöhung von 2,0 %.

(3) Diese Erhöhungen werden gemäß Punkt II, 6. auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt. Ergänzend zu den entsprechend angeführten Erhöhungen, werden im Jahr 2017 für die Fachgruppe Chirurgie ein Betrag von insgesamt 104.000,00 Euro und für die Fachgruppe Innere Medizin ein Betrag von insgesamt 68.500,00 Euro zur Verfügung gestellt. Diese Beträge werden jeweils als Pauschalzahlung per 30. September 2017 für jene Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie und Innere Medizin, die im ersten Kalenderhalbjahr 2017 koloskopisch tätig sind, basierend auf den jeweiligen abgerechneten Positionen 231 und 631 dieser Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen im ersten Halbjahr 2017, zur Auszahlung gebracht. Dieses Honorarvolumen wird im Rahmen der folgenden Honorarverhandlung tarifwirksam auf die Fachgruppen Chirurgie und Innere Medizin für endoskopische Leistungen umgelegt. Diese Regelung wird bis zu einer neuerlichen Einigung im Rahmen der Honorarverhandlungen quartalsweise weitergeführt, wobei als Betrachtungszeitraum für die Verteilung und die Höhe der Auszahlung jeweils die im Vorquartal tatsächlich erbrachten Leistungen herangezogen werden. Mangels Einigung erfolgt die erste Auszahlung per 31. März 2018.

5. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

(1) Mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 tritt für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin jeweils ein neuer Fachgruppenkatalog in Kraft. Im Folgenden finden sich die Regelungen über die künftige Zuordnung.

(2) Für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, die nach dem 30. September 2015 einen Gruppenpraxiseinzelvertrag als Vertragsfacharztgruppenpraxis mit der Kasse abschließen, bestimmt sich die Zuordnung zum Fachgebiet Neurologie bzw. zum Fachgebiet Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin gemäß der Ausschreibung für die Vertragsfacharztgruppenpraxis bzw. für den Gesellschafteranteil.

(3) Die Verrechnung der Leistungen von Vertragsfacharztgruppenpraxen, die nach dem 30. September 2015 einen Gruppenpraxiseinzelvertrag als Vertragsfacharztgruppenpraxis für das Fachgebiet Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin abschließen, erfolgt ab 1. Jänner 2016 nach dem Leistungskatalog der allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen gemäß Punkt I. – Ordinationen und Visiten und Punkt II. – Allgemeine Sonderleistungen und dem für dieses Fachgebiet jeweils gültigen spezifischen Sonderleistungskatalog (gemäß Punkt II, 6.10. – „neuer“ Katalog). Für die Zeit von 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015 erfolgt die Verrechnung nach dem zum 1. Oktober 2015 gültigen Katalog „alt“ (Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin).

(4) Die Verrechnung der Leistungen von Vertragsfacharztgruppenpraxen, die nach dem 30. September 2015 einen Gruppenpraxiseinzelvertrag als Vertragsfacharztgruppenpraxis für das Fachgebiet Neurologie abschließen, erfolgt ab 1. Jänner 2016 nach dem Leistungskatalog der allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen gemäß Punkt I. – Ordinationen und Visiten und Punkt II. – Allgemeine Sonderleistungen und dem für dieses Fachgebiet gültigen spezifischen Sonderleistungskatalog (Gemäß Punkt II, 6.11. – „neuer“ Katalog). Für die Zeit von 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015 erfolgt die Verrechnung nach dem zum 1. Oktober 2015 gültigen Katalog „alt“ (Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin).

(5) Für Vertragsfacharztgruppenpraxen, die bis zum 30. September 2015 einen Gruppenpraxiseinzelvertrag als Vertragsfacharztgruppenpraxis für Neurologie und

Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin mit der Kasse abgeschlossen haben, besteht mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 die Option, ins neue Tarifsysteem zu wechseln oder letztmalig einen Wechsel der Fachgruppenzuordnung innerhalb des Altsystems vorzunehmen. Die entsprechende Meldung hat bis spätestens 30. November 2015 an die Kasse im Wege der Kammer zu erfolgen. Sofern keine Meldung abgegeben wird, wird von einem Verbleib im „Altsystem“ und bei der bisherigen Fachgruppenzuordnung ausgegangen. Ein Umstieg in das neue System ist künftig immer nur mit Ende eines Kalenderjahres möglich, sofern die Meldung bis 30. November des jeweiligen Jahres über die Kammer bei der Kasse einlangt. Ein Rückwechsel ins „Altsystem“ oder ein neuerlicher Wechsel der Fachgruppenzuordnung im Altsystem kann nicht vorgenommen werden.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, dass der zum Stichtag 30. September 2015 gültige Sonderleistungskatalog für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ab 1. Oktober 2015 nicht mehr verändert wird und keine Valorisierung erfährt. Die im Sonderleistungskatalog nach Altsystem enthaltenen Leistungspositionen werden dazu mit gleichem Datum als Geldwerte ausgewiesen, die nicht mehr erhöht werden.

(7) Auf Grund der Umsetzung der neuen Sonderleistungskataloge für die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin per 1. Jänner 2016 und der demnach zeitversetzten Tariferhöhung wird auf Basis der Fachgruppenzuordnung nach dem Altsystem, die von den einzelnen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Neurologie abgerechnete Honorarsumme des 4. Quartals 2015 einmalig um 3 %, die von den einzelnen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin abgerechnete Honorarsumme des 4. Quartals 2015 einmalig um 5 % erhöht ausgezahlt. Die jeweilige Erhöhung erfolgt gemäß der zum 31. Dezember 2015 gültigen Verrechnungszuordnung zum jeweiligen Fachgebiet.

6. Allgemeine Sonderleistungen und Sonderleistungen für allgemeine Vertragsfacharztgruppenpraxen ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik inkl. Hygiene und Mikrobiologie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie)

(1) Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 wird der Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen von 0,66 Euro auf 0,67 Euro angehoben. Die im Folgenden aufgelisteten Ordinationen und Visiten, allgemeinen Sonderleistungen und Sonderleistungen aus Fachgebieten, verrechenbar von allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen, werden mit der unter Punkt 6.1. bis 6.13. jeweils angeführten Wirkung geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

6.1. Allgemeine Sonderleistungen

- **Pos. Ziff. 3:** „Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 42,00 Euro“
Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.
 - **Ab 01.10.2016: 43,50 Euro**
 - **Ab 01.07.2017: 47,00 Euro**

- **Pos. Ziff. 8:** „Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von den nachgenannten Vertragsfacharztgruppenpraxen verrechenbar. Der Tarif für Pos. Ziff. 8 beträgt für die Fachsparten Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten – 3 Punkte
Bei Fachsparte für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten – 4 Punkte
Bei Fachsparte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: Pos. Ziff. 8d:** „Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Innere Medizin sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten – 4 Punkte
Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte**

- **Pos. Ziff. 8e:** „Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte

Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe für Kinder- und Jugendheilkunde – 4 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015**

→ **Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte**

Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Innere Medizin – 4 Punkte

➤ **Pos. Ziff. 8f: „Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.**

Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 4 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015**

→ **Ab 01.10.2016: Verrechenbar auch für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten – 4 Punkte**

→ **Ab 01.07.2017: Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde – 5 Punkte**

Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Orthopädie und orthopädische Chirurgie – 5 Punkte

Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Innere Medizin – 4 Punkte

➤ **Pos. Ziff. 8g: „Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“**

→ **Ab 01.07.2017**

➤ **Pos. Ziff. 8h: „Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“**

→ **Ab 01.07.2017**

Pos. Ziff. 90: „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.

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

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

a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.

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

c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.

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

e) Vertragsfachgruppenpraxen für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt."

→ **Ab 01.10.2015: „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.**

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24 % der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen in maximal 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar.

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

Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: P1, P2, P11, P12, P16, P17, N1, N3, N4, 332, 333, 614, 751, 755, 756, 758. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.

- a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.
 - b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.
 - c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.
 - d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
 - e) Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt.“
- Ab 01.10.2016: von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar
- Ab 01.07.2017: von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 26 % der Fälle pro Quartal verrechenbar

6.2. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie

- **Pos. Ziff. 104:** "Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie – 8 Punkte"
→ Ab 01.07.2017: 9 Punkte
- **Pos. Ziff. 112:** "Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille – 11 Punkte"
→ Ab 01.10.2015: 12 Punkte
- **Pos. Ziff. 113:** "Fundus ohne medizinisch erweiterte Pupille.
Die Verrechnung der Pos. Ziff. 112 schließt die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 113 am selben Tag im selben Fall aus – 8 Punkte"
→ Ab 01.10.2016: 9 Punkte
- **Pos. Ziff. 122:** „Untersuchung mit dem Refraktometer
(verrechenbar in maximal 40 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal) – 5 Punkte“
→ Ab 01.07.2017: (verrechenbar in maximal 54 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal)

6.3. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie

- *) **Pos. Ziff. 231:** „Koloskopie, Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine"). Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln. – 122 Punkte + RV

- * Die Pos. Ziff. 230 und 231 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.
 - **Ab 01.10.2015: 126 Punkte + RV**
 - **Ab 01.10.2016: 128 Punkte + RV**
 - **Ab 01.07.2017: 131 Punkte + RV**

6.4. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- **Pos. Ziff. 300:** „Kolposkopie – kann maximal so oft abgerechnet werden, wie die Pos. Ziff. 314 im selben Quartal honoriert wird – 13 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 14 Punkte**

- **Pos. Ziff. 301:** „Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstestes in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz. Verrechenbar in 6 % der Fälle – nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung – 12 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015 „Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstestes in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz. In maximal 6 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung – 12 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 15 Punkte**

- **Pos. Ziff. 313:** „Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung – 11 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: 12 Punkte**
 - **Ab 01.10.2016: 13 Punkte**

- **Pos. Ziff. 332:** „Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie.

Die Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig. – 19 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. 333:** „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.“

Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep.B,...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät.

Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren. – 19 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015** „Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.“

Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (z.B. HIV, HPV, Hep.B,...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät.

Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren. – 19 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. 340:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: 6 Punkte**

6.5. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- **Pos. Ziff. 405:** „Otomikroskopie (höchstens in 70 % der Fälle pro Quartal verrechenbar) – 8 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015:** „Otomikroskopie. In maximal 73 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 8 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017:** „Otomikroskopie. In maximal 75 % der Fälle pro und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“

- **Pos. Ziff. 427:** „Endoskopie der Nase – 10 Punkte + R I“

→ **Ab 01.10.2016:** 11 Punkte + R I

- **Pos. Ziff. 440:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal – 5 Punkte“

→ **Ab 01.10.2015:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017:** 7 Punkte

6.6. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten

- **Pos. Ziff. 525:** „Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, binocelluläres Karzinom); verrechenbar einmal pro Patient und Quartal. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar – 30 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** „Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom); einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar – 31 Punkte
 - **Ab 01.10.2016:** 32 Punkte
 - **Ab 01.07.2017:** 33 Punkte

- **Pos. Ziff. 538:** „Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar. – 22 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016:** 23 Punkte
 - **Ab 01.07.2017:** 24 Punkte

- **Pos. Ziff. 540:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar – 4 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 4 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017:** 5 Punkte

6.7. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin

- **Pos. Ziff. 600:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017:** 35 Punkte

- **Pos. Ziff. 629:** „Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Quartal verrechenbar.
Neben dieser Position sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.
Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardimyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc. – 104 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015:** „Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.“

Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien, Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc. – 104 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: 105 Punkte**

- *) **Pos. Ziff. 631:** „Koloskopie, Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine"). Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln. – 122 Punkte + RV

*) Die Pos. Ziff. 630 und 631 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.“

→ **Ab 01.10.2015: 126 Punkte + RV**

→ **Ab 01.10.2016: 128 Punkte + RV**

→ **Ab 01.07.2017: 131 Punkte + RV**

- **Pos. Ziff. 640:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
- **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“**

- **Pos. Ziff. 646:** „Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:

- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen, mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin mit 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. – 74,98 Euro“

- **Ab 01.10.2015: Pos. Ziff. 646: „Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:**
- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
 - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
 - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen, mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin mit 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden. – 76,00 Euro“

- **Ab 01.10.2016: 78,00 Euro**
→ **Ab 01.07.2017: 80,00 Euro**

6.8. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde

- **Pos. Ziff. 650:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) – 33 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 35 Punkte**
- **Pos. Ziff. 658:** „Messung der Vitalkapazität, des Atemstoßwertes und Atemgrenzwertes (nur zur Operationsfreigabe sowie bei akuter Atemnot verrechenbar). Im Anschluss an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig. – 20 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden – 20 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 22 Punkte**

- **Pos. Ziff. 665:** „Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr, verrechenbar in maximal 2 % der Fälle – 12 Punkte.
→ **Ab 01.10.2015:** bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar
- **Pos. Ziff. 690:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 9 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 9 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016:** 10 Punkte
→ **Ab 01.07.2017:** 11 Punkte
- **Pos. Ziff. 692:** „Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis. Verrechenbar für jene Fälle, die einer intensiven Koordinationstätigkeit mit anderen Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren und ist in maximal 5 % aller Fälle verrechenbar. – 12,54 Euro“
Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 90.
→ **Ab 01.10.2015:** „Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die **behandlungsführende Gesellschafterin/den behandlungsführenden Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringern/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden.**
In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt verrechenbar. – 12,54 Euro“

Erläuterung: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde.

6.9. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten

- **Pos. Ziff. 700:** „EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal 3 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 33 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015:** „EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal 3 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar – 33 Punkte
→ **Ab 01.07.2017:** 35 Punkte

- **Pos. Ziff. 706:** „Kleine Spirometrie mit Flussvolumendiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) – 20 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 22 Punkte**
- **Pos. Ziff. 708:** „Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest) – 21 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 22 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 23 Punkte**
- **Pos. Ziff. 721:** „Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina Verrechenbar in 30 % der Fälle.
Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. – 32 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: „Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina in maximal 30 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. – 33 Punkte“**
- **Pos. Ziff. 740:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 8 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 8 Punkte“**

6.10. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Wie unter Punkt II. 5. festgehalten, wird mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 ein neuer Sonderleistungskatalog für die Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin¹ vereinbart, der folgende Sonderleistungspositionen umfasst:

- **Pos. Ziff. P1:** „Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 20 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-)Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 20 Minuten. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Nicht am selben Tag verrechenbar mit P2, P11, P14, 90. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. – 41 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 46 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 48 Punkte**

¹ Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie, sofern sie diesen Tarif gewählt haben.

- **Pos. Ziff. P2:** „Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 30 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-)Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 30 Min. Maximal dreimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.

Nicht am selben Tag mit P1, P11, P14, 90 verrechenbar. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. – 72 Punkte“

- **Pos. Ziff. P3:** „Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestiche Leistungen und Konzentration 4. Denken 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affekte. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In maximal 45 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.

Nicht am selben Tag mit P5, P11, P14, P16 verrechenbar. – 30 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: In maximal 60 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.**

- **Pos. Ziff. P4:** “Mini-Mental State Examination (MMSE)

Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen. Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgekodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist. Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit P8 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“

- **Pos. Ziff. P5:** „Psychopathologischer Folgestatus. Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag, Nicht am selben Tag verrechenbar mit P3, P11, P14, P16 und P17 verrechenbar – 11 Punkte“

- **Pos. Ziff. P6:** „Erstellung eines kompletten neurologischen Status. Die Durchführung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage. Verrechenbar pro Quartal in maximal 15 % der Fälle pro Gruppenpraxis.
Nicht am selben Tag mit P7, P14 und P16 verrechenbar. – 30 Punkte“
- **Pos. Ziff. P7:** „Partieller neurologischer Status zur Therapie- und Verlaufskontrolle, z.B. zur Überprüfung von neurologischen Nebenwirkungen in Folge einer medikamentösen Behandlung.
Maximal in 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P6 und P14 verrechenbar. – 11 Punkte“
- **Pos. Ziff. P8:** „Kleine Psychodiagnostik: a) MMSE inkl. Uhrentest b) orientierende Tests oder vergleichbare Untersuchungen (z.B. GAF, Hachinsky-Skala, Alterskonzentrationstest etc.). Für die kleine Psychodiagnostik ist diese Position einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Große Psychodiagnostik: z.B. HAMD bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests. Für die große Psychodiagnostik ist diese Position zweimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.
Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P11, P14 und P16 verrechenbar. – 22 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017:** Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.
- **Pos. Ziff. P9:** „Erhebung von außenanamnestischen Daten/Angaben: Bei Patientinnen/Patienten bei denen die Außenanamnese zur Diagnose und Therapiefindung beiträgt. Das Ergebnis der Erhebung der außenanamnestischen Daten/Angaben ist zu dokumentieren. Nicht verrechenbar im Rahmen einer ausschließlichen Dolmetschfunktion. Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P12 und P14 verrechenbar. – 33 Punkte“
- **Pos. Ziff. P10:** „Sozialpsychiatrische Intervention und Koordination: umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Intervention zur Koordination der Behandlung der Patientin/des Patienten (Angehörige, Hausärztin/Hausarzt, Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter u.a. am Behandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen). Die Durchführung ist zu dokumentieren. Die involvierten Personen sind im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln.
Nicht am selben Tag mit P14 verrechenbar. Die Position umfasst keine allgemein ärztlich administrative Ordinationstätigkeit, wie beispielsweise das Ausstellen von Überweisungen, Rezepten oder Verordnungen, das Einholen von ABS-Anträgen oder Tätigkeiten im Rahmen eines Konsiliums. – 33 Punkte“

Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.

- **Pos. Ziff. P11:** „Psychiatrische Krisenintervention (Notfallbehandlung). Psychiatrische Notfallbehandlung von Patientinnen/Patienten in akuten psychischen Krisen, z.B. auf Grund schwerer Belastung, akuter Traumatisierung, psychotischer Dekompensation, akuter Intoxikation oder akuter Verwirrtheit und bei drohender oder manifester Selbst- oder Fremdgefährdung. In maximal 2 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14, P17 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 108 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 130 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 162 Punkte**
- **Pos. Ziff. P12:** „Psychiatrische Intervention unter Einbeziehung einer (von) Bezugsperson(en): psychiatrische Intervention mit Patientin/Patient und Bezugsperson(en), wenn deren Beziehungen relevante Störungen aufweisen und dadurch Auswirkungen auf das Krankheitsbild, die Krankenbehandlung und/oder die Behandlungsaussichten der Patientin/des Patienten bestehen. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Tag und Patientin/Patient und insgesamt in maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit P9, P11, P14 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P14:** „Koordinationstreffen (Helferkonferenz). Die Namen der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, deren Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sowie der Ort der Helferkonferenz sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Koordinationstreffen (Helferkonferenz) verrechenbar. Maximal zwei Koordinationstreffen (Helferkonferenz) pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P15, P16, P17 und P18 Verrechenbar.– 36 Punkte“
- **Pos. Ziff. P15:** „Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. P16:** „Komplexe psychiatrische Intervention in der Gruppe. Durchschnittliche Teilnahme von 4 bis 5 Patientinnen/Patienten. Richtzeit 45 Minuten. Maximal zweimal pro Tag und Patientin/Patient verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar Nicht am selben Tag mit P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P17:** „Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken. Maximal zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht mit P1, P2, P3, P4, P5, P11 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 40 Punkte“
- **Pos. Ziff. P18:** „Erstellen eines Behandlungsplans: Erstellung und Vermittlung der notwendigen Behandlungsstrategie und -schritte, gegebenenfalls mehrdimensionaler Therapiemaßnahmen und allfälliger Behandlungsalternativen zur Erreichung der Therapieziele sowie der prognostischen Einschätzung unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten einschließlich der Therapieadhärenz. Maximal zweimal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar.“

In maximal 12 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar,. Nicht am selben Tag mit P17 verrechenbar. – 10 Punkte“

→ **Ab 01.07.2017: Maximal zweimal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. In maximal 21 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Kalenderjahr verrechenbar.**

➤ **Pos. Ziff. P19:** Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“

→ **Ab 01.10.2016: 5 Punkte**

6.11. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie

Wie unter Punkt II. 5. festgehalten, wird mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2016 ein neuer Sonderleistungskatalog für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie² vereinbart, der folgende Sonderleistungspositionen umfasst:

➤ **Pos. Ziff. N1:** „Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. – 37 Punkte“

→ **Ab 01.10.2016: 38 Punkte**

→ **Ab 01.07.2017: 40 Punkte**

➤ **Pos. Ziff. N2:** “Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. – 32 Punkte“

➤ **Pos. Ziff. N3:** “Betreuung einer Patientin/eines Patienten aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Organisches Psychosyndrom, Demenz oder auch andere Patientinnen/Patienten, diese jedoch nur in psychosewertiger Phase oder wenn eine Neuroleptikamedikation indiziert ist. Im Zusammenhang mit der bloßen Rezeptausstellung darf die Position nicht verrechnet werden.

Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar – 45 Punkte“

➤ **Pos. Ziff. N4:** “Neurologische Notfallbehandlung (Krisenintervention) bei akuten neurologischen Symptomen oder Verdacht auf akute bedrohliche neurologische Krankheitsbilder (z.B. TIA, Schlaganfall Meningismus, akute Migräne, Status migränosus, Schub einer MS, Guillain-Barré-Syndrom, cholinerge Krise, Parkinson-Krise, Bewegungsturm, akute Neuritis, etc.). In maximal 2 % der Fälle pro

² Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie, sofern sie diesen Tarif gewählt haben.

Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar – 108 Punkte“

- **Pos. Ziff. N5:** “Erhebung des kompletten neurologischen Status: Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.
Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit N6 verrechenbar – 35 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 36 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 37 Punkte**

- **Pos. Ziff. N6:** “Partieller neurologischer Status zur Therapie oder Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. In maximal 3 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. – 17 Punkte“
 - **Ab 01.10.2016: 18 Punkte**
 - **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**

- **Pos. Ziff. N7:** “Ausführliche (d.h. über den üblichen Neurostatus hinausgehende) Prüfung der Oberflächensensibilität, der Tiefensensibilität, des Schmerzsinnes, des Temperatursinnes, der Vibrationsempfindung, inklusive Dokumentation oder Anlage eines Schemas. In maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. – 20 Punkte“

- **Pos. Ziff. N8:** “Diagnostische Vestibularisprüfung.
In maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“

- **Pos. Ziff. N9:** “Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung)
In maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“

- **Pos. Ziff. N10:** “Orthostaseprüfung nach Schellong
Verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. – 9 Punkte“

- **Pos. Ziff. N11:** “Erstellung eines psychopathologischen Status. Dieser umfasst: 1. Orientierung, 2. Auffassung und Wahrnehmung, 3. Stimmung, 4. Affekt, 5. Antrieb, 6. Ductus – formal/inhaltlich, 7. Mnestik, 8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 30 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017: in maximal 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar**

- **Pos. Ziff. N12:** “Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung, in maximal 28 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.

Die gleichzeitige Verrechnung mit N13 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“

➤ **Pos. Ziff. N13:** „Mini-Mental State Examination (MMSE):

Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen. Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgekodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist. Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit N12 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig. – 22 Punkte“

➤ ***) Pos. Ziff. N14:** “Nervenleitgeschwindigkeit (ENG). – 72 Punkte“

➤ ***) Pos. Ziff. N15:** “EMG-Untersuchung. – 72 Punkte“

➤ ***) Pos. Ziff. N16:** “EMG und ENG-Untersuchung. – 116 Punkte“

*) Die Pos. Ziff. N14, N15 und N16 werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden. Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur EMG und/oder ENG überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. (Ausbildungsnachweis)

➤ **Pos. Ziff. N17:** “Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.

Die Pos. Ziff. N17 ist in maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. – 59,40 Euro“

➤ **Pos. Ziff. N18:** “Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG, Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen

Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden. – 66 Punkte“

- **Pos. Ziff. N19:** „Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. – 15 Punkte“
- **Pos. Ziff. N20:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 7 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 8 Punkte**

6.12. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

- **Pos. Ziff. 814:** „Orthopädische Beratung und Turnanleitung, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar – 10 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 12 Punkte**
- **Pos. Ziff. 819:** „Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 18 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 22 Punkte**
- **Pos. Ziff. 825:** „Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation – 20 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: 21 Punkte**
- **Pos. Ziff. 840:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 6 Punkte“
→ **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 6 Punkte“**

6.13. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie

- **Pos. Ziff. 909:** „Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient bzw. deren Sachwalterin/Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 19 Punkte“
→ **Ab 01.07.2017: 20 Punkte**
- **Pos. Ziff. 922:** „Instillation der Harnblase mit Zytostatika – 20 Punkte + R II“
→ **Ab 01.10.2015: 25 Punkte + R II**
→ **Ab 01.10.2016: 35 Punkte + R II**
→ **Ab 01.07.2017: 45 Punkte + R II**
- **Pos. Ziff. 928:** „Urologische Schleimhutanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908, 910, 911, 916 und 929) – 4 Punkte“
→ **Ab 01.10.2016: 6 Punkte**
→ **Ab 01.07.2017: 7 Punkte**

- **Pos. Ziff. 938:** „Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (Punktionsnadeln als Ordinationsbedarf) – 120 Punkte + R III“
 - **Ab 01.10.2015: 180 Punkte + R III**
 - **Ab 01.10.2016: 190 Punkte + R III**
 - **Ab 01.07.2017: 200 Punkte + R III**

- **Pos. Ziff. 939:** „Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder:
 - a) Nieren und Retroperitoneum
 - b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata)
 - c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)
 Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät und der Schallkopf sind der Kasse zu melden – 27 Punkte“
 - **Ab 01.07.2017: 29 Punkte**

- **Pos. Ziff. 940:** „Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar – 5 Punkte“
 - **Ab 01.10.2015: „Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 5 Punkte“**

III.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie gilt für den Zeitraum 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie.

2. Strukturveränderung

Es wird festgelegt, dass die Zahl der Standorte/Fachärztinnen/Fachärzte im Bereich Labormedizin (exkl. Hygiene und Mikrobiologie) bis 31. Dezember 2020 um zumindest ein

Drittel zu reduzieren ist. Die Fachgruppe Labormedizin erhält die Möglichkeit der Erarbeitung eines Regionalen Strukturplans Labor (RSL) bis 31. Dezember 2015. Sollte die Fachgruppe Labormedizin keinen geeigneten Vorschlag bis zu diesem Datum präsentieren können, werden die Kasse und die Kammer einen Plan zur schnellstmöglichen Umsetzung dieser gemeinsamen Strukturveränderung beschließen.

3. Honorarregelung 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016

(1) Mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 werden die Tarife für die im zum 31. Dezember 2015 gültigen Laborkatalog enthaltenen Leistungen um 4 % dauerhaft abgesenkt. Die dadurch neu entstehenden Tarife werden als Anlage 1 diesem Zusatzprotokoll beigelegt und treten mit 1. Jänner 2016 in Kraft.

(2) Für die Abgeltung der in der Zeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 53.000.000,00 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.

(3) Überschreitungen der auf Grund der von den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2016 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 53.000.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 5,66 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(4) Ab einer Honorarsumme von 56.000.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt III, 3. Absatz 1 mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

4. Honorarregelung 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017

(1) Für die Abgeltung der von den in der Zeit vom 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017 erbrachten Leistungen wird eine maximale Honorarsumme von 53.700.000,00 Euro (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt.

(2) Überschreitungen der auf Grund der von den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Hygiene und Mikrobiologie) in der Zeit vom 1. Jänner 2017 bis 31. Dezember 2017 erbrachten Leistungen gebührenden Honorarsumme gegenüber dem Betrag von 53.700.000,00 Euro um einen Prozentsatz kleiner gleich 5,21 % gehen zu Lasten der Fachgruppe.

(3) Ab einer Honorarsumme von 56.500.000,00 Euro erfolgt die Honorierung der Leistungen an die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für medizinische und chemische Labordiagnostik durch die Kasse wieder gemäß Punkt III, 3. Absatz 1 mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

IV.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie

1. Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie gilt für den Zeitraum 1. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Juli 2014 gültige Honorarordnung für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie.

2. Honorarregelung 1. Oktober 2015 bis 30. September 2016

Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie werden ab 1. Oktober 2015 um 1,3 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 2 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

3. Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie werden ab 1. Oktober 2016 zusätzlich zu den Erhöhungen gemäß Punkt IV, 2. um 1,5 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 3 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Pathologie werden ab 1. Juli 2017 zusätzlich zu den Erhöhungen gemäß Punkt IV, 2. und Punkt IV, 3. um 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 4 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

V.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie

1. Strukturveränderung

(1) Zum Stichtag 1. Juli 2015 stellt sich die radiologische Versorgung auf Basis der gemeinsam in Angriff genommenen Strukturmaßnahmen wie folgt dar:

Zum Stichtag sind insgesamt 72 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie in Einzel- und Gruppenpraxen mit Verträgen zur Kasse tätig. Von diesen 72 Fachärztinnen/Fachärzten haben 13 Fachärztinnen/Fachärzte um eine Schließungsprämie angesucht. Zusätzlich sind aktuell zwei weitere Stellen für Gruppenpraxenerweiterungen bereits von den Vertragsparteien zugesagt worden, sodass unter Berücksichtigung aller Fachärztinnen/Fachärzte die um Schließungsprämie angesucht haben, zum Stichtag 61 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie mit Nachbesetzungsmöglichkeit in einer Gruppenpraxis im Stellenplan geführt werden.

5 aktuell im Rahmen von Einzelverträgen zur Kasse tätige Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie haben nicht um eine Schließungsprämie angesucht und werden gemäß den bestehenden Übereinkünften zwischen Kammer und Kasse am Standort nicht besetzt.

(2) Auf Basis der in der Präambel gemeinsam getroffenen Feststellungen wird zwischen der Kammer und der Kasse Folgendes vereinbart:

1. Die gesamtvertraglich festgesetzte Zahl von Fachärztinnen/Fachärzten für Radiologie im Stellenplan nach Abschluss aller Strukturreformen und Schließung der letzten Einzelordination wird von 68 auf 64 Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie gesenkt.
2. Um diese Absenkung zu erreichen, vereinbaren die Gesamtvertragsparteien keinen neuen Vertragsfacharztgruppenpraxen an neuen Standorten mehr zuzustimmen und bekräftigen, dass Einzelordinationen nicht nachbesetzt werden.
3. Von den fünf Einzelordinationen, die um keine Schließungsprämie angesucht haben, können sich noch drei Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie mit Zustimmung von Kammer und Kasse einer bestehenden Gruppenpraxis anschließen.

4. Von den auf Basis dieser Absenkung gemäß Punkt 1 reduzierten vier Stellen werden zwei der Strukturentwicklungsreserve gemäß § 5 Abs. 4 Gesamtvertrag zugeordnet, zwei Stellen werden für Gruppenpraxisgründungen oder –erweiterungen für andere Fachgruppen verwendet. Die Zuteilung dieser zwei Stellen erfolgt im Invertragnahmeausschuss.
5. Die rechtzeitig zum 31. Dezember 2013 angesuchten Schließungsprämien, gelangen unter der Bedingung zur Auszahlung, dass die betroffenen Fachärztinnen/Fachärzte für Radiologie ihre Tätigkeit als Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie bis längstens zum festgelegten Kündigungszeitpunkt einstellen. Eine taxative Aufzählung dieser Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie wird einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegt. Die Regelungen betreffend die Höhe, Auszahlungszeitpunkte, Saldierung, etc. bleiben unter Berücksichtigung der bereits abgeschlossenen Zusatzprotokolle unverändert. Die Schließungsprämie gelangt über diese Bestimmungen hinausgehend nur dann zur Auszahlung, wenn der Kasse eine schriftliche Bestätigung der Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte vorgelegt wird, dass diese/dieser am geschlossenen Standort keine radiologische Ordination mehr betreiben wird. Ausnahmen von dieser Regelung können von den Gesamtvertragsparteien ausschließlich bei besonders begründetem Bedarf einvernehmlich vereinbart werden. Bereits zwischen Kammer und Kasse abgeschlossene Punktationen zu den Stellenplänen der Radiologie stellen eine Ausnahme im Sinne dieser Regelung dar.
6. Hinsichtlich der in den bereits vereinbarten Zusatzprotokollen offenen Bezirke 2, 3 und 16 wird vereinbart, dass grundsätzlich nur im 16. Bezirk eine dauerhafte Außenstelle einer bestehenden Gruppenpraxis eingerichtet wird. Die Zuordnung dieser Außenstelle zu einer bestehenden Gruppenpraxis bedarf der Zustimmung von Kasse und Kammer.

2. Änderungen der Verrechnungsbestimmungen für Pos. Ziff. 810

Der gemäß Anlage D zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 gültige Tarifikatalog für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie für den kurativen Bereich wird im *Punkt C)* – „Leistungsvoraussetzung für Abrechnung der Pos. Ziff. 810 „Mammographie inklusive Mammasonographie, beide Seiten“ rückwirkend mit Wirkung vom 1. Juli 2014 in den unten gelisteten Punkten bzw. Tarifbestimmungen wie folgt geändert:

- **Punkt 1c)** Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort wobei an Standorten, die sich innerhalb eines von Kammer und Kasse im IVA genehmigten Gruppenpraxenverbundes befinden, eine

Leistungserbringung auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen im Ausmaß von jährlich mindestens 1.500 Frauen zulässig ist, sofern alle Standorte der Vertragsfacharztgruppenpraxen sämtliche standortbezogenen Voraussetzungen (ausgenommenen der 2.000 Mammographieaufnahmen/Standort) erfüllen und innerhalb des Gruppenpraxenverbundes jährlich zumindest 4.000 Mammographieaufnahmen durchgeführt werden. Sofern der Gruppenpraxenverbund über drei Standorte verfügt, ist eine Durchführung von zumindest 6.000 Mammographieaufnahmen innerhalb des Gruppenpraxenverbundes erforderlich, etc.

Für neue Programmstandorte – das sind Standorte, die nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen haben – gilt folgende Sonderregelung:

Ein neuer Standort muss in den ersten 24 Monaten der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs- Programm die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen sind vor Programmteilnahme sowie vor der Erteilung der Verrechnungsbefugnis für die Pos. Ziff. 810 zu erfüllen.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung auf Grund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristige Erkrankung) abgewichen werden.

➤ **Punkt 2a)** Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Radiologie. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen sowie kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Gesellschafterin/ein Gesellschafter für Radiologie eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie/er mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen. Neueinsteiger/innen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 Befundungen sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger/innen, die als Erstbefunderinnen/Erstbefunder tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2.000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der nachfolgenden Bestimmung in den dem Beginn der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Teilnahme am Brustkrebs-Früherkennungs-Programm nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31. Juli des auf das Kalenderjahr, in dem die

personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahrs an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während des Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme/Verrechnungsvoraussetzung aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbieterinnen/Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom Hauptverband genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

- **Punkt 10):** Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die zuständige Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.
- **Neuaufnahme eines Punkt 11a):** Für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag wird eine Zertifikatskommission bei der Österreichischen Ärztekammer eingerichtet, die aus drei Radiologinnen/Radiologen, die durch die Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) sowie zwei Radiologinnen/Radiologen, von denen jeweils einer/eine vom Hauptverband und einer/eine von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologinnen/Radiologen nominiert werden, besteht.
- Der **Anhang 2 der Anlage D** wird durch die Anlage 5 zu diesem Zusatzprotokoll ersetzt.

Zukünftige zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband vereinbarte Änderungen der ÖÄK Zertifikatsrichtlinie Mammadiagnostik treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Die Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie/Pos. Ziff. 810 ist ausschließlich unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

Für die Mammographie bei Krankheitsverdacht gilt die Indikationsliste „Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen) – gültige Liste ab 01.07.2014, Stand 21.05.2014 (Anlage 6).

Zukünftige zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband vereinbarte Änderungen der Indikationsliste werden auf www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Folgende Punkte werden im Abschnitt Dokumentation im Anschluss an Punkt 3) aufgenommen:

- **Punkt 4)** Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie eine – wie im Brustkrebs-Früherkennungs-Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

- **Evaluierung** Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP gemäß den jeweils geltenden Bestimmungen für Evaluierung und Qualitätssicherung des Programms evaluiert. Die medizinische Evaluierung wird durch die medizinische Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

3. Ausnahmeregelung für die Verrechnungsberechtigung der Pos. Ziff. 810

Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, die an ihrem Standort die gesamtvertraglich festgelegte Mindestanzahl an Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen im Jahr 2015 nicht erreichen, kommen folgende Ausnahmeregelungen zur Anwendung:

a) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, die beabsichtigen mit einer bestehenden Vertragsgruppenpraxis zu fusionieren, kommt für den Zeitraum bis zum Abschluss des neuen Einzelvertrags, längstens jedoch bis zum 30. Juni 2016, die Regelung der Leistungserbringung für einen Gruppenpraxenverbund zur Anwendung, sodass auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 1.500 Frauen, die Verrechnungsberechtigung für Pos. Ziff. 810 bestehen bleibt, sofern in der Ordination der/des betreffenden Vertragsfachärztin/Vertragsfacharztes und dem Standort jener Vertragsgruppenpraxis, in die die/der Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt fusioniert, jährlich zumindest 4.000 Mammographieaufnahmen durchgeführt werden. Sofern die Vertragsgruppenpraxis über zwei Standorte verfügt, ist eine Durchführung von zumindest 6.000 Mammographieaufnahmen erforderlich. Der Antrag auf Fusion mit einer Vertragsgruppenpraxis ist bis längstens 31. März 2016 über die Kammer bei der Kasse einzubringen.

b) Für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Radiologie, deren Einzelvertrag auf Grund des Antrags auf Schließungsprämie aus dem Strukturtopf mit dem von ihnen angegebenen Beendigungsdatum befristet ist, kann auf Antrag der/des Vertragsfachärztin/Vertragsfacharztes die Verrechnungsberechtigung für Pos. Ziff. 810 auch im Falle einer Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 1.500 Frauen bestehen bleiben. Über den Antrag hat der Invertragnahmeausschuss zu entscheiden.

4. Honorarregelung

4.1 Laufzeit

Die Honorarregelung für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie gilt für den Zeitraum 1. April 2015 bis 31. Dezember 2017. Grundlage für die Honorierung der Leistungen der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie im Zeitraum 1. April 2015 bis 30. September 2015 ist die zum 1. Jänner 2015 gültige Honorarordnung für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie, die gemäß der Regelung des IV Zusatzprotokolls zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011, Punkt I Absatz 6 zwischen den Vertragsparteien gemeinsam ermittelt und festgelegt wurde. Der sich dadurch ergebende Tarifkatalog liegt als Anlage 7 diesem Zusatzprotokoll bei.

4.2 Honorarregelung 1. Oktober 2016 bis 30. Juni 2017

Mit Wirkung vom 1. Oktober 2016 werden die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie um 1,5 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 8 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

4.3. Honorarregelung 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2017

Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 werden die Tarife der Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie zusätzlich zur Tariferhöhung gemäß Punkt V. 4.2. um 2,0 % angehoben. Diese Erhöhung wird gemäß Anlage 9 auf die entsprechenden Positionstarife umgelegt.

5. Digitalisierungszuschlag

5.1.

Für 2015 wird eine dauerhafte Erhöhung im Ausmaß von 250.000,00 Euro dem Digitalisierungszuschlag zugeschlagen. Somit gelangt der Digitalisierungszuschlag 2015 in einer Höhe von 2.500.000,00 Euro zur Auszahlung.

5.2.

Für 2016 wird eine dauerhafte Erhöhung im Ausmaß von 200.000,00 Euro dem Digitalisierungszuschlag für 2016 zugeschlagen. Somit gelangt der Digitalisierungszuschlag 2016 in einer Höhe von 2.700.000,00 Euro zur Auszahlung.

VI.

Regelungen für Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

(1) Die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erhalten mit Wirksamkeit zum 15. November 2015 eine nicht tarifwirksame Einmalzahlung im Ausmaß von 500.000,00 Euro. Die Aufteilung erfolgt aliquot der Honorarjahresrichtsummen des Jahres 2015. Die vereinbarten Honorarregelungen des V. Zusatzprotokolls bleiben von dieser Einmalzahlung unberührt.

(2) Für die Durchführung der Sonderleistung „Komplexe Entstauungstherapie“ werden ab 1. Oktober 2015 Sondervereinbarungen im Sinne des § 3 Einzelvertrags vergeben. Die Sonderverrechnungsvereinbarungen werden auf Basis der Bestimmungen gemäß Anlage 10, die einen integrierten Bestandteil dieses Zusatzprotokolls und demgemäß des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 bildet, auf Antrag der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation abgeschlossen.

VII. **Finanzierung von Strukturmaßnahmen**

1. Erweiterung und Dotierung des bestehenden Strukturtopfes

(1) Zur Förderung von Strukturmaßnahmen werden die Anspruchsgründe für das Erlangen einer Investitionsablöse erweitert. Die Regelungen des § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 werden daher gemäß Punkt IX, Absatz 1 lit. a) mit Wirksamkeit vom 1. Oktober 2015 geändert.

(2) Die Dotierung des Strukturtopfs zur Finanzierung von Strukturmaßnahmen gemäß § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 erfolgt im Jahr 2015 im Ausmaß von 4.500.000,00 Euro und im Jahr 2016 im Ausmaß von 2.400.000,00 Euro. Im Jahr 2017 erfolgt keine weitere Dotierung.

(3) Die Vertragsparteien kommen überein eine Dotierung unter Berücksichtigung der bis Ende 2017 erfolgten Auszahlungen aus dem Strukturtopf gemäß § 5 Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011, ab dem Jahre 2018 im Zuge der künftigen Honorarabschlüsse mit 1 % der Honorarsumme von Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern und allgemeinen Fachärztinnen/Fachärzten einzuplanen.

VIII. **Gemeinsame Zielsetzungen**

(1) Die Gesamtvertragsparteien kommen überein die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln sowie die Sensibilisierung des Themas der Polypharmazie auch durch gemeinsame Maßnahmen und Aktivitäten im Sinne der Ergebnisse der „Arbeitsgruppe Heilmittelökonomie“ zu forcieren.

(2) Die Vertragsparteien kommen überein eine Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten zur Überarbeitung der Pos. Ziff. 761 – Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken – aufzunehmen.

(3) Die Vertragsparteien bekennen sich zu einer weiteren Umsetzung des elektronischen Bestellwesens des Ordinationsbedarfs.

(4) Für die Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie wird eine gemeinsame Evaluierung über die Laufdauer dieser Vereinbarung auf Basis der Prognose und der vereinbarten Prozentsätze der Tarifsteigerung festgelegt, wobei die tatsächlich abgerechnete Honorarsumme der Jahre 2016 und 2017 mit der prognostizierten Honorarsumme inklusive Tariferhöhung gemäß dem Prognosemodell saldiert wird. Ergibt die Evaluierung, dass die

prognostizierten Honorarsummen wesentlich unter- oder überschritten wurden, werden die entsprechenden Tarifpositionen angepasst. Die genauen Kriterien für diese Evaluierung werden zwischen Kammer und Kasse mit Brief und Gegenbrief bis zum 30.06.2016 festgelegt.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die Erhöhung des Ärztekundendienstes gemäß des nach Punkt I dieses Zusatzprotokolls verbleibenden Erhöhungsvolumens im Ständigen Ausschuss zu befürworten.

IX Änderungen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011

(1) Die im Folgenden aufgelisteten Paragraphen bzw. Absätze konkret bestimmter Paragraphen des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Jänner 2011 werden mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 geändert und lauten ab diesem Datum wie folgt:

a) § 14a - Strukturtopf

„Sollte bei einer Gruppenpraxis ein zu § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages vom 01.01.2011 vergleichbarer Fall eintreten und der Standort als Vertragsordination beendet werden, können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse Mittel aus dem Strukturtopf gemäß § 5 des Gesamtvertrages vom 01.01.2011 zur Verfügung gestellt werden.“

b) § 17 – Behindertengerechte Ordination:

„Die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind für die barrierefreie Ausrichtung ihrer Ordinationsstätte im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Reglementierungen verantwortlich.“

c) § 19 – Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis – Ergänzung um Absatz 6 und 7:

„(6) Karenzierungen gegen Entfall der Bezüge gelten nicht als Vertragsverhältnis gemäß Absatz 2 oder als konsiliare Tätigkeit oder Nebentätigkeit gemäß Absatz 3.

(7) Konsiliaren Tätigkeiten und Nebentätigkeiten gemäß Absatz 3, die über ein Ausmaß von 10 Wochenstunden hinausgehen, kann von Kammer und Kasse zugestimmt werden, sofern die einzelvertraglich vereinbarten Ordinationszeiten mindestens 25 Wochenstunden betragen.“

d) § 20 – Organisation einer Vertragsgruppenpraxis – Ergänzung um Abs. 6 und Abs. 7:

„(6) Ein neu eintretender Gesellschafter hat bei Eintritt in die Gesellschaft einen Mindestanteil von 10 % an der Gesellschaft zu halten. Gleiches gilt für den Zusammenschluss zweier bestehender Vertragsarztstellen (Fusion).

(7) Die Gesellschafter haben im Gesellschaftsvertrag tunlichst darauf zu achten, dass im Laufe eines Zeitrahmens von 5-10 Jahren die Gesellschaftsanteile an der Gesellschaft auf Wunsch des neu eintretenden Gesellschafters aliquot gemäß der Anzahl der Gesellschafter verteilt werden.“

e) § 28 – Behandlung in der Ordination – Ergänzung um Absatz 4:

„(4) Die Übermittlung von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen bzw. die Mitgabe von solchen an dritte Personen ist nur bei Patienten zulässig, welche im betroffenen Quartal oder zumindest im Vorquartal einen persönlichen Kontakt mit dem betreffenden Vertragspartner hatten, welcher die Ausstellung des Rezeptes oder Verordnung indizierte bzw. eine Überweisung notwendig erscheinen ließ und ein ausdrücklicher Wunsch des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters oder einer dem Gesellschafter der Gruppenpraxis bekannten, den Patienten betreuenden Person (z.B. Angehörige, Heimhilfe) diesbezüglich besteht. In diesem Fall können – sofern der Patient in diesem Quartal keine weiteren Leistungen in Anspruch nimmt – nur die Fallpauschale und entsprechend der Fachrichtung entweder der Hausarztzuschlag oder der fachspezifische Zuschlag zur Abrechnung gebracht werden.“

f) § 37 – Ordinationsbedarf – Änderung von Absatz 2:

„Die Vertragsgruppenpraxis soll diesen bei der Kasse vierteljährlich tunlichst auf elektronischem Weg anfordern, sobald die diesbezüglichen technischen Voraussetzungen gegeben sind.“

g) § 39 – Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis – Änderung der Absatz 1 – Absatz 12:

„(1) Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin sind zur Verwendung der e-AUM verpflichtet.

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

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

(5) wird zu (4)

(6) wird zu (5)

(7) wird zu (6)

(8) wird zu (7)

(9) wird zu (8)

(10) wird zu (9)

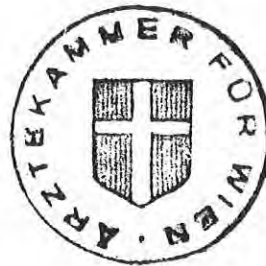
(11) wird zu (10)

(12) wird zu (11)

Die Vorsitzende der
Sektion Fachärzte

Ärztelkammer für Wien

Der Vorsitzende der
Sektion Allgemeinmedizin



Der Kuriennobmann der
niedergelassenen Ärzte

Der Präsident

Wiener Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte
Generaldirektor
Hofrat Ing. Mag. Erich Sulzbacher

Die Obfrau

Anlagen:

- Anlage 1 – Tarif Labor
- Anlage 2 – Tarif Pathologie 2015
- Anlage 3 – Tarif Pathologie 2016
- Anlage 4 – Tarif Pathologie 2017
- Anlage 5 – Zertifikatsrichtlinie Mammadiagnostik
- Anlage 6 – Indikationen für die diagnostische Mammographie (bei Frauen)
- Anlage 7 – Tarif Radiologie 2015
- Anlage 8 – Tarif Radiologie 2016
- Anlage 9 – Tarif Radiologie 2017
- Anlage 10 – Bestimmungen für Sonderverrechnungsvereinbarungen zur Durchführung der Komplexen Entlastungstherapie
- Anlage 11 – Vereinbarung über die Teilung von Vertragsarztstellen, Anlage 7 zum Gesamtvertrag von 1. Jänner 2011

**Tarif für fachgleiche Vertragsfacharztgruppenpraxen
für medizinische und chemische Labordiagnostik**

Gültig ab 01. Jänner 2016

RICHTLINIEN ZUM LABORKATALOG 2016

PRÄAMBEL

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

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis für medizinische und chemische Labordiagnostik (im Folgendem kurz Vertragsfacharztgruppenpraxis) kann grundsätzlich nur jene Leistungen verrechnen, die

- befundfähige Ergebnisse erbracht haben,
- eindeutig vom Zuweisungstext umfasst sind (unklare Zuweisungen sind abzuklären)
- in der Honorarordnung enthalten sind.

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

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

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

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

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

2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) dem Krankenversicherungsträger nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.

3. Die Vertragsfacharztgruppenpraxis darf für Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.

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

4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die Versicherungsträger besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchung zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der auf der Zuweisung angegebenen Diagnose stehen (siehe Richtlinien über ökonomische Krankenbehandlung). Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar.
5. Der Krankenversicherungsträger ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn von der Vertragsfacharztgruppenpraxis die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.

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

6. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
7. Mit den Tarifsätzen sind sämtliche Kosten der Vertragsfacharztgruppenpraxis (zB Raumkosten, Energiekosten, Personalkosten, Gruppenpraxenhonorar, Fortbildungskosten, Gerätekosten inkl. Reparatur und Wartung, Reagenzien und Medikamentenkosten, qualitätssichernde Maßnahmen intern und extern, Portokosten des Probenversands, Abholdienste, sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien, etc.) abgegolten.
8. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht. Sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 1 verrechenbar sind.

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

B) BESONDERE BESTIMMUNGEN - MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

Krankenversicherungsträger jedenfalls nachzuweisen ist die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen für folgende Parameter:

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

C) GRUPPENEINTEILUNG

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

D) INHALTSVERZEICHNIS

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

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

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

Positionstext	Pos. Ziff.
Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (zB Vanillinmandelsäure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	07.26
Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger	10.08
Keimzahlbestimmung von zugesandten vorgefertigten Objektträger	10.09
Kleines Blutbild	02.02, 19.01
Knochenresorptionsmarker	07.49
Kompletter Harnbefund: chemischer Harnbefund mittels Streifentest	13.01
Komplettes Blutbild	02.01
Kreatinin quantitativ	05.05
Kreatinin-Clearance endogen	05.45
Kultur auf Bakterien aerob	11.01
Kultur auf Bakterien anaerob	11.02
Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc)	11.05
Kultur auf Mykoplasmen	11.04
Kultur auf Pilze	11.03
Kultur auf Protozoen	11.06
Kupfer	05.33
Lactat	05.11
Lamotrigin	08.14
LDH	05.27
LDL-Cholesterin (Direktmessung)	05.50
Leberspezifische Autoantikörper	06.28
Legionella-Antikörperrnachweis	11.30
Leishmaniose-Antikörperrnachweis	11.33
Leptospiren-Antikörperrnachweis	11.31
Leukozytentypisierung mit immunologischen Techniken unter genauer Angabe der zu analysierenden Population je Antikörper	04.08
Lipase	05.28
Lipidelektrophorese	06.04
Lipoid-Antigentest auf Lues	09.11
Lipoprotein a (Lp a)	06.20
Listerien-Antikörperrnachweis	11.32
Lithium	05.36
Luteinisierendes Hormon (LH)	07.15
Lymphozytäres Choriomeningitis Virus (LCM)	11.56
Magnesium	05.42
Malaria-Antikörperrnachweis	11.35
Masern	11.36
MCA oder CA15-3	07.44
Methadon oder ähnliche Substanzen	08.07
Mikro-Albumin (MAU)	13.05
Mikroskopische Untersuchung auf Blutparasiten (zB Malariaplasmodien) im Ausstrichpräparat	11.34
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung auf Mycobakterien nach Anreicherung (zB Ziehl-Neelsen)	10.03
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung	10.02
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	10.01
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen	12.03

Positionstext	Pos. Ziff.
Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen	12.02
Mikrosomale Antikörper (MAK, TPO-Antikörper)	07.06
Mononukleoseschnelltest	09.14
Mumps	11.37
Mycoplasma pneumoniae	11.58
Myoglobin	06.17
Nachweis von allergenspezifischen Ig mit mindestens sechs deklarierten Allergenen je Allergengruppen	06.10
Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä.	10.04
Nachweis von Helicobakter pylori aus dem Stuhl	15.07
Natrium	05.37
Neisseria gonorrh.	10.11
Neutrophile Granulozyten AK	06.36
NSE	07.53
Oraler-Glucose/Lactose-Toleranztest oder Tagesprofil (mind. 3 Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen quantitativ)	05.44
Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	10.07
Ornithose	11.38
Osmotische Erythrozytenresistenz	02.12
Osteocalcin	07.37
Oxcarbazepin	08.15
Östradiol (E2)	07.12
Parainfluenza I-IV	11.39
Parathormon intakt	07.23
Partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	03.06
Parvo (Ringelröteln)	11.40
PCR für Hepatitis C	18.01
Phenobarbital	08.10
Phenytoin	08.11
Primidon	08.12
Phosphor anorganisch	05.41
Porphobilinogen	13.13
Porphyrine quantitativ	13.12
Progesteron	07.17
Prolaktin	07.18
Protein C	03.12
Protein S	03.13
PSA (Prostata-spezifisches Antigen)	07.30
Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat	12.06
Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	12.07
Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten	12.08
Q-Fieber (coxiella burnetii)	11.42
Quantitative chem. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB Eiweiß, Glucose)	12.10
Quantitative serolog. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (zB CRP, Rheumafaktor)	12.11
Respiratory Syncytical (RSV)	11.46
Retikulozyten-Zählung	02.11
RF(Rheumafaktor) quantitativ	06.21
Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen und CDE-positiven Personen	04.02
Rota-Antigennachweis im Stuhl	11.43

Positionstext	Pos. Ziff.
Röteln IgM-AK	09.22, 19.05
Röteln	09.21, 19.04
Salmonellenantigennachweis mittels Agglutinationsreaktionen (Gruber-Widal)	11.24
Saure Phosphatasen, gesamt	05.29
SCC	07.54
Sediment	13.03
Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	01.03
Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	01.05
Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	07.20
Sperma: Fructosegehalt	12.05
Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit	12.04
Spezifisches Gewicht im Harn	13.11
Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung	12.01
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	13.02
Stuhl auf Chymotrypsin	15.05
Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ	15.04
Stuhl auf okkultes Blut, je Testbriefchen	15.02
Stuhl auf Protozoen einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	15.03
Stuhlkultur	11.07
Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe der Erreger	11.09
Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (zB Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)	13.09
Testosteron oder Freies Testosteron	07.19
Theophyllin	08.03
Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit	03.04
Thrombinzeit zur Antikoagulantienkontrolle	03.05
Thyreoglobulin	07.47
Thyreoglobulin Antikörper (TAK, TGAK)	07.05
Thyreotropin Rezeptor Autoantikörper (TSH-Rezeptor Antikörper, TRAK)	07.07
Toxoplasmose IgM	09.24, 19.07
Toxoplasmose IgG	09.23, 19.06
Transferrin (Eisenbindungskapazität – EBK)	05.31
Treponemenantikörnernachweis/Lues IgG	09.12, 19.08
Treponemenantikörnernachweis/Lues IgM	09.13
TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	07.04
Trichinose-Antikörnernachweis (ELISA)	11.47
Triglyzeride (Neutralfett)	05.12
Troponin T oder I quantitativ	06.18
TSH sensitiv	07.01
Tularämie-Antikörnernachweis	11.49
Valproinsäure	08.13
Varicellen-Zoster (VZV)	11.51
Vitamin B12	07.33
Wachstumshormon (STH, HGH, IGF)	07.22
Yersinia-Antikörnernachweis	11.52
Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	13.04
Zink	05.34
Zystizerkosen	11.55
Zytomegalie (CMV)	09.18

E) LEISTUNGSKATALOG

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 1: Entnahme von Untersuchungsmaterial	
01.01	Blutentnahme aus der Vene Kapillarblutabnahme (zB aus der Fingerbeere) nicht gesondert verrechenbar, da in jeweiligen Positionen enthalten 1x je Ordination verrechenbar (ausgenommen Funktionstest); nicht neben Pos. Ziff. 03.14 verrechenbar	3,07
01.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr Kapillarblutabnahme (zB aus der Fingerbeere) nicht gesondert verrechenbar, da in jeweiligen Positionen enthalten, 1x je Ordination verrechenbar (ausgenommen Funktionstest)	7,50
01.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt max. 1x pro Ordination verrechenbar	4,04
01.04	Bakteriologischer Abstrich, je Abnahmestelle	2,28
01.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	2,28

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 2: Hämatologie und Blutsenkung	
02.01	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter siehe Ziff. 8 „Allgemeine Bestimmungen“; 5teilige Differentialzählung besteht aus Neut, Eo, Baso, Lympho, Mono; nicht neben Pos. Ziff. 02.02 verrechenbar	2,93
02.02	Kleines Blutbild: Zählung und Beurteilung der Leukozyten, Erythrozyten, Thrombozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter nicht neben Pos. Ziff. 02.01 verrechenbar, siehe Ziff. 8 „Allgemeine Bestimmungen“	2,21
02.11	Retikulozyten-Zählung beinhaltet alle Meß- und Rechenparameter	5,02
02.12	Osmotische Erythrozytenresistenz nur bei unklaren hämolytischen Anämien	4,89
02.20	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1,31

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 3: Gerinnungs- und Thrombophiliediagnostik	
03.03	Blutungszeit-Bestimmung	2,41
03.04	Thromboplastinzeit oder Prothrombinzeit (TPZ, PTZ, Quick-, Normo- oder Thrombotest) inkl. Angabe der INR	2,12
	grundsätzlich nur 1x verrechenbar, 2x nur mit med. Begründung (zB Therapieumstellung), nicht neben Pos. Ziff. 03.05 verrechenbar	
03.05	Thrombinzeit zur Antikoagulantienkontrolle	1,92
	grundsätzlich nicht neben Pos. Ziff. 03.04 und nicht als präoperative Screeninguntersuchung verrechenbar	
03.06	Partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	1,99
03.07	Antithrombin III-Bestimmung	2,92
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung	
03.08	Fibrinogen	2,26
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung	
03.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte (zB D-Dimere)	8,00
	bei Verdacht auf Verbrauchskoagulopathie, zur Thrombophilieabklärung (Embolie, TVT)	
03.10	Aktivierte Protein C - Resistenz (APC-Test oder äquivalenter Test wie ProcG-Test)	8,15
	nur bei Thrombophiliediagnostik	
03.11	Einzelfaktoren	12,82
	bei strenger med. Indikation	
03.12	Protein C	12,82
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
03.13	Protein S	10,82
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
03.14	Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, inkl. INR) und ärztlicher Therapieeinstellung; Venöse oder kapilläre Blutabnahme inkludiert	6,19
	nicht neben Pos. Ziff.01.01 und/oder Pos. Ziff. 03.04 verrechenbar	

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 4: Blutgruppenserologie Leistungen der Gruppe 4 sind nach den Richtlinien für Blutgruppenserologie durchzuführen	
04.01	Blutgruppenstatus: ABO-System, Rhesus-D-Bestimmung, Antikörpersuchtest grundsätzlich 1x im Leben ausreichend; nur mit Begründung, zB vor Operationen, mit potentiellm Transfusionsbedarf, bei Schwangerschaft (MKP) verrechenbar und bei Blutungsgefahr (Antikoagolantientherapie)	15,21
04.02	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen und C D E - positiven Personen grundsätzlich 1x im Leben ausreichend. Inkludiert auch die Abklärung auf Du bzw. Dweak	6,81
04.03	Antikörpersuchtest (indirekter Coombstest) nur mit strenger med. Indikation, siehe Richtlinien für Blutgruppenserologie. Dieser Test kann ohne begleitende Blutgruppenbestimmung dann verrechnet werden, wenn bereits ein Blutgruppenstatus vorliegt, wegen einer bevorstehenden OP der Antikörpersuchtest jedoch nochmals durchgeführt werden muss	7,64
04.04	Coombstest direkt	5,48
04.06	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest verrechenbar bei positivem AK-Suchtest (Pos. Ziff. 04.03) sowie bei positivem AK-Suchtest im Rahmen der Blutgruppenbestimmung (Pos. Ziff. 04.01)	15,03
04.07	Agglutinine: Kälte-, Wärme- und/oder Kryoglobuline	4,59
04.08	Leukozytentypisierung mit immunologischen Techniken unter genauer Angabe der zu analysierenden Population je Antikörper nur zur Differenzierung von hämatologischen Systemerkrankungen und schweren Immundefekten; max. 5 AK bei nicht-hämatologischen Fragestellungen, max. 12 AK bei nachgewiesenen malignen hämatologischen Systemerkrankungen	8,57
04.09	HLA-B27 nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew, M.Reiter u.Ä.	10,77
04.10	Antikörpertitration (zB Rhesusantikörperbestimmung) nur bei pos. Antikörperrnachweis bei klin. Relevanz, pro Zuweisung nur 1x verrechenbar	4,97
04.12	Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppen-serologischen Problemkonstellationen in maximal 25 % der Pos. Ziff. 04.06 verrechenbar	7,79

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 5: Chemische Untersuchungen	
05.01	Blutzucker quantitativ	0,92
05.02	Fruktosamine	1,79
	nur bei Diabetes 2x pro Patient und Quartal verrechenbar, nicht neben HbA1c Pos. Ziff. 05.03 verrechenbar	
05.03	HbA1 oder HbA1c	3,67
	nur bei Diabetes 2x pro Patient und Quartal verrechenbar, nicht neben Fructosamin Pos. Ziff. 05.02 verrechenbar	
05.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN quantitativ	0,92
05.05	Kreatinin quantitativ	0,89
05.06	Harnsäure quantitativ	0,92
05.07	Gesamtbilirubin	0,92
05.08	Direktes und indirektes Bilirubin	1,12
	nur verrechenbar bei erhöhtem Gesamtbilirubin Pos. Ziff. 05.07	
05.09	Gesamteiweiß quantitativ	0,89
	nicht gleichzeitig mit Serumelektrophorese Pos. Ziff. 06.01 verrechenbar	
05.10	Ammoniak	6,26
	nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
05.11	Lactat	4,92
	nur bei Verdacht auf Azidose (zB Diabetes mellitus)	
05.12	Triglyzeride (Neutralfett)	0,95
05.13	Gesamtcholesterin	0,92
05.14	HDL-Cholesterin inklusive eventueller LDL-Cholesterin- Berechnung	1,37
	LDL-Errechnung mittels Friedewaldformel	
05.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	6,59
	nur bei Verdacht auf Sarkoidose, M. Boeck	
05.16	Aldolase	6,59
05.17	Alkalische Phosphatase	0,92
05.19	alpha-Amylase	1,52
05.20	Cholinesterase	0,99

Pos. Ziff.		Honorar Euro
05.21	CK (Creatin-Kinase)	1,52
05.22	CK-MB-Isoenzym (Aktivitäts- oder Massebestimmung) nur bei Myocardinfarktverdacht und erhöhtem CK verrechenbar	3,51
05.23	GOT (ASAT)	0,92
05.24	GPT (ALAT)	0,92
05.25	Gamma-GT	0,92
05.27	LDH	0,95
05.28	Lipase	1,52
05.29	Saure Phosphatasen, gesamt	2,19
05.30	Eisen	0,99
05.31	Transferrin (Eisenbindungskapazität – EBK) inklusive der Errechnung der Transferrinsättigung	2,05
05.32	Ferritin	3,09
05.33	Kupfer bei Verdacht auf Morbus Wilson	6,26
05.34	Zink bei klin. Hinweisen auf Zinkmangel zB Alopezie	6,26
05.36	Lithium nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	1,57
05.37	Natrium	0,99
05.38	Kalium	0,99
05.39	Kalzium und/oder ionisiertes Kalzium	0,99
05.40	Chloride	0,99
05.41	Phosphor anorganisch	0,99
05.42	Magnesium	0,99
05.44	Oraler-Glucose/Lactose-Toleranztest oder Tagesprofil (mind. 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Zuckergetränk, nicht neben Pos. Ziff. 05.01 (Blutzucker) verrechenbar	7,48
05.45	Kreatinin-Clearance endogen beinhaltet Serum- und Harnbestimmung, Summe aus Pos. Ziff. 05.05 und Pos. Ziff. 13.09	2,62
05.50	LDL-Cholesterin (Direktmessung) bei Triglyceridwerten größer als 350mg/dl, max. 1x pro Quartal verrechenbar, in maximal 4 % von Pos. Ziff. 05.14 verrechenbar	1,83

Pos. Ziff.		Honorar Euro
	Gruppe 6: Proteindiagnostik	
06.01	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung) nicht neben Pos. Ziff. 05.09 und/oder 06.19 verrechenbar	3,60
06.02	Immunelektrophorese oder Immunfixation (Serum) nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	19,14
06.03	Isoenzym-Elektrophorese unter Angabe des zu bestimmenden Parameters	15,82
06.05	Hämoglobinelektrophorese bei unklaren Anämien	15,82
06.08	Immunglobuline IgA, IgG, IgM; je Parameter	2,19
06.09	IgE gesamt zur Allergiediagnostik	4,09
06.10	Nachweis von allergenspezifischer Ig mit mindestens 6 deklarierten Allergenen je Allergengruppe, neben Pos. Ziff. 06.11 verrechenbar nur nach ausführlicher klin. Anamnese und bei nicht möglicher Hauttestung (zB Kleinkind oder Hauterkrankung) max. 3x pro Quartal verrechenbar	21,06
06.11	Allergen Einzeltest (allergenspezifisches Ig) unter Angabe des vermuteten Allergens nur nach ausführlicher klin. Anamnese und Hauttestung (zB Prick, Scratchtest) max. 5x pro Quartal verrechenbar	5,09
06.12	alpha 1 - Antitrypsin	6,33
06.15	Haptoglobine nur zur Anämiediagnostik	6,33
06.16	Coeruloplasmin bei Verdacht auf Morbus Wilson	6,33
06.17	Myoglobin nur bei Verdacht auf frischem Myocardinfarkt oder Muskelerkrankungen verrechenbar	7,25
06.18	Troponin T oder I quantitativ nur bei Verdacht auf Myocardinfarkt oder zur Abklärung einer instabilen Angina pectoris	6,42
06.19	Albumin nicht gleichzeitig mit Serumelektrophorese Pos. Ziff. 06.01 verrechenbar	1,43

Pos. Ziff.		Honorar Euro
06.20	Lipoprotein a (Lp a) nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend, ausgenommen Therapiekontrolle	7,67
06.21	RF (Rheumafaktor) quantitativ	2,06
06.22	ASLO (Antistreptolysin-O quantitativ) keinesfalls mit orientierendem Schnelltest auf Streptokokken Pos. Ziff. 10.07 verrechenbar	1,86
06.23	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	1,52
06.25	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA, ANF) nur bei Verdacht auf Autoimmunerkrankungen	8,28
06.26	Extrahierbare nukleäre Antikörper (ENA/ANA-Subset) nur bei positivem ANA-Befund (Pos. Ziff. 06.25) max. 6x verrechenbar	8,08
06.27	Anti-DNS (=ds-DNA)	9,53
06.28	Leberspezifische Autoantikörper (zB Mitochondriale Antikörper – AMA, SLA, LKM) max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	9,53
06.29	Glatte Muskulatur Antikörper (ASMA, SMA)	8,28
06.30	C3 Komplement quantitativ	2,86
06.31	C4 Komplement quantitativ	2,86
06.32	C1 Esterase Inhibitor	3,97
06.34	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (zB Cardiolipin AK, Insulin AK, APVA), je max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	9,41
06.35	Apolipoproteine nicht neben HDL/LDL Cholesterin (Pos. Ziff. 05.14 und/oder 05.50) max. 2x verrechenbar	3,97
06.36	Neutrophile Granulozyten AK (zB ANCA, c, p-ANCA, MPO, PR3) max. 2 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	10,74
06.37	Gliadin AK (IgA, IgM, IgG) max. 2 Klassen 1x pro Quartal verrechenbar	9,41
06.38	Endomysiale AK (EMA) oder Trans G-AK bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar	9,41

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 7: Hormone, Tumormarker und Vitamine		
Tumormarker zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren oder bei begründetem Verdacht, max. 3 Tumormarker pro Patient und Quartal verrechenbar.		
Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden, ebensowenig im Zusammenhang mit einer in-vitro Fertilisation (IVF-Fonds!).		
Max. 6 Parameter pro Patient und Quartal der Pos. Ziff. 07.09 - 07.20 und 07.48 verrechenbar, darüber hinaus erforderliche Hormonbestimmungen müssen entsprechend med. begründet sein		
07.01	TSH sensitiv	3,21
07.02	Gesamt-T4 oder freies T4	3,21
	nur bei patholog. TSH (Pos. Ziff. 07.01) oder bei Schilddrüsentherapie verrechenbar - max. in 15 % von Pos. Ziff. 07.01 verrechenbar	
07.03	Gesamt-T3 oder freies T3	3,21
	nur bei patholog. TSH (Pos. Ziff. 07.01) oder bei Schilddrüsentherapie verrechenbar - max. in 15 % von Pos. Ziff. 07.01 verrechenbar	
07.04	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,32
	nur bei patholog. Ergebnis einer der Pos. Ziff. 07.01 bis 07.03 oder bei bekannter Schilddrüsenerkrankung verrechenbar, Medikamentenkosten inkludiert	
07.05	Thyreoglobulin Antikörper (TAK, TGAK)	6,42
	Verdacht auf Thyreoditis	
07.06	Mikrosomale Antikörper (MAK, TPO-Antikörper)	6,42
	Verdacht auf Thyreoditis	
07.07	Thyreotropin Rezeptor Autoantikörper (TSH-Rezeptor Antikörper, TRAK)	11,57
	Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow	
07.08	ACTH (Adrenocorticotropes Hormon)	13,42
07.09	Chorion-Gonadotropin (beta-HCG) quantitativ	6,42
	<u>Schwangerschaft:</u> nur zur Überwachung von Risikoschwangerschaften (inkl. Tubaria-Abklärung)	
	<u>Tumordiagnostik/Verlaufskontrolle:</u> als Tumormarker max. 1x pro Quartal verrechenbar	
07.10	Cortisol	6,42
07.11	DHEAS (Dehydroepiandrosteronsulfat)	6,42

Pos. Ziff.		Honorar Euro
07.12	Östradiol (E2)	4,94
07.14	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	4,94
07.15	Luteinisierendes Hormon (LH)	4,94
07.17	Progesteron	5,09
07.18	Prolaktin	4,94
07.19	Testosteron oder Freies Testosteron	5,09
07.20	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	8,90
07.22	Wachstumshormon (STH, HGH, IGF)	11,57
07.23	Parathormon intakt	11,57
07.25	Katecholamine im Serum (zB Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je nicht neben Pos. Ziff. 07.26 verrechenbar, max. 3 verrechenbar	11,08
07.26	Katecholamine und deren Metabolite im Sammelharn (zB Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je nicht neben Pos. Ziff. 07.25 verrechenbar, max. 3 verrechenbar	11,08
07.29	AFP (Alpha-Fetoprotein) max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.30	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Zuweisung durch Fachärzte und Gruppenpraxen für Urologie	5,09
07.31	CEA (Carcinoembryonales Antigen) max. 1x pro Quartal verrechenbar	5,09
07.33	Vitamin B12	6,42
07.34	Folsäure	6,42
07.35	25-Hydroxy-Cholecalciferol (25-OH Vitamin D3) bei Verdacht auf Vitamin D3 Mangel	11,57
07.36	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren über Zuweisung aller Fachgruppen 1x pro Quartal verrechenbar	5,09
07.37	Osteocalcin Knochenformationsmarker	11,57

Pos. Ziff.		Honorar Euro
07.38	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) Als Screeningsmaßnahme über Zuweisung aller Fachgruppen 1x pro Kalenderjahr verrechenbar; nur bei Männern über 50 Jahren bzw. bei hereditärer Prädisposition über 45 Jahren	5,09
07.39	Gastrin	9,55
07.40	C-Peptid nur bei Diabetes	11,57
07.41	Insulin zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II	11,57
07.43	Freies PSA in max. 10 % der Pos. Ziff. 07.30, 07.36, 07.38 verrechenbar	5,50
07.44	CA 15-3 oder MCA max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.45	CA 125 max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.46	CA 19-9 max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.47	Thyreoglobulin max. 1x pro Quartal verrechenbar	8,90
07.48	Androstendion	10,24
07.49	Knochenresorptionsmarker (zB Pyridinium-Crosslinks, Hydroxyprolin Crosslaps), Harn oder Serum	10,74
07.50	Calcitonin max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.51	CYFRA 21-1 max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.52	Beta 2 Mikroglobulin max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.53	NSE max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42
07.54	SCC max. 1x pro Quartal verrechenbar	6,42

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 8: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen		
08.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	6,42
08.03	Theophyllin	7,75
08.06	Drogennachweis (Amphetamine, Opiate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain und ähnliche), je	3,86
	Einschränkung auf 5 Analyte pro Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	
08.07	Methadon oder ähnliche Substanzen	4,86
	max. 1x pro Zuweisung, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	
08.08	Carbamazepin	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.09	Ethosuximid	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.10	Phenobarbital	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.11	Phenytoin	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.12	Primidon	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.13	Valproinsäure	6,42
	max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.14	Lamotrigin	9,16
	HPLC-Nachweis; max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.15	Oxcarbazepin	9,16
	HPLC-Nachweis; max. 3x pro Quartal verrechenbar	
08.16	Amiodaron	10,99

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 9: Infektionsserologie		
Folgende Antikörper-Untersuchungen sind nicht als Impfkontrollen zu verwenden, sondern nur bei entsprechendem Krankheitsverdacht!		
IgM, IgG, IgA Antikörpernachweis mit immundiagnostischer Methode (zB ELISA)		
09.02	HBs-Antigen, Suchmarker für Hepatitis B Infektion	3,75
09.03	HBs-Antikörper nur bei pos. HBsAg und/oder HBcAk; in max. 15 % von Pos. Ziff. 09.04 verrechenbar	4,43
09.04	HBc-Antikörper Suchmarker für Hepatitis B Infektion; zur Verlaufskontrolle nicht sinnvoll	5,09
09.05	HBc-IgM-Antikörper nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	9,08
09.06	HBe-Antigen nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	9,08
09.07	HBe-Antikörper nur nach pathologischem Suchtest oder zur Verlaufskontrolle verrechenbar	9,08
09.08	HAV-Antikörper nur bei pos. HAV-IgM; in max. 2 % von Pos. Ziff. 09.09 verrechenbar	6,42
09.09	HAV-IgM-Antikörper Suchmarker für Hepatitis A Infektion	6,42
09.10	Hepatitis C Antikörper (HCV-AK)	6,42
09.11	Lipoid-Antigentest auf Lues (zB VDRL, RPR oder Cardiolipinflockungstest) max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	1,84
09.12	Treponemenantikörpernachweis /Lues IgG (mittels TPHA oder Immunoassay) max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	3,25

Pos. Ziff.		Honorar Euro
09.13	Treponemenantikörpernachweis/Lues IgM (mittels FTA-ABS Test) nur bei positivem Lipoid-Antigentest Pos. Ziff. 09.11 oder bei positivem Treponemenantikörpernachweis Pos. Ziff. 09.12 verrechenbar; max. 1x pro Zuweisung verrechenbar	10,15
09.14	Mononukleoseschnelltest nicht neben Pos. Ziff. 09.15 (EBV-AK) verrechenbar	3,92
09.15	Epstein-Barr (zB VCA, EBNA, EA) nicht neben Mononukleose-Schnelltest Pos. Ziff. 09.14 verrechenbar, max. 3x pro Zuweisung verrechenbar	7,32
09.16	HIV-AK (Elisa) nur bei begründetem Verdacht, mit dem Tarif sind alle erforderlichen Bestätigungsuntersuchungen mit Ausnahme des Western-Blot abgegolten.	5,09
09.17	Chlamydia trachomatis AK (IgA, IgG oder IgM) max. 2 AK (zB IgA und IgG) pro Zuweisung verrechenbar	7,32
09.18	Zytomegalie (CMV) Suchmarker für akute Infektion ist IgM; IgG nur bei positivem IgM verrechenbar	7,32
09.19	Helicobacter pylori AK (IgA, IgG) Zuweisung vorzugsweise von Internisten oder Chirurgen, max. 1 Klasse pro Zuweisung verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 15.07 verrechenbar	9,58
09.20	Borrelia burgdorferi - AK (IgA, IgG, IgM) max. 2 Klassen pro Zuweisung verrechenbar	6,74
09.21	Röteln IgG nur bei pos IgM	7,32
09.22	Röteln IgM nur bei Verdacht auf frische Infektion	7,32
09.23	Toxoplasmose IgG verrechenbar bei Nicht-Schwangeren	7,32

Pos. Ziff.		Honorar Euro
09.24	Toxoplasmose IgM nur bei Verdacht auf frische Infektion nur bei positivem IgG verrechenbar (bei Nicht-Schwangeren)	7,32
09.25	Chlamydia pneumoniae max. 2 AK (zB IgA und IgG) pro Zuweisung verrechenbar	7,32
09.26	Borrelia b. – Immunoblot (IgG/IgM) je IgG, je IgM nur bei positivem Suchtest (Pos. Ziff. 09.20) verrechenbar	13,74

Pos. Ziff.		Honorar Euro
Gruppe 10: Allgemeine mikrobiologische Untersuchungen		
10.01	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials ausgenommen Sekrete d. Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 12.02, 12.03; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor - nur im KH) siehe Pos. Ziff. 12.06, 12.07	1,70
10.02	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) ausgenommen Sekrete d. Geschlechtsorgane siehe Pos. Ziff. 12.03, ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. Ziff. 12.06, 12.07, max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	2,56
10.03	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung auf Mycobakterien nach Anreicherung (zB Ziehl-Neelsen) Sputum unter Pos. Ziff. 12.01 verrechnen	2,60
10.04	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial ausgenommen Chlamydien-Antigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.05, Gonokokken-Antigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.06, Streptokokken- Gruppenantigennachweis siehe Pos. Ziff. 10.07	8,95
10.05	Chlamydien-Antigennachweis (chlamydia trachomatis) aus dem Abstrichmaterial mittels Immunoassay nicht neben Pos. Ziff. 09.17 (Chlamydien AK) verrechenbar	10,15
10.06	Gonokokken-Antigennachweis aus dem Abstrichmaterial nicht neben Pos. Ziff. 10.04 verrechenbar	12,81
10.07	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich keinesfalls neben ASL Pos. Ziff. 06.22 verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 10.04 verrechenbar	5,41
10.08	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult) nicht neben Pos. Ziff. 11.01 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. Ziff. 11.09 zu verrechnen	3,21

Pos. Ziff.		Honorar Euro
10.09	Keimzahlbestimmung von zugesandten vorgefertigten Objektträger (zB Uricult) eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. Ziff. 11.09 zu verrechnen	1,86
10.10	Chlamydia trachomatis AG Nachweis mit amplifizierender Methode; max. 1x pro Patient verrechenbar	15,93
10.11	Neisseria gonorrh. AG Nachweis mit amplifizierender Methode; max. 1x pro Patient verrechenbar	15,93

Pos. Ziff.

Honorar
Euro

Gruppe 11: Spezielle mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Folgende Antikörper-Untersuchungen sind nicht als Impfkontrollen zu verwenden, sondern nur bei entsprechendem Krankheitsverdacht
IgM, IgG, IgA Antikörpernachweis mit immundiagnostischer Methode (zB ELISA)

11.01	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB Harnkultur) max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos. Ziff. 10.08 (zB Uricult) verrechenbar	8,21
11.02	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	10,27
11.03	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	10,27
11.04	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	12,02
11.05	Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	21,61
11.06	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	12,08
11.07	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. Ziff. 11.09 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	11,85
11.08	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,75