

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
1010 Wien

06.11.2019
Mag. Engelbert Schiller

Brief-Gegenbrief zur Vereinbarung 2020

Sehr geehrte Damen und Herren!

In Umsetzung der Brief-Gegenbrief-Vereinbarung vom 14. März 2019 sowie in Ergänzung der ab 1.1.2020 in Kraft tretenden Gesamtverträge mit niedergelassenen Ärzten bzw. Gruppenpraxen werden von den Vertragsparteien folgende Ergänzungen vereinbart:

1. Trotz größten Bemühens der Vertragsparteien bei der tarifwirksamen Verwendung (Punkteverwerterhöhung) der 10 Mio. € für 2020 konnte nicht für alle Facharztgruppen bzw. Vertragsärzte in Vorarlberg ein optimales Ergebnis erzielt werden. Aus diesem Grund wurden rund 400.000 € der 10 Mio. € für die Sonderfinanzierung von „Härtefällen“ zurückbehalten.
2. Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erhalten vollautomatisch zu jeder ab 1.1.2020 für BSVG-Anspruchsberechtigte erbrachten Ersten Ordination im Monat (Pos. E 11) einen Zuschlag in Höhe von 5,80 €. Diese Zuschlagsposition endet automatisch mit 31.12.2021. Der sich daraus ergebende Aufwand wurde mit 100.000 € p.a. berechnet.
3. Vertragsfachärzte für Lungenheilkunde erhalten vollautomatisch zu jeder ab 1.1.2020 für BSVG-Anspruchsberechtigte erbrachten Ersten Ordination im Monat (Pos. E 11) einen Zuschlag in Höhe von 5,15 €. Diese Zuschlagsposition endet automatisch mit 31.12.2021. Der sich daraus ergebende Aufwand wurde mit 100.000 € p.a. berechnet.
4. Vertragsärzte für Allgemeinmedizin in Vorarlberg erhalten vollautomatisch zu jeder ab 1.1.2020 für BSVG-Anspruchsberechtigte erbrachten Ersten Ordination im Monat (Pos. A 1) einen Zuschlag in Höhe von 5,00 €. Diese Zuschlagsposition endet automatisch mit 31.12.2021. Der sich daraus ergebende Aufwand wurde mit 108.000 € p.a. berechnet.
5. Da wegen des hohen GKK-Tarifniveaus in Vorarlberg für einzelne Vertragsfachärzte nach der Umstellung der Honorierung auf die SVS-Honorarordnung Einkommensverluste nicht ausgeschlossen werden können, werden 2020 und 2021 jeweils 90.000 € für individuelle Verlustaus-

gleiche dieser Vertragsärzte bis längstens 28. Februar des jeweiligen Folgejahres bereitgestellt. Wie diese Mittel zu verwenden sind, legt die Ärztekammer für Vorarlberg gesondert fest. Zu diesem Zweck erhält die Ärztekammer für Vorarlberg von der SVS die Detailabrechnungsdaten in den Jahren 2020 und 2021.

6. Nach Anlage G der VGKK-Honorarordnung existieren für die Behandlung von Versicherten und Anspruchsberechtigten der SVB Spezialvorschriften, die einen jeweils im Nachhinein durchzuführenden Jahresausgleich vorsehen. Da dieser Jahresausgleich in der von ÖÄK und SVA/SVB angestellten Modellrechnung keine Berücksichtigung finden konnte, werden diese Zahlungsflüsse in Höhe von maximal 106.091,16 € im Rahmen der Evaluierung des Abrechnungsjahres 2020 sowie in weiterer Folge auch im Rahmen der Evaluierung des Abrechnungsjahres 2021 berücksichtigt.
7. Medizinisch notwendige ärztliche Leistungen, die in einer GKK-Honorarordnung enthalten sind (siehe Anlage), aber mit 1.1.2020 nicht in den Leistungskatalog der SVS übernommen werden konnten, bleiben für jene Vertragsärzte, die diese 2019 tatsächlich abgerechnet haben, weiterhin zu den per 31.12.2019 gültigen Konditionen (Tarife, Abrechnungsbeschränkungen) im Wege einer SVS-Abrechnungszusage für SVS-Anspruchsberechtigte abrechenbar. Diese Abrechnungszusagen enden jedenfalls, wenn die betreffende Leistung Aufnahme in der SVS-Honorarordnung findet.

In der Anlage zu dieser Brief-Gegenbrief-Vereinbarung wurde versucht, diese Leistungen möglichst vollständig für jedes Bundesland aufzulisten; sollte sich jedoch herausstellen, dass die Anlage für ein Bundesland nicht vollständig ist, so entscheiden örtlich zuständige Landesärztekammer und SVS im Einvernehmen, ob die Gewährung einer SVS-Abrechnungszusage für solche nicht enthaltenen Leistungen möglich ist. Diese Anlage ist regelmäßig zu evaluieren und ggf anzupassen.

8. Im Brief-Gegenbrief vom 14.03.2019 wurde festgelegt, dass vertragliche Regelungen, die außerhalb des Anpassungsprozesses seitens der SVB gegenüber niedergelassenen Vertragsärztinnen bzw. Landesärztekammern bestehen (z.B. Bereitschaftsdienstregelungen), von der SVS übernommen werden. Die Landesärztekammern geben bis zum 01.03.2020 im Wege der Österreichischen Ärztekammer die davon betroffenen Vereinbarungen der SVS bekannt.
9. Bundeslandspezifische Abrechnungszusagen der SVA bleiben auch für die SVS (sowohl für GSVG- als auch für BSVG-Versicherte) in unveränderter Form aufrecht (z.B. Ultraschall Allgemeinmediziner, Dringlichkeitsterminsystem, usw. in Vorarlberg).
10. Die Regelung nach lit. h 2. Abs. zur Position TA, nach der im gleichen Abrechnungszeitraum neben der VU-Basisuntersuchung eine TA nicht verrechenbar ist, wird vom 01.01.2020 bis 31.12.2022 sistiert.
11. Die Regelung nach Abschnitt C Punkt 2. über die Bewilligungspflicht physikalischer Therapien und Bestrahlungstherapien ab 20 Behandlungseinheiten wird vom 01.01.2020 bis 31.12.2022 sistiert.
12. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit der Wegegebühren (Pos. 9a und 9b) durch Vertragsärzte wird Folgendes vereinbart:

Die Bestimmungen bezüglich der Honorierung der Wegegebühren (Pos. 9a und 9b) nach § 9 des Gesamtvertrages und Punkt 4. der Allgemeinen Bestimmungen zur Honorarordnung werden für die Zeit von 1.1.2020 bis 31.12.2022 sistiert. Die Anzahl der abrechenbaren Wege-

gebühren (Pos. 9a und 9b) ergibt sich aus der tatsächlich zurückgelegten Strecke, wobei Reststrecken unter 500 m auf ganze Kilometer abzurunden und jene ab 500 m auf ganze Kilometer aufzurunden sind. Die Regelungen bezüglich Besuchsreihen bleiben weiterhin aufrecht.

Die zum 01.01.2020 für Wien und die unter § 9 Abs. 3 lit. c des Gesamtvertrages genannten Orte bestehenden Regelungen behalten unverändert ihre Gültigkeit.

13. Im Laufe des Jahres 2020 erfolgt zwischen SVS und Landesärztekammern eine Revision der Stellenpläne.
14. Die Österreichische Ärztekammer und die SVS vereinbaren eine Arbeitsgruppe einzurichten mit dem Ziel der Überarbeitung und Modernisierung des Gesamtvertrages und der Honorarordnung bis zum 30.9.2020.

Wien, am

Österreichische Ärztekammer

VP Dr. Johannes Steinhart
BKNÄ-Obmann

a.o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident

Wien, am

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Bundesland	FACH	Positionstext	GKK- POSnr.	GKK Tarif 2019
NÖ	AM KINDER URO	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Für Kinder nach dem vollendeten 3. Lebensjahr.	652	18,1440 €
NÖ	AM NEURO	Einstellung Substitution	668	86,5700 €
NÖ	AM NEURO	Weiterbehandlung Substitution	669	27,0600 €
NÖ	INTERNE	Phonokardiogramm In 10 % der Fälle verrechenbar	626	23,2640 €
NÖ	RADIOL	Knochendichtemessung mittels Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) Stufe 1 (Digital und Archivierung) Nicht als Screening sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Anmerkung: Gerätenachweis ist der Ärztekammer für Niederösterreich und auf Verlangen der SVS vorzulegen.	90	32,3700 €
NÖ	RADIOL	Knochendichtemessung mittels Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) Stufe 1 (Digital ohne Archivierung) Nicht als Screening sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Anmerkung: Gerätenachweis ist der Ärztekammer für Niederösterreich und auf Verlangen der SVS vorzulegen.	190	34,2600 €
NÖ	RADIOL	Knochendichtemessung mittels Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) Stufe 1 (Analog ohne Archivierung) Nicht als Screening sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Anmerkung: Gerätenachweis ist der Ärztekammer für Niederösterreich und auf Verlangen der SVS vorzulegen.	290	36,1700 €
NÖ	RADIOL	Core-Biopsie	101	365,4800 €
NÖ	RADIOL	Vacuumasistierte Core-Biopsie	102	609,9000 €
B	AM	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung	69	8,2200 €
B	AM	Einstellung Substitution	600	80,0000 €
B	AM	Weiterbehandlung Substitution Höchstens 5x/Fall/Quartal verrechenbar; Anmerkungen zu Pos. 600 und 601: 1. Abrechnungsberechtigt sind die gem. Weiterbildungsverordnung (BGBl.II/487/2009) berechtigten Ärzte. Die nur zur Weiterbehandlung (& 2. Abs. 1a Weiterbildungsverordnung) berechtigten Ärzte dürfen nur die Pos. 601 abrechnen, die zur umfassenden Substitutionsbehandlung (Einstellung, § 2 Abs. 1 Weiterbildungsverordnung) berechtigten Ärzte dürfen beide Leistungen abrechnen. 2. Die Ärztekammer meldet der Kasse die berechtigten Ärzte. 3. Die Verrechnung der Pos. 015 mit den Pos. 600 und 601 am selben Tag ist nur dann zulässig, wenn aufgrund eines anderen Krankheitsbildes die ärztliche Behandlung des Patienten notwendig ist.	601	28,0000 €
B	KINDER	Eingehende Beratung u. Behandlung der Enuresis/Enkopressis für Kinder ab dem 4. Lebensjahr 1 x pro Fall und Quartal verrechenbar	427	11,0000 €

Bundesland	FACH	Positionstext	GKK- POSNr.	GKK Tarif 2019
B	LUNGE	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung inkl. aller Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind. höchstens in 5 % der Fälle verrechenbar; Das verwendete Gerät ist der Kasse zu melden	422	45,2500 €
B	ORTHO	Manualthherapie höchstens. 3 x pro Fall und Quartal verrechenbar	263	14,0000 €
ST	Ortho	Chirodiagnostik und Chirotherapie, max 3 Sitzungen pro Patient und Quartal	204	18,3000 €
ST	AM KINDER	Behandlung der Enuresis für Kinder ab dem 3. Lebensjahr	490	7,5500 €
ST	AM	Substitutionsbehandlung Pauschalhonorierung	SUB	36,0000 €
ST	AUGEN	Lasercoagulation	181	202,2400 €
ST	GYN	CTG-Cardiotokographie, Untersuchungsdauer mind.20 Min.	354	24,0700 €
ST	LUNGE	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung in 8 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	335	51,5200 €
K	AM HNO ORTHO	Akupunktur, je Sitzung; Nadelakupunktur nach Kriterien des Obersten Sanitätsrates Höchstens 10 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar, anerkannter Ausbildungsnachweis erforderlich, nur mit Sondervereinbarung erbringbar	160	16,0360 €
K	KINDER	Phonokardiogramm	13P	10,0225 €
K	LUNGE	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	35A	60,3200 €
V	AM GYN ORTHO	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrat) verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	237	23,166 €
V	GYN	Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	366	34,749 €
V	KINDER	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	446	6,9498 €
V	RADIOL	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)	3842	45,33 €
V	INTERNE	Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System)	438	69,498 €
V	INTERNE	Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD)	439	115,83 €
V	AUGEN	Optische Kohärenztomographie (OCT)	269	73,7000€
V	HAUT	Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung (Diese Position umfasst eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit-und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstation)	454	23,1700€

Bundesland	FACH	Positionstext	GKK- POSnr.	GKK Tarif 2019
V	INTERNE	<p>Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der VGKK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes inkl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren.</p> <p>Weiters gilt:</p> <p>a) Die Therapieeinstellung und -überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.</p> <p>b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p> <p>c) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen PS (Psychosomatisch orientiertes Diagnose und Behandlungsgespräch), 4a,4b,8a,8b (Konsilium), HMG (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.</p>	416	75,2900€
V	LUNGE	<p>Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady-state Methode)</p>	418	23,1700€
OÖ	AM GYN KINDER ORTHO U-CHIR NEURO	<p>Akupunktur, je Sitzung</p> <p>Verrechenbar nur von Ärzten, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Pro Fall und Quartal maximal 10 Sitzungen verrechenbar. Weiters gilt:</p> <p>a) Verrechenbar ist die Nadelakupunktur nach den Kriterien, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind.</p> <p>b) Über die erbrachten Akupunkturbehandlungen sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Kasse nachvollziehbar ist, ob die Indikationen des Obersten Sanitätsrates vorliegen. Die Diagnose muss den Indikationen entsprechen.</p> <p>c) Von der Verrechenbarkeit der Akupunktur sind die Fachärzte für Augenheilkunde u. Optometrie, Dermatologie, Laboratoriums- diagnostik und Radiologie ausgeschlossen.</p> <p>d) Für die Akupunktur sind ausschließlich Einmalnadeln zu verwenden, die mit dem Tarif abgegolten sind.</p> <p>e) Das Setzen der Nadeln darf ausschließlich vom ausgebildeten Arzt durchgeführt werden. Während die Nadeln gesetzt sind, muss der Arzt für den Patienten jederzeit erreichbar sein.</p> <p>f) Zuweisungen zur Durchführung der Akupunktur sind zulässig, und zwar auch zwischen Ärzten für Allgemeinmedizin untereinander und zwischen Fachärzten desselben Fachgebietes.</p> <p>g) Auch für Zuweisungsfälle gebührt die volle Grundleistungsvergütung.</p>	54	20,7000 €

		h) Die gleichzeitige Anwendung von herkömmlichen Behandlungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die medikamentöse Therapie. Honorarordnung 2019 (Tarif 2018) 37 Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit von Akupunkturtherapien (Behandlungsserie mit max. 10 Sitzungen pro Fall und Quartal) ist mit 5% der eigenen Fälle mit voller Grundleistungsvergütung limitiert. Fälle, die ausschließlich zur Akupunktur zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.		
OÖ	AM	Wechsel einer PEG-Austauschsonde (z.B. Button, Gastrotube); Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin. Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.	41A	15,0000 €
OÖ	AUGEN	YAG-Laser Behandlung; Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verrechenbar: 1. Kapselbildung bei Pseudophakie 2. Glaukom 3. Durchtrennung fibrotischer Glaskörperstränge Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 0,7% der Fälle limitiert.	75E	297,4740 €
OÖ	AUGEN	Argon-Laser Behandlung; Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verrechenbar: 1. Einmalige retinale Laserchirurgie a. periphere Netzhautdefekte b. Chorioretinopathie centralis serosa c. fokales diabetisches Makulaödem 2. Chronisches Offenwinkelglaukom 3. Mehrmalige retinale Laserkoagulation a. proliferative diabetische Retinopathie b. präproliferative diabetische Retinopathie c. diffuses diabetisches Makulaödem d. Makulaödem nach retinalem Venenverschluss e. Vasoproliferation nach retinalem Gefäßverschluss f. subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration g. subretinale neovaskularisation bei Myopie h. idiopathische subretinale Neovaskularisation i. seltene Indikationen (z.B. Periphlebitis retinae) Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 0,8% der Fälle limitiert.	75D	430,4300 €
OÖ	AUGEN	OCT (Optische Kohärenztomographie) der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen; Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Einmal je Tag und Fall verrechenbar. Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 6% der Fälle limitiert.	75F	90,3000 €
OÖ	GYN	Cardiotokographie mit mindestens 20 bis 30 Minuten Aufzeichnungsdauer Indikationen der Verrechenbarkeit: Verdacht auf gestörte respiratorische Funktion der Placenta, festgestellte Herztonalterationen, Wachstumsretardierung, EPH-Gestose, Diabetes mellitus, Geburtsterminüberschreitung, nach Amnioskopie und bei sonographisch begründbarem Verdacht einer fetalen Gefährdung. Verdacht auf drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehentätigkeit) sowie fraglicher Wehentätigkeit ab der 37. Schwangerschaftswoche. Mehrlingsschwangerschaften.	195	29,7000 €

		Verrechenbar nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung sind ein Ausbildungs- und ein Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung. Weiters gilt: - Die Untersuchung ist zu dokumentieren, von den Befunden (Streifen) ist ein Durchschlag drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. - Das Untersuchungsergebnis ist in den Mutter-Kind-Pass einzutragen (unter der Rubrik „Weitere Untersuchungen“). Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 4% der Fälle limitiert.		
OÖ	INTERNE	Schilddrüsenszintigramm	3102	57,5000 €
OÖ	INTERNE	Schilddrüsenszintigramm + Auswertung	3220	79,3000 €
OÖ	KINDER	Fontanellenultraschall im 1. Lebensjahr	257A	31,8000 €
OÖ	HNO LUNGE	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung Verrechenbar einmal pro Fall und Quartal von jenen Fachärzten für Lungenkrankheiten und Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Weiters gilt: Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeuntersuchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundung. Der automatische Befund ist manuell nachzukorrigieren. Zu Dokumentationszwecken sind sowohl der automatische Befund als auch der korrigierte Befund aufzubewahren und auf Verlangen der Ärztekammer für OÖ oder der Kasse zur Verfügung zu stellen. Wird der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen. Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 7% der Fälle limitiert.	266A	81,1410 €
OÖ	RADIOL	Knochendichtemessung I. Indikationen: Die Leistungsposition ist bei folgenden Indikationen verrechenbar, wenn vor der Untersuchung klar ist, dass klinische Konsequenzen aus der Dichtemessung gezogen werden können: 1. Idiopathische Osteoporose (bei Kindern, Jugendlichen) 2. Sekundäre Osteoporose: a) endokrinologisch verursacht (Hypercortisolismus, Hyperthyreose...), b) intestinale und renale Osteopathie, c) neoplastische Erkrankungen, d) entzündliche Erkrankungen, e) hereditäre Bindegewebserkrankungen, f) infolge medikamentöser Therapien (z.B. Cortison) 3. Perimenopausale Osteoporose Die Knochendichtemessung darf bei Verdacht auf perimenopausale Osteoporose durchgeführt werden: a) bei Frauen zwischen dem 45. und dem 60. Lebensjahr bei Vorliegen einer der folgenden Risikofaktoren: aa) little lady habitus bzw. small body frame, ab) ungesunde Lebensweise (Nikotinabusus, Alkoholabusus und Bewegungsarmut), ac) schwere familiäre Belastung (Veranlagung) oder b) in anderen medizinisch besonders begründeten Fällen mit vorheriger chefarztlicher Bewilligung. II. Kontrolluntersuchungen: Kontrolluntersuchungen sind frühestens nach einem Jahr, im Regelfall nach drei bis fünf Jahren verrechenbar. Es sind vergleichbare Messmodalitäten (Gerät und Körperstelle) anzuwenden. III. Methoden: Die Knochendichtemessung ist ausschließlich mit a) peripherer quantitativer Computertomographie (pQCT) oder b) Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) durchzuführen. IV. Verrechnungsberechtigung: Die Knochendichtemessung ist nur von jenen Fachärzten für	540	43,9000 €

		<p>Radiologie verrechenbar, die von der SVS im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Für die Berechtigungserteilung ist ein von der Ärztekammer für OÖ und von der SVS anerkannter Ausbildungsnachweis, die Vorlage einer saldierten Rechnung über den Geräteankauf und ein von der Ärztekammer für OÖ und der Kasse im Einvernehmen festgestellter Bedarf für den jeweiligen Standort erforderlich. Für die Geräteausstattung, die Ausbildungsvoraussetzung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ und der SVS erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.</p> <p>V. Zuweiser: Die Zuweisung zur Knochendichtemessung darf ausschließlich von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Frauenheilkunde, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Orthopädie erfolgen.</p> <p>VI. Dokumentation: Von den Befunden ist ein Durchschlag fünf Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Honorarordnung 118 2019 (Tarif 2018)</p>		
OÖ	NEURO	Messung evozierter Hirnpotentiale	N10	43,1040 €
Sbg	AUGEN	<p>Optische Kohärenztomographie OCT der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen</p> <p>verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde einmal pro Patient und Tag, insgesamt pro Arzt und Quartal in höchstens 9 % der Fälle</p> <p>Indikationen für die Leistungserbringung: Diagnostik der Makuladegeneration (AMD), Makuladystrophie, von Gefäßserkrankungen der Netzhaut (insbesondere Venenthrombosen, Diabetes), der Progression von Glaukomen.</p>	160	82,6000 €
Sbg	HNO LUNGE NEURO	<p>Ambulante Polygraphie oder polygraphische Kontrolle der Maskenbeatmung während des Schlafes</p> <p>Verrechenbar von Fachärzten für Lungenheilkunde, Neurologie sowie Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, jeweils mit speziellem Ausbildungsnachweis, 1 x pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 12 % der Fälle. Die Leistung ist nur bei Vorliegen einer Indikation nach den Empfehlungen zur ambulanten Polygraphie der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie zu erbringen und beinhaltet:</p> <p>1) Die Befundung: Zu befunden sind während einer Schlafzeit von</p> <p>a) Aufzeichnungszeit b) RDI (respiratorydisturbance Index), aufgetrennt in obstruktive, zentrale oder nicht klassifizierbare Ereignisse; RDI je Körperlage c) Minimale O2-Sättigung, durchschnittliche Sättigung, Zeit mit Sättigung unter 90 %, Entsättigungsindex d) Durchschnittliche Puls/Herzfrequenz, minimale und maximale/r Puls/Herzfrequenz e) Schnarchzeit bezogen auf die Aufzeichnungszeit und die Körperlage.</p> <p>Die Rohdaten müssen jederzeit abrufbar und unkomprimiert ausschreibbar und die Analyse muss manuell korrigierbar sein. Die Bewertung der Aufzeichnung hat manuell zu erfolgen. Der Endbefund darf nur durch den Vertragsfacharzt selbst erstellt werden. Im Endbefund sind die o.a. numerischen Parameter, der graphische Gesamtnachausdruck, sowie ein repräsentativer Rohdatenausdruck relevanter Ereignisse (Fünf- oder Zehnminutenausdruck) anzuführen und im Falle einer weiterführenden stationären Polysomnographie dem Schlaflabor zu übermitteln.</p> <p>2) Die Dokumentation: Neben dem Befund ist der komplette Datensatz zumindest 3 Jahre zu archivieren und bei Bedarf dem Schlaflabor und auf Anforderung der SVS zur Verfügung zu stellen.</p> <p>3) Alle Nebentätigkeiten, die für die Vornahme der Untersuchung sowohl in medizinischer als auch technischer Hinsicht erforderlich sind (insbesondere die Einschulung des Patienten, Gerätewartung).</p>	338	53,6900 €

Bundesland	FACH	Positionstext	GKK-POSnr.	GKK Tarif 2019
Sbg	LUNGE	Ambulante Polygraphie od. polygraphische Kontrolle Maskenbeatmung während des Schlafes auf Zuweisung Hinsichtlich Leistungserbringer und Leistungsinhalten gelten die Bestimmungen der Pos. 338. Für denselben Patienten im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 338 verrechenbar. Fälle, die ausschließlich zur Polygraphie zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und unterliegen nicht der Limitierung.	3381	63,6020 €
Sbg	RADIOL	Stanzbiopsie(n) der Mamma(e) (inkl. Ultraschall und aller Hilfsmittel)	998	136,0000 €
Sbg	PATHO	Ultraschallgezielte Feinnadelpunktion eines oberflächennahen Tumors samt Zytodiagnostik	9881	53,6900 €
Sbg	PATHO	Zuschlag für ultraschallgezielte Feinnadelpunktion eines zweiten oberflächennahen Tumors In diesen Fällen gemeinsam mit Pos. 9881 verrechenbar.	9882	28,9100 €
Sbg	PATHO	Zuschlag für ultraschallgezielte Feinnadelpunktion von mehr als zwei oberflächennahen Tumoren (siehe Pos. 9881) am selben Tag samt Zytodiagnostik In diesen Fällen gemeinsam mit Pos. 9881 und 9882 verrechenbar.	9883	14,8680 €
W	AUGEN	Laserchirurgie Laserchirurgie; Die Pos. Ziff. ist pro Patientin/Patient, Auge und Kalenderjahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.): a) Peripherer Netzhautdefekt b) Chorioretinopathia centralis serosa c) fokales diabetisches Makulaödem 2) Chronisches Offenwinkelglaukom 3) Mehrmalige retinale Laserkoagulation a) proliferative diabetische Retinopathie b) präproliferative diabetische Retinopathie c) diffuses diabetisches Makulaödem d) Makulaödem nach retinalem Venenverschluss e) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss f) subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration g) subretinale Neovaskularisation bei Myopie h) idiopathische subretinale Neovaskularisation i) seltene Indikationen (z.B. Periphlebitis retinae) Bei Vorliegen folgender Indikationen a) proliferative diabetische Retinopathie b) präproliferative diabetische Retinopathie c) diffuses diabetisches Makulaödem d) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss ist die Verrechnung der Leistung viermal pro Patientin/Patient, Auge und Kalenderjahr möglich. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 120 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.	120	345,2000 €
W	AUGEN	Fluoreszenzangiographie Die Verrechnung ist grundsätzlich mit zwei Untersuchungen pro Patientin/ Patient und Kalenderjahr limitiert, darüber hinaus nur in besonders medizinisch begründeten Fällen zulässig. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 121 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.	121	95,9300 €
W	AUGEN	YAG-Laser Pos. Ziff. 123 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.	123	345,2000 €

Bundesland	FACH	Positionstext	GKK-POSNr.	GKK Tarif 2019
W	CHIR INTERNE	<p>Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel).</p> <p>Diese Position inkludiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel) • Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Die Patientin/der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen. • Ausführliche und dokumentierte Aufklärung der Patientin/des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation <p>Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 19r, 19s, 19sp oder 19m. Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 11c und Narkose.</p>	238	97,1500 €
W	INTERNE	<p>Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel).</p> <p>Diese Position inkludiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel) • Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Die Patientin/der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen. • Ausführliche und dokumentierte Aufklärung der Patientin/des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation <p>Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 19r, 19s, 19sp oder 19m. Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 11c und Narkose.</p>	622	97,1500 €
W	KINDER	Phonokardiogramm	652	12,0600 €
W	KINDER	Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab vollendeten 4.Lj., 1x pro Quartal/Patient	654	20,1000 €
W	LUNGE	<p>Ambulante Polygraphie-Diagnostik entsprechend den gültigen Empfehlungen der Österreichisch Gesellschaft für Pneumologie</p> <p>verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zu Pos. Ziff. 711 über- oder zugewiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Zu untersuchen sind jedenfalls Sauerstoffsättigung, Atemfluss, Atemexkursionen, Schnarchgeräusch, Körperlage und Pulsfrequenz (optional 1-Kanal-EKG):</p> <p>Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung. Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungs Nächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung der Patientin/des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die von der Fachärztin/vom Facharzt durchgeführte Befundauswertung.</p>	711	60,3000 €

		Wird die Patientin/der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen. Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen /Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.		
W	ORTHO	Orthopädische Manualdiagnose und/oder – therapie, maximal einmal pro Sitzung und Region sowie maximal fünfmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	819	15,4100 €
W	RADIOL	Densitometrie nach Dexa-Methode (Knochendichtemessung)	815	33,1200 €
T	RADIOL	Knochendichtemessung	CT02	29,0700 €

Anmerkung:

Falls es bei den in der Anlage angeführten Positionen bei den Gebietskrankenkassen für 2019 noch zu rückwirkenden Änderungen der Tarife, Texte oder Abrechnungsbedingungen kommt, wird diese Anlage nach Meldung der jeweiligen Landesärztekammer automatisch angepasst.