35 GESAMTVERTRÄGE UND HONORARORDNUNGEN

Die Gesamtverträge samt Zusatzvereinbarungen und Honorarordnungen für alle Kassen (ÖGK, SVS und BVAEB) können von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg www.arztinvorarlberg.at – Spalte Niedergelassene Ärzte/Kassenwesen heruntergeladen werden.

Jedem Kassenarzt (aber auch jedem Wahlarzt) wird die Durchsicht dieser Unterlagen vor Aufnahme seiner Tätigkeit dringend empfohlen !!

35.1 Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern

Die Honorarordnungen sind auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg www.arztin-vorarlberg.at (Niedergelassenen Ärzte – Kassenwesen) abrufbar. Bei Fragen zur ÖGK-Honorarordnung wenden Sie sich bitte an die kassenärztliche Verrechnungsstelle in der Ärztekammer für Vorarlberg.

Info: Klaus Hausmann, Tel.: 05572/21900-36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

35.2 Verrechnungsberechtigungen

Einige Leistungen in den einzelnen Honorarordnungen sind für die kassen- oder wahlärztliche Verrechenbarkeit an eine **Genehmigung** der Ärztekammer und des jeweiligen Krankenversicherungsträgers gebunden. Hierfür ist ein entsprechendes Ansuchen (unter Vorlage der Ausbildungs- und Gerätenachweise) an die Ärztekammer für Vorarlberg zu richten.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel.: 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

Info: Klaus.Hausmann, Tel. 05572/21900-36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

Wenn Sie dies verabsäumen können Vertragsärzte diese Leistungen nicht mit den Krankenkassen verrechnen bzw. erhalten Patienten von Wahlärzten keine Rückvergütung für die entsprechende Leistung.

35.2.1 ÖGK:

Für die Verrechnung nachstehend angeführter Tarifpositionen bedarf es nach der mit der ÖGK abgeschlossenen Honorarordnung einer **Sondergenehmigung (d.h. der vorherigen schriftlichen Zustimmung von Kammer und Kasse)**:

- Pos. 203 und 204 (**endoskopische Untersuchungen**), ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Chirurgie
- Pos. 232, 233, 234 (**Dopplersonographien**)
- Pos. 402 (**EKG**) ausgenommen Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde
- Pos. 403 (**Ergometrie**), ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Lungenheilkunde
- Pos. 423 (**EEG**)
- Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch **Teilradiologen**
- **Sonographische Untersuchungen, Pos. 850 ff** (für das Ansuchen um Zulassung kann das beiliegende Formular verwendet werden; Ärzte können zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen zugelassen werden, wenn sie mittels gesondertem Ansuchen ihre Geräteausstattung und ihre fachliche Qualifikation mit dem **Sonographie-Zertifikat der Österreichischen Ärztekammer** gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen)

Darüber hinaus ist für die vertrags- oder wahlärztliche Verrechenbarkeit insbesondere bei nachstehenden Positionen Folgendes zu beachten:

- Pos. 414 - **24-Stunden-Langzeit-EKG** (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie, nach vorheriger Bekanntgabe und Prüfung der Geräteausstattung durch Kammer und Kasse)
- Pos. 415 - **Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring** (Ausbildungsnachweis für Allgemeinmediziner sowie Gerätenachweis für Internisten, Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie und Allgemeinmediziner muss der Ärztekammer vorgelegt und von dieser geprüft werden, widrigenfalls eine vertrags- oder wahlärztliche Verrechnung nicht möglich ist)

35.2.2 Kleine Kassen (SVS und BVAEB):

Röntgenleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte/Teilradiologen (ausgenommen Radiologie)

- können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die aufgrund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenversicherungsträger hierzu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.

Sonographische Untersuchungen

Ärzte können zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen zugelassen werden, wenn sie mittels gesondertem Ansuchen ihre Geräteausstattung und ihre fachliche Qualifikation entsprechend dem **Sonographie-Zertifikat** der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen. Die Ärztekammer für Vorarlberg leitet (nach Prüfung der fachlichen Qualifikation und der Geräteausstattung) eine entsprechende Information an die kleinen Kassen weiter. Zu beachten: Dzt. ermöglicht nur die SVS (nicht hingegen die BVAEB) den Allgemeinmediziner eine Abrechnungsbefugnis für bestimmte sonographische Untersuchungen (Näheres erfahren Sie im Kammeramt).

Ergometrien:

Fachärzte für Innere Medizin können bei Nachweis einer Ordinationsausstattung mit Sichter-gometer, Defibrillator und Reanimationsset eine Sondervereinbarung zur Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen erhalten. Die ergometrischen Untersuchungen müssen entsprechend der Empfehlung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchgeführt werden.

**Ansuchen um kassenärztliche/wahlärztliche
Verrechnung von Ultraschalluntersuchungen**

Name: _____

Ordinationsadresse: _____

Tel.Nr.: _____

Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für (Sonderfach einfügen bzw. Nichtzutreffendes streichen), führe ab/seit eine Ordination in und ersuche um kassenärztliche/wahlärztliche (Nichtzutreffendes bitte streichen) Verrechnung nachstehender Ultraschalluntersuchungen:

ÖGK (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Pos. 232 - direktionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien
- Pos. 233 - dopplersonographische Untersuchung des Karotis-vertebralis-Arteriensystems
- Pos. 234 - dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems
- Pos. 850 - Oberbauch
- Pos. 860 - Nieren, Retroperitoneum
- Pos. 870 - Weibliches Becken
- Pos. 880 - Männliches Becken
- Pos. 890 - Ein Organ
- Pos. 892 - Endovaginale Sonographie
- Pos. 893 - Transrektale Sonographie
- Pos. 894 - Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund
- Pos. 895 - Sonographie der Weichteile einer Schulter
- Pos. 900 - Geburtshilflicher Ultraschall bei medizinischer Indikation
- Pos. 910 - Weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung eines Feten nach vorangegangener Ultraschalluntersuchung mit Verdacht auf Schädigung auf Missbildung oder Erkrankung
- Pos. 920 - Echokardiographie
- Pos. 922 - Dopplerechokardiographie/Farbdopplerechokardiographie
- Pos. 930 - Schilddrüse
- Pos. 940 - Hüftgelenke beim Säugling
- Pos. 945 - Duplexsonographie des Karotis-vertebralis-Arteriensystems
- Pos. 946 - Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien
- Pos. 947 - Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen
- Pos. 950 - Zuschlag zu den unter Pos. 850-895 und 930 genannten Leistungen bei indizierter Untersuchung von einem oder mehreren weiteren Organen
- Pos. 5009 - Ultraschalluntersuchung in der 8.-12. SSW
- Pos. 5019 - Ultraschalluntersuchung in der 16.-20. SSW
- Pos. 5049 - Ultraschalluntersuchung in der 30.-34. SSW
- Pos. 5069 - Ultraschall Säuglingshüfte/1. Lebenswoche
- Pos. 5119 - Ultraschall Säuglingshüfte/6.-8. Lebenswoche

Kleine Kassen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- US 1 - Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege
- US 2 - Sonographie des Pankreas
- US 3 - Sonographie des Oberbauches
- US 4 - Sonographie der Milz
- US 5 - Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums
- US 7 - Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation
- US 8 - Sonographie des Unterbauches
- US 10 - Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie
- US 11 - Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie
- US 12 – First-Line-Sonographie (nur für Allgemeinmediziner bei der SVS)
- SP 1 - Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse
- SP 2 - Sonographie der Halsweichteile
- SP 3 - Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis
- SP 5 - Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund
- SP 6 - Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)
- SP 7 - Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste
- SP 9 - Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht
- SP 10 - Sonographie des Scrotainhaltes
- DS 1 - Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien
- DS 2 - Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen
- DS 3 - Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis und Vertebralis-Arteriensystems
- DS 4 - Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation
- DS 5 - Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung
- FD 1 - Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems
- FD 2 - Zuschlag zu den Pos. US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild
- FD 3 - Zuschlag zu Pos. US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta
- FD 4 - Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien
- FD 5 - Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen
- EK 1 - Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung
- EK 2 - Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulsten und/oder CW-Doppler
- MS1 - Ultraschalluntersuchung in der 8.-12. SSW
- MS 2 - Ultraschalluntersuchung in der 16.-20. SSW
- MS 3 - Ultraschalluntersuchung in der 30.-34. SSW
- KS 1 - Ultraschall Säuglingshüfte/1. Lebenswoche
- KS 2 - Ultraschall Säuglingshüfte/6.-8. Lebenswoche

Meine fachliche Qualifikation können Sie den diesem Ansuchen **beiliegenden Ausbildungsnachweisen (ÖÄK-Zertifikat)** entnehmen, meine Geräteausstattung ist aus dem diesem Ansuchen **beiliegenden Gerätenachweis** ersichtlich.

(Datum)

(Unterschrift)

35.3 Eigenlabor/Ordinationslabor:

ÖGK:

Im Bereich der **ÖGK** gilt im Bereich des **Eigenlabors** Folgendes:

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 20% der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Die Honorarordnung der ÖGK sieht seit jeher vor, dass die Positionen Nr. 100 und 101 (Blutabnahme aus der Vene) nicht zusammen mit den Positionen Nr. 600 (Blutbefund komplett), Nr. 620 (Blutsenkung) sowie Nr. 621 (Blutsenkung bei Kindern bis zu 10 Jahre) verrechnet werden können, da die Blutabnahme bereits in den Positionen Nr. 600, 620 und 621 enthalten ist.

SVS und BVAEB:

Hier können nur die Laborpositionen gemäß den nächsten Seiten verrechnet werden.

BVAEB - Akut/Ordinationslabor Parameter: Stand 1.1.2022

BVAEB							
Position	AM (01)	Derma (05)	Kinder (08)	Lunge (10)	Uro (16)	Innere (07)	Gyn (06)
BB 1.01							
Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ 2.04							
Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 2.05							
D-Dimer, 2.09							
BZ 3.01							
Creatinin 3.05							
Bilirubinbestimmung, 3.07							
Direkt, indirekt Bilirubin 3.08							
Natrium 3.15							
Kalium 3.16							
GOT 4.07							
GPT 4.08							
GGT 4.09							
Troponin 4.20							
chem. Harnbefund, 5.01							
Streifentest im Harn 5.02							
Harnsediment 5.03							
Stuhl okkultes Blut 7.02							
cCRP 11.25							
Nativpräparat 12.01							
Kultur auf Pilze 12.07							
Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger 12.12							
A-Streptokokken Schnelltest 12.93							
Oraler Glucose Toleranz Test 15.01							

Legende:

	Akutlabor
	Ordinationslabor

SVS - Akut/Ordinationslabor Parameter: Stand 1.1.2022

SVS							
Position	AM (01)	Derma (05)	Kinder (08)	Lunge (10)	Uro (16)	Innere (07)	Gyn (06)
BB 1.01							
Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ 2.04							
Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 2.05							
D-Dimer, 2.09							
BZ 3.01							
Creatinin 3.05							
Bilirubinbestimmung, 3.07							
Direkt, indirekt Bilirubin 3.08							
Natrium 3.15							
Kalium 3.16							
GOT 4.07							
GPT 4.08							
GGT 4.09							
Troponin T oder Troponin 4.20							
chem. Harnbefund, 5.01							
Streifentest im Harn 5.02							
Harnsediment 5.03							
Stuhl auf okkultes Blut 7.02							
CRP 11.25							
Nativpräparat 12.01							
Kultur auf Pilze 12.07.							
Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger 12.12							
A-Streptokokken Schnelltest 12.93							
Oraler Glucose Toleranz Test 15.01							

Legende:

	Akutlabor
	Ordinationslabor

35.4 Spezifisches zur ÖGK-Honorarordnung

Insbesondere folgende **neue Abrechnungspositionen** wurden in den letzten Jahren **neu** geschaffen:

Pos. 34:

Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde € 24,08

Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren, die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Gesamtlimit: 5 % der abgerechneten Fälle.

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Notwendigkeit zur Organisation und intensiven Koordination der ambulanten, häuslichen Versorgung von chronisch kranken, polymorbiden sowie onkologischen und palliativen Patienten.
2. Telefonische und/oder persönliche Gespräche bzw. Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung der Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager im Sozialbereich, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).

Sofern an einem Tag ausschließlich die Pos. 34 erbracht wird, ist eine o-card-Konsultation zu erzeugen (andernfalls ist eine Verrechnung nicht möglich).

Pos. 416:

Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung 65 Punkte

Verrechnungsbestimmungen für Pos. 416:

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 ÖGK 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.

Weiters gilt:

- c) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.
- d) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- d) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 73, 81, 83 (Konsilium), 239 (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 416 unlimitiert mitabgerechnet werden.

Pos. 438 und 439:

438 Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System)
mit 60 Punkten

439 Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD) mit 100 Punkten

Die Pos. 438 und 439 sind abrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie. Mit den vorgesehenen Honoraren für die Pos. 438 bzw. 439 ist auch der gesamte anlässlich des Kontrolltermins anfallende Material- und Geräteaufwand abgegolten.

Pos. 417:

Bodyplethysmographie (zur differenzierten Diagnostik aller Obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen) 23 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 417:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Regiezuschlag in Höhe von € 22,47.- bei Durchführung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie; abrechenbar in maximal 10% der Fälle. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen vorzulegen.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 417 unlimitiert mitabgerechnet werden.

Pos. 418:

Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady state Methode)
20 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 418:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.

Pos. 437:

Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag –

1. Außenanamnese mit Bezugspersonen (Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, persönlich oder telefonisch) und/oder

2. Sozialpsychiatrische Intervention (umfaßt eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten)

10 Punkte pro beendeten 5 Minuten

Die **Pos. 437** ist nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar. Der Koordinationszuschlag ist nur verrechenbar, wenn Uhrzeit und Verhältnis der konsultierten Personen zum Patienten dokumentiert sind. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

Sofern an einem Tag ausschließlich die Pos. 437 erbracht wird, ist eine o-card-Konsultation zu erzeugen (andernfalls ist eine Verrechnung nicht möglich).

Pos. 454

Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung

Diese Position umfaßt eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit- und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstationen.

20 Punkte

Die Pos. 454 ist nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 454 unlimitiert mitabgerechnet werden

Pos. 946

Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien zur exakten

Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen

50 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 946:

Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.

Verrechenbar nur für Fachärzte für Innere Medizin, Radiologie, Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie mit Sondergenehmigung (siehe oben den generellen Hinweis zur kassen-/wahlärztlichen Verrechenbarkeit von Ultraschalluntersuchungen)

Hinweis:

In Fällen, in denen eine medizinische Notwendigkeit zur Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien beider Seiten besteht, kann die Pos. 946 pro Seite gesondert abgerechnet werden.

Wie es sich zeigt, besteht in ganz seltenen Fällen (z.B. Raynaudsyndrom, Vaskulitisverdacht) die medizinische Notwendigkeit, dass nicht nur die beiden unteren Extremitäten, sondern zusätzlich auch die oberen Extremitäten sonographisch untersucht werden müssen. In diesen sehr seltenen, aber medizinisch sehr aufwändigen Fällen, können die Pos. 946 bzw. 947 am gleichen Tag beim gleichen Patienten insgesamt vier mal (je zweimal pro Extremität)

abgerechnet werden. Allerdings muss dafür im Begründungsfeld der Abrechnung der medizinische Grund angegeben werden.

Pos. 947:

Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen

50 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 947:

Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur Abklärung einer venösen Insuffizienz verrechenbar.

Verrechenbar nur für Fachärzte für Innere Medizin, Radiologie, Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie und Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Sondergenehmigung (siehe oben den generellen Hinweis zur kassen-/wahlärztlichen Verrechenbarkeit von Ultraschalluntersuchungen)

Hinweis:

In Fällen, in denen eine medizinische Notwendigkeit zur Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen beider Seiten besteht, kann die Pos. 947 pro Seite gesondert abgerechnet werden.

Wie es sich zeigt, besteht in ganz seltenen Fällen (z.B. Raynaudsyndrom, Vaskulitisverdacht) die medizinische Notwendigkeit, dass nicht nur die beiden unteren Extremitäten, sondern zusätzlich auch die oberen Extremitäten sonographisch untersucht werden müssen. In diesen sehr seltenen, aber medizinisch sehr aufwändigen Fällen, können die Pos. 946 bzw. 947 am gleichen Tag beim gleichen Patienten insgesamt vier mal (je zweimal pro Extremität) abgerechnet werden. Allerdings muss dafür im Begründungsfeld der Abrechnung der medizinische Grund angegeben werden.

Pos. 45 (monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS): **€ 4,00.-** (Hinweis: die Abrechnung erfolgt patientenunabhängig und ist ab dem ersten Verwendungsmonat von eKOS möglich, sofern eKOS in der Vertragspartnersoftware integriert ist - mehr dazu siehe Kapitel 5)

Pos. 269 (Optische Kohärenztomographie - OCT): € 88,71 (in max. 25% der Fälle verrechenbar)

Pos. 293 Nahtentfernung bei größeren Wundnähten (zB nach Bypass-OP): 10 Punkte; einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, sofern zumindest 12 Nähte oder Klammern entfernt wurden

Pos. 419 Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas Mikro- oder Macrocephalie. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden: **8 Punkte**

Pos. 429 Fortführung eines Somatogramms: 6 Punkte (einmal pro Patient und Quartal verrechenbar); nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.

Pos. 649 - Troponin-T Test: 7 Punkte (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten); Die Kasse kauft die Testsets ein und die Ärzte können die Testsets bei der Kasse über den Ordinationsbedarf zu deren Einkaufspreis kaufen.

Pos. 636 D-Dimer: 8 Punkte (Die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten; die Testsets können bei der ÖGK über den Ordinationsbedarf zum Einkaufspreis der ÖGK gekauft werden)

Pos. 238E, 238WE und 238WF (Substitutionsbehandlungen – Details sind der Honorarordnung zu entnehmen)

Neuregelung Wegegebühren:

Seit 1.1.2019 können die Wegegebühren bei jedem Krankenbesuch verrechnet werden. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen einheitlich € 0,80 je vollem Kilometer.

Vergütet werden ausschließlich die zum Zweck der Durchführung von Krankenbesuchen tatsächlich zurückgelegten Kilometer ohne Rücksicht auf das vom Arzt benutzte Beförderungsmittel, die Beschaffenheit des Weges, die Tageszeit, den Wochentag etc.

Beim Besuch mehrerer Patienten, die bei der ÖGK versichert sind, an derselben Adresse kann eine Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Bei am gleichen Tag an mehreren Adressen durchgeführten Krankenbesuchen sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich aus der Besuchsreihe mit Vermeidung jedes Umwegs und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von der kürzesten Wegstrecke und mehr als ein Krankenbesuch am gleichen Tag an derselben Adresse sind in der Wegegebührenliste unter Angabe eines Grundes (zB dringende Berufung etc) zu vermerken.

Die Verrechnung der Wegegebühren hat mittels einer Tagesliste (diese ist in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle erhältlich - Herr Klaus Hausmann, DW 36), aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Fremdkassenfällen hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten (wie bisher) zu erfolgen.

Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit der Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der ÖGK festgelegt werden.

Abrechnungsmöglichkeit von aus dem intramuralen Bereich an einen Arzt für Allgemeinmedizin zugewiesenen Fälle außerhalb der Scheinquote wie folgt:

- A) Leistungen, die über schriftliche Zuweisungen der Vorarlberger Landeskrankenhäuser (Bregenz, Hohenems, Feldkirch, Rankweil und Bludenz), des Krankenhauses Dornbirn, des Krankenhauses Maria-Ebene, der Dialyse Nenzing und Bregenz sowie der Krankenhäuser Oberstdorf, Immenstaad und Kempten von Kassenvertragsärzten für Allgemeinmedizin erbracht werden, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.
- B) Folgende Positionsnummern wurden hierfür in die Honorarordnung aufgenommen:
Pos. 18EZ – Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin (26 Punkte)
Pos. 18NZ – Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses (18 Punkte)
- C) Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18EZ; alle Punkte, die in diesem Quartal bei diesem Patienten anfallen, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.
- D) Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal ohne Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 10. Erfolgt anschließend ein weiterer Kontakt dieses Patienten beim Allgemeinmediziner mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18NZ; alle Punkte, die an diesem Tag anfallen, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.

Erbringung telemedizinischer Leistungen bei der ÖGK

Um Telemedizin dauerhaft zu etablieren, wurde zwischen ÖGK und Ärztekammer für Vorarlberg eine gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Telemedizin abgeschlossen.

Definition Telemedizin:

Telemedizin ist die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärzte mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (wie zB das Telefon, die Videokonsultation) für den Fall, dass der Patient und der Arzt nicht am selben Ort sind.

Abrechenbarkeit von Telemedizin mit der ÖGK:

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung sind und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird.

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

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen kann unbegrenzt mit Stecken der o-Card abgerechnet werden.

In der **elektronischen Abrechnung** müssen telemedizinische Leistungen mit folgenden zwei Positionen

- **Pos. Nr. 9710** (TELE) - telefonische Leistungserbringung
oder
- **Pos. Nr. 9720** (VIDEO) - Videokonsultation

zusätzlich gekennzeichnet werden. Diese Kennzeichnung ist wichtig, andernfalls sind die erbrachten telemedizinischen Leistungen nicht als solche erkennbar und werden gestrichen.

Beispiele:

- Es wird eine telefonische Folgeordination vom Kassenarzt für Allgemeinmedizin erbracht. In der elektronischen Abrechnung werden vom Kassenarzt die Positionen 11 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.
- Es wird eine telefonische Erstordination vom Kassenarzt für Innere Medizin ohne Zuweisung erbracht, die länger als 15 Minuten dauert. In der elektronischen Abrechnung werden vom Kassenarzt die Positionen 52, 72 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.

Folgende Leistungspositionen können jedenfalls telemedizinisch erbracht und mit den Positionen 9710 bzw. 9720 in der Abrechnung gekennzeichnet werden:

Pos. Nr. 10, 11, 12 nur im Bereitschaftsdienst, 15, 16, 30, 32, 33, 44, 50 bis 54, 70,72, 73, 230, 239, 409, 413, 430 bis 434, 490 bis 494, 6100 bis 6730, 9600, 9601

Verrechnungsbeschränkungen bei Telemedizin

Konsilium:

Zieht der Vertragsarzt im Rahmen einer telemedizinischen Fallkonferenz bzw eines telemedizinischen Konsiliums einen anderen in Vorarlberg niedergelassenen Vertragsarzt bei, kann der beigezogene Vertragsarzt die in der Honorarordnung vorgesehene Grundleistung (= Ordinationspositionen) sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen auch weitere (Sonder-)Leistungen verrechnen; die in der Honorarordnung vorgesehenen Positionen für ein Konsilium können vom beigezogenen Vertragsarzt (Pos. 40 und 42; 80 und 82) hingegen nicht verrechnet werden.

Erbringung telemedizinische und persönliche Behandlung am gleichen Tag:

Bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag wird die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert - es sei denn, die Notwendigkeit der weiteren Konsultation am gleichen Tag wird vom behandelnden Arzt dokumentiert (= die Notwendigkeit muss vom Arzt im Begründungsfeld der Abrechnung dargelegt werden). Solche Einzelfälle sind zusätzlich mit der Position **Nr. 9730** (PERS) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Beispiel:

Patient wird am Vormittag in der Ordination des Kassenallgemeinmediziners behandelt, am Nachmittag findet eine zusätzlich notwendig gewordene telefonische Behandlung des gleichen Patienten statt.

In der Abrechnung werden folgende Pos.-Nr. eingegeben: 10, 11, 9710 und 9730; am Vormittag findet eine e-card-Konsultation, am Nachmittag eine o-card-Konsultation statt.

Zuschläge außerhalb der Ordinationszeiten für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst:

In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen können für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst verrechnet werden.

Beispiel:

Ein Kassenarzt für Allgemeinmedizin hat Wochenenddienst und muss eine akute telefonische Behandlung außerhalb der Wochenendordinationszeit erbringen. In der elektronischen Abrechnung werden die Pos. 16, 12 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.

Hinweis:

In jenen Sprengeln, in denen 24-Stunden-Bereitschaftsdienste geleistet werden (aktuell Lech/Zürs in den Wintermonaten) gibt es für die telefonische Krankenbehandlung bereits die Pauschalposition 9619; diese ist auch künftig für telefonische Krankenbehandlungen zu verwenden (die Pos. 9610 kombiniert mit der Pos. 9710 kann nicht für telefonische Krankenbehandlungen im Nachbereitschaftsdienst verwendet werden).

Bei wem können telemedizinische Behandlungen erbracht werden?

Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertretungsarzt, einen beim Vertragsarzt angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst und bei sonstigen dringlichen Fällen.

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

Videokonferenzsystem der ÖGK

Ärzte, die Interesse haben das Videokonferenzsystem der ÖGK für Ihre Patienten zu nutzen, werden gebeten, sich im Kammeramt zu melden (aek@aekvbg.at). Die Kammer wird dann diese Interessenten an die ÖGK weiterleiten.

Infektionsserologische Kontrollen des Impfstatus:

Die Veranlassung von infektionsserologischen Kontrollen des Impfstatus im Großlabor ist nicht auf Kassenkosten möglich. Vielmehr handelt es sich um eine Privatleistung, die von den Patienten selbst zu bezahlen ist.

Ausstellung von Zuweisungen zu Fachärzten:

Eine Zuweisung darf nur nach ärztlicher Untersuchung ausgestellt werden und es hat die Ausstellung der Zuweisung vor der Inanspruchnahme des zugewiesenen Arztes zu erfolgen, d.h. dass das Behandlungsdatum beim zugewiesenen Arzt nicht vor dem Ausstellungsdatum der Zuweisung liegen darf. Die Ausstellung einer Zuweisung „*im Nachhinein*“ ist daher nicht zulässig.

Das ÖGK-System betreffend Zuweisungen hat sich grundsätzlich bewährt und ist noch immer zukunftsweisend. Dieses System trägt nämlich maßgeblich mit dazu bei, dass die sog. Versorgungspyramide gewährleistet wird. In anderen Bundesländern verzeichnen Allgemeinmediziner teils deutliche Rückgänge an Patientenzahlen, da die Patienten immer weniger die Hausärzte und immer mehr direkt fachärztliche Hilfe (unter Umgehung des Hausarztes) in Anspruch nehmen. Dies insbesondere deshalb, da dort keinerlei finanzieller Anreiz besteht, sich primär an den Hausarzt zu wenden.

Unser System hingegen wirkt diesem Trend entgegen, sofern sich beide Arztgruppen konsequent daran halten. Dafür zu sorgen ist nicht nur als Aufgabe der Kammer sondern Aufgabe eines jeden einzelnen Kassenarztes. Das System funktioniert nur, wenn die vorgesehene Reihenfolge, nämlich die Indikationsstellung zur fachärztlichen Untersuchung und die dann folgende Zuweisung zum Facharzt erfolgt.

Zuweisungen zu kurativen Mammographien:

Seit 1.1.2014 muss eine eindeutige Indikation aus der Indikationenliste (siehe Beilage) vorliegen und auf der Zuweisung angeführt werden, widrigenfalls keine Abrechnungsmöglichkeit des Radiologen mit der Sozialversicherung besteht.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572/21900- 52 DW; Fax. 43 DW
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

Hausbesuche bei ÖGK (vgl. § 12 Abs 1 des Gesamtvertrages):

Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Eine Unzumutbarkeit liegt hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin jedenfalls dann vor, wenn die Voraussetzungen für einen Krankentransport gem. den Bestimmungen der Satzung des Versicherungsträgers vorliegen, es sei denn, die Untersuchung/Behandlung in den Ordinationsräumlichkeiten ist aus folgenden Gründen notwendig:

- a) Notwendige Verwendung von Geräten, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten des Vertragsarztes zur Verfügung stehen (dies sind EKG, Ultraschall, Bestrahlungen, elektrische Behandlungen, Oszillometrie, teilradiologische Leistungen),
- b) Verabreichung von Infusionen,
- c) Verabreichung von Injektionen, bei denen aufgrund der abgegebenen Arzneimittel Wechselwirkungen bzw. Nebenwirkungen, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten beherrschbar sind, nicht auszuschließen sind,
- d) Wundversorgungen, bei denen Komplikationen, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten beherrschbar sind, zu erwarten sind.

Das Vorliegen des betreffenden Grundes ist auf der Transportbescheinigung anzuführen. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche bis 9 Uhr beim Arzt anzumelden.

Covid-19-Abrechnungspositionen:

Die **spezifischen Covid-19-Abrechnungspositionen mit der ÖGK** für z.B. Impfungen, Long-Covid... finden Sie im ÖGK-Honorartarif unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk>.

35.5 Spezifisches zu den Honorarordnungen von SVS und BVAEB

SVS:

Mit 1.1.2020 wurden die SVA und die SVB zur sog. SVS fusioniert.

Folgende Punkte sind zu beachten:

- Die Abrechnung erfolgt bei der SVS monatlich.
- Die UID-Nummer der SVS lautet ATU 74620109, diese ist bitte bei jeder Abrechnung anzuführen.
- Bezeichnung „40 | SVS-GW“ und „50 | SVS-LW“
 - Im E-Card-System werden die Anspruchsberechtigten als SVS-GW (gilt für GSVG Versicherte) bzw. SVS-LW (gilt für BSVG-Versicherte) dargestellt

- Bitte führen Sie Ihre elektronischen Abrechnungen getrennt nach den bisher verwendeten Trägercodes ("40" für "SVS-GW", "50" für "SVS-LW") durch.
- Bitte sorgen Sie dafür, dass die Kürzel („SVS-GW“, „SVS-LW“) bei der elektronischen Zuordnung und auf Papierbelegen (z.B. auf Rezepten, Überweisungsscheinen etc.) aufgebracht bzw. verwendet werden.
- Etwaige ärztliche Abrechnungsunterlagen in Papierform können Sie gemeinsam, jedoch bitte nach SVS-GW und SVS-LW sortiert, an Ihre Abrechnungsstelle senden
- Der Honorarkatalog der SVS kann unter https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/kassen/261766 heruntergeladen werden. Für die Abrechnung sind insbesondere folgende weitere Punkte relevant:
 - **Telefonordination:** Hier gibt es seit 1. Juli 2020 ein Pilotprojekt, das mit 30.6.2025 befristet ist (Pos. OEK - Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel) - inhaltlich analog wie bei BVAEB (siehe unten).
 - **Bundeslandspezifische Abrechnungszusagen der (ehemaligen) SVA** bleiben auch für die SVS (sowohl für GSVG- als auch für BSVG-Versicherte) in unveränderter Form aufrecht (z.B. Dringlichkeitsterminsystem, Schmerzboard usw. in Vorarlberg).
 - Als Ausbildungsnachweis für die Verrechnung der **Pos. 26i – Chirodiagnostik und Chirotherapie** (40 Punkte; max. 5 Sitzungen pro Patient und Quartal verrechenbar) ist das ÖÄK-Diplom „Manuelle Medizin“ erforderlich.

Alle Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, HNO, Neurologie sowie Psychiatrie, die diese Position mit der SVS verrechnen wollen, müssen zuvor mit einem formlosen e-mail unter Vorlage des ÖÄK-Diploms im Wege der Ärztekammer für Vorarlberg um die Zulassung zur Verrechenbarkeit ansuchen. Die Ärztekammer leitet die Anträge dann befürwortend an die SVS weiter.

- 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 vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert.
- Die Regelung nach Abschnitt C Punkt 2. über die Bewilligungspflicht physikalischer Therapien und Bestrahlungstherapien ab 20 Behandlungseinheiten wird vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert.
- 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 vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert. Die

Anzahl der abrechenbaren Wegegebühren (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 für Bludenz, Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Lustenau bestehenden Regelungen (§ 9 Abs 3 lit c Gesamtvertrag) behalten unverändert ihre Gültigkeit.

- Medizinisch notwendige ärztliche Leistungen, die in der ÖGK-Honorarordnung enthalten sind, aber mit 1.1.2020 bzw. 1.1.2024 nicht in den Leistungskatalog der SVS übernommen werden konnten, bleiben für jene Vertragsärzte, die diese 2019 bei SVB-Versicherten tatsächlich abgerechnet haben, weiterhin zu den per 31.12.2019 gültigen Konditionen (Tarife, Abrechnungsbeschränkungen) im Wege einer SVS-Abrechnungszusage für SVS-Anspruchsberechtigte abrechenbar. **Alle jene Vertragsärzte, die eine Abrechnungszusage mit der SVS für die nachstehend angeführten Leistungen (für GSVG- und für BSVG-Versicherte) möchten, müssen eine solche Abrechnungszusage schriftlich im Wege der Ärztekammer für Vorarlberg ([Stefan.nitz@aekvbg.at](mailto: Stefan.nitz@aekvbg.at)) beantragen, damit eine Verrechnung dieser Leistungen mit der SVS möglich ist.**

FACH	Positionstext	SVS-Pos. Nr.	SVS-Tarif
AM GYN ORTHO	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrat) verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	237	28,29 €
KINDER	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	446	8,49 €
INNERE	Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung 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. Weiters gilt: a) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal. b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	416	91,93€

	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.		
--	---	--	--

BVAEB:

Mit 1.1.2020 wurden die BVA und die VAEB zur sog. BVAEB fusioniert.

- Die Honorarkataloge der BVA und der VAEB wurden in einen neuen gemeinsamen Katalog vereint. https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/kassen/261766
- Seit 1.1.2022 ist nur noch eine BVAEB-Abrechnung durchzuführen (nicht mehr zwei getrennte Abrechnungen für ehemals BVA und VAEB). Nähere Informationen dazu sind unter abrechnung.aerzte@bvaeb.at sowie 050405-23444 erhältlich.
- Weiters wurden u.a. folgende strukturelle Verbesserungen vereinbart:
 - ✓ **NEU:** Telefonordination (Pos.Nr. „OEK“)

Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar:

 - Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt muss persönlich erfolgen.
 - Die Kommunikation muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Notwendigkeit einer Untersuchung oder um eine Befundbesprechung handelt und wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist. Beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen.
 - Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
 - Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).
 - Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.
 - Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.
 - Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.
 - Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin und Radiologie.

35.6 Vorarlberger Poollösung für Kontrastmittel

Mit 01. 07. 2016 ist eine sog. Poollösung für die Bereitstellung von Röntgen-Kontrastmittel in Vorarlberg in Kraft getreten. Seit diesem Zeitpunkt werden Röntgenkontrastmittel an Vertragsfachärzte für Radiologie auch in Bezug auf Versicherte der SVS und BVAEB im Wege der

ÖGK bereitgestellt. Mit 01.07.2016 ist daher bei den genannten Sonderversicherungsträgern gemäß den Bestimmungen der jeweiligen Honorarordnung die bisherige Direkt-Verrechnung dieser Kosten mit den Vertragsfachärzten entfallen.

35.7 Niederlassungsförderung

Ärztammer und ÖGK haben sich darauf verständigt, dass bei Kassenstellen, die trotz dreimaliger Ausschreibung nicht besetzt werden können, im Einzelfall eine **Standortförderung** in Höhe von einmalig **€ 44.000.-** gewährt werden kann. Diese Standortförderung soll einen Anreiz für unentschlossene Kassenstelleninteressentinnen und -interessenten sein, sich um eine Kassenstelle zu bewerben.

35.8 Verbesserte Honorierung bei unbesetzten Kassenvertragsarztstellen bei der ÖGK:

Nähere Informationen dazu finden Sie in der ÖGK-Honorarordnung bzw. erhalten Sie in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle.

Info: Klaus Hausmann, Tel.: 05572/21900-36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at