

GESAMTVERTRAG

für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

abgeschlossen zwischen der

ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL

und dem

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVER-
SICHERUNGSTRÄGER

für die

Tiroler Gebietskrankenkasse
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

mit Wirksamkeitsbeginn 1. Jänner 1985
(Stand 01/2019)

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	2
ABKÜRZUNGSSCHLÜSSEL	5
GELTUNGSBEREICH	7
A. GESAMTVERTRAG	8
§ 1 GRUNDLAGEN	8
§ 2 GELTUNGSBEREICH	8
§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE	8
§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN	9
§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE	9
§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS	9
§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES	10
§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSTÄTTE	10
§ 9 STELLVERTRETUNG	10
§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG	11
§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION	11
§ 12 KRANKENBESUCH	13
§ 13 INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN	13
§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHT ÄRZTLICHER LEISTUNGEN	14
§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG	14
§ 16 WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST	14
§ 17 KONSILIUM	14
§ 18 BEHANDLUNG VON BETREUUNGSFÄLLEN	15
§ 19 ABLEHNUNG EINER BEHANDLUNG	15
§ 20 ANSTALTPFLEGE	15
§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN	16
§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT	16
§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT	17
§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT	17
§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER	17
§ 26 MUTTERSCHAFT	18
§ 27 AUSKUNFTSERTEILUNG	18
§ 28 KRANKENAUFZEICHNUNGEN	18
§ 29 ADMINISTRATIVE MITARBEIT	18
§ 30 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT	19
§ 31 RECHNUNGSLEGUNG	19
§ 32 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT	19
§ 33 TOD DES VERTRAGSARZTES	20
§ 34 GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT	20
§ 35 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF-(KONTROLL-)ÄRZTLICHEN DIENST	20
§ 36 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS	21
§ 37 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN	21
§ 38 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES	21
§ 39 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS	22
§ 40 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER	22
§ 41 SONDERREGELUNG FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTE	22
§ 42 ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE	22
§ 43 GÜLTIGKEITSDAUER	23
§ 44 VERLAUTBARUNG	23
B. HONORARORDNUNG	24
1. HONORARTARIFE	25

1.1.	PUNKTEWERTE	25
1.2.	AUSFÜHRLICHE DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHE AUSSPRACHE.....	25
1.3.	TARIFE FÜR OP-LEISTUNGEN.....	26
1.4.	BEREITSCHAFTSDIENSTZULAGEN.....	26
1.5.	WEGEGELD UND WEGEGELDPAUSCHALE	26
1.6.	HONORAR DER SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN NACH DEM MUTTER-KIND-PASS	27
1.7.	RÖNTGENUNKOSTEN	28
1.8.	UNKOSTEN FÜR RÖNTGENTHERAPIE	29
1.9.	Tabelle zu den Unkostentarifen für Röntgen-, Nah- und Kontaktbestrahlung	30
1.9.	SONOGRAFIE TARIFE.....	31
2.	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	32
2.1.	RECHNUNGSLEGUNG	32
2.2.	ABZÜGE UND HONORARÜBERWEISUNGEN	33
2.3.	ERSATZ-KRANKENKASSENSCHECKS	34
2.4.	VERTRETUNGEN, ÜBERWEISUNGEN ZWISCHEN VERTRAGSÄRZTEN	35
3.	BESONDERE BESTIMMUNGEN	37
3.1.	HONORIERUNG, PUNKTEGRUPPEN, PUNKTEWERTE, FALLBEGRENZUNGEN, FALLZAHLLIMITE UND FIXIERTE JAHRESGESAMTHONORARSUMMEN.....	37
3.2.	GRUNDLEISTUNGEN	44
3.3.	WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST	51
3.4.	WEGEGEBÜHREN.....	51
3.5.	LEISTUNGEN NACH DEM MUTTER-KIND-PASS.....	54
3.6.	VORSORGEUNTERSUCHUNG	58
3.7.	MEDIZINISCHE HAUSKRANKENPFLEGE	60
3.8.	SONDERLEISTUNGEN.....	61
4.	SONDERLEISTUNGSKATALOG.....	63
4.1.	MEDIZINISCH-DIAGNOSTISCHE LABORUNTERSUCHUNGEN DURCH ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE	66
4.2.	ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN.....	68
4.3.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE.....	70
4.4.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE	73
4.5.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE.....	78
4.6.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN	80
4.7.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN SOWIE UROLOGIE.....	82
4.8.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN DER INNEREN MEDIZIN UND KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE	85
4.9.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER LUNGENHEILKUNDE	91
4.10.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET FÜR NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE	92
4.11.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIET DER PHYSIKALISCHEN MEDIZIN	94
4.12.	NOTFALL-EKG FÜR DEN ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN.....	95
4.13.	OPERATIONSGRUPPENKATALOG.....	96
4.14.	HONORARTARIFE FÜR OP-LEISTUNGEN	98
4.15.	SONOGRAFIEKATALOG	99
4.16.	ULTRASCHALLDIAGNOSTIK	100
4.17.	SONDERLEISTUNGEN AUS DEM FACHGEBIET DER RÖNTGENOLOGIE	105
4.18.	RÖNTGENDIAGNOSTIK	106
4.19.	UNKOSTENTARIF FÜR RÖNTGENDIAGNOSTIK	109
4.20.	RÖNTGENTHERAPIE	111

4.21.	SONDERBESTIMMUNGEN FÜR DIE KURATIVE MAMMOGRAPHIE	115
4.22.	KATALOG DER VERTRAGSLEISTUNGEN FÜR MED.-DIAGN. LABORATORIEN	118
5.	GELTENDMACHUNG VON HÄRTEFÄLLEN ÜBER DEN SCHLICHTUNGS-AUSSCHUSS DER § 2-KASSEN	
	127	
ANHANG 1: STELLENPLAN DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE		130
ANHANG 2: RICHTLINIEN FÜR DIE AUSWAHL DER § 2-VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN,		
VERTRAGSFACHÄRZTE UND VERTRAGS-GRUPPENPRAXEN		141
	I. Geltungsbereich.....	141
	II. Sprachliche Gleichbehandlung.....	141
	III. Voraussetzungen für Ausschreibungen.....	141
	IV. Bewerbungsvoraussetzungen	141
	V. Vergabe des ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrages	144
	VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Einzelvertrages.....	144
	VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl.....	149
	VIII. Ablehnung der Invertragnahme	150
	IX. Vertrags-Gruppenpraxen	150
	X. Entscheidungsveröffentlichung	151
ANHANG 2A: RICHTLINIEN FÜR DIE AUSWAHL DER § 2-VERTRAGSZAHNÄRZTE		152
	I. Geltungsbereich.....	152
	II. Sprachliche Gleichbehandlung.....	152
	III. Voraussetzungen für Ausschreibungen.....	152
	IV. Bewerbungsvoraussetzungen	152
	V. Vergabe der ausgeschriebenen Kassenplanstelle.....	154
	VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Kassenvertrages	154
	VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl.....	157
	VIII. Ablehnung der Invertragnahme.....	157
	IX. Entscheidungsveröffentlichung	157
ANHANG 3: EINZELVERTRAG - ANHANG ZUM GESAMTVERTRAG VOM 1.1.1985.....		158
ANHANG 4: „KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“		160
ANLAGE 1	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: TECHNISCHE QUALITÄTSSICHERUNG IM ÖSTERREICHISCHEN BRUSTKREBSFRÜHERKENNUNGSPROGRAMM.....	160
ANLAGE 2	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: ÖÄK – ZERTIFIKAT MAMMADIAGNOSTIK.....	165
ANLAGE 3	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: INDIKATIONEN FÜR KURATIVE MAMMOGRAPHIE	169
ANLAGE 4	„KOMPENDIUM MAMMOGRAPHIE“: 079 – DATENFLUSSDOKUMENTATION, VERSION 0.19	173

ABKÜRZUNGSSCHLÜSSEL

AL	Arzt für Allgemeinmedizin	MC	Medizinische u. chemische Labordiagnostik
AU	Augenheilkunde und Optometrie	R	Medizinische Radiologie-Diagnostik
C	Chirurgie	N	Neurologie
D	Haut- und Geschlechtskrankheiten	P	Psychiatrie
G	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	NP	Neurologie und Psychiatrie
HO	Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	PN	Psychiatrie und Neurologie
I	Innere Medizin	O	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie
K	Kinder- und Jugendheilkunde	UC	Unfallchirurgie
L	Lungenkrankheiten	UR	Urologie

Verzeichnis der durch die vorliegende Kompilation erfassten Vereinbarungen:

Gesamtvertrag vom Juli 1971 samt Anhang

1.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1970 für das Jahr 1970
2.	Zusatzvereinbarung vom Juli	1972 für das Jahr 1972
3.	Zusatzvereinbarung vom August	1973 für das Jahr 1973
4.	Zusatzvereinbarung vom Juli	1974 für das Jahr 1974
5.	Zusatzvereinbarung vom November	1975 für das Jahr 1975 + 1/1976
6.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	1976 für 2/3/4/1976 + 1/1977
7.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	1977 für 2/3/4/1977 + 1/2/3/1978
8.	Zusatzvereinbarung vom Mai	1979 für 4/1978 + 1/2/3/1979
9.	Zusatzvereinbarung vom August	1980 für 4/1979 + 1/2/3/4/1980
10.	Zusatzvereinbarung vom April	1982 für 1981 ab 1.7.1981 = 3/4/1981
11.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	1982 ab 1.1.1982 bis 31.12.1982
12.	Zusatzvereinbarung vom März	1983 ab 1.1.1983
13.	Zusatzvereinbarung vom September	1984 für 1984/1985 bzw. 1986
14.	Zusatzvereinbarung vom März	1985 ab 1.4.1985
15.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1985 ab 1.7.1985
16.	Zusatzvereinbarung vom August	1987 ab 1.1.1986
17.	Zusatzvereinbarung vom März	1988 ab 1.4.1988
18.	Zusatzvereinbarung vom August	1990 ab 1.1.1990
19.	Zusatzvereinbarung vom Feber	1992 ab 1.1.1991
20.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1993 ab 1.1.1993
21.	Zusatzvereinbarung vom April	1995 ab 1.1.1995
22.	Zusatzvereinbarung vom November	1997 ab 1.1.1996
23.	Zusatzvereinbarung vom Juni	1998 ab 1.7.1998
24.	Zusatzvereinbarung vom Feber	2000 ab 1.1.1999
25.	Zusatzvereinbarung vom Mai	2000 ab 1.1.2000

26.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2001 ab 1.1.2001
27.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2002 ab 1.1.2002
28.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2003 ab 1.1.2003
29.	Zusatzvereinbarung vom November	2003 ab 1.1.2003
30.	Zusatzvereinbarung vom April	2005 ab 1.1.2004
31.	Zusatzvereinbarung vom März	2006 ab 1.1.2005
32.	Zusatzvereinbarung vom September	2006 ab 1.1.2006
33.	Zusatzvereinbarung vom Feber	2009 ab 1.1.2009
34.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2010 ab 5.7.2010
35.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	2010 ab 31.12.2010
36.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2010 ab 1.1.2010
37.	Zusatzvereinbarung vom Juli	2011 ab 1.4.2011
38.	Zusatzvereinbarung vom Oktober	2012 ab 1.1.2012
39.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2013 ab 1.10.2013
40.	Zusatzvereinbarung vom Juni	2014 ab 1.1.2014
41.	Zusatzvereinbarung vom Dezember	2015 ab 1.1.2016
42.	Zusatzvereinbarung vom Juli	2018 ab 1.7.2018
43.	Zusatzvereinbarung vom Jänner	2019 ab 1.1.2019

GELTUNGSBEREICH

Die Behandlungspflicht erstreckt sich auf die Versicherten der nachstehend angeführten Krankenversicherungsträger und auf Betreuungsfälle nach § 18 des Gesamtvertrages.

Soweit es sich um die Behandlung von Versicherten dieser Kasse aus anderen Bundesländern handelt (Betreuungsfälle nach § 18 des Gesamtvertrages), werden sie als Fremdkassenfälle bezeichnet.

Behandlungen von Versicherten der Betriebskrankenkasse der Austria Tabak und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern deren Wirkungsbereich sich über das ganze Bundesgebiet erstreckt, gelten nicht als Fremdkassenfälle.

§ 2-Kassen:

Tiroler Gebietskrankenkasse
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Fremdkassen:

Wiener Gebietskrankenkasse
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Burgenländische Gebietskrankenkasse
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Kärntner Gebietskrankenkasse
Salzburger Gebietskrankenkasse
Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe
Betriebskrankenkasse der Mondi Business Paper
Betriebskrankenkasse der voestalpine Bahnsysteme
Betriebskrankenkasse Zeltweg
Betriebskrankenkasse Kapfenberg

A. GESAMTVERTRAG

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Tirol (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

Stand 1.1.2019

§ 1 GRUNDLAGEN

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG), BGBl. 189, sowie gemäß § 38 Abs.2 Ziff. 8 des ÄG 1984, BGBl. 373/1984 in der jeweils geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden kurz unter der Bezeichnung "Anspruchsberechtigte" zusammengefasst) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

§ 2 GELTUNGSBEREICH

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

1. Tiroler Gebietskrankenkasse
 2. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- (im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt)

§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Zahl der Planstellen und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt (Anhang 1).

(2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

(3) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der Vertragsärzte, ihre örtliche Verteilung sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.

§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN

- (1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in der nächsten Nummer der Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.
- (3) Die Vertragsparteien kommen überein, dass die Tiroler Gebietskrankenkasse als federführender § 2-Krankenversicherungsträger ein Exemplar der Ausschreibung für Vertragsarztstellen rechtzeitig zugesandt erhält.

§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE

- (1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu stellen. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zu Stande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.
- (2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren:
 - a) Die Auswahl der § 2-Vertragsärzte wird durch die Richtlinien im Anhang 2 geregelt.
 - b) Sprengel-, Gemeinde- oder Stadtärzte erwerben durch die Ernennung (Anstellung) noch kein Recht auf die Ausübung der Kassenpraxis. Sie müssen, wenn sie nach ihrer Ernennung (Anstellung) zur Kassenpraxis zugelassen werden wollen, um die Berechtigung zur Ausübung der Kassenpraxis ansuchen. Sie können im Rahmen des Stellenplanes in Vertrag genommen werden, wenn sie die allgemeinen Voraussetzungen für Vertragsärzte erfüllen und die Notwendigkeit für die Zulassung zur Kassenpraxis im Sinne der Bestimmungen des § 3 Abs.2 des Gesamtvertrages gegeben ist.
- (3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.
- (4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträgers dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dergleichen) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihrer Versicherungsträger sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet (Anhang 3).
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle auf Grund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Angestelltenverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und der zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.
- (6) Bei Eingehen eines Angestelltenverhältnisses, welches eine hauptberufliche Tätigkeit beinhaltet, erlischt der Einzelvertrag innerhalb eines Jahres.

§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag unverzüglich nach termingerechter Praxiseröffnung (§ 5 Abs.1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.
- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Einzelvertrag vereinbarten Tag.
- (4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSSTÄTTE

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.
- (2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs.1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

§ 9 STELLVERTRETUNG

- (1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenden zugemutet werden kann. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 13 ÄG.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und dem Versicherungsträger bekannt zu

geben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so kann die Kammer oder der Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird der Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

(1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

(5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.

(6) Der Vertragsarzt darf ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, dem Versicherungsträger nicht verrechnen; er ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers in diesen Fällen berechtigt.

§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse bis 30.9.2001

(2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.10.2001

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.1.2004

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.7.2014

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Eine Nachmittagsordination beginnt frühestens um 13:00 Uhr und dauert mindestens zwei Stunden. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

Abs. 2 gültig für Einzelvertragsabschlüsse ab 1.1.2017

(2) Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen grundsätzlich mindestens 22 Wochenstunden, aufgeteilt auf 5 Wochentage, wobei die Ordination an mindestens zwei Nachmittagen geöffnet sein muss. Eine Nachmittagsordination beginnt frühestens um 13:00 Uhr und dauert mindestens zwei Stunden. Ist die Ordination am Samstag geöffnet, so kann die Öffnungszeit für einen anderen Werktag oder für einen Nachmittag entfallen. Unterschreitungen der 22 Wochenstunden sind nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger schriftlich bekannt zu geben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von 2 Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie zB Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeit ärztliche Hilfe zu leisten.

(4) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 12 KRANKENBESUCH

(1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit sobald als möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9:00 Uhr beim Arzt anzumelden.

(2) Für den praktischen Arzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächsterreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Ärzte für Allgemeinmedizin als nächsterreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohner ist der Arzt für Allgemeinmedizin in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km - gerechnet von seiner Ordinationsstätte- zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächsterreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgefähig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km - gerechnet von der Ordinationsstätte - wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächsterreichbarer Vertragsfacharzt berufen wird.

(4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

(5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich Wegegebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes angefallen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

(6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

§ 13 INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN

(1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem ist hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages rückzuüberweisen.

§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHT ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

- (1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.
- (2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

- (1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (zB eCard, Behandlungsschein) unaufgefordert nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.
- (2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches die Anspruchsberechtigung nachgewiesen wurde.
- (3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs.1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.
- (4) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag rückzuerstatten. Kann der Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, vom Versicherungsträger die Ausstellung eines Ersatz-Krankenkassenschecks zu verlangen. Der Ersatz-Krankenkassenscheck gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatz-Krankenkassenschecks vereinbaren die Vertragsparteien. Ersatz-Krankenkassenschecks sind vom Vertragsarzt unter Verwendung des von den Kassen einvernehmlich mit der Kammer aufgelegten Formulars auszufüllen und dem Krankenversicherungsträger zur Bestätigung der Anspruchsberechtigung des Versicherten einzusenden. Die Krankenversicherungsträger haben diesen Ersatz-Krankenkassenscheck innerhalb von 8 Tagen mit dem Vermerk des Anspruchsrechtes rückzusenden.

§ 16 WOCHENEND- UND FEIERTAGSDIENST

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Wochenend- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist der Versicherungsträger von der Diensteteilung zu verständigen.

§ 17 KONSILIUM

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 18 BEHANDLUNG VON BETREUUNGSFÄLLEN

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensoferversorgungsgesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

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

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

§ 19 ABLEHNUNG EINER BEHANDLUNG

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 20 ANSTALTSPFLEGE

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in den medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Dazu steht den Vertragsärzten ein Ökotool über die Arztsoftware oder eine Webversion zur Verfügung. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, dieses Instrument, bei der Verordnung ihrer Heilmittel zu verwenden. Vertragsärzte mit Arztsoftware sollen das Ökotool soweit technisch möglich und ökonomisch sinnvoll in diese integrieren. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Mitarbeit des Patienten soll der Vertragsarzt möglichst die im Rahmen der Vorgaben der Richtlinien für die ökonomische Verschreibeweise kostengünstigste Arzneyspezialität verschreiben.
- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzen die Vertragspartnernummer und der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.
- (5) Der für die Untersuchung und Behandlung des Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.
- (6) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, eine vom Vertragsarzt abgelehnte genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften des Abs.1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT

- (1) Die Maßnahmen des Krankenversicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur-, Landaufenthalte u.dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm dafür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.
- (2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

- (1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hiervon vereinbaren.
- (2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorien u.dgl.) einholen.
- (3) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

- (1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht dem Chef-(Kontroll-)arzt des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.
- (2) Die Krankenstandsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das eCard-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (kurz eAUM) zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (zB Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Wenn nach der Art der Erkrankung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit absehbar ist, ist auch das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit in der Meldung bekannt zu geben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.
- (4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.
- (5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER

- (1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hierzu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorien u.dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzuhalten. In diesem

Fall ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

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

(3) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

§ 26 MUTTERSCHAFT

Der Vertragsarzt ist zur Betreuung (Beratung, Untersuchung und allenfalls Behandlung) der schwangeren Anspruchsberechtigten und zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft und nach den Bestimmungen des Familienlastenausgleichsgesetzes (Mutter-Kind-Pass) verpflichtet.

§ 27 AUSKUNFTSERTEILUNG

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

(2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

§ 28 KRANKENAUFZEICHNUNGEN

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

§ 29 ADMINISTRATIVE MITARBEIT

(1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke und jeweils eine Vertragsarztstempelkarte werden dem Vertragsarzt vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Vertragsarztstempelkarte zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarte Bezeichnungen verwendet werden.

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

§ 30 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;

b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;

c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Eurobeträgen.

(2) Der Geldwert der einzelnen Punkte wird von den Vertragsparteien jeweils in einer Zusatzvereinbarung festgelegt und in der Honorarordnung verlautbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Änderung der Tarife verlangen.

§ 31 RECHNUNGSLEGUNG

(1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenden Vertragsarzt.

(2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermins ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Dieser Abrechnung wird jedoch jene Honorarordnung zu Grunde gelegt, welche für den betroffenen Leistungszeitraum Geltung hatte. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

§ 32 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT

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

(2) Wird vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

§ 33 TOD DES VERTRAGSARZTES

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgesetzten Erben zu.

(2) Der von der Witwe (Witwer, Kinder, Eltern oder andere) eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

§ 34 GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT

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

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

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

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

(5) Der Vertragsarzt teilt dem Versicherungsträger die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit, das Gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 35 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF-(KONTROLL-)ÄRZTLICHEN DIENST

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

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

§ 36 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden durch den Chefarzt vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zu Stande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.

(5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 37 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN

Streitigkeiten, die sich aus dem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrages zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen - unbeschadet der Bestimmungen des § 36 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 38 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISES

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 9 Abs. 2 - nur auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

(2) Wurde das Vertragsverhältnis mit Wirksamkeitsbeginn ab 1.1.2010 abgeschlossen, erlischt dieses ohne Kündigung mit Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt das 70. Lebensjahr vollendet hat.

(3) Sofern das Vertragsverhältnis mit Wirksamkeitsbeginn vor dem 1.1.2010 abgeschlossen wurde und der Vertragsarzt vor dem 31.12.2009 das 65. Lebensjahr vollendet hat, endet dieses abweichend von Abs. 2 mit 31.12.2014, frühestens jedoch mit Vollendung des 15. Vertragsjahres.

(4) Im Fall einer drohenden vertragsärztlichen Untersorgung sind Ausnahmen von den Altersbegrenzungen gemäß Abs. 2 und 3 im Einvernehmen zwischen dem Versicherungsträger und der Kammer möglich.

§ 39 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS

Der Versicherungsträger wird freie Facharztstellen in einem von ihm geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer ausschreiben.

§ 40 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Tiroler Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Tiroler Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Tiroler Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Tiroler Gebietskrankenkasse bevollmächtigt.

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

§ 41 SONDERREGELUNG FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTE

(1) Die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sowie der kieferorthopädischen Behandlung wird in einer Sonderregelung vereinbart, die von diesem Gesamtvertrag abweichende Bestimmungen enthalten kann.

(2) Dieser Gesamtvertrag tritt für die Vertragszahnärzte mit dem Abschluss der Sonderregelung in Kraft.

(3) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrages. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 43).

§ 42 ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE

Alle Ärzte, die am Tag des Abschlusses dieses Gesamtvertrages in einem Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen.

§ 43 GÜLTIGKEITSDAUER

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

(2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 44 VERLAUTBARUNG

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden in den Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol oder auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol und der Homepage der Tiroler Gebietskrankenkasse veröffentlicht.

Innsbruck, im Jänner 1985

F.d.
Ärztekammer für Tirol

Der Obmann der Kurie
der niedergelassenen Ärzte:

(Dr. Momen Radi)

Der Präsident:

(Dr. Artur Wechselberger)

F.d.
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Der Generaldirektor–Stv.:

(Mag. Bernhard Wurzer)

Die Vorsitzende des Vorstandes:

(Mag.^a Rabmer-Koller)

F. d.
Tiroler Krankenversicherungsträger:
Tiroler Gebietskrankenkasse :

Der Direktor:

(Dr. Arno Melitopoulos)

Der Obmann:

(Werner Salzburger)

B. HONORARORDNUNG

gültig ab 1.1.2019

Die Honorierung der vertragsärztlichen (mit Ausnahme der vertragszahnärztlichen) Tätigkeit der im Bundesland Tirol niedergelassenen und in einem Vertragsverhältnis zu den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern stehenden Vertragsärzten erfolgt nach den Bestimmungen dieser Honorarordnung, welche als Honorarregelung im Sinne des § 30 Abs. 1 des Gesamtvertrages gilt. Diese Honorarordnung stellt ebenso wie die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossene Vereinbarung vom 23. April 1964 einschließlich der hiezu ergangenen Richtlinien einen Bestandteil des erwähnten Gesamtvertrages dar und kann nur zusammen mit diesem aufgekündigt werden.

Für die Dauer der Gültigkeit des Übereinkommens betreffend die Datenerfassung und Abrechnung der § 2-Vertragsärzte ab 1. Jänner 1987 gelten die darin enthaltenen Regelungen mit den unter den "Allgemeinen Bestimmungen" in Fettdruck hervorgehobenen Abweichungen, sowie die Einheitlichen Grundsätze gemäß § 340a ASVG über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte.

1. Honorartarife

Stand 1.1.2018

Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen wird nach folgendem Verzeichnis unter grundsätzlicher Beachtung der Bestimmung der Honorarordnung vorgenommen.

1.1. Punktwerte

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020	
		€		
Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte				
1. Punktegruppe	bis 36.000	ohne Kleinlabor	1,0740	1,0955
		Kleinlabor*	1,0470	1,0679
2. Punktegruppe	ab 36.001	ohne Kleinlabor	0,5395	0,5503
		Kleinlabor*	0,5258	0,5363
Laborpunkte (=Pos. 178a-v)			0,4518	0,4518
EKG-Punkte			0,9120	0,9302
Große Sonderleistungspunkte (-/II)			1,8694	1,9068
Röntgenologen				
1. Punktegruppe	bis 28.000		1,4723	1,5017
2. Punktegruppe	ab 28.001		0,7289	0,7435
Medizinisch-diagnostische Laboratorien Für § 2-Kassen				
	1 bis 1.000.000		0,068963	
	1.000.001 bis 5.000.000		0,022988	
	ab 5.000.001		0,011423	

* ausgenommen Position 39

1.2. Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache	13,89	14,17

1.3. Tarife für OP-Leistungen

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
	OP-Gruppe I	57,19	58,33
	OP-Gruppe II	103,94	106,02
	OP-Gruppe III	176,68	180,21

1.4. Bereitschaftsdienstzulagen

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
Ärzte für Allgemeinmedizin (ausgenommen Innsbruck-Stadt)			
	für 12 Stunden	148,73	151,70
	für 24 Stunden	297,46	303,41
	für 36 Stunden (Feiertagsdienst)	446,20	455,12
	für 48 Stunden (Wochenenddienst)	594,92	606,82

1.5. Wegegeld und Wegegeldpauschale

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
a)	Ein einfacher fahrbarer Kilometer bei Tag	1,04	1,06
b)	Ein einfacher unfahrbarer Kilometer bei Tag	2,05	2,09
c)	Ein einfacher fahrbarer Kilometer bei Nacht	1,56	1,59
d)	Ein einfacher unfahrbarer Kilometer bei Nacht	4,13	4,21
e)	Wegegeldpauschale für Ärzte des Stadtgebietes von Innsbruck		
	für jede Visite bei Tag	3,97	4,05
	für jede Visite bei Nacht	7,08	7,22
f)	Wegepauschale für Ärzte für Allgemeinmedizin in Absam, Hall i.T., Mils bei Hall i.T.		
	für jede Visite bei Tag	2,57	2,62
	für jede Visite bei Nacht	4,22	4,30

1.6. Honorar der Sonderleistungspositionen nach dem Mutter-Kind-Pass

		Ab 1.1.2008
PosNr	Bezeichnung	€
MK I	Honorar im Zusammenhang mit der ersten bis fünften Untersuchung der Schwangeren, ausschließlich der internen Untersuchung, durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, je	18,02
MK II	Honorar für die interne Untersuchung der Schwangeren durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Innere Medizin	11,55
MK III	Honorar bei Haus-(Heim-)Entbindungen, Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	17,88
MK IV	Honorar im Zusammenhang mit der ersten bis vierten Untersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, je	21,80
MK V	Honorare für die erste bis vierte fakultative Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 62. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, je	21,80
MK VI	Orthopädische Kindesuntersuchung durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde oder Orthopädie	11,55
MK VII/1	HNO-Kindesuntersuchung durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde oder HNO-Krankheiten	17,95
MK VII/2	Augenuntersuchung des Kindes durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde oder Augenheilkunde	17,95
MK III	Erste, zweite und dritte fakultative Ultraschalluntersuchung der Schwangeren durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Radiologie bzw. Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, je	24,42
MK IX	Zweite fakultative augenfachärztliche Kindesuntersuchung durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	21,80
MK X	Erste (1. Lebenswoche) und zweite (6. bis 8. Lebenswoche) fakultative Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und orthopädische Chirurgie oder Radiologie bzw. Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, je	29,07

1.7. Röntgenunkosten

PosNr	Bezeichnung	ab 1.1.2019		ab 1.1.2020	
		A-Tarif	B-Tarif	A-Tarif	B-Tarif
a)	Für Fachärzte	€			
518	Einfache Durchleuchtung	3,63	2,22	3,67	2,24
519	Ösophagus	4,47	3,20	4,51	3,23
520	Ein- bis mehrmalige Durchleuchtung mit Kontrastmasse per os, Magen-Darm-Trakt	12,83	9,05	12,96	9,14
521	Colon per Kontrast-Klysma	15,85	11,33	16,01	11,44
522	Aufnahme 9/12	5,51	3,92	5,57	3,96
523	Aufnahme 13/18	6,19	4,43	6,25	4,47
524	Aufnahme 18/24	6,87	4,88	6,94	4,93
525	Aufnahme 18/35	8,57	6,20	8,66	6,26
526	Aufnahme 15/40	7,93	5,70	8,01	5,76
527	Aufnahme 20/40	9,51	6,82	9,61	6,89
528	Aufnahme 24/30	8,46	6,09	8,54	6,15
529	Aufnahme 30/40	10,97	7,87	11,08	7,95
530	Aufnahme 35/35	10,97	7,87	11,08	7,95
531	Aufnahme 35/43	12,59	9,48	12,72	9,57
532	Zahnfilm	2,92	2,05	2,95	2,07
533	Tomografie 20% Zuschlag zu den Röntgenunkosten der Schichtaufnahme				
533b	Zuschlag zur Mammographieaufnahme 18/24 (max. 4 Aufnahmen und entsprechende Indikation)	2,50		2,53	
534	Unkosten für Bildverstärker oder Fernsehkette bei Durchleuchtung durch Röntgen- oder Lungenfachärzte, bei mitgeteilter Verwendung eines Bildverstärkers (höchstens 2mal pro Fall)	4,82		4,87	
534a	Bucky-Bestrahlung (auch für Dermatologen), für eine Sitzung, ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	4,36		4,40	
534d	Bildverstärkerzuschlag für digitalisierte Geräte; 10% Zuschlag zu PosNr 534	0,47		0,47	

PosNr	Bezeichnung	ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
b)	Für Ärzte für Allgemeinmedizin	€	
518P	Einfache Durchleuchtung	3,70	3,74
519P	Ösophagus	4,56	4,61
520P	Ein- bis mehrmalige Durchleuchtung mit Kontrastmasse per os, Magen-Darm-Trakt	13,07	13,20
521P	Colon per Kontrast-Klyisma	16,13	16,29
522P	Aufnahme 9/12	5,62	5,68
523P	Aufnahme 13/18	6,30	6,36
524P	Aufnahme 18/24	6,98	7,05
525P	Aufnahme 18/35	8,75	8,84
526P	Aufnahme 15/40	8,06	8,14
527P	Aufnahme 20/40	9,68	9,78
528P	Aufnahme 24/30	8,63	8,72
529P	Aufnahme 30/40	11,16	11,27
530P	Aufnahme 35/35	11,16	11,27
531P	Aufnahme 35/43	12,80	12,93
532P	Zahnfilm	2,97	3,00

1.8. Unkosten für Röntgentherapie

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
PosNr	Bezeichnung	€	
542	1 F*	2,66	2,69
543	100 R**	3,31	3,34
Nah- und Kontaktbestrahlung			
	1. bis zu 10.000 R per 100 R	1,08	1,09
	2. von 10.100 R bis 20.000 R per 100 R	0,47	0,47
	3. von 20.100 R aufwärts per 100 R	0,19	0,19

* jeweiliges Bestrahlungsfeld, ohne Rücksicht auf dessen Ausdehnung;

** Röntgendosis für Röntgen oder Röntgen-Kontakt-Therapie

Tabelle zu den Unkostentarifen für Röntgen-, Nah- und Kontaktbestrahlung

	ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
R	€	
1.000	10,81	10,92
2.000	21,61	21,83
3.000	32,42	32,74
4.000	43,23	43,66
5.000	54,04	54,58
6.000	64,84	65,49
7.000	75,65	74,90
8.000	84,80	85,60
9.000	95,40	96,30
10.000	106,00	107,00
11.000	110,70	111,70
12.000	115,40	116,40
13.000	120,10	121,10
14.000	124,80	125,80
15.000	129,50	130,50
16.000	134,20	137,92
17.000	141,30	142,71
18.000	146,05	147,51
19.000	150,79	152,30
20.000	155,54	157,10
21.000	157,46	159,03
22.000	159,38	160,97
23.000	161,30	162,91
24.000	163,22	164,85
25.000	165,14	166,79
26.000	167,05	168,72
27.000	168,97	170,66
28.000	170,89	172,60
29.000	172,81	174,54
30.000	174,73	176,48
31.000	176,65	178,42
32.000	178,57	180,36
33.000	180,49	182,29
34.000	182,41	184,23
35.000	184,33	186,17

1.9. Sonografie Tarife

	ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
PosNr	€	
US01	21,88	22,10
US02	26,77	27,04
US03	40,48	40,88
US04	18,20	18,38
US05	26,77	27,04
US08	26,77	27,04
US09	26,80	27,07
US10	29,14	29,43
US11	29,14	29,43
SP01	26,28	26,54
SP02	38,90	39,29
SP03	6,87	6,94
SP05	13,51	13,65
SP06	12,15	12,27
SP07	22,68	22,91
SP09	32,34	32,66
SP10	26,28	26,54
DS01	16,21	16,37
DS02	16,21	16,37
DS03	24,27	24,51
DS04	9,34	9,43
FD01	47,34	47,81
FD02	8,06	8,14
FD03	20,21	20,41
FD04	40,48	40,88
FD05	40,48	40,88
EK01	52,48	53,00

2. Allgemeine Bestimmungen

2.1. Rechnungslegung

1. **Der Vertragsarzt reicht bis zum 10. des dem Abrechnungszeitraum jeweils folgenden Monats die Abrechnungsunterlagen mit dem Abrechnungsdeckblatt bei der Abteilung „Vertragspartner I“ der Tiroler Gebietskrankenkasse (Datum des Poststempels) ein.**
2. **Die Abrechnungsdeckblätter sind Voraussetzung und Grundlage zur Freigabe bzw. Anweisung der Akontozahlungen. Die Kasse übermittelt jeweils bis zum 20. des Abgabemonats der Ärztekammer für Tirol die Durchschrift der Deckblätter aller abrechnenden Vertragsärzte.**
3. Als Abrechnungsunterlagen gelten: Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine, Ersatz-Krankenkassenschecks, eCard-Ersatzbelege, Abrechnungsdeckblätter, Leistungsprotokolle, Kilometerlisten, Meldung des Wochenend- und Feiertagsdienstes (Näheres siehe Abschnitt 3.3 und 3.4 der „Besondere Bestimmungen“) sowie Anträge von Wahlärzten. Die Möglichkeit einer ausnahmsweisen Verrechnung von ärztlichen Leistungen durch Ersatz-Krankenkassenschecks regelt § 15 Abs. 4 des Gesamtvertrages und der folgende Abschnitt 2.3 der "Allgemeine Bestimmungen" dieser Honorarordnung.
4. Grundsätzlich können auf Rechnung des Versicherungsträgers ärztliche Leistungen nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches der eCard-Ersatzbeleg oder der Ersatzkrankenkassenscheck ausgestellt wurde. Überweisungsscheine hingegen haben auch dann Gültigkeit, wenn die Erstleistung im folgenden Quartal innerhalb von 4 Wochen ab Ausstellungstag erbracht wird. Wird ein Ausstellungsdatum abgeändert oder fehlt es überhaupt, so ist die entsprechende Ergänzung bzw. Korrektur nur vom berechtigten Aussteller (Kasse, [zuweisender] Arzt) durchzuführen und neuerlich mit der Unterschrift und der Stempiglie zu versehen.
5. Die Abrechnungsunterlagen sind dem gültigen Leistungsverzeichnis (= Schablone für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Ärzte einzelner Fachrichtungen) bzw. dem Vordruck entsprechend vollständig auszufüllen, alphabetisch zu ordnen und fortlaufend zu nummerieren (hiefür ist das auf der Abrechnungsseite rechts unten eingezeichnete Rechteck vorgesehen). Es ist besonders darauf zu achten, dass auf Überweisungsscheinen der Versicherungsträger, die Versicherungsgruppe und der Überweisungsgrund (Ziffer 1 bis 9) entsprechend gekennzeichnet sind. Den Abrechnungsunterlagen, die nicht den Raster der Scheine der Tiroler Krankenversicherungsträger aufweisen, sind Überweisungsscheine oder Scheine, die nur mit dem Abrechnungsraster bedruckt sind, anzuhängen, damit die erbrachten und zu verrechnenden Leistungen der Honorarordnung entsprechend übersichtlich angeschrieben werden können. Sollten für ein und denselben Patienten im Quartal mehrere Scheine anfallen, sind diese zusammengefasst unter einer Nummer abzurechnen.
6. Die Eintragung der erbrachten und verrechenbaren Leistungen auf der Rückseite der Abrechnungsunterlagen (Krankenkassenschecks, Überweisungsscheine, Ersatzkrankenkassenschecks, eCard-Verrechnungsschein) durch den Vertragsarzt darf bei elektronischer Rechnungslegung mit maschinell lesbaren Datenträgern bzw. Datenfernübertragung (EDV-Rechnungslegung) unterbleiben. Entspricht der Datensatzaufbau nicht jenem des Hauptverbandes, muss vom Vertragsarzt zusätzlich ein erweitertes Leistungsprotokoll vorgelegt werden. Art, Aufbau und Umfang der Daten sowie das vom Vertragsarzt selbst erstellte erweiterte Leistungsprotokoll müssen dem Mustersatzaufbau des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Anlage A zu den Einheitlichen Grundsätzen über die EDV-Abrechnung der Vertragsärzte) entsprechen. Das erweiterte Leistungsprotokoll muss jeweils

den Namen, das Geburtsdatum und die Anschrift des Patienten, die Diagnose sowie das Leistungsdatum enthalten.

7. Die Erfassung der Leistungsdaten der Vertragsärzte mit händischer Abrechnung erfolgt nach den Bedingungen der Gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 19.7.2002.

2.2. Abzüge und Honorarüberweisungen

1. Die Tiroler Gebietskrankenkasse wird jene Beträge, die ihr von der Ärztekammer für Tirol angegeben werden, jeweils von den Honoraren der Vertragsärzte einbehalten und auf die bekannt gegebenen Konten bei der Landes-Hypothekenbank Tirol in Innsbruck überweisen.
2. Sämtliche von der Tiroler Gebietskrankenkasse an die Vertragsärzte zu leistenden Zahlungen werden auf das vom Vertragsarzt angegebene Bankkonto überwiesen.
3. Die Tiroler Gebietskrankenkasse ist verpflichtet, bei rechtzeitig vorgelegter Abrechnung zum Ultimo des ersten und zweiten Monats eines jeden Kalendervierteljahres eine Akontierung in der Höhe von je 30% der Honorarsumme der jeweils letzten abgeschlossenen Quartalsabrechnung (abzüglich der für die Ärztekammer für Tirol einbehaltenen Beträge) zu leisten.

Eine Abrechnung gilt jedenfalls dann als rechtzeitig vorgelegt, wenn der unter Ziff. 1 des Abschnittes 2.1 festgelegte Termin eingehalten wird. Die Endabrechnung erfolgt jeweils erst zum Ultimo des dritten Monats eines jeden Kalendervierteljahres.

Bei nicht rechtzeitig vorgelegter Abrechnung erfolgt jedoch nur am Ende des zweiten Monats des betreffenden Kalendervierteljahres eine Akontierung in Höhe von 30% der Honorarsumme der letzten abgeschlossenen Quartalsabrechnung.

In begründeten Fällen werden Abrechnungen, welche längstens bis zum 28. des dem Abrechnungszeitraum folgenden Monats einlangen, als termingerecht vorgelegt anerkannt. In solchen Fällen wird von der Tiroler Gebietskrankenkasse die für den ersten Abrechnungsmonat fällige Akontierung nachüberwiesen. Bei einer noch späteren Rechnungslegung kann einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Tirol und den § 2-Kassen eine angemessene Akontierung erfolgen.

4. Nach erfolgter Prüfung und Bearbeitung der eingelangten Quartalsabrechnungen werden von der Tiroler Gebietskrankenkasse mit der Endabrechnung je eine Ausfertigung (EDV-Ausdruck) der Honorarabrechnung, die Abzüge zur Honorarabrechnung, der Limitierung und Staffelung zur Honorarabrechnung und die Liste der berichtigten Tarifnummern bzw. der stornierten Fälle, aus denen alle Abänderungen, Richtigstellungen und Abstriche sowie die von der Ärztekammer für Tirol vorgeschriebenen Abzüge ersichtlich sind, sowohl dem Vertragsarzt als auch der Ärztekammer für Tirol übersandt. Die Ärztekammer für Tirol erhält zusätzlich je einen EDV-Ausdruck der MKP-Sonderleistungen sowie VU-Leistungen. Die Vertragsärzte erhalten zusätzlich Korrekturhinweise zur Kilometerliste und zur Meldung über den offiziellen Bereitschaftsdienst an Sonn- und Feiertagen.
5. Ergeben sich bei der Abrechnung des Honorares Differenzen zwischen dem Vertragsarzt und den § 2-Kassen, so finden die Bestimmungen des § 32 Abs. 2 und des § 36 Abs. 6 des Gesamtvertrages Anwendung.

2.3. Ersatz-Krankenkassenschecks

Der Vertragsarzt ist berechtigt (§ 15 Abs. 4 des Gesamtvertrages), Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung nicht nachweisen können, aber glaubhaft machen, im Rahmen der **ersten Ordination** (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln bzw. einen Erlag zu verlangen. Sinngemäß ist jedoch bei abweislichen Fällen und bei Fällen, in denen eine Dringlichkeit nicht besteht, jede weitere Behandlung, solange kein Nachweis über die Anspruchsberechtigung vorliegt, zu Lasten der § 2-Kassen abzulehnen.

Abgesehen von den im § 15 Abs. 4 des Gesamtvertrages festgelegten Grundsätzen ist in solchen Fällen die Verrechnung von vertragsärztlichen Leistungen wie folgt möglich:

Für Versicherte, die trotz mündlicher oder schriftlicher Mahnung ihre Anspruchsberechtigung nicht nachweisen, kann der Vertragsarzt einen Ersatz-Krankenkassenscheck ausstellen. Diese Ersatz-Krankenkassenschecks sind, nach erfolgter Eintragung der ärztlichen Leistungen, vom Vertragsarzt den verschiedenen Krankenversicherungsträgern kontinuierlich zur Anspruchsprüfung zu übermitteln. Die Kassen stellen binnen acht Tagen die Ersatz-Krankenkassenschecks mit dem Vermerk, ob Anspruch gegeben ist oder nicht, wieder an den Vertragsarzt zurück. Ersatz-Krankenkassenschecks mit Anspruchsberechtigung fließen sodann in die normale Quartalsabrechnung ein. Sollte eine zeitgerechte Bestätigung der Anspruchsberechtigung bis zur Rechnungslegung nicht möglich sein, können pro Quartalsabrechnung höchstens 1% der nicht bestätigten Ersatz-Krankenkassenschecks im Verhältnis zur Gesamtzahl der abzurechnenden Scheine der Abrechnung zugeordnet werden. Die übrigen nicht bestätigten Ersatz-Krankenkassenschecks werden an den Vertragsarzt retourniert und können in der nächstfolgenden Abrechnung mit der Anspruchsbestätigung zur Honorierung vorgelegt werden.

Sollte ein Versicherter vor Ende des betreffenden Quartales doch noch seine Anspruchsberechtigung gegenüber seinem behandelnden Arzt nachweisen, so ist der Ersatz-Krankenkassenscheck zu vernichten. Ersatz-Krankenkassenschecks gelten nur für jenes Quartal, für das sie ausgestellt worden sind. Falls ein Vertragsarzt mit der Vorlage eines Ersatz-Krankenkassenschecks am Quartalsende in Zeitnot gerät, ist die Verrechnung desselben nur noch im nächstfolgenden Quartal möglich.

2.4. Vertretungen, Überweisungen zwischen Vertragsärzten

1. Lässt sich ein Vertragsarzt in seiner eigenen Ordination durch einen von ihm bestellten Arzt im Sinne des § 9 des Gesamtvertrages vertreten, kann nur mit dem vertretenen Vertragsarzt gemäß § 31 des Gesamtvertrages abgerechnet werden. Bei einer länger als zwei Wochen dauernden Vertretung sind sowohl der Beginn als auch das Ende der Vertretung und der Name des vertretenden Arztes der Ärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse umgehend schriftlich bekannt zu geben.
2. Der in seiner ärztlichen Tätigkeit verhinderte Vertragsarzt hat jedoch auch die Möglichkeit, sich durch einen anderen Vertragsarzt vertreten zu lassen, welcher grundsätzlich der Nächsterreichbare sein muss. Das Gleiche gilt für Vertragsfachärzte desselben Fachgebietes. Auch in diesem Falle sind die bei der Ärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse erforderlichen Meldungen bei den Vertretungen von mehr als zwei Wochen Dauer und die weiteren Bestimmungen des § 9 Abs. 2 des Gesamtvertrages zu beachten. Die erbrachten Leistungen werden mit dem vertretenden Vertragsarzt verrechnet. Für die Verrechnung der erbrachten Leistungen findet auch in diesen Fällen § 31 Abs. 2 des Gesamtvertrages Anwendung. Anfallende Wegegebühren werden für die Vertretungszeit grundsätzlich nur vom Ordinationssitz des nächsterreichbaren Vertragsarztes vergütet. Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte desselben Fachgebietes sollen die Urlaubseinteilung je nach lokalen Erfordernissen untereinander abstimmen, sodass jederzeit eine ordnungsgemäße kassenärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten sichergestellt ist. Name, Anschrift und Ordinationszeit des vertretenden Arztes ist an der Ordinationstür des vertretenen Arztes sichtbar anzubringen.
3. Bei Fortsetzung der Behandlung von Versicherten im laufenden Quartal durch den vertretenden Vertragsarzt gilt für diesen als Abrechnungsgrundlage der "Überweisungsschein", welcher immer nur dann verrechenbar ist, wenn sie mit der entsprechenden Begründung (siehe aufgedruckte Ziffern 1 - 9 am Überweisungsschein), dem Ausstellungsdatum, der Stampiglie und der Unterschrift des verhinderten Vertragsarztes versehen sind. Ist nach Wiederaufnahme der Tätigkeit des verhindert gewesenen Vertragsarztes eine weitere Behandlung des Versicherten erforderlich, so ist er an diesen rückzuüberweisen. Die Rücküberweisung erfolgt ohne Überweisungsschein, wenn sie noch im selben Quartal durchzuführen ist; liegt dieser Zeitpunkt jedoch schon in einem neuen Kalendervierteljahr hat der vertretende Arzt die Rücküberweisung mittels eines "Überweisungsscheines" durchzuführen. Wurde der vertretende Vertragsarzt im laufenden Quartal als erstbehandelnder Arzt in Anspruch genommen, wünscht der Anspruchsberechtigte jedoch nach Wiederaufnahme der Tätigkeit des verhindert gewesenen Vertragsarztes die weitere notwendige Behandlung von diesem durchführen zu lassen, so ist er ebenfalls mit einem Überweisungsschein an diesen zu überweisen. Dieser Grundsatz und die analoge Vorgangsweise gilt auch bei einer ärztlichen Versorgung im Rahmen des Wochenend- und Feiertagsdienstes. Weiters soll gemäß § 13 Abs. 2 des Gesamtvertrages ein Patient vom Facharzt, sofern er keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedarf, einem Arzt für Allgemeinmedizin zugewiesen werden.
4. Überweisungen von einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu einem anderen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin oder von einem Vertragsfacharzt zu einem anderen Vertragsfacharzt desselben Fachgebietes dürfen bei vorübergehender oder dauernder Verlegung des Wohnsitzes oder Aufenthaltsortes des Anspruchsberechtigten erfolgen.
5. Fachröntgenologen und Laborfachärzte dürfen keine Überweisungen vornehmen.
6. Außer in den bereits zitierten Fällen und bei unaufschiebbarer ärztlicher Versorgung (zB nach einem Unfall oder zur Abwehr eines lebensbedrohlichen Zustandes) darf der Anspruchsbe-

rechtigte innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.

7. Auf Überweisungsscheinen jeglicher Art sind erwünschte ärztliche Leistungen vom zuweisenden Vertragsarzt anzugeben.

3. Besondere Bestimmungen

3.1. Honorierung, Punktegruppen, Punktwerte, Fallbegrenzungen, Fallzahllimite und fixierte Jahresgesamthonorarsummen

- Die Honorierung der Vertragsärzte erfolgt nach Einzelleistungen im Sinne der Bestimmungen dieser Honorarordnung; die vertragsärztlichen Leistungen sind in den folgenden Abschnitten 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 und 3.6 angeführt. Die vertragsärztlichen Leistungen werden entweder nach Punkten (Grund- und Sonderleistungen) oder nach festen Eurowerten (Sonografie, ärztliches Gespräch, Röntgenunkosten, Bereitschaftsdienstzulagen, Wegegebühren und Sonderleistungshonorare für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, der Medizinischen Hauskrankenpflege sowie der Vorsorgemedizin u.a.) vergütet. Fachärzte dürfen nur Behandlungsfälle ihres Fachgebietes verrechnen. Ausnahmen sind nur dann möglich, wenn es sich um eine im Gefolge der Grundkrankheit des betreffenden Fachgebietes auftretende Erkrankung handelt sowie in allen Fällen von Komplikationen, wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit der Grunderkrankung besteht. Sonderleistungspositionen, die als Erste-Hilfe-Leistungen erbracht werden, sind mit einem "E" vor der Positionsnummer zu kennzeichnen und unterliegen nicht der Fachbegrenzung. Das Kindes- bzw. Jugendlichenalter ist mit der Vollendung des 18. Lebensjahres begrenzt. Ärztliche Leistungen, deren Erbringung ausschließlich Fachärzten vorbehalten ist, sind im "SONDERLEISTUNGSKATALOG" durch Symbole besonders gekennzeichnet und können nur von den dieser Fachgruppe angehörenden Vertragsfachärzten verrechnet werden. Alle übrigen nicht bezeichneten Leistungen sind - mit Ausnahme solcher der Fachärzte für Radiologie und der med.-diagn. Laboratorien - von sämtlichen Vertragsärzten verrechenbar. Ausnahmen bilden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die von den Krankenversicherungsträgern im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Tirol hierzu berechtigt werden.
- Primärärzte, sofern mit diesen ein Einzelvertrag nach § 6 des Gesamtvertrages besteht, können für Patienten, die zur stationären Aufnahme in das Krankenhaus eingewiesen und dort aufgenommen werden, keine ärztlichen Leistungen verrechnen. Wenn hingegen der Patient aus medizinischen Gründen einer stationären Aufnahme nicht bedarf, so kann bei einer ambulanten Behandlung die ärztliche Leistung normal verrechnet werden. Für überwiesene medizinisch-diagn. Laboruntersuchungen aller Art werden den Primärärzten zusätzliche Grund- und Sonderleistungen nicht honoriert.
- Die in einer Quartalsabrechnung zur Honorierung gelangenden anerkannten Punkte für Grund- und kleine Sonderleistungen werden unter Berücksichtigung der in Ziffer 5 festgelegten Fallbegrenzung sowie unter Anwendung der in Ziffer 7 angeführten Ausnahmebestimmungen wie folgt honoriert.

		Punkte
a) Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte (gültig bis 31.12.2016)	zum Wert der 1. Punktegruppe	bis 28.000
	zum Wert der 2. Punktegruppe	ab 28.001
	zum Wert der 3. Punktegruppe	ab 36.001
a) Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte (gültig ab 01.01.2017)	zum Wert der 1. Punktegruppe	bis 36.000
	zum Wert der 2. Punktegruppe	ab 36.001
b) Röntgenologen	zum Wert der 1. Punktegruppe	bis 28.000
	zum Wert der 2. Punktegruppe	ab 28.001

4. Die Punktwerte sind dem Verzeichnis der Honorartarife auf Seite 25 dieser Honorarordnung zu entnehmen.
5. Fallbegrenzungen:

Von den im Folgenden unter Ziffer 7 angeführten Ausnahmebestimmungen abgesehen gelten folgende Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte erhalten pro Fall und Quartal innerhalb der Fallbegrenzung höchstens bis zu 30 Punkte.

Erstleistungspunkte		außerhalb der Fallbegrenzung bis 30.6.2019	außerhalb der Fallbegrenzung ab 1.7.2019
Zur Erstleistung (Ordnation oder Visiten) werden zusätzlich honoriert:			
a)	an Ärzte für Allgemeinmedizin	8	9
b)	an Fachärzte (ausgenommen KI und NP, PN)	5	6
c)	an Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	7	8
d)	an Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	11	12

6. Kleinpraxen:

Für Ärzte für Allgemeinmedizin mit weniger als 400 § 2-Kassen-Fällen pro Quartal besteht unter der Voraussetzung, dass der Vertragsarzt das 65. Lebensjahr nicht überschritten hat, keine Fallbegrenzungszahl.

7. Ausnahmen von den Fallbegrenzungen:

Außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der 1. Punktegruppe werden zusätzlich zur ersten Leistung je Fall und Quartal vergütet:

			Punkte	
			bis 30.6.2019	ab 1.7.2019
a)	aa)	an Ärzte für Allgemeinmedizin	8	9
	bb)	an Fachärzte (ausgenommen KI und NP, PN)	5	6
	cc)	an Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	7	8
	dd)	an Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie	11	12
			Punkte	
b)	an alle Vertragsärzte zusätzlich			
	aa)	für die Tagesvisite (Pos. 2)	26,5	
	bb)	für die Visite am Sonn- und Feiertag (Pos. 2a)	26,5	
	cc)	Ordnation außerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten (Pos. 1b)		
	dd)	Rufvisiten während der Ordinationszeit (Pos. 4)		
	ee)	für die Nachtordination (Pos. 9)	13	
	ff)	für den Facharztzuschlag einfach und erhöht		
	gg)	Nachtvisiten (Pos. 10) nach folgendem Schema:		
		Behandlungsfälle	Visiten	

			Punkte
	Bis zu	100	7
		200	13
		300	18
		400	22
		500	26
		600	30
		700	33
		800	36
		900	39
		1.000	41
Für je 100 weitere Behandlungsfälle jeweils 2 weitere Nachtvisiten.			
hh)	<p>Die Honorierung großer überwiesener Physiotherapie an Vertragsärzte für Allgemeinmedizin wird bis auf Widerruf bis zu einem durchschnittlichen Fallwert von €1,25 ab 1.1.2019 bzw. €1,28 ab 1.1.2020 pro Quartal limitiert.</p> <p>Den Vertragsfachärzten werden überwiesene Fälle zur großen Physiotherapie (Pos. 798 - 803) zur Gänze außerhalb der Fallbegrenzung honoriert.</p> <p>Für die Erbringung von Leistungen der großen überwiesenen Physiotherapie ist nur der dem Wohnsitz oder Arbeitsplatz des Anspruchsberechtigten nächstgelegene Vertragsarzt mit entsprechender Einrichtung berechtigt. Überweisungen können nur dann vorgenommen werden, wenn der überweisende Arzt keine Apparatur für große Physiotherapie besitzt oder nicht der dem Wohnsitz oder Arbeitsplatz des Versicherten nächstgelegene Vertragsarzt (Einrichtung) ist. Selbstüberweisungen sind nicht gestattet.</p>		
ii)	Bei eigenen Fällen der großen Physiotherapie, zu deren Honorierung ausschließlich die Positionen 198 bis 203 zu verwenden sind, können außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der 1. Punktegruppe je Behandlungsfall und Quartal verrechnet werden.		
	Ärzte für Allgemeinmedizin		2,4
	FÄ für Chirurgie		1,9
	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		3,5
	FÄ für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		2,4
	FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten		1,9
	FÄ für Innere Medizin		1,9
	FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde		1,9
	FÄ für Lungenkrankheiten		1,9
	FÄ für Neurologie und Psychiatrie		2,4
	FÄ für Orthopädie		1,9
jj)	Ärztliche Leistungen, die für Anspruchsberechtigte von Fremdkassen (siehe Seite 7) oder für die auf Grund zwischenstaatlicher Verträge oder gesetzlicher Bestimmungen zu Betreuenden erbracht werden.		
c)	an alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin:		

			Punkte
	aa)	Zuschlag zur ersten Grundleistung (Pos. 2c) bei eigenen § 2-Kassen-Fällen	
	bb)	Erstkontaktordination (Pos.1c)	
	cc)	Visite zur Notfallversorgung (Pos. 4a)	
d)		An alle allgemeinen Fachärzte: Zuschlag zur ersten Visite bei eigenen Fällen (Pos. 2b)	
e)		Außerhalb der Fallbegrenzung werden die zur Verrechnung gelangenden EKG-Punkte mit einem eigenen Punktwert vergütet.	
f)		Außerhalb der Fallbegrenzungen werden ferner honoriert:	
	aa)	Große Sonderleistungen mit eigenem Punktwert für alle Ärzte für Allgemeinmedizin und jene Fachärzte, die solche Leistungen ausschließlich in der eigenen Praxis erbringen.	
	bb)	Große Sonderleistungen bis 1.500 Punkte pro Quartal für Primärärzte der Chirurgie und Unfallchirurgie, die auf Grund eines bestehenden Einzelvertrages nach § 6 des Gesamtvertrages Leistungen verrechnen; werden bei mehr als 40% der eingereichten Abrechnungsscheine für Operationen große Sonderleistungen verrechnet, wird ein Zuschlag von 50%, wenn sie bei 60% der Abrechnungsscheine für Operationen große Sonderleistungen verrechnen, ein solcher Zuschlag von 100% zum Limit der 1.500 Punkte zugestanden. Jene Punkte, welche aufgrund von Limitüberschreitungen nicht mehr als große Sonderleistungspunkte honoriert werden können, werden zu kleinen Sonderleistungspunkten und unterliegen somit der Punktestaffellung und Fallbegrenzung.	
	cc)	die Pos. Nr. 1d, 1e, 2d, 56a, 175d, 194a und 194g	

8. Fallzahllimite:

Bei bestimmten Grund- und Sonderleistungspositionen (1b, 1c, 1d, 1e, 2d, 12a, 12c, 12d, 12e, 53, 56a, 68, 70, 71a, 72a, 72b, 73a, 73b, 117a, 118, 129, 129a, 138a, 138b, 138c, 138d, 138e, 140, 167a, 167b, 168b, 169a, 174a, 174b, 174c, 174d, 174e, 174f, 174g, 174h, 175, 175d, 175f, 183b, 183d, 194, 194a, 194e, 194f, 194g, 194h, 534, 534d, Sonografie) dürfen nur bestimmte Prozentsätze der zur Honorierung eingereichten Tiroler § 2-Abrechnungsfälle zur Vergütung kommen. Ausgenommen vom Fallzahllimit bleiben alle Abrechnungsfälle, die nicht als Anspruchsberechtigte der Tiroler § 2-Krankenversicherungsträger gelten.

9. Fixierte Jahresgesamthonorarsummen:

Solange bei den Honorarabschlüssen betreffend die Honorierung der ärztlichen Hilfe aller Vertragsärzte der § 2-Krankenversicherungsträger Tirols fixierte jährliche Gesamthonorarsummen vereinbart sind, dürfen allfällige Honorarbestimmungen (Nachzahlungen oder Einbehalte) nur für die § 2-Krankenversicherungsträger Tirols angewendet werden.

10. Aufwandsregulierende Maßnahmen:

Wird einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse als federführendem § 2-Krankenversicherungsträger Tirols festgestellt, dass ein Vertragsarzt eine bzw. mehrere Tarifpositionen erheblich über dem vergleichbaren Landesdurchschnitt beansprucht, sind die jeweiligen Positionen nur zu dem zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Ausmaß abzugelten. Daraus sich ergebende Honorareinbehalte werden zwischen Kammer und Kasse festgelegt.

11. Umsatzbegrenzung für Vertragsfachlabors:

Die Honorare der medizinisch-diagnostischen Fachlabore werden in den Jahren 2019 und 2020 jeweils mit € 7.030.946,- begrenzt.

Analog der aus Anlass der Nichtnachbesetzung der Planstelle in Wörgl vereinbarten Verringerung der Honorarumsatzbegrenzung für 2010 wird die Honorarumsatzbegrenzung für 2020 um den Differenzbetrag zwischen der Honorarumsatzbegrenzung für 2009 und Honorarumsatzbegrenzung für 2010 reduziert, wenn die nächste freiwerdende Planstelle in Innsbruck nach deren Freiwerden ein volles Jahr vakant bleibt. Die aus dieser Umsatzbegrenzungsregelung sich ergebenden Honorarüberbezüge werden vierteljährlich jeweils nach Abschluss der Abrechnung des jeweiligen Quartals mit den nächsten Honorarzahungen (Akontierungen, Schlusszahlungen) kompensiert.

Kommt nach Ablauf dieser Honorarvereinbarung keine neue Umsatzbegrenzungsregelung für die medizinisch-diagnostischen Fachlabore zustande, tritt wiederum jene Umsatzbegrenzungsregelung in Kraft, die bis zum 31.12.1999 Gültigkeit hatte.

12. Ausgleichszahlungen und Strukturförderungsfonds

a) Ausgleichszahlungen an ALL und allgemeine Fachärzte

Zur Stärkung und Sicherung der hausärztlichen Strukturen im ländlichen Raum bzw. der fachärztlichen Strukturen werden an die Vertrags(fach)ärztinnen und -ärzten jährlich folgende Gesamtbeträge ausbezahlt:

	2011	2012 und folgende Jahre
ALL	€ 448.600,--	€ 598.000,--
Allg. FÄ	€ 36.000,--	€ 48.000,--

b) Strukturförderungsfonds

Zur Sicherstellung und Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum wird ein Strukturförderungsfonds eingerichtet, der wie folgt dotiert wird:

2016	2017	2018
€ 432.000,--	€ 432.000,--	€ 864.000,--

Nähere Bestimmungen über die Verwendung dieser Strukturförderungsmittel, insbesondere über die Verteilung und den Zeitpunkt der Auszahlung werden jeweils im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Sideletter festgelegt.

13. Eventualklausel betreffend die Sozialversicherungsanstalt der Bauern:

Für den Fall und ab Wirksamkeitsbeginn des Ausscheidens der SVB aus § 2 des Gesamtvertrages verlieren die mit der 37. Zusatzvereinbarung vom Juli 2011 vereinbarten Honorarausgleichsmaßnahmen (Ausgleichszahlungen gemäß Art. I Ziff. 1., fachspezifischen Strukturmaßnahmen gemäß Art. I Ziff. 2) ihre Geltung.

14. Sonderregelung für Labor(apparate)gemeinschaften:

- a) Eine Labor(apparate)gemeinschaft liegt vor, wenn im Sinne des § 52 Abs. 1 ÄG ein und dasselbe Laborgerät von mehr als einem Arzt benutzt wird.

- b) Voraussetzung für die Verrechnung und Honorierung von Leistungen, die mit einem im Rahmen einer Labor(apparate)gemeinschaft gemeinsam benutzten Laborgerät durchgeführt werden, ist die verpflichtende Meldung der Adresse der Labor(apparate)gemeinschaft sowie der Type des verwendeten Laborgerätes an die TGKK im Wege der Ärztekammer für Tirol.
- c) Laborleistungen, die von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten mit im Rahmen einer Labor(apparate)gemeinschaft gemeinsam benutzten Laborgeräten durchgeführt werden, sind analog den Bedingungen der Honorarordnung verrechenbar, die für Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen, die durch außerhalb von Labor(apparate)gemeinschaft stehenden Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzte erbracht werden, jeweils Gültigkeit haben.
- d) Die im Rahmen einer Labor(apparate)gemeinschaft erbrachten Leistungen werden mit 90% der jeweils geltenden Tarife der Honorarordnung für Laborleistungen honoriert, die von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten erbracht werden, die nicht an einer Labor(apparate)gemeinschaft beteiligt sind. Die Honorierung von Leistungen, die der fachspezifischen Fallwertlimitierung unterliegen (Pos. 178 a-v), werden mit 90 von Hundert des jeweils geltenden Fallwertes begrenzt, der auf Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde anzuwenden ist, die nicht an einer Labor(apparate)-gemeinschaft beteiligt sind. Der internistische Gesamtfallwert bleibt von dieser Regelung unberührt.

15. Sonderregelung zur Honorierung bei unbesetzten Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin (gültig ab 1.1.2019 bis 31.12.2020):

- a) Voraussetzungen:
 - aa) Vorliegen einer mindestens ein ganzes Quartal unbesetzten und zumindest einmal erfolglos ausgeschriebenen Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin;
 - ab) Einvernehmen von Kammer und Kasse, dass die Nachbesetzung weiterhin notwendig ist und die gegenständliche Sonderregelung zur Anwendung kommen soll;
 - ac) Einbezogen in die Regelung werden Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die im selben Bereitschaftsdienstsprengel, in dem die unbesetzte Vertragsarztstelle liegt, oder in dem/den geografisch angrenzenden Bereitschaftsdienstsprengel(n) ihren vertraglichen Ordinationssitz haben; Abweichungen hiervon können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse festgelegt werden;
- b) Honorierung:

Für die Dauer der Vakanz einer Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin erhalten die in lit. ac) angeführten Vertragsärzte für Allgemeinmedizin für die von ihnen geleisteten Wochenend- und Feiertagsdienste das 1,5fache der jeweils geltenden Pauschale.

16. Zuschüsse für Wartungskosten im Rahmen von e-Services:

Pos. Nr.	Art der Leistung	€	Anmerkung
eKOS1	Zuschuss für die EDV- Wartungskosten für die Verwendung von eKOS	4,00	Verrechenbar, wenn eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwendet wird. Der Zuschuss gebührt einmal je Monat und wird im Zuge der Quartalsabrechnung ausbezahlt.

eMed1	Zuschuss für die EDV- Wartungskosten für die Verwendung von e-Medikation	20,00	<p>Verrechenbar, wenn e-Medikation integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwendet wird. Der Zuschuss gebührt einmal je Monat und wird im Zuge der Quartalsabrechnung ausbezahlt.</p> <p>Nicht verrechenbar für für RAD, MCL, CHI, UCH</p>
-------	--	-------	---

3.2. Grundleistungen

Die nachstehend unter den Positionsnummern 1 bis 12 angeführten Leistungen werden als "Grundleistungen" bezeichnet und mit folgenden Punkten bewertet:

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
1	Ordination	4/l	Diese Position ist von Fachärzten für Radiologie und für med.-diagn. Laboratorien nicht verrechenbar. Für Fachröntgenologen sind dafür im Bereich der Röntgentherapie die Positionen 535 und 536 vorgesehen. Für überwiesene med.-chem. Untersuchungen aller Art und überwiesene Physiotherapie werden an Vertragsärzte Ordinationen ebenso nicht vergütet. Die Verrechnung von zwei oder mehr Ordinationen an einem Tag ist nur dann möglich, wenn es sich um zwei oder mehrere am selben Tag aufgetretene unterscheidbare Erkrankungen handelt.
1a	Ordination im Bereitschaftsdienst (nur für den zum Wochenend- und Feiertagsdienst eingeteilten Arzt) + 2 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung ab 1.7.2019	6/l 8/l	Die Verrechnung dieser Position ist nur im Rahmen des von der Ärztekammer für Tirol im Einvernehmen mit den § 2-Kassen eingerichteten Wochenend- und Feiertagsdienstes möglich, sofern die Teilnahme mit der hierfür aufgelegten Drucksorte der Abteilung Ärztliche Vertragspartner gemeldet wird. Ausgenommen ist der Funkbereitschaftsdienst für das Stadtgebiet Innsbruck. Nehmen Versicherte mittels Überweisungsscheines im Rahmen des offiziellen Wochenend- und Feiertagsdienstes ärztliche Hilfe in Anspruch und ist eine weitere Krankenbehandlung notwendig, so ist diese von jenem Vertragsarzt durchzuführen, bei dem der für das zutreffende Quartal gültige Abrechnungsschein abgegeben wurde.

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
1b	Ordination außerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten	21/1	<p>Diese Position gilt nur für Fälle, die auf Grund ihrer Dringlichkeit außerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten behandelt werden müssen. Die Uhrzeit der Behandlungen ist anzugeben. Die Verrechnung ist nicht möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Fälle, deren Behandlung sich auf Grund eines Bestellsystems außerhalb der gemeldeten Ordinationszeiten ergeben; - für Fälle die unmittelbar im Anschluss an die Ordinationszeiten behandelt werden, weil sie sich aus der regulären Ordinationstätigkeit ergeben; - im Rahmen der Bereitschaftsdienste; - im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen; <p>Bis 31.12.2017 ist die Verrechenbarkeit für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde auf höchstens 5%, für alle anderen allgemeinen Fachärzte mit höchstens 2% der § 2- Behandlungsfälle pro Quartal begrenzt.</p> <p>Ab 1.1.2018 ist die Verrechenbarkeit für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde auf höchstens 6%, bei Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde auf höchstens 5%, für alle anderen allgemeinen Fachärzte mit höchstens 2% der § 2- Behandlungsfälle pro Quartal begrenzt.</p>
1c	Erstkontaktordination (während der Ordinationszeit)	20/1	<p>Mit der Erstkontaktordination soll der administrative und anamnestische Mehraufwand der mit einem neuen Patienten entsteht (zB Neuanlage einer Patientenkartei, sei es bei einem eigenen Fall oder Vertretungsfall, sowie bei Patienten, die mindestens 2 Quartale die Ordination nicht mehr aufgesucht haben, usw.) abgegolten werden. Sie ist bis 31.12.2017 höchstens in 6% und ab 1.1.2018 höchstens in 7% der § 2-Behandlungsfälle pro Quartal und nur für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin verrechenbar. Im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ist die Verrechnung unzulässig.</p> <p>Erstkontaktordinationen, die wegen Überschreitung des %-Limits nicht honoriert werden, werden als Ordination (Pos.1) vergütet.</p>

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
1d	Ärztlicher Koordinationszuschlag außerhalb der Fallbegrenzung	12/I	<p>Dieser Zuschlag ist einmal pro Patient und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen, sonstigen Leistungserbringern oder mit Angehörigen der Patienten bedürfen. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren und umfasst:</p> <p>Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements</p> <p>Telefonische oder persönliche Kontaktnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung</p> <p>Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes</p> <p>Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation</p> <p>Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland. Von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und Kinder und Jugendheilkunde in höchstens 5% der § 2-Fälle verrechenbar.</p>
1e	Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag	12/I	<p>Dieser Zuschlag ist verrechenbar für persönliche (auch telefonische) sozialpsychiatrische Beratungen (Dauer im Allgemeinen ca. 10 Minuten) von Fachärzten für P./PN. mit anderen Behandlern (insbes. Hausarzt, Psychotherapeut, kl. Psychologe), Institutionen (zB. Krankenanstalten), die an der Behandlung beteiligt sind, sowie mit Angehörigen (soweit es sich nicht um eine Fremdanamnese – siehe Pos. 194f – handelt).</p> <p>Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 194, 194b, 194f;</p> <p>Die 12/I Punkte sind außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der ersten Punktegruppe, 1mal pro Fall und in 5% der § 2-Fälle verrechenbar.</p>
1f	<p>Zuschlag zur Pos. 1 für Ordination während vertraglich vereinbarter Tagesrandzeiten (Mo - Fr von 17:00 bis 19:00 Uhr) außerhalb der Fallbegrenzung</p> <p>ab 1.4.2019</p>	5/I	<p>Für die Verrechnung ist die Angabe der Uhrzeit der Arztkonsultation zwingend erforderlich. Diese Verpflichtung entfällt, wenn und solange die Kasse mit schriftlicher Zustimmung der Vertragsärztin/des Vertragsarztes eine patientenbezogene Auswertung der im eCard-System gespeicherten Uhrzeiten jener Konsultationen durchführen kann, für die die Pos. 1f verrechnet wurden.</p> <p>Die Gesamtvertragsparteien kommen weiters überein, im Hinblick auf die einvernehmlich getroffenen Frequenzannahmen die Aufwandsentwicklung gemeinsam zu überwachen und erforderlichenfalls gemeinsam Steuerungsmaßnahmen zu setzen, um die Finanzierbarkeit der Leistung und die Zielerreichung hinsichtlich der Versorgung zu gewährleisten.</p>
2	Tag-Visite	8/I	Bei Besuch mehrerer erkrankter Anspruchsberech-

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
	+ 26,50 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung	34,50/l	<p>tiger der § 2-Kassen in ein und derselben Familie und innerhalb ein und derselben Wohnung ist nur bei einem Erkrankten die Verrechnung der Visite möglich. Für alle übrigen, anlässlich der Visite behandelten Anspruchsberechtigten darf pro Patient lediglich eine Ordination verrechnet werden. In Internaten mit Krankenrevieren, in welchen Zöglinge bei Erkrankung untergebracht werden und somit gleiche Verhältnisse wie innerhalb einer Familie bestehen, gelten für die Verrechenbarkeit von Visiten die gleichen Bestimmungen. Dasselbe gilt auch für Kinder- und Ferienheime bzw. Lager mit Krankenrevieren.</p> <p>Bei Besuchen in Altersheimen ist streng nach medizinischen Erfordernissen vorzugehen. Pro Stockwerk sind in der Regel nur je zwei Visiten, für alle übrigen Fälle nur eine Ordination verrechenbar. Bei Behandlungen im Arztzimmer eines Altersheimes ist ebenfalls insgesamt nur je eine Visite, für alle übrigen behandelten Anspruchsberechtigten nur je eine Ordination verrechenbar.</p> <p>An jenen Tagen, an denen bereits eine Ordination erfolgt ist, dürfen Visiten für denselben Patienten nur nach Anmeldung bzw. dringlicher Anforderung zusätzlich verrechnet werden. Fälle, in denen der Versicherte in der Lage gewesen wäre, die Ordination aufzusuchen, dürfen ebenso zu Lasten der Krankenversicherungsträger nicht in Rechnung gestellt werden. In diesen Fällen hat der Versicherte die entsprechenden Kosten zu tragen.</p>
2a	Tag-Visite im Bereitschaftsdienst und an Sonn- und Feiertagen (am Samstag nur für den zum Wochenenddienst eingeteilten Arzt)	12/l	<p>An Samstagen ist diese Position nur dann verrechenbar, wenn der Vertragsarzt zum offiziellen Wochenenddienst eingeteilt ist und die dazu entsprechende Meldung bei der Abteilung „Vertragspartner I“ der Tiroler § 2-Kassen vorliegt.</p> <p>Nehmen Versicherte mittels Überweisungsscheines im Rahmen des offiziellen Wochenend- und Feiertagsdienstes ärztliche Hilfe in Anspruch und ist diese von jenem Vertragsarzt durchzuführen, bei dem der für das zutreffende Quartal gültige Abrechnungsschein abgegeben wurde.</p>
	+ 26,50 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung	38,50/l	
2b	Zuschlag zur ersten Visite bei eigenen Fällen (Krankenkassenschecks oder Regelfälle) für allgemeine Fachärzte außerhalb der Fallbegrenzung	1/l	Die Verrechenbarkeit ist auf allgemeine Fachärzte eingeschränkt.
2c	Zuschlag zur ersten Grundleistung bei eigenen § 2-Kassen-Fällen (Krankenkassenschecks oder Regelfälle) für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin außerhalb der Fallbegrenzung	1,25/l	Dieser Zuschlag ist nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar.

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
2d	Zuschlag bei aufwändiger Visite außerhalb der Fallbegrenzung	19/1	Dieser Zuschlag ist bei aufwändigen Visiten in Alten- und Pflegeheimen sowie bei häuslich betreuten Pflegebedürftigen innerhalb von 10 Tagen nach Spitalsaufenthalt oder bei zusätzlich akuten Erkrankungen wie zB Pneumonie, akute kardiale Dekompensation, Insult, Reinsult und diabetische Stoffwechsellage verrechenbar. Nicht verrechenbar bei normalen Kontrollvisiten und zusammen mit Pos. Nr. 4 und Pos. Nr. 4a, in 2,5% der § 2-Fälle von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, für Neurologie (und Psychiatrie) und Psychiatrie (und Neurologie).
3	Zuschlag für Konsilium	10/1	Bei einem Konsiliarbesuch ist der Name jenes Vertragsarztes anzuführen, mit dem das Konsilium gehalten wurde.
4	Rufvisite (während der Ordinationszeit)	43/1	Eine Rufvisite kann nur dann verrechnet werden, wenn diese Visite während der vereinbarten Ordinationszeit angefordert wurde und eine Unterbrechung bzw. vorzeitige Beendigung der Ordinationstätigkeit zur Folge hat. Der Zeitpunkt der Unterbrechung der Ordinationstätigkeit zur Durchführung dieser Rufvisite ist anzugeben.
4a	Visite zur Notfallversorgung, für AL	42/1	Eine Visite zur Notfallversorgung ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin nur im Zusammenhang mit folgenden Leistungen verrechenbar: Reanimation (Pos.65a), Setzen eines zentralen Venenkatheters (Pos. 65b), Intubation (Pos.65c) oder einer Defibrillation (Pos. 65d).
5	Facharztzuschlag einfach	4/1	Facharztzuschläge dürfen nur für Fälle des eigenen Fachgebietes, höchstens zweimal je Fall und Monat verrechnet werden; bei fachfremden Fällen nur bei der ersten Ordination , wenn nicht schon ohne Untersuchung erkannt werden kann, dass es sich um einen fachfremden Fall handelt, der wegen der Nichtzulässigkeit abgewiesen werden müsste. Diese Regelung gilt auch dann, wenn Versicherte den Facharzt gleich primär aufsuchen. Der erhöhte Facharztzuschlag wird nur einmal pro Überweisungsschein und Fall, nicht aber bei Vertretungen gemäß § 9 Abs. 1 des Gesamtvertrages honoriert. Die Verrechnungsmöglichkeit von Facharztzuschlägen entfällt bei Verabreichung physikalischer Behandlung, wenn keine Ordination verrechenbar ist, ferner bei Fachärzten für Radiologie und bei überwiesenen medizinisch-chemischen Untersuchungen an Primärärzten und Fachärzten für Innere Medizin.
	+ 1,23 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung bis 31.12.2017	5,23/1	
	+ 2 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung ab 1.1.2018	6/1	

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
6	Facharztzuschlag erhöht	8/1	<p>Facharztzuschläge dürfen nur für Fälle des eigenen Fachgebietes, höchstens zweimal je Fall und Monat verrechnet werden; bei fachfremden Fällen nur bei der ersten Ordination, wenn nicht schon ohne Untersuchung erkannt werden kann, dass es sich um einen fachfremden Fall handelt, der wegen der Nichtzulässigkeit abgewiesen werden müsste. Diese Regelung gilt auch dann, wenn Versicherte den Facharzt gleich primär aufsuchen. Der erhöhte Facharztzuschlag wird nur einmal pro Überweisungsschein und Fall, nicht aber bei Vertretungen gemäß § 9 Abs. 1 des Gesamtvertrages honoriert. Die Verrechnungsmöglichkeit von Facharztzuschlägen entfällt bei Verabreichung physikalischer Behandlung, wenn keine Ordination verrechenbar ist, ferner bei Fachärzten für Radiologie und bei überwiesenen medizinisch-chemischen Untersuchungen an Primärärzten und Fachärzten für Innere Medizin.</p>
	+ 1,23 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung bis 31.12.2017	9,23	
	+ 2 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung ab 1.1.2018	10	
7	Mehrzeit über die erste halbe Stunde hinaus; für jede begonnene weitere halbe Stunde	10	<p>Bei einem notwendigen längeren Aufenthalt in der Wohnung des Erkrankten über die erste halbe Stunde hinaus kann für jede weitere begonnene halbe Stunde zur Erbringung von positions- aber auch nichtpositionsgebundenen Sonderleistungen unter Angabe der gesamten Verweildauer (zB 9 bis 11 Uhr = 3 Mehrzeiten) Mehrzeit verrechnet werden. Hingegen ermöglichen nur Notfälle, die durch Erbringung nicht positionsgebundener Sonderleistungen (Kreislaufversagen, künstliche Beatmung, Blutung) den Vertragsarzt in der Ordination über eine halbe Stunde hinaus beanspruchen, für jede weitere begonnene halbe Stunde die Verrechnung von Mehrzeit. Die entsprechende Zeitangabe ist auch in diesen Fällen erforderlich.</p>
7a	Mehrzeit über die erste halbe Stunde hinaus im Bereitschaftsdienst oder an Sonn- und Feiertagen für jede begonnene weitere halbe Stunde	15	
8	Ausführlicher ärztlicher (fachärztlicher) Befundbericht bis 31.12.2017	4	<p>Ein ausführlicher ärztlicher oder fachärztlicher Befundbericht samt allfälligen Gutachten ist nach dieser Position verrechenbar, wenn ein solcher Bericht von Seite des zuweisenden Vertragsarztes oder vom Chef- bzw. Kontrollarzt der Kasse verlangt wurde. Falls auf einem Krankenkassenscheck oder bei Regelfällen ein Befundbericht zur Verrechnung gelangt, ist anzugeben, für wen dieser erstellt wurde. Telefonisch durchgegebene Mitteilungen oder auch die schriftliche Bekanntgabe eines Laborbefundes (Blutbild, Blutzucker, Blutsenkung, Harn, Röntgen, EKG usw.) gelten nicht als verrechenbare "ausführliche" ärztliche oder fachärztliche Befundberichte. Direkte Anweisungen des Facharztes an den behandelnden Arzt während eines Konsiliums am Krankenbett oder Befundberichte im Zusammenhang mit stationärer Anstaltspflege sowie Gutachten für Eignungsuntersuchungen, soweit diese privaten Interessen dienen, sind ebenfalls nicht nach Position 8 verrechenbar. Die daraus entstehenden Kosten sind dem Auftraggeber in Rechnung zu stellen.</p>
	ab 1.1.2018	6	

PosNr	Bezeichnung	Punkte	Erläuterung
Ärztliche Leistungen von 20 Uhr bis 7 Uhr Früh (Nachtleistungen)			
9	Nachtordination (für Not- bzw. Erste-Hilfe-Fälle)	14/l	Fallen Nachtleistungen in den offiziellen Bereitschaftsdienst, sind diese als Nachtleistungen in Rechnung zu stellen.
	+13 Punkte außerhalb der Fallbegrenzung	27/l	
10	Nachtvisite (Berufung nach 19 Uhr)	54/l	Fallen Nachtleistungen in den offiziellen Bereitschaftsdienst, sind diese als Nachtleistungen in Rechnung zu stellen.
11	Zuschlag für Nachtkonsilium	15/l	Bei einem Konsiliarbesuch ist der Name jenes Vertragsarztes anzuführen, mit dem das Konsilium gehalten wurde.
12	Nachtmehrzeit über die erste halbe Stunde hinaus; für jede begonnene weitere halbe Stunde	15/l	Bei einem notwendigen längeren Aufenthalt in der Wohnung des Erkrankten über die erste halbe Stunde hinaus kann für jede weitere begonnene halbe Stunde zur Erbringung von positions- aber auch nichtpositionsgebundenen Sonderleistungen unter Angabe der gesamten Verweildauer (zB 9 bis 11 Uhr = 3 Mehrzeiten) Mehrzeit verrechnet werden. Hingegen ermöglichen nur Notfälle, die durch Erbringung nicht positionsgebundener Sonderleistungen (Kreislaufversagen, künstliche Beatmung, Blutung) den Vertragsarzt in der Ordination über eine halbe Stunde hinaus beanspruchen, für jede weitere begonnene halbe Stunde die Verrechnung von Mehrzeit. Die entsprechende Zeitangabe ist auch in diesen Fällen erforderlich.

3.3. Wochenend- und Feiertagsdienst

1. Der Wochenend- und Feiertagsdienst ist von der Ärztekammer für Tirol im Einvernehmen mit den § 2-Kassen zu regeln.
2. Der von der Ärztekammer für Tirol eingerichtete Wochenenddienst beginnt am Samstag um 7 Uhr und endet am darauf folgenden Montag um 7 Uhr. Der Feiertagsdienst beginnt - sofern er nicht auf einen Sonntag folgt - um 20 Uhr des Vortages und endet um 7 Uhr früh des darauf folgenden Werktages. Schließen jedoch ein oder mehrere Feiertage an einen Wochenenddienst an, so beginnt der Feiertagsdienst erst um 7 Uhr früh und endet um 7 Uhr früh des nächstfolgenden Werktages.
3. Ärzte, die an dem von der Ärztekammer für Tirol eingerichteten Wochenend- und Feiertagsdienst teilnehmen, erhalten eine Bereitschaftsdienstzulage.
4. Die Höhe der Bereitschaftsdienstzulage ist dem Verzeichnis der Honorartarife auf Seite 26 dieser Honorarordnung zu entnehmen.
5. Für den ärztlichen Funkbereitschaftsdienst im Stadtbereich von Innsbruck durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde gilt die mit der Ärztekammer für Tirol abgeschlossene Sonderregelung.
6. Jeder Honorarabrechnung für Ärzte für Allgemeinmedizin (ausgenommen Innsbruck-Stadt) wird von der Abteilung Vertragspartner I für die anlässlich der nächsten Quartalsabrechnung vorzunehmende Meldung des Bereitschaftsdienstes für den Wochenend- und Feiertagsdienst die hiefür aufgelegte Drucksorte beigelegt. Diese Meldung ist dem Vordruck entsprechend genau auszufüllen und - auch im Falle einer Leermeldung - mit der nächsten Quartalsabrechnung einzusenden.

3.4. Wegegebühren

Den Vertragsärzten werden für die gemäß § 12 des Gesamtvertrages durchgeführten Krankenbesuche Wegegebühren nach Maßgabe folgender Bestimmungen vergütet:

1. Definition verrechenbarer Kilometer:
 - a) Einfacher fahrbarer Kilometer bei Tag.
Eine Straße gilt dann als befahrbar, wenn sie zur selben Zeit von Autobussen der Post, Bahn oder Privatunternehmen kursmäßig befahren wird.
 - b) Einfacher unfahrbarer Kilometer bei Tag.
Als unfahrbar gilt eine Straße, wenn sie mit einem Mittelklassewagen bis zu 1.500 ccm nicht mehr befahren werden kann, bzw. wenn wegen der schlechten Wegverhältnisse der Weg zu Fuß zurückgelegt werden muss und keine Fahrmöglichkeiten vorhanden sind.
 - c) Einfacher fahrbarer Kilometer bei Nacht (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr).
 - d) Einfacher unfahrbarer Kilometer bei Nacht (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr).
 - e) Den Ärzten des Stadtgebietes von Innsbruck sowie den Ärzten für Allgemeinmedizin von Absam, Hall in Tirol und Mils bei Hall in Tirol (mit Ausnahme des Sprengelarztes in Absam) gebührt für jede Visite bei Tag (Pos. Nr. 2, 2a, 4 und 4a) oder für jede Visite bei Nacht (Pos. Nr. 10) eine Wegegeldpauschale.
Die Höhe der Wegegebühren ist dem Verzeichnis der Honorartarife auf Seite 26 dieser Honorarordnung zu entnehmen.

2. Grundsätzliche Bestimmungen zur Verrechnung von Wegegebühren:

- a) Grundsätzlich wird nur die Wegegebühr honoriert, die dem **nächstgelegenen Vertragsarzt** zustehen würde. Verlangt der Versicherte, obwohl im ein näher gelegener Vertragsarzt zur Verfügung stünde, dennoch den Besuch eines weiter entfernten Vertragsarztes, so hat er den daraus entstehenden Mehraufwand an Wegegebühren selbst zu tragen. In solchen Fällen hat der Vertragsarzt den Patienten oder dessen Angehörige auf diese Bestimmung aufmerksam zu machen. In dringenden Fällen, in denen der nächste Vertragsarzt nicht erreichbar ist, kann auch ein Vertragsarzt, dessen Ordinationssitz weiter entfernt ist, die vollen Wegegebühren verrechnen; in der Kilometerliste muss jedoch ein entsprechender Vermerk angebracht werden. Sollte dieser Grundsatz wegen besonderer lokal oder personell bedingter Gegebenheiten zu Härten führen, so können einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Tirol und den § 2-Kassen in Einzelfällen Ausnahmen festgelegt werden.
- b) Innerhalb eines von der Ärztekammer für Tirol im Einvernehmen mit den § 2 Kassen vereinbarten Sonn- und Feiertagsdienst-Sprengels kann von dem jeweils zum offiziellen Bereitschaftsdienst eingeteilten Vertragsarzt, auch wenn dieser nicht nächstgelegener ist, die Wegegebühr voll verrechnet werden. In Vertretungsfällen wird die dem als nächsterreichbaren Vertragsarzt zustehende Wegegebühr ebenfalls zur Gänze honoriert. Ein entsprechender Vermerk ist in der Kilometerliste anzubringen.
- c) Sprengelärzte, die gleichzeitig Vertragsärzte sind, haben innerhalb ihres Sprengels Anspruch auf die vollen Wegegebühren, auch wenn sie nicht als nächsterreichbare Ärzte im Sinne des § 12 Abs. 2 des Gesamtvertrages in Anspruch genommen werden.
- d) Für Visittouren innerhalb des 500-Meter-Umkreises (Ordinationssitz) kann keine Wegegebühr verrechnet werden. Solche Fahrten sind daher nicht in die Kilometerliste einzutragen.
- e) Bei Krankenbesuchen durch Innsbrucker Ärzte außerhalb der vereinbarten Stadtgrenze gebührt ab einer Distanz von 500 m ab dieser Grenze das Kilometergeld plus Wegegeldpauschale; bei Krankenbesuchen bis zu einer Distanz von 500 m jedoch nur das Wegegeldpauschale.
- f) Die Verrechnung der Wegegeldgebühren erfolgt nach der bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft aufliegenden amtlichen Distanzkarte. Die Abteilung „Vertragspartner I“ ist berechtigt, im Bedarfsfalle Distanzlisten vom Vertragsarzt anzufordern. Wenn Wege in dieser Karte nicht aufscheinen oder ohne Berücksichtigung der Höhenmeter berechnet sind, erfolgt die Verrechnung durch die Abteilung „Vertragspartner I“ nach der Grundlage: 1.000 Meter Distanz bzw. 100 Meter Höhendifferenz entsprechen jeweils einem Kilometer.
Beispiel:
Die Entfernung vom Ordinationssitz zum Patienten beträgt 5 Kilometer und 300 Meter Höhenunterschied. Hin und zurück ergeben sich daher 10 + 6 verrechenbare Kilometer.
In der Distanzliste sind solche Entfernungen in einfachen Kilometern unter Berücksichtigung der einfachen Höhendifferenz angegeben.
- g) Für Visiten bei Anspruchsberechtigten von § 2-Kassen und anderen Krankenversicherungsträgern (einschließlich der Personen, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen oder nach den Bestimmungen der KOVG, HVG, StVG, OFG oder VOG betreut werden), die auf derselben Fahrt getätigt werden, kann am gleichen Tag die Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Sind am gleichen Tag und auf derselben Strecke eine oder mehrere weitere Visiten zu tätigen, so erfolgt die Honorierung der Wegegebühren nur bei entsprechender Begründung (zB Diagnoseangabe in der Kilometerliste).
- h) Werden Wegleistungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wie Bahn, Buslinien oder Seilbahnen getätigt, so werden die Spesen für die erste Klasse vergütet. Solche Fahrten sind durch Vorlage der Fahrscheine nachzuweisen. Werden in dringlichen Fällen übliche Landfahrzeuge wie z.B. Geländefahrzeuge verwendet, so werden die aufgelaufenen Kosten auf Grund der vorgelegten Rechnungen ersetzt. Der mit solchen Wegleistungen verbundene Zeitaufwand wird als Mehrzeit außerhalb des Limits über die Kilometerliste honoriert.

3. Erstellung der Kilometerlisten:

- a) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, die getätigten Wegeleistungen bei Hausbesuchen durch Kilometerlisten nachzuweisen. Diese Kilometerlisten sind chronologisch und **gut leserlich** zu führen.
- b) Bei Besuch mehrerer Patienten an einer Wegstrecke wird der Weg nur für den am weitesten entfernt wohnenden Patienten honoriert. In diesen Fällen ist auf der Kilometerliste die Anzahl der Kilometer nur **für diesen Patienten** anzuführen. Bei einem Besuch mehrerer Versicherter an einer Wegstrecke entfällt das namentliche Eintragen **aller** auf dieser Fahrt besuchten Patienten. In allen Kilometerlisten sind die Entfernungen ab Ordinationssitz anzugeben. Bei jeder Fahrt ab Ordinationssitz (also auch bei Rundfahrten) ist nur die nach Anzahl der Kilometer am weitesten entfernt gelegene Ortschaft und der Name des dort besuchten Patienten in die jeweils dafür vorgesehene Rubrik einzutragen. Die **zahlenmäßige Anführung** der mitbesuchten Patienten, **nach Kassenzugehörigkeit getrennt**, ist unbedingt erforderlich und durchzuführen. (Rubriken: "Gesamtzahl der bes. Pat." und "davon wurden besucht für").
- c) Muss auf Grund notwendiger Visiten die am selben Tag schon einmal befahrene Wegstrecke ganz oder zum Teil neuerlich zurückgelegt werden, so ist neben den anderen Eintragungserfordernissen eine kurze Begründung (zB Diagnoseangabe) in der Kilometerliste vorzunehmen.

3.5. Leistungen nach dem Mutter-Kind-Pass

Zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde eine gesamtvertragliche Vereinbarung über die Durchführung der ärztlichen Untersuchungen von Schwangeren und Neugeborenen (Mutter-Kind-Pass) gemäß den Bestimmungen des § 33 Abs. 2 des Familienlastenausgleichsgesetzes abgeschlossen. Diese Vereinbarung ist seit 1. April 1974 in Kraft und nach Maßgabe nachstehender Bestimmungen durchzuführen.

1. Die Honorierung der im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass erforderlichen und erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung.
2. Grundlage zur Durchführung dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung ist die dem Vertragsarzt übergebene eCard oder der Krankenkassenscheck, bei Vertragsfachärzten mit Berechtigung zur Erbringung von Leistungen nach dem Mutter-Kind-Pass auch ein entsprechender Überweisungsschein.
3. Zur Erbringung von Leistungen nach dem Mutter-Kind-Pass sind berechtigt:
 - Ärzte für Allgemeinmedizin
 - Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Fachärzte für Innere Medizin
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde
 - Fachärzte für Augenheilkunde
 - Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
 - Fachärzte für Orthopädie und orthop. Chirurgie
 - Fachärzte für Röntgenologie
 - Med.-diagn. Laboratorien
4. Grund- bzw. Sonderleistungen der Honorarordnung, die im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen verrechenbar sind.

PosNr	Bezeichnung
Ärzte für Allgemeinmedizin:	
Erstleistungspunkte	
1	Ordination
2	Tag-Visite
14	Zählung der roten Blutkörperchen (Hämatokrit)
15	Blutfarbstoff (Haemoglobin)
25	Harnstreifentest
26	Sediment (Nativpräparat)
35	Abstrich je Abnahme
42	Nativpräparat mit einfacher Färbung
54	Blutentnahme aus der Vene
175c	eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)
Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	
Erstleistungspunkte	

PosNr	Bezeichnung
1	Ordination
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
14	Zählung der roten Blutkörperchen (Hämatokrit)
15	Blutfarbstoff (Haemoglobin)
25	Harnstreifentest
26	Sediment (Nativpräparat)
35	Abstrich je Abnahme
42	Nativpräparat mit einfacher Färbung
54	Blutentnahme aus der Vene
Fachärzte für Innere Medizin:	
Erstleistungspunkte	
1	Ordination
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:	
Erstleistungspunkte	
1	Ordination
2	Tag-Visite
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
54	Blutentnahme aus der Vene
175c	eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)
Fachärzte für Augenheilkunde:	
Erstleistungspunkte	
1	Ordination
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
175c	eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)
Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:	
Erstleistungspunkte	
1	Ordination
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
175c	eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)

PosNr	Bezeichnung
Fachärzte für Orthopädie und orthop. Chirurgie: Erstleistungspunkte	
1	Ordination
5	Facharztzuschlag, einfach
6	Facharztzuschlag, erhöht
175c	eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)
Fachärzte für Röntgenologie: Erstleistungspunkte	
MK VIII	Ultraschalluntersuchung der Schwangeren
Med.-diagn. Laboratorien: Serologischer Anteil der MUTTER-KIND-PASS-Untersuchung	
22.50	<u>Katalog für med.-chem. Laboratorien</u> a) TPHA-Test b) Blutgruppenbestimmung c) Rhesusfaktor d) Antikörpersuchtest e) Toxoplasmose-Test f) Röteln-Test
22.51	<u>Katalog für med.-chem. Laboratorien</u> a) HB _s -Antigen Diese für den Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Grund- und Sonderleistungen werden außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der ersten Punktegruppe honoriert. Die im gleichen Quartal auf dem gleichen Abrechnungsschein zur Verrechnung gelangenden kurativen ärztlichen Leistungen fallen der Honorarordnung entsprechend unter die Limitierungsbestimmungen.
22.52	HIV I/II – Antikörper
22.53	Oraler Glukose-Toleranztest (mind. 3 Blutzuckerbestimmungen)

5. Folgende Sonderleistungen sind zusätzlich verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	Anzahl verrechenbar*
MK I	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Frauenheilkunde	5
MK II	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Innere Medizin	1
MK III	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	1
MK IV	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkund	4
MK V	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	4
MK VI	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Ju-	1

PosNr	Bezeichnung	Anzahl verrechenbar*
	gendheilkunde oder Orthopädie	
MK VII	für Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten oder Augenheilkunde	je 1
MK VIII	für Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Radiologie	3
MK IX	für Fachärzte für Augenheilkunde	1
MK X	für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und orthopädische Chirurgie oder Radiologie bzw. Vertragsärzte für Allgemeinmedizin	2

* es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Positionen nur in angegebenem Ausmaß verrechenbar sind.

Die Punktwerte der Grund- bzw. Sonderleistungen sowie für die Sonderleistungspositionen (MK I - X) jeweils festgelegten Eurobeträge sind dem Verzeichnis der Honorartarife auf den Seiten 25 -27 dieser Honorarordnung zu entnehmen.

6. Vorgeschriebene Untersuchungen zur Erlangung des Kinderbetreuungsgeldes:

Untersuchung der Schwangeren:

- a) Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche;
- b) Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche einschließlich einer internen Untersuchung;
- c) Untersuchung in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche;
- d) Untersuchung in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche;
- e) Untersuchung in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche.

Zusätzliche fakultative Schwangerschaftsuntersuchung:

- a) Ultraschalluntersuchung wird in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche,
- b) Ultraschalluntersuchung wird in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche,
- c) Ultraschalluntersuchung in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche.

Untersuchung des Kindes:

- a) Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche (einschließlich einer orthopädischen Untersuchung)
- b) Untersuchung im 3. bis 5. Lebensmonat
- c) Untersuchung im 7. bis 9. Lebensmonat (einschließlich einer Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches)
- d) Untersuchung im 10. bis 14. Lebensmonat (einschließlich einer Augenuntersuchung)

Zusätzliche fakultative Kindesuntersuchung:

- a) Hüftultraschalluntersuchung in der 6. bis 8. Lebenswoche
- b) Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat einschließlich einer Augenuntersuchung.
- c) Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat;
- d) Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat;
- e) Untersuchung des Kindes im 58. bis 62. Lebensmonat.

Art und Umfang der ärztlichen Untersuchungen sind dem Mutter-Kind-Pass zu entnehmen.

Die in der gesamtvertraglichen Vereinbarung festgelegten Zeitabstände mit den damit verbundenen Untersuchungen sind entsprechend zu berücksichtigen.

3.6. Vorsorgeuntersuchung

PosNr	Bezeichnung	ab 1.1.2016	ab 1.1.2017	ab 1.1.2019
		€	€	€
VU01	Allgemeines VU-Programm	86,00	88,00	88,00
VU02	Gynäkologisches Programm	28,24		
VU03	Mammographie	81,50		
VU04	Kolonoskopie	161,00		240,00
VU41	Zuschlag zur VU04 für Entfernung eines Polypen, je Polyp			36,00
VU12	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP			3,00

Erläuterungen zur Vorsorgeuntersuchung:

1. Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung erfolgt mit dem Krankenkassenscheck oder der eCard bzw. dem Überweisungsschein. Für „Nichtversicherte“ ist der vom VU-Arzt oder der TGKK ausgestellte eCard-Ersatzbeleg zu verwenden.
2. Das Allgemeine Vorsorgeuntersuchungsprogramm umfasst
 - a) die Erhebung der Anamnese nach Vorgabe des vom Probanden auszufüllenden Anamneseblattes und des allfällig verwendeten Alkoholfragebogens;
 - b) nach Vorgabe des Befundblattes die Durchführung der klinischen Untersuchung, Untersuchung der Laborparameter Blutzucker-Nüchternwert, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride, Gamma-GT, Rotes Blutbild bei Frauen (Erythrozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit), Harnstreifentest (Combi Screen 5+ bestehend aus Leukozyten, Eiweiß, Glukose, Nitrit, Urobilinogen, Blut), Hämooculttest (ab dem 50. Lebensjahr);
 - c) die Ermittlung der Risikofaktoren
 - d) und nach Auswertung der Ergebnisse aller durchgeführten Untersuchungen das Abschlussgespräch mit dem Probanden. Für das Abschlussgespräch hat der VU-Arzt grundsätzlich 15 Minuten vorzusehen.
3. Das Allgemeine Vorsorgeuntersuchungsprogramm kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin sowie von Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Lungenheilkunde verrechnet werden. Das Allgemeine Vorsorgeuntersuchungsprogramm hat ausnahmslos alle vorgeschriebenen Laborparameter zu enthalten. Bei Fehlen auch nur eines Parameters ist eine Honorierung ausgeschlossen. Werden die Laborparameter nicht vom untersuchenden Arzt selbst durchgeführt, sondern als Auftragsleistung in einem Fachlabor, so können die dadurch entstehenden Kosten vom Fachlabor nicht mit der Kasse verrechnet werden. Der untersuchende Arzt hat das Honorar direkt an das Fachlabor zu entrichten. Als Überweisungsschein ist nur das von der Ärztekammer aufgelegte Formular zu verwenden.
4. Das gynäkologische Programm kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechnet werden. Erfolgte im Abrechnungszeitraum bereits eine (kurative) gynäkologische Behandlung, kann in diesem Abrechnungszeitraum nachfolgend keine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung verrechnet werden, ausgenommen bei Zuweisung.

5. Die nach Maßgabe der Bestimmungen des 2. Zusatzprotokolls zum VU-GV vom 22.6.2012 (nationales Brustkrebsfrüherkennungsprogramm) durchgeführten Mammographien werden Vertragsfachärzten für Radiologie, die die im 2. Zusatzprotokoll zum VU-GV vom 22.6.2012 geforderten Voraussetzungen erfüllen und von der Kasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise die Befugnis zur Abrechnung von Mammographien erhalten haben, mit der Tarifposition VU03 „Mammographie (inkl. Mammasonographie), beidseits“ mit € 81,50 honoriert. Die Position VU03 ist nicht gleichzeitig mit den Pos. 503a, 533b und SP05 verrechenbar.
Der Tarif beinhaltet die gemäß § 13 Abs. 3 des 2. Zusatzprotokolls zum VU-GV vom 22.6.2012 vereinbarte Tarifiereduktion und u.a. die digitale Mammographie und –befundung, die Zweitbefundung, Dokumentation für die Datenevaluierung, die Übermittlung des Befundes an die Probandin und den betreuenden Arzt, die technische Qualitätssicherung, Schulung und Fortbildung sowie auch die bei Dichtegrad ACR 3 und 4 sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes im Anschluss an die bereits elektronisch dokumentierte Erstbefundung der Mammographie erforderliche Mammasonographie.“
6. Die ab dem 50. Lebensjahr in Abständen von 10 Jahren mögliche Kolonoskopie kann nur über Zuweisung an einen Facharzt für Chirurgie oder an einen Facharzt für Innere Medizin durchgeführt werden, denen im Einvernehmen zwischen ÄK und TGKK die Berechtigung zur Durchführung und Verrechnung von VU-Kolonoskopien zuerkannt wurde. Für diese Zuweisung ist ein Überweisungsschein zu verwenden, der mit „VU“ zu kennzeichnen ist.
7. Die auf Wunsch des Probanden ab dem 50. Lebensjahr mögliche PSA-Untersuchung kann
 - vom untersuchenden VU-Vertragsarzt direkt oder
 - nach Überweisung des Probanden durch den VU-Vertragsarzt an einen Vertragsfacharzt für Urologiemit Zuweisung an das Vertragsfachlabor veranlasst werden. Die Überweisung bzw. Zuweisung hat mit dem Zusatz „VU“ zu erfolgen.
8. Die Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP (VU12) ist einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren von Vertragsfachärzten für Gynäkologie und Vertragsärzten für Allgemeinmedizin für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr verrechenbar.
9. Ordinationen, Facharztzuschläge, Befundberichte und andere Sonderleistungen, die im Vorsorgeuntersuchungsprogramm enthalten sind, können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Weiters sind mit den Vorsorgeuntersuchungshonoraren auch die damit verbundenen Kosten für den Ordinationsverbrauch abgegolten.
10. Sind am gleichen Tag neben der Vorsorgeuntersuchung auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit der Angabe der entsprechenden Diagnose auf dem Abrechnungsschein zu begründen und können keine Grundleistungen (Ordination, Facharztzuschlag) verrechnet werden.

3.7. Medizinische Hauskrankenpflege

		ab 1.7.1993
PosNr	Bezeichnung	€
H1	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	72,67
H2	Betreuungshonorar für Verlängerung für die Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage bei notwendiger Verlängerung auf Grund des(der)selben Krankheitsbildes(er) nach vorheriger chef-(kontroll)ärztlicher Bewilligung	43,60
H3	Betreuungshonorar für Verlängerung für die Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage bei notwendiger Verlängerung auf Grund eines neuen bzw. zusätzlichen die krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege indizierenden Krankheitsbildes nach vorheriger chef- (kontroll)ärztlicher Bewilligung	65,41
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Falle nachgewiesener Verhinderung nach den in den jeweiligen Gesamtverträgen dafür vorgesehenen Bestimmungen in der Dauer von mindestens 7 zusammenhängenden Kalendertagen; pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage. Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar	32,70
H5	Legen einer Ernährungssonde 1-mal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar, eine weitere Verrechnung nur mit Begründung	10,90
H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus	10,90
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverbände, Desaultverbände, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverbände mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen u. ä.)	7,27

Darüber hinaus werden die im ursächlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Betreuung eines "krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflegefalles" erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ebenfalls außerhalb jeglicher Verrechnungslimite und Degressionen (ausgenommen Laborleistungen) honoriert.

3.8. Sonderleistungen

1. Bei den Sonderleistungen ist zu unterscheiden zwischen den "kleinen" Sonderleistungen, die nach Punkten honoriert werden und der Fallbegrenzung und Punktestaffelung unterliegen, sowie den "großen" Sonderleistungen, die ebenfalls nach Punkten mit eigenem Punktwert, jedoch außerhalb dieser Limitierungsbestimmungen vergütet werden. Nähere Hinweise über die Honorierung dieser "großen" Sonderleistungen finden sich im Teil „Besondere Bestimmungen“ dieser Honorarordnung auf Seite 37.
2. Die im Sonderleistungskatalog angeführten vertragsärztlichen Leistungen sind gemeinsam mit den Grundleistungen (Pos. Nr. 1 bis 12) verrechenbar. Dieser Grundsatz ist jedoch auf **überwiesene** Fälle des Labors, der Fachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde und der **über- bzw. rücküberwiesenen** Physiotherapie nicht anwendbar.
3. Die Verrechnung von Sonderleistungen ist, soweit die Erbringung derselben zur Klärung der Diagnose und zur Behandlung der Krankheit notwendig erscheint, nach streng medizinischen Maßstäben vorzunehmen.
4. Die jeweils für die Behandlung angezeigte und notwendige operative Maßnahme (Sonderleistung) bestimmt mit ihrem Punktwert den der gekoppelten Sonderleistungsposition(en).

Beispiel:

Pos. Nr.	85	Lokalanästhesie großer Gebiete	6/I	Punkte
Pos. Nr.	92	Wundversorgung durch Naht einschließlich Wundtoilette	20/II	Punkte
Pos. Nr.	107	Schienenverband	3/I	Punkte
		zusammen	29/II	Punkte

Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht:

- a) für intramuskuläre und intravenöse Injektionen (Pos. Nr. 56 bzw. 57), die immer nur mit den hierfür festgesetzten "kleinen" Sonderleistungspunkten verrechnet werden können;
 - b) für die Spirochätenuntersuchung im Dunkelfeld (Pos. Nr. 38) in Verbindung mit Pos. Nr. 98 (Probeexcision aus der äußeren Haut oder Schleimhaut im Mund oder aus dem Mastdarm), wenn diese Untersuchung zusätzlich notwendig ist;
 - c) für die Haemorrhoidenverödung durch Injektion in den Knoten (Pos. Nr. 62), wenn dazu die Pos. Nr. 52 (Endoskopie des Mastdarms - Rectoskopie) erforderlich sein sollte;
 - d) im Falle einer zusätzlichen Verrechnung der Pos. Nr. 108 (Blaubinden, Elastoplastverband oder Cingulum) mit Pos. Nr. 117 (Modellabdruck einschließlich Abnahme pro Paar); ab 1.1.2007 Modellabdruck mittels Trittschaum.
 - e) für die Kaustik (Pos. Nr. 170) als therapeutische Verrichtung im Zusammenhang mit einer angezeigten und notwendigen operativen Maßnahme.
5. Die Positionen 84, 85 und 86 (Lokal- und Leitungsanästhesien) sind nur in Verbindung mit operativen Sonderleistungen verrechenbar. Eine Verrechnung dieser Positionen im Zusammenhang mit heilansthetischen Behandlungsmethoden entspricht nicht den Bestimmungen dieser Honorarordnung und ist unzulässig.
 6. Bei der Entfernung eines Fremdkörpers aus der Cornea (Pos. Nr. 75) kann keine Anästhesie abgerechnet werden, da es sich um keine Infiltrations-, sondern um eine Oberflächenbetäubung mittels Tropfen handelt.
 7. Bestimmungen und Erläuterungen die nur Sonderleistungen eines ganz bestimmten Fachgebietes betreffen, finden sich jeweils bei den Sonderleistungen des betreffenden Fachgebietes.

8. Den kleinen Sonderleistungen wird im Sonderleistungskatalog jeweils die Ziffer I, den großen Sonderleistungen die Ziffer II zugeordnet, wobei diese Bezeichnung zusätzlich nach der für die betreffende Leistung festgesetzten Punktezahl – durch einen Schrägstrich abgesetzt - angeführt wird.
9. Sonderleistungen, deren Erbringung ausschließlich Fachärzten vorbehalten ist, sind im "SONDERLEISTUNGSKATALOG" durch Symbole (unter FG = Fachgruppe) besonders gekennzeichnet.
10. Symbole der einzelnen Fachgruppen:

FG	Fachgruppe
AL	Arzt für Allgemeinmedizin (= praktischer Arzt)
AU	Augenheilkunde
C	Chirurgie
D	Haut- und Geschlechtskrankheiten
G	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
HO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
I	Innere Medizin
K	Kinderheilkunde
L	Lungenkrankheiten
MC	Medizinische und chemische Labordiagnostik
NP	Neurologie und Psychiatrie
PN	Psychiatrie und Neurologie
N	Neurologie
P	Psychiatrie
O	Orthopädie und orthop. Chirurgie
R	Medizinische Radiologie - Diagnostik
UC	Unfallchirurgie
UR	Urologen

4. Sonderleistungskatalog

PosNr	Bezeichnung	ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
12a	Ausführliche therapeutische Aussprache (Ärztliches Gespräch)	13,89	14,17

Erläuterungen zum „Ärztlichen Gespräch“

- a) Mit der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin, berechtigt.
- c) Der Arzt hat die "Ausführliche therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (zB Video) oder die "Ausführliche therapeutische Aussprache" mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig.
Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern. Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- e) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist von den Vertrags(fach)ärzten für

AL	in höchstens 17%
INT, KI, CH	in höchstens 16% KI: ab 1.7.2019 in höchstens 20%
G, UR	ab 1.7.2019 in höchstens 14%
andere FG (ausg. LAB, RAD)	In höchstens 11%

der § 2-Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

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

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

Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" und der Position "Neuro-psychiatrische Beratung" (Positionsnummer 194) bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartales nicht möglich.

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
12b	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken im Sinne des Suchtgiftmittelgesetzes	AL	16/II	<p>verrechenbar von Ärzten mit Ausbildungsnachweis der ÄK; höchstens 3 mal pro Patient und Quartal verrechenbar; nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Nr. 12a.</p> <p>Die Leistung ist verrechenbar bei a) Drogenkranken, die in Abhängigkeit zu Opiaten, Derivation von Opiaten, Amphetaminen und MDMA (Ecstasy) stehen, oder b) Drogenkranken, die an einem Drogen-Substitutionsprogramm (Methadonprogramm) teilnehmen</p>
12c	Demenzpatienten – Angehörigengespräch	AL	5/II	in 1% der § 2-Fälle, höchstens 1mal pro Jahr und Patient verrechenbar, nicht gleichzeitig mit Pos. 12a und 12d verrechenbar; das Gespräch ist zu dokumentieren.
12d	Psychosomatisch-orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (im Allgemeinen 20 Minuten)	AL	11/II	in 10% der § 2-Fälle von Ärzten mit PSY II-Diplom verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos. 12a, 12b, 12c und 12e verrechenbar; Ordinationsleistungen sind am gleichen Tag nur bei der ersten Sitzung verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei anderer Erkrankung

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
12e	Heilmittelgespräch	AL	5/II	<p>in 2% der § 2-Fälle (ab 1.1.2018 in 3% der § 2-Fälle), nicht gleichzeitig mit Pos. 12a, 12b, 12c und 12d verrechenbar.</p> <p>Verrechenbar für Gespräche mit den Themen:</p> <p>a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)</p> <p>b) Vermeidung unnötiger Heilmittelverordnungen (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation bereits verfügt) durch Überwachung der Heilmittelversorgung</p> <p>c) Ein- und Umstellung auf kostengünstigere Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars)</p> <p>d) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitung (zB. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil)</p> <p>Gesprächsdauer grundsätzlich zwischen 5-10 Minuten, das Gespräch ist persönlich zu führen, die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens ein der unter a) bis d) aufgelisteten Themen beziehen und ist in Stichworten zu dokumentieren;</p>

4.1. Medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(Ausgenommen sind Fachärzte in Speziallaboratorien für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen mit eigenem Leistungskatalog.)

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Blutuntersuchungen				
13	Blutbefund komplett (Erythrozyten, Haemoglobin, Farbeindex, Leukozyten, Differenzialzählung und Beurteilung)		14/l	
14	Zählung der roten Blutkörperchen oder Hämatokrit		3/l	maximal 2 mal täglich
15	Blutfarbstoff (Haemoglobin)		2/l	
16	Zählung der weißen Blutkörperchen		3/l	
17	Differenzialzählung einschließlich Doppelfärbung		6/l	
18	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung		7/l	Pos. 54 – Blutentnahme aus der Vene – zusätzlich nicht verrechenbar
19	Thrombozyten		5/l	
20	Blutungszeit		2/l	
21	Gerinnungszeit		2/l	
22	Prothrombinzeitbestimmung		10/l	Pos. 54 - Blutentnahme aus der Vene - zusätzlich nicht verrechenbar
Darüber hinaus sind die Pos.Nr. 178b, c, d, g, h, i, m (nur Alpha-Amylase), n und r für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (Pos.Nr. 178r auch für LU), die Pos.Nr. 178u und v für Vertrags(fach)ärzte, ausgenommen für Fachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde, sowie die Pos. Nr. 178a bis t für Fachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde mit den entsprechenden Einschränkungen verrechenbar (siehe Erläuterungen Labor auf Seite 88).				
Harnuntersuchungen				
25	Harnstreifentest bis zu neun Harn Einzeluntersuchungen auf: pH, Eiweiß, Glukose, Keton, Urobilinogen, Bilirubin, Blut, Nitrit und Leukozytenzahl		4/l	
25b	Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Harns		2/l	
26	Sediment (Nativpräparat)		5/l	
27	Harn auf Eiweiß, quantitativ, nach Esbach		3/l	
28	Harn auf Zucker, quantitativ		3/l	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Liquoruntersuchungen				
30	Pandy		2/1	
31	Zellzählung		4/1	
Magensaftuntersuchungen				
32	Gastrotest		5/1	Medikament chefarztpflichtig verschreibbar
33	Magenausheberung, fraktioniert, einschl. Titration		20/1	
Stuhluntersuchungen				
34	Stuhl auf Blut (drei Proben)		5/1	
Sekrete und Beläge				
35	Abstrich je Abnahme		2/1	
36	Abstrich und Untersuchung auf GO beim Mann (Gramfärbung)		6/1	
37	Abstrich und Untersuchung bei der Frau (zwei Präparate: Urethra und Cervix; Gramfärbung)		12/1	
38	Spirochätenuntersuchung im Dunkelfeld		12/1	
39	Abnahme und Fixierung für Papanikolaou		5/1	
40	Abstrichpräparate mit Beurteilung (Pilzbefund, Nativpräparat ungefärbt und mit einfacher Färbung)		4/1	eine Mehrfachverrechnung der Pos. 40 pro Grundleistung ist nicht statthaft.
42	Nativpräparat mit einfacher Färbung		4/1	nur im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar
43	Nativpräparat mit Doppelfärbung oder sonst wie kompliziert		6/1	

4.2. Allgemeine Sonderleistungen

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Punktionen				
<i>Intraartikuläre Punktion eines großen Gelenkes siehe Pos. 59, bzgl. kleiner Gelenke siehe Pos. 60</i>				
44	Sternalpunktion		12/I	
45	Punktion aus oberflächlichen Körperteilen (zB kleine Höhlen, Lymphknoten, kalten Abszessen usw. oder aus einem Ganglion evtl. mit anschließender Füllung)		5/I	
46	Punktion eines Wasserbruches oder Schleimbeutels oder eines großen freien Hämatoms		10/II	
47	Punktion aus der Brusthöhle evtl. mit Füllung		20/II	
48	Punktion aus der Bauchhöhle (Aszites)		25/II	
Verrichtung am Magen-Darmtrakt				
49	Magenspülung therapeutisch		10/II	
51	Reposition eines Mastdarmvorfalles		20/II	
52	Endoskopie des Mastdarms (Rectoskopie)		20/II	
52a	Rectale Untersuchung		2/I	
53	Gastroskopie	C	42/II	in 50% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
53a	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie inkl. allfälliger Gewebentnahme, Entfernung von Gewächsen und Blutstillung	C, I	80/II	von Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar, die von den Kassen im Einvernehmen mit der ÄK für Tirol hierzu berechtigt wurden
Blutentnahmen				
54	Blutentnahme aus der Vene		4/I	nicht verrechenbar mit den Positionen 18, 22 und 55. In Verbindung mit den Positionen 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21 und 178v nur bei gleichzeitigem Versand von Serum an ein externes Labor.
55	Aderlass durch Blutentnahme aus der Vene		8/I	
Injektionen und Infiltrationen				
56	Intramuskuläre Injektion		2/I	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
56a	Hyposensibilisierung	AL, D, I, HO, K, L	3/I	pro Injektion außerhalb der Fallbegrenzung zum Wert der ersten Punktegruppe, bei Fachärzten für Innere Medizin außerhalb des internistischen Gesamtfallwertes, verrechenbar in 5% der § 2-Fälle
57	Intravenöse Injektion		4/I	Im Rahmen einer Ordination oder/und Visite nur einmal verrechenbar! Nicht zulässig in Verbindung mit den Positionen 55, 64 und 65.
58	Intraarterielle Injektion		10/I	
59	Intraartikuläre Punktion eines großen Gelenkes, evtl. mit Füllung		15/II	
60	Periartikuläre Umspritzung oder intraartikuläre Injektion eines oder mehrerer kleiner Gelenke, evtl. mit Füllung		10/I	
61	Krampfaderverödung		9/I	
62	Haemorrhoidenverödung durch Injektion in den Knoten		9/I	
Infusionen				
63	Subkutane Infusion		9/I	
64	Intravenöse Dauertropfinfusion		10/II	Pos. 57 – Intravenöse Injektion – nicht zusätzlich verrechenbar
65	Bluttransfusion		20/II	Pos. 57 – Intravenöse Injektion – nicht zusätzlich verrechenbar
Notfallversorgung				
65a	Reanimation		30/II	
65b	Zentraler Venenkatheter		20/II	
65c	Intubation		20/II	
65d	Defibrillation		20/II	

4.3. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet der Augenheilkunde und Optometrie

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
66	Brillenbestimmung bei Astigmatismus	AL, AU	7/I	
67	Skioskopie	AU	6/I	
68	Perimetrie oder Skotometrie (auch mit halbautomatischen oder automatischen Geräten)	AU	6/II	insgesamt ist diese Position in 15% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
69	Untersuchung mit der Spaltlampe	AL, AU	4/I	nicht gesondert verrechenbar wenn: a) die Spaltlampe ausschließlich als Hilfe zur Applanationstonometrie (Pos. 70) verwendet wird (Ausnahme: andere Diagnose) b) sie zusammen mit dem 3-Spiegel-Kontaktglas (Pos. 72a) zur Kammerwinkel- oder Fundusuntersuchung Verwendung findet (Ausnahme: andere Diagnose)
70	Tonometrie in Verbindung mit der Spaltlampe	AU	7/II	in 88% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
71	Untersuchung der Farbtüchtigkeit	AL, AU	4/I	
71a	Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking	AU	8/II	in 20% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
72	Augenspiegeluntersuchung (Augenhintergrund)		6/I	nur bei entsprechender Begründung verrechenbar; in begründeten Fällen (zB bei Überweisung zur Augenspiegeluntersuchung oder bei pathologischem Befund - ein entsprechender Vermerk ist auf dem Abrechnungsschein anzubringen -) kann diese Position verrechnet werden, nicht aber als Routineuntersuchung. Mit der Pos. 72 a nicht gleichzeitig verrechenbar
72a	Untersuchung mit dem Kontaktglas und Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	AU	5/II	bei Glaucomverdacht und Erkrankung der Netzhaut 1-mal jährlich verrechenbar
72b	Fundusdiagnostik mittels Funduskamera inkl. Bild-Dokumentation	AU	22/II	höchstens 1 mal pro Patient und Quartal und in 3% der § 2-Fälle verrechenbar ab 1.7.2019 in 4% der § 2-Fälle verrechenbar
73	Eingehende Untersuchung des binokularen Sehens (Doppelbilder)	AU, K, N, NP	8/I	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
73a	Pleoptische bzw. orthoptische Sitzung	AU	6/II	nur bei absoluter Notwendigkeit mit Angabe der Diagnose mehrmalige Verrechnung pro Tag möglich. Ordinationen und Facharztzuschläge sind nur dann verrechenbar, wenn eine andere ärztliche Leistung oder eine Kontrolluntersuchung zusätzlich erforderlich ist; in höchstens 23% der §2- Fälle pro Quartal verrechenbar
73b	Postoperative Kontrolle und Nachsorge nach intraokularen Eingriffen	AU	9/II	in 5% der § 2-Fälle, nicht gleichzeitig mit Pos. 66, 69, 70 verrechenbar ab 1.1.2020 in 7% der § 2-Fälle verrechenbar
74	Subconjunctivale Injektion	AL, AU, C, D, HO, UC	6/I	
75	Fremdkörperentfernung aus der Cornea (bei festhaftendem, eingebranntem oder eingespießtem Fremdkörper)	AL, AU, C, K, UC	10/II	diese Position beinhaltet die Entfernung eines Fremdkörpers oder mehrerer aus der Cornea eines Auges. Eine zweimalige Verrechnung der Pos. 75 ist nur dann möglich, wenn auch am anderen Auge ein oder mehrere Fremdkörper aus der Cornea entfernt werden müssen.
76	Fremdkörperentfernung aus dem Conjunktivalsack	AL, AU, C, K, UC	8/I	
77	Abrasio corneae, Kauterisation oder Verätzung eines ulcus corneae	AU	15/II	
78	Spaltung eines Hordeolums	AL, AU, D, C	10/II	mit Pos. 74 und Pos. 84 nicht verrechenbar
79	Abtragung kleiner Geschwülste im Bereich der Lider und der Bindehaut.	AL, AU, D, C	15/II	bei der operativen Entfernung eines kleinen Geschwulst oder mehrerer an einem Auge in einer Sitzung kommt diese Position nur einmal zur Verrechnung. Sollten gleichzeitig auch am anderen Auge ein kleineres Geschwulst oder mehrere entfernt werden, ist die Pos. 79 noch einmal zusätzlich verrechenbar.
80	Excochleation eines Chalazions	AL, AU, C	20/II	
81	Sondierung des Tränenkanals mit erstmaliger Spülung	AL, AU, C, D, HO, K, UC	10/II	mit Pos. 74 und Pos. 84 nicht verrechenbar
82	für jede weitere Spülung	AL, AU, C, D, HO, K, UC	4/I	mit Pos. 74 und Pos. 84 nicht verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
83	Wimpernepilation	AL, AU	4/1	

4.4. Sonderleistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Chirurgie				
a) Betäubung (Oberflächenanästhesie ist nicht verrechenbar)				
84	Lokalanästhesie kleiner Gebiete, Vereisung		2/I	nur in Verbindung mit einer dazu verrechenbaren operativen Leistungsposition möglich, nicht jedoch im Zusammenhang mit heilanästhetischen Behandlungsmethoden
85	Lokalanästhesie großer Gebiete		6/I	
86	Leitungsanästhesie		6/I	
86a	Perineurale Infiltration	O, C	4/II	
87	Rausch- oder i.v. Kurz-narkose		10/I	
88	Vollnarkose (durch Inhalation oder Injektion)	AL, C, G, HO, O, UC, UR	10/II	
b) Wundversorgung				
89	Wundverschluss durch Klammern	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	4/I	
90	Wundversorgung durch Naht (bis 4 Nähte)	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	10/II	
91	Wundversorgung durch Naht (über 4 Nähte)	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	15/II	
92	Wundversorgung durch Naht einschließlich Wundtoilette	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	20/II	
93	Versorgung von ausgedehnten Unfallverletzungen	AL, AU, C, D, G, HO, O, UC, UR	20/II	als Abgeltung für die erhöhte Leistung bezüglich Reinigung der Wunden bei Unfällen und der meist entstehenden empfindlichen Störung des Ordinationsbetriebes nur einmal pro Unfallereignis möglich, auch für den Fall, dass mehrere Wunden an einem Patienten infolge eines Unfalles entstanden sind

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
c) kleine chirurgische Eingriffe				
94	Incision oberflächlich gelegener Eiterherde (jedoch nicht das Eröffnen von Eiterblasen) oder Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	8/I	
95	Incision zur Entfernung von subcutan gelegenen Fremdkörpern oder Excision kleiner Geschwülste oder Entfernung von Warzen oder Kristallimplantation	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	8/I	
96	Operative Eröffnung eines tiefgelegenen Eiterherdes (zB Sehnenpanaritium oder Knochenpanaritium oder Mastitis purulenta) oder Radikaloperation eines eingewachsenen Zehennagels nach Nicoladoni	AL, C, D, G, HO, O, UC	20/II	
96a	Regiekostenersatz zu Pos. 96	AL, C, D, G, HO, O, UC	20/II	
97	Operative Entfernung tiefgelegener Fremdkörper, die nur durch schichtweise Präparation zu erreichen sind, oder Entfernung größerer Geschwülste (Atherome, Lipome u.ä.) einschließlich Naht	AL, C, D, G, HO, O, UC	20/II	
97a	Regiekostenersatz zu Pos. 97	AL, C, D, G, HO, O, UC	20/II	
98	Probeexcision aus der äußeren Haut oder Schleimhaut im Mund oder aus dem Mastdarm (zB Rectoskopie)	AL, AU, C, D, G, HO, K, UC, UR	12/II	
99	Sehennaht	AL, C, O, UC	30/II	
100	Amputation kleiner Knochen (Finger, Zehen)	AL, C, O, UC	25/II	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
101	Zahnextraktion je Zahn oder Wurzel (Zahnschema ist anzugeben) inklusive einer allfälligen Anästhesie	AL, C, UC	6/l	Facharztzuschlag nicht gesondert verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Unfallchirurgie				
a) Versorgung				
102	Provisorische Versorgung von Knochenbrüchen (für den Transport von der Unfallstelle zur endgültigen ärztlichen Versorgung)		12/II	Die für die Ruhigstellung von Knochenbrüchen oder Verrenkungen von Gelenken erforderlichen (Gips-)Verbände können gesondert verrechnet werden.
103	Endgültige Einrichtung von Knochenbrüchen im Bereich des Hand- oder Fußgelenkes oder des Schlüsselbeines (ausgenommen Rippenbrüche)	AL, C, O, UC	12/II	
104	Endgültige Versorgung von Knochenbrüchen im Bereich des Ober- oder Unterarmes oder des Unterschenkels		24/II	
105	Einrichtung von Verrenkungen kleiner Gelenke (Finger, Zehen)		10/I	
106	Einrichtung von Verrenkungen mittlerer Gelenke (Ellbogen, Knie, Schulter)		18/II	
b) Verbände				
107	Schienenverband	AL, C, D, K, O, UC	3/I	
108	Blaubinden oder Elastoplastverband, Cingulum	AL, C, D, O, UC	4/I	
108a	Verbandswechsel (zB Mullbinde etc.) nach chirurgischen Versorgungen, bei zirkulären Verbänden und bei ausgedehnten Defekten, nicht jedoch bei Wechsel einfacher Heftpflaster u.ä.		7/I	
109	Zinkleimverband	AL, C, D, O, UC	12/II	
109a	Kompressionsverband mit Polsterung (zB Fischer-Verband) inkl. Verband Indikation: zB ulcus cruris		12/II	
109b	Unelastischer Heftpflasterverband (Tape-Verband) inkl. Material		11/II	Indikation: Funktionelle Stützung Ruhigstellung sowie Redressement bei Distorsionen und stat. Beschwerden (nicht bei Venenleiden)

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
110	Gipsverband der Hand (auch Finger), kleine Gipslongette		10/II	
111	Gipslongette für den ganzen Arm oder für das ganze Bein		18/II	
112	Zirkulärer Gipsverband (einschließlich Longette) für den Unterarm oder Unterschenkel; Kniegips-hülse inkl. evtl. Fuß-zinkleim		20/II	
113	Größere zirkuläre Gipsverbände, die über die Pos. 112 hinausgehen (Oberarm, Oberschenkel, Gipsmieder)		30/II	
113a	Beckengips (für Verletzungen des Hüftgelenkes und des Oberschenkelbereiches) und Desault-Gips-Verband (für Verletzungen im Bereich der Schulter)	AL, C, O, UC	60/II	
114	Zuschlag für Gehgips		5/II	
115	Abnahme eines zirkulären Gipsverbandes		10/II	kann ausschließlich nur bei Abnahme eines zirkulären Gipsverbandes nach Pos. 112, 113 bzw. 113a verrechnet werden
116	Gipsausbesserung, Aufkeilung	AL, C, D, O, UC	5/II	
Orthopädie				
117	Modellabdruck einschließlich Abnahme, pro Paar	AL, C, O, UC	15/II	Gipsmaterial wird pro ordinatione zur Verfügung gestellt.
117a	Überprüfung und Anpassung eines Orthopädischen Behelfes	C, O	7/II	für das Fachgebiet Chirurgie in 10%, für das Fachgebiet Orthopädie und orthopäd. Chirurgie in 20% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
117b	Modellabdruck mittels Trittschaum, je Seite	AL, C, UC, O	4/II	
118	Chirodiagnostik und Chirotherapie		9/II	max. 3 Sitzungen pro Patient und Quartal verrechenbar, für Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie in 10% der § 2-Fälle, für alle anderen Fachrichtungen in 5% der §2-Fälle verrechenbar; nur bei Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den jeweils geltenden einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK (für manuelle Medizin) verrechenbar

4.5. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
a) Frauenheilkunde				
119	Fluorbehandlung durch Einlegen von Arzneitamppons oder Ätzen	AL, G	2/I	
120	Cervikale Behandlung durch Ätzen oder Instillation von Medikamenten	AL, C, G	5/I	
121	Einlegen eines Pessares zur Lageverbesserung des Uterus	AL, C, G	4/I	
122	Reposition eines unkompletten bzw. eines kompletten prolapsus uteri (evtl. mit Einlegen eines Ringes)	AL, C, G	6/I	
123	Curettag diagnostisch einschließlich Dilatation	AL, C, G	25/II	
124	Curettag therapeutisch einschließlich Dilatation, evtl. mit vorheriger digitaler Ausräumung	AL, C, G	50/II	
125	Abtragen von Cervikal- oder Urethral-Polypen. Histologische Befunde erforderlich	AL, C, G, UR	10/II	Aufbewahrungsfrist 3 Jahre
126	Elektrokauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix (mittels geeignetem Gerät)	G	10/II	
127	Probeexcision aus der Portio einschließlich Naht	G	20/II	
128	Einbringen des Kontrastmittels für die Hysterosalpingografie	G	15/II	
129	Kolposkopie	G	9/II	Eine strenge Indikationsstellung ist zu beachten! nur 1-mal pro Fall und Quartal verrechenbar
129a	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und 18. Lebensjahr	G	ab 1.1.2019 € 13,89 ab 1.1.2020 € 14,17	das Beratungsgespräch beinhaltet insbes. die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB. HIV, HPV, Hep. B.), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft und psych. Veränderungen in der Pubertät; das Gespräch ist zu dokumentieren; in 5 % der § 2-Fälle, nicht gleichzeitig mit Pos. 12a verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
b) Geburtshilfe				
130	Beistand bei einer normalen Geburt ohne operative Eingriffe einschließlich der Untersuchung der Geschlechtsorgane	AL, G	30/II	
131	Beistand bei einer Geburt mit operativer Hilfe oder bei einer Zwillingsgeburt	AL, G	50/II	
132	Reposition der vorgefallenen Nabelschnur oder vorgefallener Kindesteile	AL, G	10/II	
133	Manualhilfe und Extraktion bei Beckenendlage	AL, G	60/II	
134	Innere Wendung und Extraktion(zB Querlage oder Plazenta Praevia oder Nabelschnurvorfal) oder Plazentalösung	AL, G	100/II	
135	Episiotomie einschließlich Naht oder Naht eines Dammrisses ersten oder zweiten Grades	AL, G	30/II	
136	Wiederbelebung eines scheinototen Neugeborenen	AL, G, K	10/II	

4.6. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
137	Vestibularisprüfung	HO	8/I	
138	Audiometrie	HO	10/II	die Aufzeichnungen der Audiometrie sind mit dem Namen des Patienten zu versehen und durch mindestens 5 Jahre aufzubehalten
138a	Endoskopische Untersuchung der Nase, der Nasennebenhöhlen, des Epipharynx oder Larynx	HO	8/II	in 30% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar ab 1.1.2020: in 45% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
138b	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	HO	6/I	in 25% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
138c	Otomikroskopie	HO	5/II	in 65% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar ab 1.1.2020: in 75% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
138d	Tympanometrie	HO	7/II	in 37% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
138e	Sprachaudiometrie	HO	12/II	in 5% der § 2-Fälle, nur von solchen HNO-Fachärzten verrechenbar, die sowohl die Ton- als auch die Sprachaudiometrie anbieten
139	Probeexcision aus Ohr, Nase oder Rachen	AL, C, D, HO	24/II	
140	Cerumenentfernung	AL, C, D, HO, K	3/I	in 90% der § 2- Fälle pro Quartal verrechenbar, je Seite
141	Entfernung von Fremdkörpern (auch Paukenröhrchen o.ä.) oder körpereigenen Teilen (zB Borke) aus Gehörgang oder Nase, je Seite	AL, C, D, HO, K, UC	4/I	
142	Entfernung von Fremdkörpern (auch Paukenröhrchen o.ä.) oder körpereigenen Teilen (zB Borke) aus Gehörgang und Nase bei Kindern bis zu 6 Jahren, je Seite	AL, C, D, HO, K, UC	8/I	
143	Tubenkatheter	HO	2/I	
144	Trommelfellmassage	AL, HO	3/I	
145	Eröffnung eines Gehörgangfurunkels	AL, C, HO, K	8/I	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
146	Paracentese	AL, HO	12/II	
147	Attic-Spülung	HO	5/I	
148	Bellocq`sche Tamponade	AL, HO	10/II	
149	Legen oder Entfernen einer(s) Tamponade(-streifens) in/aus der Nase oder in/aus dem Gehörgang, je Seite	AL, C, D, HO, K, UC	3/I	
150	Erstmalige Punktion der Kieferhöhle oder erstmalige Stirnhöhleenspülung	HO	12/II	
151	Nebenhöhleenspülung evtl. mit nachfolgender medikamentöser Füllung, je Seite	HO	6/I	
152	Ätzung oder Kaustik der Nasenschleimhäute mit Anaesthetie, je Seite	AL, HO	5/I	
153	Polypenextraktion aus dem Ohr	HO	10/II	
154	Polypenextraktion aus der Nase, je Polyp und je Seite	HO	16/II	
156	Eröffnung eines Peritonsillarabszesses	AL, HO	10/II	
157	Adenotomie	HO	30/II	
158	Indirekte laryngologische Eingriffe	HO	36/II	
159	Unblutige Einrichtung einer Nasenbeinfraktur	AL, C, HO, UC	15/II	

4.7. Sonderleistungen aus den Fachgebieten Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Urologie

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
160	Katheterismus beim Mann		4/I	
161	Katheterismus bei der Frau		2/I	
162	Erste Sondierung einer Harnröhrenstriktur	AL, C, UR	8/II	nur einmal am Tag verrechenbar und nicht in Verbindung mit der Pos. 163
163	Jede weitere Striktursondierung	AL, C, UR	4/I	nur einmal am Tag verrechenbar und nicht in Verbindung mit der Pos. 162
164	Anlegung eines Dauer- oder Pezzerkatheters	AL, C, G, K, I, UC, UR	6/I	
165	Punktion der Blase (in Notfällen bei Harnverhaltung)		20/II	
166	Blasenspülung	AL, C, UC, UR	4/I	
167	Cystoskopie (inkl. Cystometrie und Spülung)	UR	20/II	
167a	Elektrokoagulation in der Harnblase excl. Cystoskopie	UR	15/II	in 50% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
167b	Probeexcision aus der Prostata ohne Koagulation und ohne Cystoskopie	UR	10/II	in 50% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
168	Urethroskopie	UR	11/II	
168a	Mehrfachbiopsie der Harnblase	UR	43/II	
168b	Zuschlag zu Pos. 167 für flexible Cystoskopie inkl. Material (Einmal-Hüllen)	UR	20/II	in 10% der § 2-Fälle verrechenbar
169	(Cystoskopie-)Zuschlag für Ureterenkatheterismus (evtl. mit Einbringung eines Kontrastmittels = retrograde Urografie), je Seite	UR	15/II	
169a	Uroflowmetrie, einschließlich Registrierung	UR	6/II	in höchstens 25% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
169b	Harnkultur nach Objektträgermethode mit Anbrütung (zB Uricult)	UR	4/II	
170	Kaustik (Elektrolyse, Koagulation, Thermokauter)	AL, C, D, G, HO, K, UR	6/I	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
171	Behandlung mit Kohlen-säureschnee	AL, D	5/I	
172	Dorsalspaltung einer Pa-raphimose, eine oder mehrere Incisionen an der Schnürstelle	AL, C, D, UR	10/II	
173	Phimosenoperation nach Schloffer oder Circumcisi-on	AL, C, UR	30/II	
174	Prostatamassage	AL, C, UR	5/I	
174a	Epicutantestung (bis 7 Stoffe)	D	7/II	in maximal 7% der § 2-Fälle pro Quartal
174b	Epicutantestung (bis 14 Stoffe)	D	12/II	in maximal 7% der § 2-Fälle pro Quartal
174c	Epicutantestung (15-30 Stoffe)	D	20/II	in maximal 7% der § 2-Fälle pro Quartal
174d	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 7 Stoffe	D, HO, L	7/II	für die Fachgebiete Haut und Geschlechtskrankheiten sowie Lungenheil-kunde in 10% der § 2-Fälle, für das Fach-gebiet Hals-Nasen- und Ohrenkrankhei-ten, in 5% der § 2-Fälle pro Quartal verre-chenbar
174e	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 14 Stoffe	D, HO, L	13/II	für die Fachgebiete Haut und Geschlechtskrankheiten sowie Lungenheil-kunde in 10% der § 2-Fälle, für das Fach-gebiet Hals-Nasen- und Ohrenkrankhei-ten, in 5% der § 2-Fälle pro Quartal verre-chenbar
174f	Exploration von Allergien	D, L	7/II	in 20% der § 2-Fälle pro Quartal verre-chenbar
174g	Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie, Ganzkör-peruntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe, pro suspekter Läsion	D	2/II	pro Patient und Jahr höchstens 3 Läsionen verrechenbar, höchstens in 33% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar (ausgenommen sind EDV-unterstützte digitale Untersuchungsverfahren, Archi-vierung und Bildvergleich wie zB „Mole Max“ u.ä.) ab 01.01.2020 in 50% der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
174h	Tumornachsorge (Mela-nom, Basaliom, spinocel-luläres Karzinom)	D	11/II	1mal pro Quartal und Patient und in 5% der § 2-Fälle verrechenbar, nicht gleich-zeitig mit Pos 174g verrechenbar
534a	Bucky-Bestrahlungen	D		(siehe Honorartarife Röntgenunkosten)

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
534b	Fotochemotherapie (zB PUVA),	D	10/II	<p>verrechenbar bei:</p> <p>Psoriasis vulgaris und Sonderformen der Psoriasis, Mycosis fungoides und Prämycosis fungoides, Pityriasis lichenoides (akute und chronische Formen) ("Parapsoriasis"), generalisierte Ekzeme (atopische und kontaktallergische Formen), Lichen ruber planus, Urticaria pigmentosa, Purpurapigmentosa, polymorphe Lichtdermatose. Weitere Indikationen (seltene Diagnosen, individueller Erfolg bei anderen Hauterkrankungen), Vitiligo</p> <p>Definition:</p> <p>UV-Bestrahlungen in Verbindung mit fotosensitivierenden Substanzen (Psoralene, Khellin, andere).</p> <p>Mit der Pos. 534c nicht gleichzeitig verrechenbar.</p>
534c	Fototherapie (zB SUP)	D	4/II	<p>verrechenbar bei:</p> <p>Indikationen wie bei 534b, jedoch ohne Medikamente (zB bei Unverträglichkeit)</p> <p>Therapie gegen generalisierten Juckreiz bei div. Dermatosen (Pruritus, Prurigoformen).</p> <p>Mit der Pos. 534b nicht gleichzeitig verrechenbar.</p>

4.8. Sonderleistungen aus den Fachgebieten der Inneren Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
175	Ergometrische Untersuchung	I	47/II	<p>ist entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichter-gometer, Defibrillator und Reanimations-set;</p> <p>das Honorar je Ergometrie ist einmal pro Patient und Quartal in 11% der § 2-Fälle außerhalb der Limitierung des Gesamt-fallwertes verrechenbar;</p> <p>in zusätzlich 3% der § 2-Fälle pro Quartal ist eine Inrechnungstellung von Ergomet-rien innerhalb des internistischen Gesamt-fallwertes zulässig;</p> <p>neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten Vergütungen von elektrokardiografischen Leistungen möglich.</p>
175a	Heilpädagogische Beratung bei verhaltensgestörten oder cerebral erkrankten Kindern	K	4/II	Ausbildungsnachweis erforderlich
175b	Individueller schriftlicher Diätplan für kranke Säuglinge	K	1/II	
175c	Eingehende Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (ab 1.7.2019 bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)		3/II	
175d	24h-Blutdruckmonitoring	AL, I	30/I	<p>außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der ersten Punktegruppe; für Fach-ärzte für Innere Medizin in 3% der § 2-Fälle außerhalb des internistischen Gesamt-fallwertes verrechenbar; für Ärzte für Allgemeinmedizin zur Therapiekontrolle gemäß lit. b) der Indikationen (nach erfolgter Neueinstellung) verrechenbar, höchstens jedoch in 1% der § 2 Fälle; für beide Fachgruppen nur bei Nachweis einer Ausbildung nach den jeweils gelten-den einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖAK gegenüber der Ärztekammer für Tirol verrechenbar, die eine entsprechen-de Information an die TGKK weiterleitet.</p> <p><u>Indikationen der Verrechenbarkeit:</u></p> <p>a) nicht-erklärbare Hypertonie</p> <p>b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhung bei - sekundärer Hyperonie</p>

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
				<ul style="list-style-type: none"> - Präklamsie - Schlafapnoe - hypertoner Herzhypertrophie c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch) - nach Schlaganfall, Herzinfarkt - mit Herzinsuffizienz - mit echokardiographisch festgestellter Linkshypertrophie - mit Diabetes mellitus - mit fehlender Rückbildung von Organschäden - mit Wechselschichtdienst - mit Symptomen von „Überbehandlung“ (zB unerklärbare Schwindel) - zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihyperintensiver Therapie - bei Schwangeren mit EPA - Gestose <p><u>Gerätevoraussetzungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - oszillatorische oder auskultatorische Messmethode - Zulassung des Gerätetyps durch die Holter-Gesellschaft - Prüfung des Gerätes durch das Amt für Eich- und Messtechnik <p><u>Befunddokumentation:</u></p> <p>Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren</p>
175f	Beratung von Kindern und Jugendlichen mit morbi-der Adipositas zwischen dem 6. und dem 18. Lebensjahr	K	<p>ab 1.1.2019 € 13,89</p> <p>ab 1.1.2020 € 14,17</p>	<p>in 10% der § 2-Fälle die Beratung ist zu dokumentieren; nicht gleichzeitig mit Pos. 12a verrechenbar;</p>

PosNr	Bezeichnung	FG	EKG-Punkte*	Erläuterung
Elektrokardiogramm (EKG)				
Erläuterungen zum EKG				
<u>Berechtigung:</u> Zur Vornahme von EKG-Untersuchungen zu Lasten der Krankenversicherungsträger sind nur Fachärzte für Innere Medizin und Kinderheilkunde berechtigt.				
<u>Honorierung:</u> Elektrokardiogramme werden nur dann honoriert, wenn ein EKG-Streifen angefertigt und ein Befund darüber schriftlich niedergelegt wurde. Optisch abgelesen Befunde werden nicht honoriert.				
<u>Evidenzhaltung:</u> Der EKG-Streifen und die dazugehörigen schriftlichen Befunde sind deutlich mit dem Namen des Versicherten und dem Aufnahmedatum zu versehen und durch mindestens 3 Jahre aufzubewahren.				
<u>Überprüfung:</u> Die EKG-Streifen und Befunde sind im Bedarfsfall dem Ärztlichen Berater für den Vertragspartnerbereich bei der Tiroler Gebietskrankenkasse zwecks Überprüfung zur Verfügung zu stellen.				
176	EKG in Ruhe	I, K	10	kann nicht gleichzeitig mit Position 178 verrechnet werden
177	EKG nach Wilson mit mindestens 5 Ableitungen		10	
178	EKG in Ruhe und mit Belastung		15	kann nicht gleichzeitig mit Position 176 verrechnet werden

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25

PosNr	Bezeichnung	FG	Laborpunkte*	Erläuterung
LABOR				
Erläuterungen zum LABOR				
a) <u>Berechtigung:</u>				
aa) Die Berechtigung zur Verrechnung der unter den Positionen 178a bis 178t angeführten Leistungen kann nur an Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde (an jedem Niederlassungsort in der freien Praxis) erteilt werden, soweit diese im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Tirol und der federführenden § 2-Kasse zuerkannt wurde. Folgende Voraussetzungen und Verpflichtungen sind in diesem Zusammenhang zu erfüllen:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nachweis der fachlichen Befähigung (entweder muss der Vertragsfacharzt seine Laborbefähigung selbst oder eine entsprechende Fachkraft nachweisen). 2. Nachweis der entsprechenden Laborgeräte (das verwendete Fotometer muss zur Durchführung der entsprechenden Untersuchung eingerichtet sein. Punkt 1 und 2 ist durch Meldung an die Ärztekammer für Tirol und die Abt. „Vertragspartner I“ bei der Tiroler Gebietskrankenkasse nachzuweisen). 3. Teilnahme an Qualitätskontrollen (die Qualitätskontrollen sind mit Testsera durchzuführen; über die Resultate haben schriftliche Aufzeichnungen zu erfolgen). 4. Befundeinsicht durch den Ärztlichen Berater für den Vertragspartnerbereich der Tiroler Gebietskrankenkasse bei allfälliger Notwendigkeit. 				
ab) Unter der Voraussetzung von zweimal jährlich erforderlichen externen Laborqualitätskontrollen können von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin die mit "AL" gekennzeichneten Laboruntersuchung zu den bisherigen Limitierungen zum Tarif für Vertragsfachärzte für Innere Medizin durchgeführt und abgerechnet werden. Die laborchemische Bestimmungsmethode ist den Vertragsärzten freigestellt, jedoch die Gerätemeldung an die Ärztekammer für Tirol und die § 2-Krankenversicherungsträger nach wie vor erforderlich.				
ac) Unter Pos. Nr. 178m ist für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin nur die Alpha-Amylase verrechenbar. Die Pos. Nr. 178u ist für Vertrags(fach)ärzte, ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde verrechenbar, ebenso die Pos. Nr. 178v, welche jedoch nur zur Erstellung eines Tagesprofils (Blutzuckerbelastung) bis 4-mal täglich zulässig ist. Bei beiden Positionen ist eine Gerätemeldung an die Ärztekammer für Tirol und an die TGKK erforderlich.				
b) <u>Honorierung:</u>				
ba) Laborleistungen der Positionen 178a bis 178v werden mit eigenem Punktwert (-/L) und außerhalb der Fallbegrenzung honoriert. Bei "überwiesenen Fällen" zur Durchführung solcher Laborleistungen entfällt die Verrechnungsmöglichkeit von "Ordnation" und "Facharztzuschlag".				
bb) Die Honorierung sämtlicher in der Honorarordnung angeführten Leistungen an Fachärzte für Innere Medizin wird bis auf Widerruf bis zu einem durchschnittlichen Gesamtfallwert (ausgenommen Wegegebühren und Leistungen des Sonografiecataloges, Pos.Nr. 1d, 2d, 12a, 53a, 56a, 175 und 175d) von, € 85,63 ab 1.1.2019 bzw. € 87,34 ab 1.1.2020 pro Quartal limitiert.				
bc) Für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde wird der durchschnittliche Fallwert der Positionen 178a bis v bis auf Widerruf bis zu einem durchschnittlichen Fallwert von € 6,44 ab 1.1.2019 pro Quartal begrenzt.				
bd) Für Ärzte für Allgemeinmedizin wird bis auf Widerruf die Honorierung der Positionen 178b, 178c, 178d, 178g, 178h, 178i, 178m, 178n, 178r 178u und 178v bis zu einem durchschnittlichen Fallwert von € 2,06 ab 1.1.2019 pro Quartal limitiert.				
Kolloid-Stabilitäts-Reaktion				
178a	Thymol-Trübungsreaktionen	I, K	9/L	
Chemische Blutuntersuchungen:				
178b	Harnstoff	AL, I, K	15/L	
178c	Harnsäure	AL, I, K	15/L	

PosNr	Bezeichnung	FG	Laborpunkte*	Erläuterung
178d	Kreatinin	AL, I, K	15/L	
178e	Gesamteiweiß	I, K	15/L	
178f	Blutzuckerbelastung oder Tagesprofil	I, K	42/L	mindestens 3 Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen quantitativ, nur chemisch oder enzymatisch
178g	Neutralfette (Triglyzeride)	AL, I, K	15/L	
178h	Cholesterin oder HDL-Cholesterin	AL, I, K	15/L	
Mineralstoffe, Farbstoffe, Wirkstoffe:				
178i	Kalium	AL, I, K	15/L	
178j	Serum-Eisen	I, K	18/L	bei Eisenresorptionstest 2 mal verrechenbar
178k	Gesamtbilirubin und Bilirubin direkt	I, K	15/L	zwei qualitative und eine quantitative Reaktion
178l	Bilirubin im Serum	I, K	12/L	
178m	Diastase, Lipase oder Amylase,	AL, I, K	15/L	für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin ist nur die Alpha-Amylase verrechenbar
178n	Phosphatase alkalisch		15/L	
178o	Phosphatase sauer	I, K	15/L	
178p	GOT, GPT, Gamma-GT, LAP, GLDH, LDH, CPK (CPK als Leberstatus nicht verrechenbar), je	I, K	18/L	
178q	Leberstatus: GPT, Gamma-GT, Thymol und Bilirubin	I, K	57/L	
Serologische Untersuchungen:				
178r	C-reaktives Protein (CRP)	AL, I, K, L	15/L	
178s	Anti-Streptolysin-Titer	I, K	18/L	
178t	Rheumafaktor	I, K	15/L	
178u	Transaminasebestimmung für GOT, GPT, Gamma-GT, CPK oder CK-NAC, je		22/L	maximal vier Untersuchungen pro Ordination möglich; für Vertrags(fach)ärzte, ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde verrechenbar; Gerätemeldung an die Ärztekammer für Tirol und an die TGKK erforderlich

PosNr	Bezeichnung	FG	Laborpunkte*	Erläuterung
178v	Blutzuckerbestimmung (kolorimetrisch oder fotometrisch)		11/L	für Vertrags(fach)ärzte, ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde verrechenbar; zur Erstellung eines Tagesprofils (Blutzuckerbelastung) bis 4-mal täglich zulässig; Gerätemeldung an die Ärztekammer für Tirol und an die TGKK erforderlich

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25

4.9. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
179	Anlegen eines Pneumothorax	L	30/II	
180	Nachfüllen eines Pneumothorax	L	15/II	
181	Nachfüllen eines extrapleurales Pneumothorax	L	20/II	
182	Spülung der Pleurahöhle bei Empyem	L	20/II	
183	Medikamentöse Behandlung mittels Drainageschlauches (intracavitär, intrapleural)	L	5/I	Hinweis: Die Punktion aus der Brusthöhle ist bei den allgemeinen Sonderleistungen unter Pos. Nr. 47 angeführt.
183a	Lungenfunktionsprüfung (=kleine Spirografie) - bestehend aus der Bestimmung der FVC (= forcierte Vitalkapazität), der Bestimmung der FEV 1 (= Sekundenkapazität) und der Bestimmung FEV 1% (= relative Sekundenkapazität in %)	AL, L, I	8/II	Dokumentation durch grafische Darstellung; für AL in 2% der § 2-Fälle verrechenbar
183b	Atemwegswiderstandsmessung mit Befund	L	8/II	in 27% der § 2-Fälle pro Quartal ab 1.1.2020: in 40% der § 2-Fälle pro Quartal
183c	Arterielle Blutgasanalyse, je	L	ab 1.1.2019 € 29,39 ab 1.1.2020 € 29,98	höchstens verrechenbar in 15% der § 2-Fälle, nur verrechenbar bei folgenden Indikationen: a) Alveoläre Hypoventilationsstörungen (seltene neuromuskuläre Atemstörungen bzw. Tracheomalazie oder Ähnliches) b) Ventilatorische Verteilungsstörungen (chronische Bronchitis mit inhomogener Bronchialobstruktion) c) Diffusionsstörungen (zB Emphysem, Lungenembolie, Lungenstauung und Lungenödem, Alveolitis und Lungenfibrosen) d) Rechts-/Linksshunt (extrapulmonale Vitien, ausgedehnte Pneumonien)
183d	Bodyplethysmographie	L	8/II	1mal pro Tag und Patient sowie in 20% der § 2-Fälle verrechenbar

4.10. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet für Neurologie / Psychiatrie

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
184	Geruchs- und Geschmacksprüfung	AL, HO, N, NP, P, PN	2/I	
185	Eingehende Sensibilitätsprüfung	AL, N, NP, O, P, PN	4/I	
186	Faradische Untersuchung	N, NP, P, PN	3/I	
187	Galvanische Untersuchung	N, NP, P, PN	3/I	
188	Lumbalpunktion	N, NP, P, PN	20/II	
189	Suboccipitalpunktion	N, NP, P, PN	15/II	
190	Peridurale oder epidurale Infiltration	AL, C, N, NP, O, P, PN, UC	15/II	
191	Praesacrale Infiltration	AL, C, N, NP, O, P, PN, UC	20/II	
192	Lumbale oder paravertebrale Sympathikusblockade	AL, C, N, NP, O, P, PN	15/II	
193	Blockade des Ganglion stellatum	AL, C, N, NP, O, P, PN	20/II	
194	Neuropsychiatrische Beratung	N, NP, P, PN	10/II	5 mal pro Fall und Quartal für Vertragsfachärzte ohne EEG- und EMG-Berechtigung und 1 mal pro Fall und Quartal für Vertragsfachärzte mit EEG-oder/und EMG-Berechtigung limitiert
194a	Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation	N, NP	30/I	außerhalb der Fallbegrenzung zum Wert der ersten Punktegruppe in 60% der § 2-Fälle pro Quartal; ab 1.7.2019: in 65% der § 2-Fälle pro Quartal neben dieser Position sind die Positionen 72, 73, 184 und 185 gleichzeitig nicht verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
194b	Ausführliche psychiatrische Exploration (= persönliches diagnostisches Gespräch zwischen Patient und Vertragsfacharzt) einschließlich Dokumentation des Explorationsergebnisses und der Diagnose	P, PN	17/II	für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie höchstens 2 mal pro Patient und Quartal verrechenbar, wobei eine Zweituntersuchung nur dann verrechenbar ist, wenn der Verlauf der Erkrankung die neuerliche Erhebung eines ausführlichen psychopathologischen Status erfordert oder eine neue Erkrankung vorliegt
194c	Elektroenzephalogramm	N, NP, PN	33/II	Ausbildungsnachweis erforderlich
194d	Elektromyogramm	N, NP, PN	33/II	
194e	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention mind. 50 Minuten)	P, PN ab 1.7. 2019 AL	36/II	in 2% der § 2-Fälle verrechenbar; verrechenbar bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen (ausführliche Begründung erforderlich) nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 12a, 12b, 175a, 175c, 194, 194b, 194f Für AL nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 12a, 12b und 12d ab 1.7.2019: unlimitiert
194f	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychisch Kranken	P, PN	11/II	1mal pro Patient und Quartal und in 10% der § 2-Fälle verrechenbar; für persönliche (auch telefonische) Anamnese (Dauer im Allgemeinen ca. 15 Minuten) mit Angehörigen, anderen Behandlern (insbes. Hausarzt, Psychotherapeut, kl. Psychologe), Institutionen (zB. Psychosoziale Vereine) die an der Behandlung beteiligt sind; nicht gleichzeitig mit Grundleistungen verrechenbar
194g	Vestibularisprüfung	N, NP	8/I	Außerhalb der Fallbegrenzung und zum Wert der ersten Punktegruppe in 10% der § 2-Fälle
194h	Mini-Mental-State-Examination-Test	AL, N, NP, P, PN	7/II	für AL in 2,85% der § 2-Fälle verrechenbar; für N./NP.P./PN. jeweils in 10% der § 2-Fälle verrechenbar

4.11. Sonderleistungen aus dem Gebiet der physikalischen Medizin

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte	Erläuterung
Erläuterungen zur physikalischen Behandlung				
<p><u>Berechtigung:</u> Zur Durchführung und Verrechnung physikalischer Behandlungen sind nur jene Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte berechtigt, die den Besitz von physikalischen Geräten der Ärztekammer für Tirol und der Abt. „Vertragspartner I“ bei der Tiroler Gebietskrankenkasse melden.</p> <p><u>Einschränkung der Verrechenbarkeit von Ordinationen:</u> Bei Erbringung von physiotherapeutischen Sonderleistungen darf eine Ordination nur bei der ersten und letzten Behandlung berechnet werden. Eine Ausnahme hiervon ist nur möglich, wenn eine andere ärztliche Leistung (zB Injektionen, Rezeptverschreibungen und Ähnliches) zusätzlich erbracht wird. In solchen Fällen ist dies beim jeweiligen Behandlungsdatum entsprechend zu vermerken.</p> <p><u>Unterscheidung der Verrechnungsmöglichkeiten:</u> Zur Verrechnung "eigener Fälle" der großen Physiotherapie finden die Positionen 198 bis 203 Anwendung, für "über- bzw. rücküberwiesene" Fälle hingegen sind die Positionen 798 bis 803 heranzuziehen.</p> <p>Die <u>Honorierung</u> großer überwiesener Physiotherapie an Ärzte für Allgemeinmedizin wird bis auf Widerruf bis zu einem durchschnittlichen Fallwert von, € 1,25 ab 1.1.2019 bzw. € 1,28 ab 1.1.2020 pro Quartal limitiert. Der durchschnittliche Fallwert wird nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ermittelt, die genannte Positionen verrechnen.</p>				
Kleine Physiotherapie				
195	Wärmestrahlen, Drahtfadenlampe		4/1	
196	Höhensonne		5/1	
197	Aerosol		5/1	
Große Physiotherapie				
198/ 798	Faradische oder galvanische Behandlung, Diathermie, Kurz oder Mikrowelle		5/1	
199/ 799	Interferenz, diadynamische Strombehandlung (zB Neodynator)		6/1	
200/ 800	Ultraschall		7/1	
201/ 801	Vierzellenbad (faradisch oder galvanisch)		8/1	
202/ 802	Massage durch den Arzt		5/1	
203/ 803	Glissonschlinge		5/1	
204	Extension mit rhythmisch automatisch arbeitenden Geräten	O	6/11	

4.12. Notfall-EKG für den Arzt für Allgemeinmedizin

PosNr	Bezeichnung	FG	EKG-Punkte*	Erläuterung
<p>Für Ärzte für Allgemeinmedizin besteht die Möglichkeit der Verrechnung elektrokardiografischer Untersuchungen (EKG) bei Stenocardien, Verdacht auf grobe Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern, lebensbedrohliche Tachycardien und Infarkte und ab 1.7.2019 im Rahmen einer präoperativen Untersuchung.</p> <p><u>Voraussetzung und Ermächtigung:</u> Voraussetzung für die Verrechnung des Notfall-EKG's durch den Arzt für Allgemeinmedizin ist der Ausbildungs- und Gerätenachweis die über die Ärztekammer für Tirol den § 2-Krankenversicherungsträgern anzuzeigen sind.</p> <p>Bezüglich der Sonderermächtigung zur eingeschränkten EKG-Verrechnung wird der Arzt nach erfolgter Entscheidung von der Tiroler Gebietskrankenkasse verständigt.</p>				
300	Ruhe-EKG mit mindestens 7 Ableitungen		15	
301	Langer Streifen von mindestens 10 Sekunden, nur bei lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen		10	
302	Zuschlag für das Notfall-EKG am Krankenbett		5	<p>a) Die Honorierung eines Notfall-EKG's erfolgt nur, wenn EKG-Streifen angefertigt und eine EKG-Kartei mit Patientennamen, Geburtsdaten, EKG-Datum, RR, ein klinischer Untersuchungsbefund und eine EKG-Befundung angelegt worden sind.</p> <p>b) EKG-Streifen und Kartei sind drei Jahre aufzubewahren und im Bedarfsfalle dem Ärztlichen Berater für den Vertragspartnerbereich bei der Tiroler Gebietskrankenkasse zur Einsichtnahme zu überlassen.</p>

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25

4.13. Operationsgruppenkatalog

PosNr	Bezeichnung	FG	Erläuterung
Besondere Bestimmungen			
<p>a) Die im OP-Gruppen-Katalog enthaltenen Leistungen dürfen von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten jener Fachgruppen, die im OP-Gruppen-Katalog bei den jeweiligen Leistungspositionen durch Symbole entsprechend angeführt werden, verrechnet werden.</p> <p>b) Bei Leistungen, die nach dem OP-Gruppen-Katalog bewertet werden, dürfen Leistungen, die einen wesentlichen Bestandteil bilden (zB Anästhesie [Pos. 84, 85, 86] und Wundverschluss), nicht mit anderen Positionen der Honorarordnung gesondert verrechnet werden.</p> <p>Hievon ausgenommen ist ein allfälliges Anlegen von Gipsverbänden verschiedenster Art im Zusammenhang mit den im OP-Gruppen-Katalog angeführten Leistungen. Diese sind mit der jeweils zutreffenden Honorar-Sonderleistungsposition verrechenbar.</p> <p>c) Bei Erbringung von OP-Leistungen wird neben dem jeweiligen OP-Tarif auch die jeweilige Grundleistung (Ordination, Ordination im Bereitschaftsdienst, Ordination außerhalb der Sprechstunde, Erstkontaktordination, Nachtordination) samt allfälliger Zuschläge (zB Facharztzuschlag) vergütet.</p> <p>d) Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere OP-Gruppe verrechnet werden.</p> <p>e) Der für die Erbringung der OP-Leistungen erforderliche Sachaufwand kann zusätzlich verrechnet werden, soweit er nicht als Ordinationsbedarf von der Tiroler Gebietskrankenkasse ihren Versicherten beigestellt wird.</p> <p><u>Anmerkung:</u> Die Textierung „erster Verband“ in einzelnen Positionen schließt einen Gipsverband nicht mit ein. Mit Ausnahme der Gipsverbandpositionen, der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik sowie der großen Anästhesieleistungen (Pos. 86a, 87, 88) sind sämtliche (chirurgische) Sonderleistungen nicht gleichzeitig mit den OP-Leistungen verrechenbar.</p>			
OP-Gruppe I			
OP01	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	AL, C, K, O, UC	
OP02	Operative Entfernung von Fremdkörpern aus Weichteilen inkl. Naht; Entfernung subcutan gelegener tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht (mit Situsangabe)	AL, C, D, G, HO, O, UC	
OP03	Excision kleiner Wunden bis 5 cm (Wundtoilette) inkl. Wundverschluss	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	
OP04	Incision eines oder mehrerer oberflächlich gelegener eitriger Prozesse (zB Paronychie, Panaritium subcutaneum, oberflächliche Phlegmone u.ä.)	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	
OP05	Nagelextraktion an Finger oder Zehe	AL, C, D, K, O, UC	
OP06	Unblutige Einrichtung und erster Verband bei Frakturen kleiner Knochen (Nasenbein, Unterkiefer, Phalangen der Finger und Zehen, Fibulaschaftbrüche)	AL, C, HO, K, O, UC	bei mehreren Brüchen desselben Strahles nur einmal verrechenbar
OP07	Punktion eines Gelenkergusses	AL, C, O, UC	nicht ident mit Pos. 59 und 60 der Honorarordnung
OP08	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe (Nicoladoni, Nagelkeilexcision)	AL, C, D, O, UC	

PosNr	Bezeichnung	FG	Erläuterung
OP-Gruppe II			
OP09	Operative Entfernung tief sitzender Fremdkörper inkl. Naht; Operative Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch oder sonographisch lokalisierter Fremdkörper (Situsangabe)	AL, C, D, G, HO, U, UC	
OP10	Excision und Versorgung einer Wunde von 5 - 10 cm inkl. Wundverschluss	AL, AU, C, D, G, HO, K, O, UC, UR	
OP11	Incision großer tief liegender eitriger Prozesse, Radikaloperation eines Pararitium subcutanem inkl. Wundverschluss	AL, C, D, G, HO, O, UC	
OP12	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen des Schulter-, Hand- oder Sprunggelenkes	AL, C, O, UC	
OP13	Unblutige Einrichtung und erster Verband bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie des Mittelfußes, der Mittelhand oder des Knöchels und bei einer Bandruptur am Knie oder am Sprunggelenk	AL, C, O, UC	
OP14	Excision und Versorgung von Wunden bis 5 cm im Gesichtsbereich inkl. Wundverschluss	AL, AU, C, D, HO, O, UC	
OP-Gruppe III			
OP15	Entfernung einer Bursa (Schleimbeutel) im Zuge einer Wundversorgung inkl. Wundverschluss	AL, C, O, UC	
OP16	Excision und Versorgung einer großen Wunde über 10 cm bzw. über 5 cm im Gesichtsbereich inkl. Wundverschluss	AL, C, O, UC	
OP17	Entfernung tiefgelegener, röntgenologisch oder sonografisch nicht lokalisierbarer Fremdkörper inkl. Wundverschluss	AL, C, D, G, HO, O, UC	
OP18	Sehennaht (ein bis zwei Sehnen) inkl. Wundverschluss	AL, C, O, UC	
OP19	Unblutige Reposition der Ellenbogen-, Knie- oder Hüftluxation mit Verband	AL, C, O, UC	

4.14. Honorartarife für OP-Leistungen

		ab 1.1.2019	ab 1.1.2020
		€	
	OP-Gruppe I	57,19	58,33
	OP-Gruppe II	103,94	106,02
	OP-Gruppe III	176,68	180,21

4.15. Sonografiekatalog

Besondere Bestimmungen

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonografischen Untersuchungen können gegenüber der Tiroler Gebietskrankenkasse von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der Tiroler Gebietskrankenkasse gemäß Punkt 3. berechtigt sind.

2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizit die Durchführung als „sonografische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonografische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.

Die Verrechenbarkeit und Honorierung der im Leistungskatalog angeführten sonografischen Leistungspositionen ist für alle Vertragsfachärzte mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie wie folgt beschränkt:

Fachgebiet	Beschränkung
UR	65% der § 2-Fälle pro Quartal
C, HO, K, N, NP, P, PN, O, UC	35% der § 2-Fälle pro Quartal
I	40% der § 2-Fälle pro Quartal ab 1.1.2020: 45% der § 2-Fälle pro Quartal
AL	10% der § 2 Fälle pro Quartal

Für Vertragsfachärzte für Radiologie beträgt die Limitierung für alle Sonografieleistungen 50% aller Abrechnungsfälle (ab 1.7.2019 52% der § 2-Fälle). Alle auf einem Abrechnungsschein (Überweisungsschein, Wahlarztantrag) verrechneten Sonografieleistungen gelten als ein Abrechnungsfall.

3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonografischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonografierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer oder mittels entsprechendem ÖÄK-Zertifikat gegenüber der Ärztekammer für Tirol nachweisen, die eine entsprechende Information an die Tiroler Gebietskrankenkasse weiterleitet.

4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

5. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.

6. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Tiroler Gebietskrankenkasse vorzulegen.

7. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.

8. Sonderbestimmungen für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

4.16. Ultraschalldiagnostik

PosNr	Bezeichnung	FG	Tarif	Erläuterung
Abdomen und Retroperitoneum				
US01	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	AL, R, C, I, K	ab 1.1.2019 € 21,88 ab 1.1.2020 € 22,10	
US02	Sonografie des Pankreas	AL, R, C, I, K	ab 1.1.2019 € 26,77 ab 1.1.2020 € 27,04	
US03	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	AL, R, C, I, K	ab 1.1.2019 € 40,48 ab 1.1.2020 € 40,88	
US04	Sonografie der Milz	AL, R, C, I, K, UC	ab 1.1.2019 € 18,20 ab 1.1.2020 € 18,38	
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta)	AL, R, C, I, K, UR	ab 1.1.2019 € 26,77 ab 1.1.2020 € 27,04	
US08	Sonografie des Unterbauches	AL, C, I, K	ab 1.1.2019 € 26,77 ab 1.1.2020 € 27,04	je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen;

PosNr	Bezeichnung	FG	Tarif	Erläuterung
US09	Gynäkologischer Ultraschall (transabdominal und/oder vaginal)	G	ab 1.7.2019 je € 26,80 ab 1.1.2020 je € 27,07	inkl. Dokumentation der Untersuchung sowie bei Pathologien auch Bilddokumentation; eine transvaginale sonografische Zervixlängenmessung ist als gynäkologischer Ultraschall zu werten; max. einmal pro Tag und Patientin verrechenbar; Ausbildungsnachweis und Nachweis der apparativen Voraussetzungen erforderlich; mit dem Tarif für diese Position sind jegliche Untersuchungen mittels verschiedener Ultraschalltechniken (somit auch Dopplersonografie und 3D-/4D-Ultraschall) abgegolten, sofern diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind;
US10	Sonografie des Unterbauches (Pos. US08) und/oder endovaginale Sonografie	R	ab 1.1.2019 € 29,14 ab 1.1.2020 € 29,43	je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen
US11	Sonografie des Unterbauches (Pos. US08) und/oder transrektale Prostata-Sonografie	UR, R	ab 1.1.2019 € 29,14 ab 1.1.2020 € 29,43	je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen

PosNr	Bezeichnung	FG	Tarif	Erläuterung
Small-parts Diagnostik				
SP01	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	R, C, I, K	ab 1.1.2019 € 26,28 ab 1.1.2020 € 26,54	
SP02	Sonografie der Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	R, HO	ab 1.1.2019 € 38,90 ab 1.1.2020 € 39,29	die gleichzeitige Verrechnung der Position SP06 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen
SP03	Sonografie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	HO	ab 1.1.2019 € 6,87 ab 1.1.2020 € 6,94	
SP05	Sonografie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	R	ab 1.1.2019 € 13,51 ab 1.1.2020 € 13,65	
SP06	Sonografie von oberflächlichen Raumforderungen (zB Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	R, C	ab 1.1.2019 € 12,15 ab 1.1.2020 € 12,27	
SP07	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates, insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	R, O, UC	ab 1.1.2019 € 22,68 ab 1.1.2020 € 22,91	das Untersuchungsfeld ist anzugeben
SP09	Sonografie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	R, K, O	ab 1.1.2019 € 32,34 ab 1.1.2020 € 32,66	.
SP10	Sonografie des Scrotalinhaltes	R, K, UR, C	ab 1.1.2019 € 26,28 ab 1.1.2020 € 26,54	

PosNr	Bezeichnung	FG	Tarif	Erläuterung
Doppler-Diagnostik				
DS01	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung	C, I	ab 1.1.2019 € 16,21 ab 1.1.2020 € 16,37	für C. nur verrechenbar, wenn Zusatzausbildung „Gefäßchirurgie“ nachgewiesen; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar
DS02	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz	C, I	ab 1.1.2019 € 16,21 ab 1.1.2020 € 16,37	die Position DS01 und DS02 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar
DS03	Bidirektionale dopplersonografische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	I, N, NP, P, PN	ab 1.1.2019 € 24,27 ab 1.1.2020 € 24,51	die Positionen DS03 und FD01 sind gemeinsam nicht verrechenbar
DS04	Zuschlag zu Pos. FD01 für dopplersonografische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell)	R, I, N, NP, P, PN	ab 1.1.2019 € 9,34 ab 1.1.2020 € 9,43	die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonografiebefund nach Position DS03 vorliegt
Farbduplexdiagnostik				
FD01	Farbduplexsonografie des Carotis- und Vertebralisarteriensystems	R, I, N, NP, P, PN	ab 1.1.2019 € 47,34 ab 1.1.2020 € 47,81	Die Positionen DS03 und FD01 sind gemeinsam nicht verrechenbar.
FD02	Zuschlag zu den Positionen US01 sowie US03 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	R, C, I, K	ab 1.1.2019 € 8,06 ab 1.1.2020 € 8,14	für C. nur verrechenbar, wenn Zusatzausbildung „Gefäßchirurgie“ nachgewiesen.

PosNr	Bezeichnung	FG	Tarif	Erläuterung
FD03	Zuschlag zu Position US05 für Farbduplexsonografie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	R, C, I	ab 1.1.2019 € 20,21 ab 1.1.2020 € 20,41	
FD04	Farbduplexsonografie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonografiebefundes	R, C, I	ab 1.1.2019 € 40,48 ab 1.1.2020 € 40,88	für C. nur verrechenbar, wenn Zusatzausbildung „Gefäßchirurgie“ nachgewiesen; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar
FD05	Farbduplexsonografie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	R, C, I	ab 1.1.2019 € 40,48 ab 1.1.2020 € 40,88	für C. nur verrechenbar, wenn Zusatzausbildung „Gefäßchirurgie“ nachgewiesen; auch bei Messung der Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.
Echokardiografie				
EK01	Echokardiografie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) oder Echokardiografie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) und einschließlich Dopplersonografie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler	I	ab 1.1.2019 € 52,48 ab 1.1.2020 € 53,00	verrechenbar in folgenden Indikationen: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonalarteriellen Druckes; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.

4.17. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet der Röntgenologie

Allgemeine Bestimmungen

1. Berechtigung:

Zur Erbringung und kassenmäßigen Verrechnung von Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik sind im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen berechtigt:

- a) Fachärzte für Röntgenologie
- b) Lungenfachärzte
- c) Fachärzte mit Röntgenberechtigung auf Grund von Sondervereinbarungen.
- d) Alle Fachärzte der übrigen Fachgebiete und die Ärzte für Allgemeinmedizin nur im Fall der Ersten-Hilfe-Leistung und deren Nachbehandlung.

Zur Erbringung und kassenmäßigen Verrechnung von Leistungen auf dem Gebiet der Röntgentherapie sind nur Fachärzte für Röntgenologie berechtigt, lediglich Bucky-Bestrahlungen können auch von Dermatologen erbracht und verrechnet werden.

Fachärzte für Röntgenologie können auf Kassenkosten nicht direkt, sondern nur über Zuweisung in Anspruch genommen werden, hingegen können Lungenfachärzte und solche nach Punkt 1 lit. c nur Röntgenleistungen ihres Fachgebietes auch ohne Zuweisung erbringen.

2. Aufzeichnungen:

Über die Art der getätigten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen, eine Durchschrift des erhobenen Befundes samt den dazugehörigen Unterlagen ist durch mindestens 5 Jahre aufzubewahren. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.

3. Honorierung:

Die Honorierung aller von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und/oder Vertragsfachärzte (ausgenommen Fachärzte für Röntgenologie) erbrachten Leistungen erfolgt zum Wert der 1. Punktegruppe.

Honoriert können nur jene Röntgenleistungen werden, die auf dem Überweisungsschein tatsächlich beantragt worden sind. Bei erwünschten Nachkontrollen sind vom zuweisenden Arzt jeweils eigene Überweisungsscheine auszustellen. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar. Die Verwendung der Filmformate hat nach den Grundsätzen des medizinisch Notwendigen und Zweckmäßigen zu erfolgen.

4.18. Röntgendiagnostik

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
Erläuterungen zum Honorartarif für Röntgendiagnostik:				
a) Das Röntgenhonorar wird nach folgenden Grundsätzen verrechnet: Für Fachröntgenologen und Lungenfachärzte, wenn es ihr Fachgebiet betrifft, mit 100%, für Fachärzte der übrigen Fachgebiete und Ärzte für Allgemeinmedizin im Falle der Ersten Hilfe und deren Nachbehandlung ebenfalls mit 100%. Ärzte anderer Fachgebiete mit Röntgenberechtigung dürfen auf Grund von Sondervereinbarungen im Bedarfsfalle die Positionen 601 bis 603, 605 und 613 bis 615d mit 75% des Honorartarifes für Röntgendiagnostik in Rechnung stellen.				
b) Bei Vornahme von Röntgenleistungen ein und derselben Position in ein und demselben Untersuchungsgang kann der Honorartarif nur einmal in Ansatz gebracht werden. Der Begriff "Untersuchungsgang" ist im Zusammenhang mit Röntgenuntersuchungen mit dem Vorgang der Einbringung der zur Röntgenaufnahme bestimmten auch paarigen Körperabschnitte in den Strahlengang der Röntgenanlage in den erforderlichen Aufnahmeebenen für die Anfertigung der zugehörigen Röntgenaufnahmen festgelegt. Bei Versorgung von Frakturen nach Position 103 und 104 kann durch den Facharzt für (Unfall-)Chirurgie oder durch den Arzt für Allgemeinmedizin im Falle der Ersten-Hilfe-Leistung und deren Nachbehandlung das Röntgenhonorar ein zweites Mal verrechnet werden.				
c) Zielaufnahmen: Als Zielaufnahme gilt die in den Durchleuchtungsvorgang eingeschobene Röntgenaufnahme eines umschriebenen Organs oder Organteiles (Lunge, Magen, Gallenblase usw.). Hiefür kann neben dem Honorartarif für die Durchleuchtung des betroffenen Organs nur das Filmformat zusätzlich verrechnet werden. Zielaufnahmen über das medizinisch vertretbare Routineausmaß hinaus sollten grundsätzlich nur dann gemacht werden, wenn sich diese zur genauen Abklärung eines bei der Durchleuchtung erhobenen pathologischen Befundes als notwendig erweisen.				
1. Honorartarife für Röntgenologen (entspricht A-Tarif, vgl. Kapitel 4.19)				
501	Einfache Durchleuchtung		10	Unkostenverrechnung nach Position 518
502	Trachea (Durchleuchtung und Aufnahme)		10	Unkostenverrechnung nach Position 518 + Filmformat im Bedarfsfalle
503	Lunge (Durchleuchtung und Aufnahme), Orthodiagramm, Herzaufnahme und Rippenaufnahme		10	Unkostenverrechnung nach Position 518 + Filmformat im Bedarfsfalle
503a	Mammographie, je Mamma in beiden Ebenen		7	
504	Ösophagus		15	Unkostenverrechnung nach Position 519
505	Magen-Duodenum, Magen-Darm-Passage, Appendix per os		16	Unkostenverrechnung nach Position 520
506	Irrigoskopie		16	Unkostenverrechnung nach Position 521
<i>Bei den folgenden Positionen 507 bis 509 und 513 bis 517 des Honorartarifes ist je nach Aufnahmeformat die Unkostenverrechnung nach den Positionen 522 bis 531 durchzuführen.</i>				
507	Gallenblase, Cholecystografie		10	
508	Urografie einschl. Urethrocytografie		13	
509	Salpingografie		16	

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
509a	Phlebo- oder Venografie, je Extremität (tief- und oberflächlich einschließlich Durchleuchtung und Injektion)		25	
509b	Arthrografie des Hand-, Knie- oder Schultergelenkes		10	
510	Zähne, 1 bis 3 Aufnahmen		6	Unkostenverrechnung nach Position 532
511	Zähne, 4 bis 6 Aufnahmen		10	Unkostenverrechnung nach Position 532
512	Zähne, 7 bis 10 Aufnahmen		13	Unkostenverrechnung nach Position 532
513	Extremitäten (obere und untere mit Ausnahme des Hüftgelenkes)		10	
514	Hüftgelenk, Schwangerschaft		13	
514a	Halswirbelsäule		13	
514b	Brustwirbelsäule		13	
514c	Lendenwirbelsäule		13	
514d	Beckenübersicht		13	
515	Schädelbasis		16	
515a	Hirnschädel oder Schädelgrundbilderpaar		16	
515b	Schläfenbein		16	
515c	Nasennebenhöhlen		13	
515d	Unterkiefer		13	
516	Fremdkörperlokalisierung am Stamm, einschl. Hüftgelenk oder Schädel		20	
517	Fremdkörperlokalisierung an Extremitäten		15	
517a	Fistelfüllung als Zuschlag zu den Positionen 513 bis 517		4	
2. Honorartarif für Fachärzte mit Röntgenberechtigung (entspricht B-Tarif, vgl. Kapitel 4.19)				
601	Einfache Durchleuchtung		8	Unkostenverrechnung nach Position 618
602	Trachea		8	Durchleuchtung und Aufnahme Unkostenverrechnung nach Position 618 + Filmformat im Bedarfsfalle
603	Lunge (Durchleuchtung und Aufnahme), Orthodiagramm, Herzaufnahme und Rippenaufnahme		8	Unkostenverrechnung nach Position 618 + Filmformat im Bedarfsfalle

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
605	Magen-Duodenum, Magen-Darm-Passage, Appendix per os		12	Unkostenverrechnung nach Position 520
613	Extremitäten (obere und untere mit Ausnahme des Hüftgelenkes)		8	
614	Hüftgelenk		10	
614a	Halswirbelsäule		10	
614b	Brustwirbelsäule		10	
614c	Lendenwirbelsäule		10	
614d	Beckenübersicht		10	
615	Schädelbasis		12	
615a	Hirnschädel oder Schädelgrundbilderpaar		12	
615b	Schläfenbein		12	
615c	Nasennebenhöhlen		10	
615d	Unterkiefer		10	
3. Röntgenhilfspositionen				
557	Intravenöse Injektion von Kontrastmitteln		4	
560	Katheterismus beim Mann		4	
561	Katheterismus bei der Frau		2	
			Große Sonderleistungspunkte	
559	Intraartikuläre Punktion eines großen Gelenkes evtl. mit Füllung		15/II	
564	Intravenöse Dauertropfinfusion von Kontrastmitteln		10/II	
584	Lokalanaesthesie kleiner Gebiete für Gelenksfüllungen und/oder Punktionen		2/II	

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25

4.19. Unkostentarif für Röntgendiagnostik

Art der Leistung	PosNr		
	A-Tarif	B-Tarif	P-Tarif
Erläuterungen zum Unkostentarif für Röntgendiagnostik			
<p>a) In Fällen der Ersten-Hilfe-Leistung und deren Nachbehandlung werden den Ärzten für Allgemeinmedizin bei Verwendung eigener Apparaturen die Unkosten nach den für die Pos. 518P bis 531P geltenden Tarifen, den Fachärzten nach dem A-Tarif vergütet. Fachröntgenologen und Lungenfachärzte, welche über eine entsprechende Röntgeneinrichtung verfügen (Vierventilapparat - 125 KV - 300 mA oder 90 KV - 500 mA), erhalten ebenfalls die Röntgenunkosten nach dem A-Tarif vergütet. Fachärzte mit Röntgenberechtigung auf Grund von Sondervereinbarungen erhalten bei Verwendung von krankenhauseigenen Apparaturen (Röntgenapparaten und Entwicklungsvorrichtungen) den Unkostentarif nur in Höhe des B-Tarifes vergütet.</p> <p>b) Die Kontrastmittel werden pro-ordinatione zur Verfügung gestellt. Bei intravenöser Injektion des Kontrastmittels ist die Verrechnung der Position 557, bei intravenöser Infusion des Kontrastmittels die Verrechnung der Position 564 berechtigt.</p> <p>Bei der retrograden Urografie und bei der Salpingografie sind die entsprechenden Verrichtungen vom zuständigen Urologen nach Position 169 bzw. vom Gynäkologen nach Position 128 abzurechnen.</p> <p>c) Bei Anwendung der Position 501 bzw. 601 des Honorartarifes kann nur die hierzu korrespondierende Position 518 bzw. 618 des Unkostentarifes oder umgekehrt verrechnet werden.</p> <p><u>Zur besonderen Beachtung:</u> Für den Erste-Hilfe-Fall sind zum Nachweis der traumatischen (und pathologischen) Skelettveränderungen Röntgenaufnahmen erforderlich; da eine Durchleuchtung (Position 501 und 518 des Röntgentarifes) für diesen Zweck unzureichend ist, erfolgt hierfür keine Honorierung. Bei Fremdkörperlokalisationen nach Position 516 und 517 ist die Verrechnung der Position 518 (= Durchleuchtung) ohne Filmformate möglich.</p> <p>d) Die Punktwerte des Honorartarifes sowie der Unkostentarif sind dem Verzeichnis der Honorartarife auf den Seiten 28 bis 31 dieser Honorarordnung zu entnehmen.</p>			
Einfache Durchleuchtung	518	618	518P
Ösophagus	519		519P
Ein- bis mehrmalige Durchleuchtung mit Kontrastmasse per os, Magen-Darm-Trakt	520	620	520P
Colon per Kontrast-Klyisma	521		521P
Aufnahme 9/12	522	622	522P
Aufnahme 13/18	523	623	523P
Aufnahme 18/24	524	624	524P
Aufnahme 18/35	525	625	525P
Aufnahme 15/40	526	626	526P
Aufnahme 20/40	527	627	527P
Aufnahme 24/30	528	628	528P
Aufnahme 30/40	529	629	529P
Aufnahme 35/35	530	630	530P
Aufnahme 35/43	531	631	531P
Zahnfilm	532		
Tomografie 20% Zuschlag zu den Röntgenunkosten der Schichtaufnahme	533		
Zuschlag zur Mammographieaufnahme 18 x 24 je (maximal 4 Aufnahmen und entsprechende Indikation)	533b		

Unkosten für Bildverstärker oder Fernsehkette durch Radiologen oder Lungenfachärzte, bei mitgeteilter Verwendung eines Bildverstärkers (höchstens zweimal je Fall)	534		
Bucky-Bestrahlungen (auch für Dermatologen) für eine Sitzung, ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	534a		
Bildverstärkerzuschlag für digitalisierte Geräte 10% - Zuschlag zu Pos. Nr. 534	534d		

4.20. Röntgentherapie

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
1. Honorartarif für fachärztliche Untersuchungen				
535	Einmalige röntgenfachärztliche Beratung, ohne anschließende Strahlenbehandlung		8	
536	Ordination zwischen zwei Serienbestrahlungen oder eine Kontrolluntersuchung zwischen einer Serienbestrahlung		4	
2. Honorartarif für Röntgentherapie: (Erstellung nach Bestrahlungsgruppe)				
Erläuterungen zum Honorartarif für Röntgentherapie:				
Bei Verabreichung der ersten Serie einer Röntgentherapie kann die Punkteanzahl der entsprechenden Bestrahlungsgruppe verrechnet werden. Bei jeder weiteren Serie einer Röntgentherapie kommt die Punktezahl der nächstniedrigeren Bestrahlungsgruppe zur Verrechnung.				
537	Bestrahlungsgruppe I Für: Arthrosis und Arthritis Bursitis Calcaneussporn Congelation Ekzem Entzündungen Epicondylitis Epididymitis Erysipel Erysipeloid Furunkel Granulom Karbunkel Lichen ruber planus Paronychie Parotitis Periodontitis Periostitis Perniones Pityriasis rosea Pruritus ani Psoriasis Schweißdrüsenabszess und Tbc der Sehnen-scheiden		4	maximal bis 6 Felder pro Erkrankungs-herd

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
538	Bestrahlungsgruppe II Für: Abscessus frigidus Akne vulgaris und Rosacea Aktinomykose der Haut Angina pectoris Angioneurosen Asthma bronchiale Basedow Condylomata acuminata Folliculitis scleroticans nuchae Herpes Zoster Hyperhidrosis Induratio penis plastica Keloid Klimakterische Beschwerden Kraurosis vulvae Lupus vulgaris Lymphomata tbc Mastitis Neuralgien Peritonitis tbc sowie Adnex Tbc Polycythaemia rubra vera Periphlebitis retinae Prostatitis Pruritus vulvae Scrofuloderma Syringomyelie Tbc der Knochen und Gelenke Tbc der Haut Tbc laryngis Tbc der sichtbaren Schleimhäute und des Auges Thymushyperplasie Ulcus ventriculi et duodeni		8	maximal bis 6 Felder pro Erkrankungsherd

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
539	Bestrahlungsgruppe III Für: Angina tonsillaris (Tonsillenhypertrophie) Clavus Epilation Epitheliom (Canceroid) Favus Glaucom Haemangiom Herpes tonsurans Metropathien Mykosis fungoides Myoma uteri Prostatahypertrophie Rhinosklerom Seborrhoea oleosa Trichophytie Tbc des Darmes Tbc des Urogenitaltraktes Warzen		17	maximal bis 10 Felder pro Erkrankungsherd
540	Bestrahlungsgruppe IV Für: Aktinomykose (tiefer Sitz) Carcinomata u.a. maligne Geschwülste: Lippen, Kiefer, Pharynx, Strumamaligna, Zunge, Körperstamm, Rückenmark, Becken, Urogenitaltrakt (Hypernephrom, Seminom) Epitheleinsprossung Hydrocephalus Leukämie Lymphogranulomatose Mediastinaltumore Knochentumore Papilloma laryngis		33	Feldbeschränkung entfällt
541	Bestrahlungsgruppe V Für: Carcinoma uteri Hirntumoren Mammacarcinom Maligne Tonsillengeschwülste Maligne Geschwülste des Verdauungstraktes (Ösophagus, Magen-Darm)		50	Feldbeschränkung entfällt
3. Unkostentarif für Röntgentherapie**				
542	1 F			das "F" bedeutet das jeweilige Bestrahlungsfeld, ohne Rücksicht auf dessen Ausdehnung

PosNr	Bezeichnung	FG	Röntgenpunkte*	Erläuterung
543	100 R			unter "R" ist die Röntgendosis zu verstehen (für Röntgen- oder Röntgen-Kontakt-Therapie)
4. Honorartarif für Röntgentherapie, Nah- und Kontaktbestrahlung**				
Wie bei den Positionen 537 bis 541				
5. Unkostentarif für Röntgentherapie, Nah- und Kontaktbestrahlung**				
	bis zu 10.000 R			
	von 10.100 bis 20.000 R			
	von 20.100 R aufwärts			
** Die Punktwerte des Honorartarifes und der Unkostentarif der Röntgentherapie sowie die Tabelle zum Unkostentarif für Röntgen-Nah- und Kontaktbestrahlungen sind dem Verzeichnis der Honorartarife auf den Seiten 28 bis 31 dieser Honorarordnung zu entnehmen.				

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25ff

4.21. Sonderbestimmungen für die kurative Mammographie

Leistungsvoraussetzungen

Die für die Durchführung und Verrechnung von kurativen Mammographien vereinbarten Leistungspositionen können nur von jenen Vertragsfachärzten für Radiologie erbracht werden (Leistungserbringer), welche die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen und von der Tiroler Gebietskrankenkasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der Tiroler Gebietskrankenkasse informiert.

1. An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
 - b) technische Qualitätssicherung gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 1 (siehe Anhang 4)
 - c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
 - d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).
2. An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Vertragsradiologen. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein Vertragsradiologe eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 Befundungen sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder für einen erfahrenen Radiologen tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.
 - b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.
3. Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a) und b) ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 2 (siehe Anhang 4). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
4. Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenübernahmezusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß

Punkt 2 bzw. „Kompendium Mammographie“, Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der SV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.

5. Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
6. Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c) und Punkt 2a) erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
7. Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a) und b), die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
8. Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 bis 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.
9. Der im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
10. Die leistungserbringenden Radiologen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen nachzuweisen.
11. Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die Leistungserbringung auf Rechnung der Tiroler Gebietskrankenkasse mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
12. Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung:
Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 2 geregelt.
13. Zertifikatskommission:
Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.

Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie

1. familiär erhöhte Disposition
2. Hochrisikopatientinnen
3. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
4. Mastodynie einseitig,
5. Histologisch definierte Risikoläsionen

6. Sekretion aus Mamille
7. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio);
8. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): Einmalige Kontrolle binnen eines Jahres nach Mamma OP
9. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
10. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut der Brust
11. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall

Ergänzende Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen ergeben sich aus dem „Kompendium Mammographie“, Teil 3 (siehe Anhang 4, Anlage 3).

Dokumentation

1. Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
2. Das Datenflussmodell gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 4 (siehe Anhang 4) wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - a) Die Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - b) Die Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - d) Die medizinischen Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist;
 - e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die Tiroler Gebietskrankenkasse muss gesichert sein.
3. Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

Evaluierung

1. Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
2. Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

4.22. KATALOG der Vertragsleistungen für med.-diagn. Laboratorien

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Vertragsfachärzte für Labormedizin können auf Kassenkosten nicht direkt, sondern nur im Falle der Überweisung in Anspruch genommen werden.
2. Es können nur jene Leistungen verrechnet werden, die vom überweisenden Arzt verlangt wurden.
3. Überweisungsscheine ohne Angabe von Laboreinzelleistungen durch den überweisenden Arzt werden nicht honoriert.
4. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Einmal-Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe usw. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten;
5. Ausnahme: Relefact wird pro-ordinatione zur Verfügung gestellt.
6. Über die erbrachten Laborleistungen sind Aufzeichnungen zu führen. Die Durchschriften der erhobenen Laborbefunde müssen mindestens 3 Jahre hindurch aufbewahrt werden; sie sind dem Krankenversicherungsträger oder der Ärztekammer für Tirol zur Verfügung zu stellen.
7. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), können Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen bei deren gesonderter Abrechnung insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet werden, der dem Honorar des jeweiligen Laborblockangebotes entspricht.
8. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. ä.) sind nur bei den mit "ST" bezeichneten Positionen verrechenbar.
9. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen.

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
GRUPPE 1: MORPHOLOGISCHE BLUTUNTERSUCHUNGEN				
1.01	Komplettes Blutbild : Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differenzialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter		130	
1.02	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozytzen, Hämatokrit und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter		50	
1.03	Erythrozyten-Zählung		30	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
1.04	Hämoglobin-Bestimmung		20	
1.07	Retikulozyten-Zählung		50	
1.08	Hämatokrit		30	
1.09	Osmotische Erythrozyten-resistenz		110	
1.10	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen		100	
1.11	Weißes Blutbild : Leukozyten- und Differenzialzählung, Beurteilung		90	
1.12	Leukozyten-Zählung		30	
1.15	Zytochemische Spezialfärbung, je		100	höchstens 2 verrechenbar
GRUPPE 2: CHEMISCHE UNTERSUCHUNG DES BLUTES				
2.01	Blutzucker-Bestimmung		50	
2.02	Oraler Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil		180	mindestens drei Blutzuckerbestimmungen
2.03	Tolbutamidtest oder Dextrosebelastung		190	mindestens drei Bestimmungen
2.03A	HbA1c		150	bei bekanntem Diabetes 1-mal pro Quartal, nicht gleichzeitig mit Pos. 2.03B verrechenbar
2.03B	Fructosamin		50	bei bekanntem Diabetes 1-mal pro Quartal, nicht gleichzeitig mit Pos. 2.03A verrechenbar
2.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN		50	
2.05	Harnsäure		50	
2.07	Kreatinin		50	
2.08	Gesamteiweiß-Bestimmung		50	
2.09	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweiß-Bestimmung)		220	
2.10	Weltmann-Koagulationsband (nicht zur Leberdiagnostik)		40	
2.11	Thymoltrübungsreaktion		30	
2.12A	HDL-Cholesterin		60	
2.13	Triglyceride (Neutralfette)		50	
2.14	Gesamtcholesterin		50	
2.15	Kalium		50	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
2.16	Natrium		50	
2.17	Lithium		50	nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar
2.18	Kalzium		50	
2.19	Magnesium		50	
2.20	Standard-Bikarbonat (Alkalireserve)		90	
2.21	Phosphor		50	
2.22	Chloride		50	
2.24	Eisen		50	
2.24A	Kupfer		80	
2.24B	Zink		50	
2.24C	Mikroelemente (Spurenelemente) und Schwermetalle mittels AAS oder Massenspektrometrie, je		350	nur 1 Element mit ausf. med. Begründung pro Zuweisung verrechenbar, vorherige chefärztliche Genehmigung erforderlich
2.25	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung		150	
2.26	Ferritin		150	nur zur Anaemieabklärung, nicht zur Erstdiagnostik
2.28	Gesamtbilirubin, direktes und indirektes Bilirubin		50	
2.29	α -Amylase		50	
2.30	Saure Phosphatasen, gesamt		50	
2.31	Alkalische Phosphatase		50	
2.32	GOT (ASAT)		50	
2.33	GPT (ALAT)		50	
2.34	LDH		50	
2.35	CK (Creatin-Kinase)		50	
2.36	LAP (Leucin-Aminopeptidase) Aminosäurearylamidase		50	
2.37	GLDH		50	
2.38	γ -GT		50	
2.39	Cholinesterase		50	
2.50	α -HBDH		50	
2.52	Alpha 1 - Antitrypsin		100	
2.53	Albumin		100	nicht gleichzeitig mit Serumelektrophorese Pos. 2.09
2.54	Aldolase		50	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
2.55	CK-MB-Isoenzym (Aktivitäts- oder Massebestimmung)		50	nur bei Myocardinfarktverdacht und erhöhtem CK verrechenbar
2.56	Coeruloplasmin		100	bei Verdacht auf Morbus Wilson
2.57	Haptoglobine		100	nur zur Anämiediagnostik
2.58	Lipase		50	
2.59	Lipoprotein a (Lp a)		125	nur bei Hypercholesterienämie
2.60	Saure Phosphatase		50	
GRUPPE 3: SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN DES BLUTES				
Infektserologische Untersuchungen im Rahmen einer prophylaktischen Impfung (Indikationsstellung bzw. Bestätigung des Impferfolges) sind nicht verrechenbar.				
3.01	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)		40	
3.02	TPHA		90	
3.02A	Indirekter Immunfluoreszenztest auf Lues (FTA-ABS)		150	nur bei pos. TPHA-Test
3.11	RF (Rheumafaktor)-Test-Objektträger test qualitativ		50	
3.11A	RF quantitativ		100	nicht gleichzeitig mit Pos. 3.11 verrechenbar
3.15	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger test qualitativ		50	
3.15A	CRP quantitativ		100	nicht gleichzeitig mit Pos. 3.15 verrechenbar
3.16	Antistreptolysin-O-Objektträger test qualitativ		50	
3.16A	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung		100	
3.17	HIV I/II-Antikörper		150	
3.19	Toxoplasmose (Sabin Feldmann)		100	
	o d e r			
3.19A	Toxoplasmose (IFT)		150	
3.20	HBs-Antigen		120	
3.21	HBs-Antikörper		120	
3.22	HBc-Antikörper		150	
3.23	HBc-IgM-Antikörper		150	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 3.26 mit Begründung verrechenbar
3.24	HBe-Antigen		150	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 3.26 mit Begründung verrechenbar
3.24A	HBe-Antikörper		150	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 3.26 mit Begründung verrechenbar

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
3.24B	HAV-IgG-Antikörper		150	
3.25	HAV-IgM-Antikörper		150	nur nach positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar
3.26	Kombinierte Hepatitis B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBs-Antikörper und HBc-Antikörper)		300	
3.27	HCV-Antikörper, zur Abklärung einer non A und non B Hepatitis (bei negativem Hepatitis A und Hepatitis B Befund)		220	
3.28	IgE gesamt zur Allergiediagnostik		150	
3.29	IgE Suchtest auf mind. 6 Allergene		500	nur bei pos. IgE-Test verrechenbar
3.30	IgE Allergen-Einzeltest		130	höchstens 2 Einzeltests pro Patient und Quartal verrechenbar
3.31	C3, C4, je		100	
3.32	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM i. S.)		220	
3.33	Röteln-Test (Mutter-Kind-Pass-Untersuchung)		100	
3.34	Röteln IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.35	Varicellen/Zoster IgG - o. IgM Antikörper, je		100	
3.36	Pertussis IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.37	Mumps IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.38	Masern IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.39	Borrelien IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.40	Mononucleose (Epstein-Barr-Virus) - IgG - o. IgM Antikörper, je		150	
3.41	Antikörpersuchtest (Mutter-Kind-Pass-Untersuchung)		200	
3.42	Waalser Rose mit Titerbestimmung		100	nur bei positivem Rheumafaktor Pos. Nr. 3.11 und 3.11A verrechenbar, beinhaltet alle Titrationsstufen, pro Zuweisung nur 1x verrechenbar
GRUPPE 4: HORMONE, VITAMINE, MEDIKAMENTENSPIEGEL, TUMORMARKER				
Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Gravidität eingesetzt werden.				

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
4.01	TSH, TRH-Test (TSH basal und nach Stimulation)		200	
4.02	Gesamt-T3 oder freies T3		200	
4.03	Gesamt-T4 oder freies T4		200	
4.03A	Thyreoglobulin		200	nicht zur Erstabklärung, nur bei Begründung
4.04	Chorion-Gonadotropin (β -HCG)		200	nur bei Risikogravidität
4.04A	AFP quantitativ i.S.		200	nur bei Risikogravidität
4.05	Gesamt-Östriol oder freies Östriol		200	
4.06	Prolaktin		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.07	Luteinisierendes Hormon (LH)		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc
4.08	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.08A	Progesteron i.S.		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.08B	Östradiol i.S.		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.08C	DHEA-S i.S.		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.08D	SHBG i.S.		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.09	Testosteron		200	nur unter Angabe der Indikation - Amenorrhoe etc.
4.10	Cortisol i.S.		200	
4.11	Antikonvulsiva, je		160	nur bei Epilepsiebehandlung, höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und Quartal verrechenbar
4.12	Digoxin o. Digitoxin, je		160	
4.13	Antibiotikaspiegel, je		160	nur mit ausführlicher Begründung verrechenbar
4.14	PSA-Prostatapez. Antigen		200	Zuweisung durch Urologen auch bei klinischem Verdacht auf Prostata Ca
4.14A	PSA zur Früherkennung von Prostata-Ca		67	
4.15	HCG - Humanes Choriongonadotropin		200	
4.16	AFP – α -Fetoprotein		200	
4.17	CEA - Carcinoembryonales Antigen		200	
4.18	CA 12-5		200	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
4.19	CA 19-9		200	
Tu-Marker (Positionen 4.14 bis 4.19) nur zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren (Ausnahme PSA), höchstens zwei Marker pro Patient und Quartal verrechenbar.				
4.20	Parathormon i.S.		200	
4.21	Aldosteron i.S.		200	
4.22	Adrenalin i. 24h-Harn		200	
4.23	Noradrenalin i. 24h-Harn		200	
4.24	5 - Hydroxyindolessigsäure		200	
4.25	Renin		200	
4.26	Vitamin B12		160	nur bei Begründung, z.B. Anämie
4.27	Folsäure		160	nur bei Begründung, z.B. Anämie
GRUPPE 5: BLUTGERINNUNG				
5.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung		180	
5.03	Blutungszeit-Bestimmung		30	
5.04	Thrombozyten-Zählung		40	
5.05	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)		60	
5.06	Thromboplastinzeit (TPZ, "Quick") oder Normotest		60	nicht neben Thrombotest verrechenbar
GRUPPE 6: BLUTGRUPPENBESTIMMUNG				
6.02	Blutgruppenstatus ABØ-System und Rhesusfaktor		200	nur mit Begründung zB vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar
GRUPPE 7: BLUTSENKUNG				
7.01	Blutsenkungsgeschwindigkeit		30	
GRUPPE 8: HARNUNTERSUCHUNGEN				
8.01	Kompletter Harnbefund: makroskopische Beschreibung, chemischer Harnbefund mittels Streifenfentests (mindestens 5 Parameter) und Sediment		40	
8.03	Kalzium		50	
8.04	Streifenfentest im Harn		10	auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar
8.05	Gesamteiweiß-Bestimmung		50	
8.07	Glukose		50	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
8.08	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung, qual. eventuell quant. spez. Gewicht, Azeton		30	
8.09	Sediment		25	
8.18	Phoronyrine quantitativ		120	einmal pro Patient verrechenbar
8.19	α -Amylase		50	
8.23	Chloride		50	
8.25	Elektrolyte im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (z.B. Natrium, Kalium, Magnesium, Phosphor)		50	max. 3 pro Zuweisung verrechenbar
8.26	Substrate im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (z.B. Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure)		50	
GRUPPE 9: KONKREMENTUNTERSUCHUNGEN				
9.02	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes qualitativ		100	
9.03	Gallenkonkrement-Analyse		90	
GRUPPE 11: MAGENSAFTUNTERSUCHUNGEN				
11.01	Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen		220	
11.04	Gastrotest (Säurewerte)		40	
11.11	Nüchternsekret oder Probefrühstück (Ausheberung, Säurewerte, Sediment, Material)		110	
GRUPPE 13: STUHLUNTERSUCHUNGEN				
13.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten		100	
13.03	Stuhl auf okkultes Blut (3-mal), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)		20	

PosNr	Bezeichnung	FG	Punkte*	Erläuterung
13.05	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung		80	
13.06	Stuhl auf Chymotrypsin		100	
GRUPPE 14: FUNKTIONSPROBEN				
14.02	Bromsulphalein - (Bromthalein) Test einschließlich Medikament		300	
14.07	Kreatinin-Clearence endogen		120	
GRUPPE 15: LIQUORUNTERSUCHUNGEN				
15.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung		80	
15.03	Sediment nativ und Färbepreparat		50	
15.05	Glukose		50	
GRUPPE 18: BAKTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN				
18.01	Nativpräparat		20	
18.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc		40	
GRUPPE 22: ENTNAHME UND GEWINNUNG VON UNTERSUCHUNGSMATERIAL				
22.13	Notwendiger Hausbesuch zum Wert der ersten Punktegruppe		120	
22.14	Blutentnahme aus der Vene		45	
SEROLOGISCHER ANTEIL MUTTER-KIND-PASS				
22.50	MKP-Leistung: TPHA-Test, Blutgruppenbestimmung, Rhesusfaktor, Antikörpersuchtest, Toxoplasma-Test, Röteln-Test		610	
22.51	HBs-Antigen		120	
22.52	HIV I/II - Antikörper		150	
22.53	Oraler Glukose-Toleranztest		180	mind. 3 Blutzuckerbestimmungen

* eigener Punktwert; Details vgl. Kapitel 1.1, Seite 25

5. GELTENDMACHUNG von HÄRTEFÄLLEN über den SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS der § 2-KASSEN

Zwischen der Ärztekammer für Tirol einerseits und der für die § 2-Kassen federführenden Tiroler Gebietskrankenkasse andererseits wurde eine Vereinbarung abgeschlossen, laut welcher der Schlichtungsausschuss (§ 36 Abs. 2 des Gesamtvertrages) die Möglichkeit hat, in außergewöhnlichen Härtefällen Korrekturen der bestehenden Limitierung und Staffelung vorzunehmen. Bei Eingabe an den Schlichtungsausschuss der § 2-Kassen Tirols sind folgende Richtlinien zu beachten:

Der Einspruch ist grundsätzlich innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt der Honorarabrechnung schriftlich zu stellen, weil der Einsprecher erst dadurch einen Überblick über seine tatsächlich erbrachte Leistung bzw. deren Limitierung und Staffelung erhält.

Die Begründung muss ausreichend sein und durch Belege und Hinweise über bestimmte Krankheitsfälle erhärtet werden, damit der Schlichtungsausschuss in die Lage versetzt wird, sich ein genaues Bild über die Berechtigung des Einspruches zu machen. Nach den Allgemeinen Bestimmungen I. Punkt 7 der Honorarordnung werden dem Vertrags(fach)-arzt die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Der Einspruch ist zu richten:

An den
Schlichtungsausschuss der § 2-Kassen Tirols
bei der Tiroler Gebietskrankenkasse
Klara-Pöit-Weg 2
6020 Innsbruck

Als Beispiel siehe Muster nächste Seite.

Kassenstampiglie des Vertragsarztes :

_____, am _____

An den Schlichtungsausschuss der § 2-Kassen
bei der Tiroler Gebietskrankenkasse
Klara-Pöit-Weg 2
6020 Innsbruck

Antrag an den Schlichtungsausschuss gemäß § 36 Abs. 6 des Gesamtvertrages

Honorarabrechnung _____ Quartal _____

Gegen den Punkteabstrich bzw. die Staffelung erhebe ich in offener Frist Einspruch.

Ich begründe mein Ansuchen wie folgt:

Im Hinblick auf die o. a. Begründung ersuche ich den Schlichtungsausschuss, meinen Einspruch aufrecht zu erledigen.

Unterschrift des Vertragsarztes

F.d.
Ärztchammer für Tirol

Der Obmann der Kurie
der niedergelassenen Ärzte:

(Dr. Momen Radi)

Der Präsident:

(Dr. Artur Wechselberger)

F.d.
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Der Generaldirektor–Stv.:

(Mag. Bernhard Wurzer)

Die Vorsitzende des Verbandsvorstandes:

(Mag.^a Rabmer-Koller)

F. d.
Tiroler Krankenversicherungsträger:
Tiroler Gebietskrankenkasse :

Der Direktor:

(Dr. Arno Melitopulos)

Der Obmann:

(Werner Salzburger)

ANHANG 1: Stellenplan der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Örtliche Verteilung der Planstellen mit Stand 1.7.2019.

Bezirk	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R	FÄ gesamt
Imst	26	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	16
lbk-Land	67	3	2	1	4	2	6	5	1	2	2	3	0	2	1	2	36
lbk-Stadt	56	9	3	9	11	10	8	9	6	4	6	6	1	4	2	6	94
Kitzbüchel	31	2	0	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	0	1	19
Kufstein	45	3	1	3	3	2	5	2	1	2	2	2	1	2	1	1	31
Landeck	20	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14
Lienz	23	3	0	2	2	2	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	21
Reutte	16,5	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	11
Schwaz	37	3	0	2	3	3	4	2	1	1	2	1	0	2	0	1	25
Gesamt	321,5	27	7	21	31	24	35	25	13	14	17	16	4	16	4	13	267

Bezirk: Imst																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Mieming	Barwies																
	Obsteig																
	Mieming	3															
	Mötz	0															
	Wildermieming (Bez. IBK-Land)																
Imst	Imst	5	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1		1	1		
	Imsterberg																
	Karrösten																
	Karres																
	Mils																
	Tarrenz	1															
Längenfeld	Längenfeld	2															
Nassereith	Nassereith	1															
Ötz	Ötz	1						1									
	Sautens	1															
Silz	Haiming	2															
	Roppen	1															
	Silz	2															
	Stams																
Sölden	Sölden	2															
	Obergurgl																
Umhausen	Umhausen	1															
Wenns	Wenns	1															
	Arzl	1															
	Jerzens	1															
St. Leonhard im Pitztal	St. Leonhard	1															
	Gesamt	26	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0

Bezirk: Innsbruck-Land																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Absam	Absam	2															
	Rum	4															
	Thaur	1															
	Mils	1															
	Gnadenwald																
Axams	Axams	2															
	Birgitz	1															
	Götzens	2															
	Grinzens																
Fulpmes	Fulpmes	2				1		1									
	Kreith																
	Mieders	1															
	Neustift	2															
	Schönberg																
	Telfes																
Gries a.Br.	Gries a.Br.	1															
	Vals																
	Schmirn																
	Obern- berg/Br.																
Lans	Lans	1															
	Aldrans																
	Patsch																
	Sistrans	1															
Hall i.T.	Hall i.T.	8	2	1		1	1	3	2		1	1	1		1		1
Matrei/Br.	Matrei/Br.	3															
	Ellbögen																
	Navis																
	Mühlbachl																
	Pfons																
Kematen	Oberperfuss	1															
(Doppelsprengel)	Unterperfuss																
	Kematen	2															
	Ranggen																
	Gries/Sellr.																
	Sellrain																
	St. Sigmund																
Ampaß	Ampaß																
	Tulfes	1															
	Rinn																
Seefeld	Seefeld	2															
	Leutasch	1															
	Reith																
	Scharnitz	1															
Steinach/Br.	Steinach/Br.	2															
	Trins																

Bezirk: Innsbruck-Land																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
	Gschnitz																
Telfs	Telfs	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2		1	1	1
Pfaffenhofen	Pfaffenhofen	2															
	Oberhofen																
	Rietz (Bez. Imst)	1															
	Flauring																
	Polling																
Mutters	Mutters	1															
	Natters	1															
Völs	Völs	2				1			1								
Wattens	Wattens	4						1	1								
(Doppelsprengel)	Fritzens	1															
	Wattenberg																
	Volders	2															
	Baumkirchen																
Zirl	Zirl	4															
(Doppelsprengel)	Hatting																
	Inzing	2															
	Pettnau																
	Gesamt	67	3	2	1	4	2	6	5	1	2	2	3	0	2	1	2

Bezirk: Innsbruck-Stadt																	
Sanitäts-sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Innsbruck-Stadt	Innsbruck	56	9	3	9	11	10	8	9	6*	4	6	6	1	4	2	6
	Gesamt	56	9	3	9	11	10	8	9	6	4	6	6	1	4	2	6

Bezirk: Kitzbühel																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Fieberbrunn	Fieberbrunn	4															
	Hochfilzen																
	St.Ulrich a.P.																
	St. Jakob . H.																
Hopfgarten	Hopfgarten	3															
	Itter																
Kirchdorf	Kirchdorf	1															
	Waidring	1															
Kirchberg/T.	Kirchberg /T.	3															
	Brixen i.T.	2															
	Reith b.K.	1															
Kössen	Kössen	2															
	Schwendt																
	Walchsee (Bez. Kufstein)	1															
Westendorf	Westendorf	2															
Kitzbühel	Kitzbühel	5	1			1	1	2	1		1			1	1		1
	Aurach																
	Jochberg	1															
St.Johann/T.	St.Johann/T.	3	1		1	1	1	1	1	1		1	1				
	Going	1															
	Oberndorf	1															
	Gesamt	31	2	0	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	0	1

Bezirk: Kufstein																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Brixlegg	Brixlegg	3						1									
	Alpbach	1															
	Rattenberg	1															
	Reith i.A.	1															
	Radfeld	1															
Brandenberg	Brandenberg	1															
Kramsach	Kramsach	2															
	Münster	1															
Ellmau	Ellmau	2															
	Scheffau	1															
	Söll	2															
Häring	Bad Häring	1															
	Schwoich																
Kirchbichl	Kirchbichl	3	1														
(Doppelsprengel)	Angath																
	Mariastein																
	Angerberg.	1															
	Langkampfen	1															
Thiersee	Thiersee	1															
Kufstein	Kufstein	8	2		2	2	1	2	1		1	2	1		1		
Kundl	Kundl	2															
	Breitenbach	1															
Niederndorf	Niederndorf	1															
	Niederndorferberg																
	Rettenschöss																
	Ebbs	2															
	Erl	1															
Wörgl	Wörgl	5		1	1	1	1	2	1	1	1		1	1	1	1	1
Wildschönau	Wildschönau	2															
	Gesamt	45	3	1	3	3	2	5	2	1	2	2	2	1	2	1	1

Bezirk: Landeck																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Fließ	Fließ	1															
Galtür	Galtür	1															
	Ischgl	1															
Kappl	Kappl	1															
	See	1															
Landeck	Landeck	4	1		1	2	1	2	1	1		1	1		1		1
	Stanz																
Nauders	Nauders	1															
Pfunds	Pfunds	1															
	Spiss																
Pians	Pians	1															
	Grins																
	Strengen																
	Tobadill																
Prutz	Prutz	1															
	Ried i.O.	1															
	Serfaus																
	Faggen																
	Kauns																
	Kaunerberg																
	Kaunertal																
	Ladis																
	Fendels																
	Tösens																
	Fiss	1															
St. Anton	St. Anton	2															
	Pettneu	1															
	Flirsch																
Zams	Zams	1									1						
	Schönwies	1															
	Gesamt	20	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1

Bezirk: Lienz																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Lienz-Stadt	Lienz-Stadt	7	3		2	2	2	3	2	1	1	1	1		2		1
Assling	Assling	1															
	Leisach																
	Oberlienz																
	Thurn																
	Ainet																
	Schlaiten																
Nussdorf	Amlach																
Debant	Dölsach	1															
(Doppelsprengel)	Gaimberg																
	Iselsberg-																
	Stronach																
	Lavant																
	Nikolsdorf																
	Nußdorf- Debant	2															
	Tristach	1															
St. Jakob	St. Jakob i.D.	1															
	St. Veit i.D.																
Matrei i.O.	Matrei i.O.	3															
(Doppelsprengel)	Prägraten																
	Huben	1															
	Virgen	1															
	Hopfgarten i.D.																
	Kals																
	St. Johann i.W.																
Sillian	Sillian	3															
(Doppelsprengel)	Abfaltersbach	1															
	Anras																
	Außervillgraten																
	Innervillgraten																
	Kartitsch																
	Obertilliach	1															
	Strassen																
	Untertilliach																
	Heinfels																
	Gesamt	23	3	0	2	2	2	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1

Bezirk: Reutte																	
Sanitäts-sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Bichlbach	Bichlbach	1															
	Berwang																
	Heiterwang																
Ehrwald	Ehrwald	2															
Elbigenalp	Elbigenalp	1*															
	Elmen																
	Grameis																
	Pfafflar																
Holzgau	Holzgau	1															
	Bach																
	Kaisers																
	Steeg																
Lermoos	Lermoos	1															
	Biberwier																
Tannheim	Tannheim	1															
	Jungholz																
	Nesselwängle																
	Grän	1															
	Schattwald																
Zöblen	Zöblen																
	Weißbach	1															
	Forchach																
	Hinterhornbach																
	Vorderhornbach																
	Stanzach																
Vils	Namlos																
	Vils	1															
	Pinswang																
Musau	Musau																
	Reutte	4			1	2	1		1			1	1		1		
Lechaschau	Lechaschau	1															
	Höfen																
	Breitenwang	1															
	Ehenbichl										1						
	Pflach		1					1									
	Wängle																
	Gesamt		16	1	0	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0

*zusätzlich 0,5 Planstellen (gesamt 1,5) ab 01.01.2019 im Rahmen einer Gruppenpraxis für die Dauer deren Bestandes

Bezirk: Schwaz																	
Sanitäts- sprengel:	Orte:	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	NP	PN	O	UC	UR	MC	R
Achenkirch	Achenkirch	1															
	Steinberg a.R.																
Fügen	Fügen	3															
	Fügenberg																
	Bruck																
	Hart																
	Schlitters	1															
	Udemers																
Jenbach	Jenbach	5	1		1		1	1	1			1					
	Buch																
	Eben a.A.																
	Gallzein																
	Maurach	1															
	Wiesing	1															
	Strass i.Z.																
Mayrhofen	Mayrhofen	4															
(Doppelsprengel)	Brandberg																
	Finkenberg																
	Schwendau																
	Tux-Lanersb.	1															
	Ramsau	1															
	Hippach																
Schwaz	Schwaz	7	1		1	2	2	3	1	1	1	1	1		1		1
	Vomp	2															
	Stans	1															
Stumm	Stumm	1															
	Stummerberg																
	Kaltenbach	1															
	Ried		1												1		
	Aschau i.Z.																
Weer	Weer	1															
	Pill																
	Terfens																
	Weerberg	1															
	Kolsass (Bez. IBK-Land)	1															
	Kolsassberg (Bez. IBK-Land)																
Zell a.Z.	Zell a.Z.	3				1											
	Gerlos	1															
	Gerlosberg																
	Hainzenberg																
	Rohrberg																
	Zellberg																
	Gesamt	37	3	0	2	3	3	4	2	1	1	2	1	0	2	0	1

ANHANG 2: Richtlinien für die Auswahl der § 2-Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte und Vertrags-Gruppenpraxen

(gültig ab 02.07.2018)

Nach § 5 Abs. 2 lit. a des Gesamtvertrages vereinbaren die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger und die Ärztekammer für Tirol folgende Richtlinien für die Auswahl der Vertragsärzte.

I. Geltungsbereich

Die Richtlinien sind anzuwenden bei der Auswahl von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten sowie Vertrags-Gruppenpraxen, sofern diese nach den Bestimmungen des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages vom 11.01.2016 auszuschreiben sind.

II. Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in den Richtlinien auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

III. Voraussetzungen für Ausschreibungen

1. Das Einvernehmen der Ärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse zur Ausschreibung neuer Planstellen, zur Wiederbesetzung oder vorzeitigen Wiederbesetzung bestehender Planstellen, muss vorliegen.
2. Die Termine für die Eröffnung der Kassenpraxis sind möglichst an den Beginn des jeweiligen Kalendervierteljahres zu fixieren.
3. Die Ausschreibung erfolgt im Internet auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol sechs Monate vor dem darin angegebenen Kassenpraxiseröffnungstermin. Im Einvernehmen kann zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Tirol die Frist zwischen Ausschreibungs-termin und Kassenpraxiseröffnungstermin verkürzt oder verlängert werden.

IV. Bewerbungsvoraussetzungen

1. Die Einreichungsfrist der Bewerbungsunterlagen beträgt 21 Tage ab Veröffentlichung der Ausschreibung auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol. Die Einreichungsfrist kann im Einvernehmen zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Tirol verkürzt oder verlängert werden. Als Einreichdatum gilt das Datum des Postaufgabestempels oder bei persönlicher Abgabe der Eingangsstempel der Ärztekammer für Tirol.
2. Sämtliche Bewerbungsunterlagen müssen innerhalb der Einreichfrist schriftlich in einem geschlossenen Kuvert gekennzeichnet als Kassenstellenbewerbung bei der Ärztekammer für Tirol eingereicht werden. Urkunden sind im Original oder in notariell oder gerichtlich beglaubigter Abschrift beizubringen. Für Urkunden, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizuschließen. Für die Punkteberechnung werden nur die im Bewerbungsformular enthaltenen Angaben herangezogen, sofern diese richtig und entsprechend nachgewiesen wurden. Eine Ergänzung fehlender Angaben durch die Ärztekammer für Tirol oder die Tiroler Gebietskrankenkasse ist unzulässig.

Bei Bewerbungen um mehrere, gleichzeitig in den Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol ausgeschriebene § 2-Einzelverträge hat der Bewerber verbindlich für die ausgeschriebenen Stellen seine Prioritäten anzugeben. Gibt der Bewerber keine Prioritäten bekannt, werden diese ersatzweise mit der Reihenfolge der in den Mitteilungen der Ärztekammer ausgeschriebenen § 2-Einzelverträge festgelegt. Ein Bewerber kann nur für eine Stelle erstgereiht werden.

3. Zum Zeitpunkt der Bewerbung um den ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag muss der Arzt im Besitz des Diploms für Allgemeinmedizin oder des Facharztdiploms sein.
4. Zwingende Bewerbungsunterlagen:
 - a) Schriftliche Bewerbung unter Verwendung des Bewerbungsformulars der Ärztekammer für Tirol;
 - b) Geburtsurkunde;
 - c) ausführlicher Lebenslauf;
 - d) Nachweis der Staatsbürgerschaft des EWR oder der Schweiz;
 - e) Nachweis des Abschlusses des Medizinstudiums (zB Promotionsurkunde);
 - f) Nachweis der Berechtigung zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in Österreich im Rahmen der ausgeschriebenen Fachrichtung (zB Diplom zum Arzt für Allgemeinmedizin, Facharztdiplom);
 - g) verbindliche schriftliche Erklärung, dass ab dem Zeitpunkt der Eröffnung der Kassenpraxis keine andere hauptberufliche Tätigkeit (siehe Abschnitt IV Zif 6 lit f) ausgeübt wird bzw. dass diese bei Zuerkennung des ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrages spätestens mit Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit gekündigt ist.
 - h) Für den Fall, dass der Bewerber noch nicht in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist:
 - ha) Nachweis der gesundheitlichen Eignung durch ein ärztliches Zeugnis
 - hb) Nachweis der Vertrauenswürdigkeit durch eine Strafregisterbescheinigung oder eine vergleichbare Bescheinigung, in der keine Verurteilung aufscheint, die eine verlässliche Berufsausübung nicht erwarten lässt.
Staatsangehörige der übrigen Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz können den Nachweis der Vertrauenswürdigkeit und der gesundheitlichen Eignung auch durch eine von den zuständigen Behörden des Heimat- oder Herkunftsstaates ausgestellte entsprechende Bescheinigung (§ 27 Abs. 3 und 4 ÄrzteG. 1998) erbringen.
Die unter ha) und hb) genannten Urkunden dürfen nicht älter als 3 Monate sein.
 - i) Erklärung über das Nichtbestehen justizstrafrechtlicher, disziplinarrechtlicher, verwaltungsstrafrechtlicher Vorerhebungen oder Verurteilungen oder zivilgerichtlicher Verfahren wegen eines schuldhaften Verhaltens im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes.
5. Fakultative Bewerbungsunterlagen (falls für die Punkteberechnung erforderlich):
 - a) Bestätigung von Zeiten als angestellter Arzt im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung in diesem Fachgebiet (Bestätigung des Dienstgebers und Bestätigung der Eintragung als angestellter Arzt bei der jeweiligen Standes- bzw. Interessensvertretung);
 - b) Bestätigung der zuständigen Standes- bzw. Interessensvertretung über Zeiten der Niederlassung;
 - c) Bestätigung der zuständigen Standes- bzw. Interessensvertretung über Praxisvertretungen eines Vertragsarztes einer Gebietskrankenkasse;
 - d) Bestätigung von Zeiten der Notarztätigkeit im organisierten Notarztsystem durch einen Dienst- oder Werkvertrag;

- e) Bestätigung der zuständigen Standes- bzw. Interessensvertretung über Teilnahme am kassenärztlich organisierten Bereitschaftsdienst;
 - f) Bestätigung von Zeiten in einer Lehrpraxis (formal richtiges Ausbildungszeugnis);
 - g) Diplome oder Zertifikate, verliehen oder anerkannt von der ÖÄK;
 - h) Zertifikat über absolvierten Sprengelärztkurs im Bundesland Tirol;
 - i) Formal richtiges Ausbildungszeugnis über zusätzlich absolvierte anrechenbare Ausbildungszeiten zum Facharzt oder Facharzt Diplom bei Bewerbung um einen § 2-Einzelvertrag für Allgemeinmedizin;
 - j) Nachweis der Eintragung in die fachspezifische Bewerberliste der Ärztekammer für Tirol, sofern auf die Bewerbung nicht die Übergangsbestimmung gemäß VI, Punkt 3 A) anzuwenden ist;
 - k) Nachweis erfolgloser Bewerbungen;
 - l) Nachweis des abgeleisteten Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienstes, Mutterschutzzeiten, Karenzzeiten, Zeiten des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld oder gleichartiger Leistungen;
 - m) Geburtsurkunde(n) des(r) Kindes(r) und Nachweis der Sorgepflicht (zB Familienbeihilfenbescheinigung, gerichtlicher Unterhaltsbeschluss).“
6. Das Vorliegen eines der nachstehend angeführten Kriterien zum Zeitpunkt des Endes der Einreichungsfrist der Bewerbungsunterlagen führt zum Ausschluss des Bewerbers vom Vergabeverfahren:
- a) Erlöschen des Einzelvertrages des Bewerbers mit der Tiroler Gebietskrankenkasse aus den in § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG angeführten Gründen, sofern die Strafe (§ 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG) noch nicht getilgt ist oder seit Rechtskraft des Urteiles (§ 343 Abs. 2 Z. 6 ASVG) noch nicht zehn Jahre verstrichen sind. Nach Verstreichen der Tilgungs- bzw. Zehnjahresfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen;
 - b) Rechtskräftige Kündigung des Einzelvertrages des Bewerbers gemäß § 343 Abs. 4 ASVG seitens eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers, sofern seit Rechtskraft der Kündigung noch nicht zehn Jahre verstrichen sind. Nach Verstreichen der Zehnjahresfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen;
 - c) Rechtskräftige Verurteilung des Bewerbers aus einem der in § 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG angeführten Gründe während seiner wahlärztlichen Tätigkeit, sofern die Strafe (§ 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG) noch nicht getilgt ist. Nach Verstreichen der Tilgungsfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen;
 - d) Bestehen eines Einzelvertrages des Bewerbers mit einer § 2-Krankenkasse oder eines gleichwertigen Vertrages mit einem ausländischen Krankenversicherungsträger, sofern nicht eine bindende Erklärung vorliegt, dass dieser bestehende Vertrag bei Zuerkennung der ausgeschriebenen Stelle bis zum Antritt der vertragsärztlichen Tätigkeit gekündigt und diese vertragsärztliche Tätigkeit beendet wird;
 - e) Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kassenpraxis bestehende hauptberufliche Anstellung des Bewerbers als Chef-, Kontroll-, Ambulatoriumsarzt (§ 5 Abs. 2 Gesamtvertrag) oder eine andere hauptberufliche Tätigkeit, sofern nicht eine bindende Erklärung vorliegt, dass diese hauptberufliche Tätigkeit bei Zuerkennung des ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrages spätestens bis zum Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit gekündigt ist. Eine solche hauptberufliche Tätigkeit ist dann gegeben, wenn der Umfang der wöchentlichen Verpflichtung mehr als 18 Stunden beträgt.

Bewerbungen,

- a) die nach Ablauf der Einreichungsfrist bei der Ärztekammer für Tirol eingereicht werden,
 - b) welche die Bewerbungsvoraussetzungen gemäß Ziff. 2 bis 4 nicht erfüllen, oder
 - c) bei denen ein Ausschließungsgrund gemäß Ziff. 6 vorliegt,
- sind für den weiteren Verlauf des Vergabeverfahrens auszuschneiden.

V. Vergabe des ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrages

1. Die Öffnung der rechtzeitig eingelangten Kuverts mit den Bewerbungsunterlagen erfolgt nach Ablauf der Ausschreibungsfrist durch eine Kommission im Rahmen einer nichtöffentlichen Sitzung, die aus mindestens zwei Mitgliedern des gemäß § 84b ÄrzteG eingerichteten Niederlassungsausschusses und zwei Angestellten der Ärztekammer für Tirol besteht.

Diese Kommission prüft das Vorliegen der formalen Bewerbungsvoraussetzungen, insbesondere:

- die Vollständigkeit der zwingenden Bewerbungsunterlagen,
- die Vollständigkeit der aus den Angaben im Bewerbungsformular sich ergebenden erforderlichen fakultativen Bewerbungsunterlagen.

Das Überprüfungsergebnis ist in einer Niederschrift festzuhalten.

2. Die Bewertung der Bewerbungen erfolgt nach dem in Ziffer VI angeführten Punkteschema durch die Ärztekammer für Tirol.
3. Nach Bewertung und Reihung der Bewerbungen durch die Ärztekammer für Tirol wird der Vergabevorschlag der Ärztekammer für Tirol nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages an die Tiroler Gebietskrankenkasse weitergeleitet.

Wird der vorgeschriebene Praxiseröffnungstermin um mehr als 14 Tage überschritten, kann die Stelle entweder neuerlich zur Ausschreibung gelangen, einvernehmlich dem nächstgereihten Bewerber zugesprochen oder in begründeten Fällen einer Fristverlängerung der Kassenpraxiseröffnung zugestimmt werden. Dieser Passus wird im Verständigungsschreiben über die Zuerkennung des § 2-Einzelvertrages aufgenommen.

VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Einzelvertrages

1. Fachliche Eignung

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Zeiten als hauptberuflich (Abschnitt IV Zif 6 lit f) angestellter, zur selbständigen Berufsausübung innerhalb des EWR oder der Schweiz berechtigter Arzt im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle. Zeiten, die gleichzeitig Zeiten nach Ziff. 5 sind, werden nur nach Ziff. 5 berücksichtigt.	1 p.a.	7,5
B)	Für die Zeit ab der Niederlassung im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle ohne andere hauptberufliche Tätigkeit (Abschnitt IV Zif 6 lit f) innerhalb des EWR oder der Schweiz a) In derselben politischen Gemeinde für die die Kassen Ausschreibung erfolgt b) In einer anderen politischen Gemeinde im EWR oder in der Schweiz Ist der Arzt in zwei unterschiedlichen politischen Gemeinden im gleichen Fachgebiet jeweils als Wahlarzt niedergelassen, ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, schriftlich und verbindlich gegenüber der Ärztekammer für Tirol zu erklären, für welchen Ordinationssitz bzw. für welche politische Gemeinde er die Punkte erwerben will. Ist der Arzt Vertragsarzt der § 2-Krankenversicherungsträger, ist er von dieser Verpflichtung bzw. Berechtigung ausgenommen.	a) 2 p.a. b) 0,5 p.a.	a) 20 b) 10

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
	<p>Ist ein Arzt an dem Ordinationssitz, für den er die Punkte erwerben will, in mehreren Fachgebieten tätig, ist er ebenfalls berechtigt und verpflichtet, schriftlich und verbindlich gegenüber der Ärztekammer für Tirol zu erklären, für welches Fachgebiet er die Punkte erwerben will.</p> <p>Ist der Arzt in einem Fachgebiet Vertragsarzt der § 2-Krankenversicherungsträger und auch in anderen Fachgebieten tätig, darf er diese Erklärung nur für ein außervertragliches Fachgebiet abgeben, das er außerhalb der politischen Gemeinde ausübt, in der seine Vertragsarztstelle liegt.</p>		
C)	<p>a) Praxisvertretung eines § 2-Kassenvertragsarztes einer Gebietskrankenkasse in der ausgeschriebenen Fachrichtung nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung im angestrebten Fach der Niederlassung nach vorheriger Anmeldung bei der Ärztekammer für Tirol. 0,04 p.d.</p> <p>b) Praxisvertretung jenes § 2-Kassenvertragsarztes der Tiroler Gebietskrankenkasse, dessen Planstelle zur Wiederbesetzung ausgeschrieben ist, nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung im angestrebten Fach der Niederlassung nach vorheriger Anmeldung bei der Ärztekammer für Tirol.</p> <p>Die Punkte nach dem Kriterium C lit b) werden zusätzlich zu den Punkten nach dem Kriterium C) lit. a) vergeben.</p>	<p>a) max. 1,2 p.a.</p> <p>b) 0,04 p.d.</p>	<p>a) 6</p> <p>b) 6</p>
D)	<p>a) Tätigkeiten als Notarzt im organisierten Notarztsystem im Dienst- oder Werkvertragsverhältnis</p> <p>b) Tätigkeiten im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst je 6 Stunden (Wochenendbereitschaftsdienste in Innsbruck-Stadt und Nachtbereitschaftsdienste an Werktagen)</p> <p>Für die Kriterien D lit. a) und lit. b) werden insgesamt 1,4 Punkte vergeben</p>	<p>a) 0,04 p.m.</p> <p>b) 0,01</p>	insgesamt 1,4
E)	Zeiten als Turnusarzt in einer Lehrpraxis des ausgeschriebenen Fachgebietes.	0,4 p.m	2,4
Für die Kriterien A) bis E) werden insgesamt maximal 35 Punkte angerechnet			35

2. Zusätzliche fachliche Qualifikationen

A) Diplome oder Zertifikate:

Vorliegen eines von der ÖÄK verliehenen oder anerkannten Diploms oder Zertifikates in einem der nachstehend angeführten Bereiche, wobei die mit einem Fachgruppensymbol besonders gekennzeichneten Diplome bzw. Zertifikate nur bei Bewerbungen um einen § 2-Einzelvertrag der entsprechenden Fachgruppe berücksichtigt werden:

Diplome, Zertifikate	Pkt	AL	AU	C	D	G	HO	I	K	L	MC	N(P)	P(N)	O	R	UC	UR
Arbeitsmedizin	3,7	x			x			x		x	x			x		x	
Elektroenzephalo- graphie	3											x	x				
Ernährungsmedizin	1	x		x	x	x		x	x					x		x	
Fortbildung	1,5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Geriatrie	1,2	x			x	x		x					x	x		x	x
Kur-,Präventiv- medizin und Well- ness	1,3	x								x				x		x	
Manuelle Medizin	3,1	x					x	x						x		x	
Notarzt	0,7	x		x	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	
Palliativmedizin	0,6	x		x	x			x		x							x
Psychosoziale Me- dizin (PSY I)	1,8	x		x	x	x		x	x				x				
Psychosomatische Medizin (PSY II)	3	x		x	x	x		x	x				x				
Psychotherapeuti- sche Medizin (PSY III)	5	x				x		x					x				
Schularzt	1,5	x							x								
Spezielle Schmerztherapie	2	x		x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x
Sportmedizin	1,8	x		x				x	x	x				x		x	
Substitutionsbe- handlung	0,4	x						x	x			x	x				
Umweltmedizin	1,2	x			x			x		x							

Die Diplome PSY I bis PSY III bauen aufeinander auf. Der Nachweis für ein PSY-Diplom einer höheren Stufe gilt daher gleichzeitig als Nachweis für das (die) niederstufige(n) PSY-Diplom(e). Für die Punktevergabe werden jedoch ausschließlich die Punkte des höchsten nachgewiesenen PSY-Diplomes angerechnet.

Das Notarztzertifikat der jeweiligen Landesärztekammer ist einem Diplom der ÖÄK gleichgestellt.

Das Fortbildungsdiplom muss zum Zeitpunkt der Bewerbung gültig sein.

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
B)	Zertifikat über absolvierten Sprengelärztkurs im Bundesland Tirol	0,5	
C)	Zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Ausbildung absolvierte anrechenbare Ausbildungszeiten zum Facharzt (nur bei Bewerbungen um einen § 2-Einzelvertrag für Allgemeinmedizin) Bei Vorlage eines Facharzt-Diplomes wird die maximale Punktzahl nach diesem Kriterium angerechnet. Die Punkte nach diesem Kriterium werden zusätzlich zu den Punkten nach dem Kriterium 1. A) angerechnet.	0,4 p.m.	1,6
Für die Kriterien A), B) und C) werden insgesamt maximal 15 Punkte angerechnet.			15

3. Wartezeit

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Vom Zeitpunkt der ersten Eintragung in die fachspezifische Bewerberliste bis zum Stichtag der jeweiligen Stellenbewerbung. Die Ärztekammer führt seit dem 13.2.2004 (Inkrafttreten der Vergaberichtlinien i.d.F. der 29. Zusatzvereinbarung vom November 2003) eine Bewerberliste für Ärzte für Allgemeinmedizin sowie je eine Bewerberliste für Fachärzte des jeweiligen Sonderfaches. Voraussetzung für die Eintragung in die fachspezifische Bewerberliste ist die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Arzt für Allgemeinmedizin bzw. als Facharzt. Die Eintragung in die fachspezifische Bewerberliste erfolgt über Antrag des Bewerbers, wobei als Zeitpunkt der Eintragung das Datum des Einlangens des Antrages bei der Ärztekammer für Tirol gilt. Eine gültige Bewerbung um einen ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag gilt auch als Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste. Für Bewerber, die vor dem 13.2.2004 bereits im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle in die Ärzteliste eingetragen waren, gilt als Zeitpunkt der ersten Eintragung die Verleihung des Diploms als Facharzt (entsprechend dem angestrebten Fachgebiet in der Niederlassung) oder als Arzt für Allgemeinmedizin. Ist der Bewerber aufgrund seiner Tätigkeit im Ausland nicht in die Österreichische Ärzteliste eingetragen, so ist der Nachweis über eine Eintragung bei der do. ärztlichen Landes- bzw. Interessensvertretung zu erbringen.	1 p.a.	4
B)	a) Für jede erfolglose Bewerbung im Zeitraum vom 13.2.2004 bis 31.1.2013 um einen ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag als Arzt für Allgemeinmedizin für dieselbe politische Gemeinde bzw. für einen ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag als Facharzt im selben Fachgebiet und für denselben Bezirk, je	a) 0,5	a) 3

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
	<p>b) Für jede erfolglose Bewerbung ab 1.2.2013 um einen ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag als Arzt für Allgemeinmedizin für dieselbe politische Gemeinde bzw. für einen ausgeschriebenen § 2-Einzelvertrag als Facharzt im selben Fachgebiet und für denselben Bezirk, je</p> <p>Bei erfolglosen Bewerbungen um mehrere, gleichzeitig in den Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol ausgeschriebenen § 2-Einzelverträge werden die Punkte nach Kriterium B) nur insgesamt einmal und nur für jenen Ort angerechnet, für den die erste Priorität festgelegt wurde (Abschnitt IV. Zif 2).</p>	b) 0,5	b) 1
Für die Kriterien A) und B) werden insgesamt maximal 7 Punkte vergeben.			7

4. Zeiten des Präsenz-, Ausbildungs-, Zivildienstes und Mutterschutzzeiten, Karenzzeiten, Zeiten des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Abgeleiteter Präsenz-, Ausbildungs-, Zivildienst, Mutterschutzzeiten, Karenzzeiten, Zeiten des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld oder gleichartiger Leistungen	0,05 p.m.	2

5. Soziale Förderungswürdigkeit

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Je sorgepflichtiges Kind	1	5

6. Besondere Vertrauenswürdigkeit

Für die durch das weibliche Geschlecht zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit bei im Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ ausgeschriebenen § 2-Einzelverträgen 10% der nach den Zif 1 bis 5 des Punkteschemas erreichbaren Punkte.

Wenn im Zeitpunkt der Ausschreibung des Einzelvertrages der Anteil der Vertragsärztinnen im Sonderfach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ in Tirol 50% oder mehr beträgt, findet das Kriterium nach Z. 6 keine Anwendung.

Erläuterungen zu Pkt. VI. „Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Einzelvertrages“:

Allgemeines:

Die auf Grund der Kriterien nach Z. 4. und 5. erreichten Punkte dürfen 30 % der Gesamtpunkteanzahl nicht überschreiten.

Für die Punkteberechnung zählen ausschließlich volle Monate. Die Punkteberechnung wird auf vier Dezimalstellen ermittelt, die Summe aller Punkte wird kaufmännisch auf zwei Stellen gerundet.

Stichtag für die Punkteberechnung ist das Ende der Ausschreibungsfrist.

zu Ziffer 1 lit. A.:

Zeiten einer hauptberuflichen Anstellung bei einem niedergelassenen Arzt bleiben dabei unberücksichtigt.

zu Ziffer 1 lit. B.:

Liegt zum Zeitpunkt der Bewerbung keine Erklärung für den Ordinationssitz bzw. für die Fachrichtung vor, ist für die Punkteberechnung folgender Ordinationssitz bzw. folgende Fachrichtung heranzuziehen:

- a) Der im Rahmen eines bestehenden Vorsorge- oder eines kurativen Vertrages mit einem Krankenversicherungsträger oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung vertraglich festgelegte Ordinationssitz bzw. die vertraglich festgelegte Fachrichtung
- b) Ersatzweise bei Fehlen einer vertraglichen Vereinbarung gemäß lit. a) der in der Ärzteliste als Erstordinationssitz angeführte Ordinationssitz bzw. die Fachrichtung, mit der die erste Eintragung in die Ärzteliste erfolgte.

zu Ziffer 1 lit. C.:

Als Vertretungstag gelten die bei der Ärztekammer für Tirol gemeldeten Ordinationszeiten an einem Tag. Als Vertretungstag zählt nicht, wenn nur Teile dieser gemeldeten Ordinationszeiten übernommen werden.

Damit die Praxisvertretung angerechnet werden kann, muss diese vor Antritt der Vertretung der Ärztekammer für Tirol schriftlich bekannt gegeben werden. Dies gilt auch für Praxisvertretungen im Rahmen der „erweiterten Stellvertretung“ gemäß der Gesamtvertraglichen Vereinbarung über die befristete erweiterte Stellvertretung vom Juni 2007 und im Rahmen der „gemeinsamen Vertragserfüllung“ gemäß der Gesamtvertraglichen Vereinbarung über die gemeinsame Erfüllung eines Einzelvertrages vom Oktober 2012. Nach Beendigung der Vertretung ist das Formular „Meldung für Praxisvertretung“, welches auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol zur Verfügung gestellt wird, ausgefüllt und von beiden Ärzten bestätigt, unverzüglich an die Ärztekammer für Tirol zu senden.

Nicht vorangemeldete Vertretungen, auch wenn diese vom vertretenen Arzt bestätigt wurden, werden ausnahmslos nicht anerkannt.

zu Ziffer 5.:

Als sorgspflichtige Kinder gelten Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Nach diesem Zeitpunkt ist die Sorgpflicht durch entsprechende Unterlagen (z.B. Bescheinigung über Bezug der Familienbeihilfe, gerichtlichen Unterhaltsbeschluss) nachzuweisen.

Jegliches Investitionsrisiko vor Vergabe eines § 2-Einzelvertrages ist vom Bewerber selbst zu tragen und wird nicht als soziale Förderungswürdigkeit angesehen.

VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl

1. Sind zwei oder mehrere Bewerber aufgrund gleich hoher Punkteanzahl erstgereiht, so gilt jener Bewerber als allein erstgereiht, der mehr Punkte für die fachliche Qualifikation (Summe der Punkte nach VI. Ziff. 1 und 2) erreicht hat. Liegt auch bei der fachlichen Qualifikation Punktegleichstand vor, so ist die Entscheidung über die Vergabe auf Grund eines Hearings der Erstgereihten vor einer mit je zwei Vertretern der Ärztekammer und der Tiroler Gebietskrankenkasse besetzten Kommission zu treffen.

2. Ist der Anteil an Vertragsärztinnen im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) des ausgeschriebenen Einzelvertrages in Tirol geringer als der Anteil an Bewerberinnen gemäß der fachspezifischen Bewerberliste nach Art. VI. Ziff. 3 lit. A, so ist das Hearing nach Abs. 1 mit der/dem (den) nach der fachlichen Qualifikation Erstgereihten und mit jener Bewerberin (jenen Bewerberinnen), die ausschließlich wegen der Bewertung nach Art. VI. Ziff. 3 lit. A nicht erstgereiht ist (sind), durchzuführen.
3. Abs. 2 findet keine Anwendung, wenn
 - a) eine Bewerberin bereits nach Abs. 1 erster Satz allein erstgereiht ist,
 - b) an einem Hearing der allein Erstgereihten nach Abs. 1 zweiter Satz mindestens gleich viel Bewerberinnen wie Bewerber teilnehmen oder
 - c) der Anteil der Vertragsärztinnen im Fachgebiet (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) des ausgeschriebenen Einzelvertrages in Tirol 50 % oder mehr beträgt.
4. Für das Hearing auf Grund der Anwendung des Abs. 2 sind jeweils nur so viele Bewerberinnen zugelassen, als notwendig sind, um das Hearing mit gleich vielen Bewerberinnen wie Bewerbern durchzuführen. Die Zulassung erfolgt in der Reihenfolge, die sich aus der Anwendung aller Kriterien ergibt.
5. Kann die Hearing-Kommission auf Grund Stimmgleichheit keine Entscheidung treffen, ist einer Bewerberin der Vorzug zu geben, wenn die Frauenquote unter den Vertragsärzten der ausgeschriebenen Fachrichtung in Tirol unter 50 % liegt, in sonstigen Fällen entscheidet das Los.

VIII. Ablehnung der Invertragnahme

Ungeachtet der Bestimmung des § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages können die Ärztekammer für Tirol und die Tiroler Gebietskrankenkasse einvernehmlich einen Bewerber mit der Begründung ablehnen, wenn

- a) erhebliche Bedenken bestehen, ob der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber erfüllt werden kann;
- b) berechnete Zweifel an dessen Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs.2 Ziff. 3 ÄrzteG 1998) bestehen;

Die Ablehnung der Invertragnahme hat durch die Ärztekammer für Tirol und die Tiroler Gebietskrankenkasse jedenfalls dann zu erfolgen, wenn der Bewerber aufgrund unrichtiger Angaben zur Bewerbung erstgereiht wurde. Die Ablehnung ist schriftlich zu begründen.

IX. Vertrags-Gruppenpraxen

Für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten, wobei die Beurteilungskriterien gem. Punkt VI auf jeden einzelnen Gesellschafter anzuwenden sind und die Bewertung insgesamt teambezogen zu erfolgen hat. Punkt IV Ziff. 2 bis 4 („Bewerbungsvoraussetzungen“) und Punkt IV Ziff. 6 („Ausschlussgründe“) sind ebenfalls auf jeden einzelnen Gesellschafter anzuwenden und führen - sofern die Bewerbungsvoraussetzungen bei einem Gesellschafter nicht erfüllt sind oder ein Ausschlussgrund vorliegt - zur Nicht-Berücksichtigung bzw. zum Ausschluss des gesamten Teams. Punkt VIII („Ablehnung der Invertragnahme“) ist sinngemäß auch auf die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen anzuwenden.

Für die Besetzung einer in einer Vertrags-Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist der Gruppenpraxis ein Auswahlrecht innerhalb jener fünf bestgereihten Bewerberinnen und –bewerber eingeräumt, die zumindest 75% der Punkteanzahl der/des Erstgereihten erreicht haben. Sollte keine Bewerberin/kein Bewerber 75% erreichen, so besteht das Auswahlrecht innerhalb jener Bewerberinnen und Bewerber, die zumindest 60% der Punktezahl der/Erstgereihten erreicht haben. Punkt VIII bleibt davon unberührt.

X. Entscheidungsveröffentlichung

Die Entscheidung zu Gunsten eines Bewerbers wird nach erfolgter Beschlussfassung durch die Tiroler Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer für Tirol in den Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol und im Internet veröffentlicht.

ANHANG 2a: Richtlinien für die Auswahl der § 2-Vertragszahnärzte

(gültig ab 02.07.2018)

Nach § 5 Abs. 2 lit. a des Gesamtvertrages vereinbaren die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger und die Landes Zahnärztekammer für Tirol folgende Richtlinien für die Auswahl der Vertragszahnärzte:

I. Geltungsbereich

Die Richtlinien sind anzuwenden bei der Auswahl von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Zahnärzten. Beide werden im Folgenden als Zahnärzte bezeichnet.

II. Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit in den Richtlinien auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

III. Voraussetzungen für Ausschreibungen

1. Das Einvernehmen der Landes Zahnärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse zur Ausschreibung neuer Planstellen, zur Wiederbesetzung oder vorzeitigen Wiederbesetzung bestehender Planstellen muss vorliegen.
2. Die Termine für die Eröffnung der Kassenpraxis sind möglichst an den Beginn des jeweiligen Kalendervierteljahres zu fixieren. Die Ausschreibung in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol sowie im Internet auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer für Tirol wird im 4. Monat vor dem Kassenpraxiseröffnungstermin vorgenommen. Im Einvernehmen kann zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und der Landes Zahnärztekammer für Tirol die Frist zwischen Ausschreibungstermin und Kassenpraxiseröffnungstermin verkürzt oder verlängert werden.

IV. Bewerbungsvoraussetzungen

1. Die Einreichungsfrist der Bewerbungsunterlagen beträgt 21 Tage ab dem Erscheinungsdatum der Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol. Die Einreichungsfrist kann im Einvernehmen zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und der Landes Zahnärztekammer für Tirol verkürzt oder verlängert werden. Als Einreichdatum gilt das Datum des Postaufgabestempels oder bei persönlicher Abgabe der Eingangstempel der Landes Zahnärztekammer für Tirol.
2. Sämtliche Bewerbungsunterlagen müssen schriftlich bei der Landes Zahnärztekammer für Tirol eingereicht werden. Urkunden sind im Original oder beglaubigter Abschrift beizubringen. Urkunden, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizuschließen. Bei Bewerbungen um mehrere, gleichzeitig in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol ausgeschriebene Stellen hat der Bewerber verbindlich für die ausgeschriebenen Stellen seine Prioritäten anzugeben. Gibt der Bewerber keine Prioritäten bekannt, werden diese ersatzweise mit der Reihenfolge der in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol ausgeschriebenen Planstellen festgelegt. Ein Bewerber kann nur für eine Stelle erstgereiht werden.

3. Zum Zeitpunkt der Bewerbung um die ausgeschriebene Stelle muss der Zahnarzt die Voraussetzungen für die Berufsausübung als Zahnarzt erfüllen.
4. Zwingende Bewerbungsunterlagen:
 - a) Schriftliches Ansuchen;
 - b) Geburtsurkunde;
 - c) ausführlicher Lebenslauf;
 - d) Nachweis der Staatsbürgerschaft des EWR;
 - e) Nachweis des Abschlusses des Zahnmedizinstudiums bzw. Medizinstudiums (z.B. Promotionsurkunde);
 - f) Nachweis der Berechtigung zur selbständigen Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Österreich (z.B. Diplom für Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Diplom für Dr. med.dent., Approbationsurkunde zum Zahnarzt samt zahnärztlichem Prüfungszeugnis);
 - g) schriftliche Erklärung, dass ab dem Zeitpunkt der Eröffnung der Kassenpraxis keine andere hauptberufliche Tätigkeit (siehe Abschnitt IV Zif 6 lit f) ausgeübt wird
5. Fakultative Bewerbungsunterlagen (falls für die Punkteberechnung erforderlich):
 - a) Geburtsurkunde(n) des(r) Kindes(r) und Nachweis der Sorgepflicht (z.B. Familienbeihilfenbescheinigung, gerichtlicher Unterhaltsbeschluss);
 - b) Bestätigung von Zeiten als angestellter Zahnarzt nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung (Eintragung in die Zahnärzteliste);
 - c) Bestätigung der zuständigen Interessensvertretung über Zeiten der Niederlassung;
 - d) Bestätigung der Praxisvertretungen eines Vertragszahnarztes
 - e) Diplome oder Zertifikate, verliehen oder anerkannt von der ÖÄK oder der ÖZÄK;
 - f) Nachweis des abgeleisteten Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienstes, Mutterschutzzeiten
6. Das Vorliegen eines der nachstehend angeführten Kriterien zum Zeitpunkt des Endes der Einreichungsfrist der Bewerbungsunterlagen führt zum Ausschluss des Bewerbers vom Vergabeverfahren:
 - a) Erlöschen des Einzelvertrages des Bewerbers mit der Tiroler Gebietskrankenkasse aus den in § 343 Abs. 2 Z. 4 bis 6 ASVG angeführten Gründen, sofern die Strafe (§ 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG) noch nicht getilgt ist oder seit Rechtskraft des Urteiles (§ 343 Abs. 2 Z. 6 ASVG) noch nicht zehn Jahre verstrichen sind. Nach Verstreichen der Tilgungs- bzw. Zehnjahresfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen;
 - b) Rechtskräftige Kündigung des Einzelvertrages des Bewerbers gemäß § 343 Abs. 4 ASVG seitens eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers, sofern seit Rechtskraft der Kündigung noch nicht zehn Jahre verstrichen sind. Nach Verstreichen der Zehnjahresfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen;
 - c) Rechtskräftige Verurteilung des Bewerbers aus einem der in § 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG angeführten Gründe während seiner wahlzahnärztlichen Tätigkeit, sofern die Strafe (§ 343 Abs. 2 Z. 4 und 5 ASVG) noch nicht getilgt ist. Nach Verstreichen der Tilgungsfrist darf keine begründete Wiederholungsgefahr vorliegen.
 - d) Bestehen eines Einzelvertrages des Bewerbers mit einer § 2-Krankenkasse oder eines gleichwertigen Vertrages mit einem ausländischen Krankenversicherungsträger, sofern nicht eine bindende Erklärung vorliegt, dass dieser bestehende Vertrag bei Zuerkennung der ausgeschriebenen Stelle gekündigt wird;
 - e) Zum Zeitpunkt der Eröffnung der Kassenpraxis bestehende hauptberufliche Anstellung des Bewerbers als Chef-, Kontroll-, Ambulatoriumszahnarzt (§ 5 Abs. 2 Gesamtvertrag) oder eine andere hauptberufliche Tätigkeit. Eine solche hauptberufliche Tätigkeit ist dann gegeben, wenn der Umfang der wöchentlichen Verpflichtung mehr als 18 Stunden beträgt.

7. Bewerbungen,
- a) die nach Ablauf der Einreichfrist abgegeben werden
 - b) welche die Bewerbungsvoraussetzungen nicht erfüllen oder
 - c) bei denen ein Ausschließungsgrund vorliegt,
- werden nicht behandelt.

V. Vergabe der ausgeschriebenen Kassenplanstelle

1. Auswertung nach dem in Ziffer VI angeführten Punkteschema durch die Landeszahnärztekammer für Tirol.
2. Nach erfolgter Beschlussfassung durch die Landeszahnärztekammer für Tirol wird der Vorschlag der Landeszahnärztekammer für Tirol nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages an die Tiroler Gebietskrankenkasse weitergeleitet.
3. Die termingerechte Kassenpraxiseröffnung wird von der Landeszahnärztekammer für Tirol überprüft. Nach vorheriger Anmeldung wird vom jeweiligen Regionalvertreter überprüft, ob der Praxiseröffnungstermin eingehalten wurde. Die Mitteilung darüber hat an die Landeszahnärztekammer für Tirol zu erfolgen.
4. Wird der vorgeschriebene Praxiseröffnungstermin um mehr als 14 Tage überschritten, kann die Stelle neuerlich zur Ausschreibung gelangen oder einvernehmlich dem nächstgereihten Bewerber zugesprochen werden. Dieser Passus wird im Verständigungsschreiben über die Zulassung zur Kassenpraxis aufgenommen.

VI. Punkteschema für die Zuerkennung eines § 2-Kassenvertrages

1. Fachliche Eignung

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Zeiten als hauptberuflich (Abschnitt IV Ziff. 6 lit. f) angestellter Zahnarzt in einer Krankenanstalt nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Zahnarzt und Eintragung in die Zahnärzteliste Zeiten, die gleichzeitig Mutterschutzzeiten sind, werden nur als Mutterschutzzeiten nach Ziff. 5 berücksichtigt.	1 p.a.	6
B)	Für die Zeit ab der Niederlassung ohne andere hauptberufliche Tätigkeit (Abschnitt IV Ziff. 6 lit. f) a) am selben Ort für den die Kassenausschreibung erfolgt b) an einem anderen Ort im EWR mit oder ohne § 2-Kassenvertrag oder ähnliche vergleichbare Kassenverträge im EWR Wird die niedergelassene Tätigkeit an zwei Ordinationssitzen ausgeübt, muss der Zahnarzt schriftlich und verbindlich gegenüber der Landeszahnärztekammer Tirol bei Eintragung in die Bewerberliste erklären, an welchem Ordinationssitz er die Punkte erwerben will. Zeiten, die gleichzeitig Mutterschutzzeiten sind, werden nur als Mutterschutzzeiten nach Ziff. 5 berücksichtigt.	a) 2 p.a. b) 0,4 p.a.	a) 20 b) 10

C)	<p>a) Praxisvertretung eines § 2-Kassenvertragszahnarztes einer Gebietskrankenkasse nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung nach vorheriger Anmeldung bei der Landes Zahnärztekammer für Tirol.</p> <p>b) Praxisvertretung jenes § 2-Kassenvertragszahnarztes der Tiroler Gebietskrankenkasse, dessen Planstelle zur Wiederbesetzung ausgeschrieben ist, nach Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung nach vorheriger Anmeldung bei der Landes Zahnärztekammer für Tirol.</p> <p>Die Punkte nach dem Kriterium C) lit. b) werden zusätzlich zu den Punkten nach dem Kriterium C) lit. a) vergeben.</p>	<p>a) 1,2 p.a.</p> <p>b) 0,04 p.d.</p>	<p>a) 6</p> <p>b) 8</p>
Für die Kriterien A) bis C) werden insgesamt maximal 35 Punkte angerechnet			35

2. Zusätzliche fachliche Qualifikation

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Vorliegen eines von der ÖZÄK verliehenen oder anerkannten Fortbildungsdiploms für das Fach ZMK		2

3. Wartezeit

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	<p>Vom Zeitpunkt der ersten Eintragung in die Bewerberliste bis zum Stichtag der jeweiligen, nach dem Inkrafttreten der gegenständlichen Vergaberichtlinien erfolgten Stellenbewerbung.</p> <p>Voraussetzung für die Eintragung in die Bewerberliste ist die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Zahnarzt.</p> <p>Die Eintragung in die Bewerberliste erfolgt über Antrag des Bewerbers, wobei als Zeitpunkt der Eintragung das Datum des Einlangens des Antrages bei der Landes Zahnärztekammer für Tirol gilt. Eine gültige Bewerbung um eine ausgeschriebene Stelle gilt auch als Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste.</p>	1 p.a.	4
B)	<p>Für jede erfolglose Bewerbung ab dem 18.12.2007 für eine ausgeschriebene Stelle für denselben Ort, je</p> <p>Bei erfolglosen Bewerbungen um mehrere, gleichzeitig in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol ausgeschriebenen Planstellen werden die Punkte nach Kriterium B) nur insgesamt einmal und nur für jenen Ort angerechnet, für den die erste Priorität festgelegt wurde (Abschnitt IV. Ziff.2)</p>	0,5	3
Für die Kriterien A) und B) werden insgesamt maximal 7 Punkte vergeben.			7

4. Zeiten des Präsenz-, Ausbildungs-, Zivildienstes und Mutterschutzzeiten

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Abgeleiteter Präsenz-, Ausbildungs-, Zivildienst, Mutterschutzzeiten (max. 8 Monate)	0,05 p.m.	0,6

5. Soziale Förderungswürdigkeit

Nr.	Kriterien	Punkte	max. Punkte
A)	Je sorgepflichtiges Kind	1	5

Erläuterungen zum Punkteschema:

Allgemeines:

Die auf Grund der Kriterien nach Z. 4. und 5. erreichten Punkte dürfen 30% der Gesamtpunkteanzahl nicht überschreiten.

Für die Punkteberechnung zählen ausschließlich volle Monate, Teile von Monaten bleiben unberücksichtigt. Die Punkteberechnung wird auf vier Dezimalstellen ermittelt, die Summe aller Punkte wird kaufmännisch auf zwei Stellen gerundet. Stichtag für die Punkteberechnung ist das Ende der Ausschreibungsfrist in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol.

zu Ziffer 1 lit. B.:

Wird keine Erklärung abgegeben, werden die Punkte für den zuerst angeführten Ordinationssitz vergeben.

zu Ziffer 1 lit. C.:

Als Vertretungstag zählt nicht, wenn die Vertretung an einem Ordinationstag nicht zur Gänze (z.B. nur stundenweise) übernommen wurde. Damit die Praxisvertretung im Punkteschema berücksichtigt werden kann, muss diese vor Antritt der Vertretung der Landes Zahnärztekammer für Tirol schriftlich oder mündlich bekannt gegeben werden. Der Vertreter erhält nur aufgrund dieser Meldung ein Formular zugesandt, welches nach Beendigung der Vertretung, ausgefüllt und vom vertretenen Zahnarzt bestätigt, unverzüglich (spätestens jedoch vier Wochen nach Wiederaufnahme der zahnärztlichen Tätigkeit) an die Landes Zahnärztekammer für Tirol zurückgesandt werden muss. Nachträgliche Meldungen von Vertretungen, auch wenn diese vom vertretenen Zahnarzt bestätigt wurden, können nur von der Landes Zahnärztekammer für Tirol anerkannt werden. Diese Regelungen gelten analog für Praxisvertretungen im Rahmen des Job-Sharings gemäß der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung über das Job-sharing im zahnärztlichen Bereich“ vom 16.12.2014.

Praxisvertretungszeiten, die vor dem 1.1.2006 nach vorheriger Anmeldung bei der Ärztekammer für Tirol erworben wurden, werden in vollem Umfang anerkannt und berücksichtigt.

zu Ziffer 3 lit. A.:

Bei Bewerbern, die vor dem 1.1.2006 bereits in die Bewerberliste der Ärztekammer für Tirol eingetragen waren, werden die seit der Eintragung erworbenen Wartezeiten in vollem Umfang berücksichtigt. Als Zeitpunkt der ersten Eintragung gilt dabei für jene Bewerber, die vor dem Inkrafttreten der mit der Kurie der Zahnärzte vereinbarten Vergaberichtlinien mit 16.7.2004 bereits in die Ärzteliste eingetragen waren, der Zeitpunkt der Erlangung der Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Zahnarzt.

zu Ziffer 5:

Als sorgspflichtige Kinder gelten Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Nach diesem Zeitpunkt ist die Sorgpflicht durch entsprechende Unterlagen (zB Bescheinigung über Bezug der Familienbeihilfe, gerichtlichen Unterhaltsbeschluss) nachzuweisen.

Jegliches Investitionsrisiko vor Vergabe einer Kassenplanstelle ist vom Bewerber selbst zu tragen und wird nicht als soziale Förderungswürdigkeit angesehen.

VII. Bewerber mit gleich hoher Punkteanzahl

1. Sind zwei oder mehrere Bewerber auf Grund gleich hoher Punkteanzahl erstgereiht, so gilt jener Bewerber als allein erstgereiht, der mehr Punkte für die fachliche Qualifikation (Summe der Punkte nach VI. Ziff. 1 und 2) erreicht hat. Liegt auch bei der fachlichen Qualifikation Punktegleichstand vor, so ist die Entscheidung über die Vergabe auf Grund eines Hearings der Erstgereihten vor einer mit je zwei Vertretern der Landes Zahnärztekammer für Tirol und der Tiroler Gebietskrankenkasse besetzten Kommission zu treffen.
2. Ist der Anteil an Vertrags Zahnärztinnen in Tirol geringer als der Anteil an Bewerberinnen gemäß der Bewerberliste nach Art. VI. Ziff. 3 lit. A, so ist das Hearing nach Abs. 1 mit der/dem (den) nach der fachlichen Qualifikation Erstgereihten und mit jener Bewerberin (jenen Bewerberinnen), die ausschließlich wegen der Bewertung nach Art. VI. Ziff. 3 lit. A nicht erstgereiht ist (sind), durchzuführen.
3. Abs. 2 findet keine Anwendung, wenn
 - d) eine Bewerberin bereits nach Abs. 1 erster Satz allein erstgereiht ist,
 - e) an einem Hearing der allein Erstgereihten nach Abs. 1 zweiter Satz mindestens gleich viel Bewerberinnen wie Bewerber teilnehmen oder
 - f) der Anteil der Vertrags Zahnärztinnen in Tirol 50% oder mehr beträgt.
4. Für das Hearing auf Grund der Anwendung des Abs. 2 sind jeweils nur so viele Bewerberinnen zugelassen, als notwendig sind, um das Hearing mit gleich vielen Bewerberinnen wie Bewerbern durchzuführen. Die Zulassung erfolgt in der Reihenfolge, die sich aus der Anwendung aller Kriterien ergibt.
5. Kann die Hearing-Kommission auf Grund Stimmgleichheit keine Entscheidung treffen, ist einer Bewerberin der Vorzug zu geben, wenn die Frauenquote unter den Vertrags Zahnärzten in Tirol unter 50% liegt, in sonstigen Fällen entscheidet das Los.

VIII. Ablehnung der Invertragnahme

Ungeachtet der Bestimmung des § 5 Abs. 1 des Gesamtvertrages können die Landes Zahnärztekammer für Tirol und die Tiroler Gebietskrankenkasse einvernehmlich einen Bewerber mit der Begründung ablehnen, wenn erhebliche Bedenken bestehen, ob der mit dem Einzelvertrag verbundene Versorgungsauftrag durch diesen Bewerber erfüllt werden kann. Die Ablehnung ist schriftlich zu begründen.

IX. Entscheidungsveröffentlichung

Die Entscheidung zu Gunsten eines Bewerbers wird nach erfolgter Beschlussfassung durch die Tiroler Gebietskrankenkasse und die Landes Zahnärztekammer für Tirol in den Mitteilungen der Landes Zahnärztekammer für Tirol und im Internet veröffentlicht.

ANHANG 3: Einzelvertrag - Anhang zum Gesamtvertrag vom 1.1.1985

EINZELVERTRAG

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau / Herrn

Dr. med.

(im Folgenden Vertragsarzt genannt) in

und der Tiroler Gebietskrankenkasse in Innsbruck, Klara-Pöit-Weg 2, auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1.1.1985 für die einzelnen der im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträger abgeschlossen.

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

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als Arzt für Allgemeinmedizin / Fach-arzt für

.....ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeiten:

.....

Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit:

§ 3

Ärzte für Allgemeinmedizin dürfen im Rahmen dieses Vertrages - mit Ausnahme von Zahnextraktionen - keine Zahnbehandlung durchführen.

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Tirol besonders vereinbart:

.....
.....
.....
.....

§ 4

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

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Ärztekammer für Tirol beschlossenen und der Tiroler Gebietskrankenkasse bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 36 Abs.3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im § 2 dieses Vertrages vereinbarten Tag und wird auf unbestimmte Zeit / für die Zeit bis abgeschlossen.

§ 7

Bei Eingehen eines Angestelltenverhältnisses, welches eine hauptberufliche Tätigkeit beinhaltet, erlischt dieser Vertrag innerhalb eines Jahres (§ 6 Abs. 6 des Gesamtvertrages).

Innsbruck,

Unterschrift des Vertragsarztes:

.....

Für die
Tiroler Gebietskrankenkasse:

Der Direktor:

Der Obmann:

(Dr. Arno MELITOPULOS)

(Werner SALZBURGER)

ANHANG 4: „Kompendium Mammographie“

Anlage 1 „Kompendium Mammographie“: Technische Qualitätssicherung im Österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm

Präambel

Grundsätzlich folgen die in dieser Anlage definierten Inhalte den Empfehlungen der European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Auflage 4, 2006 (Kapitel 2b „European Protocol for Quality Control of the Physical and Technical Aspects of Mammography Screening“).

Zusätzlich werden für das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Erweiterungen für die technische Qualitätssicherung definiert (EUREF-Ö Erweiterungen), die sich aus den Erfahrungen und Erkenntnissen aus den österreichischen Pilotprojekten ergeben haben. Diese Erfahrungen konnten für unterschiedliche Gerätehersteller, sowohl für Mammographie-Geräte als auch Ultraschall-Geräte, gesammelt werden.

Es wird als wesentlich erachtet, dass es im österreichischen Programm ein zentrales Referenzzentrum für die technische Qualitätssicherung geben soll um eine Österreich weite Vergleichbarkeit der Gerätemessdaten zu gewährleisten.

Die Anforderungen an ein Referenzzentrum bzw. dem Referenzzentrum zuarbeitende Personen bzw. Institutionen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern festgelegt.

Messungen - von berufsrechtlich befugten Personen durchzuführen (BBP)

1. Tägliche Anzeige eines Testbildes auf den Befundungsmonitoren (RWS)

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und visuelle Beurteilung wesentlicher Charakteristika (Helligkeit, Kontrast, Geometrie, ...) bei passender Umgebungshelligkeit (< 50 lx)

Lokale Dokumentation, dass durchgeführt und ok;

Wenn nicht ok -> Info an RefZQS

Befundung mit Laser imager (LI) Filmbild auf Filmschaukasten (FSK)

Falls die Screeningeinheit noch mit LI und FSK befundet, ist ein LI-Testbild (SMPTE oder AAPM-QC18) auszudrucken und auf dem FSK bzgl. wesentlicher Charakteristiken wie bei der RWS zu beurteilen.

2. Wöchentlicher Test (WT) des FFDM Systems

Durchführung von 2 Aufnahmen eines homogenen 50 mm dicken PMMA-Blocks mit 24x30 cm (Sectra 26x32 cm); der Prüfkörper wird dabei einmal normal platziert und einmal um 180° gekippt. Schicken der 2 Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files im RAW (for processing) Modus gemäß Datenflussmodell (Anlage 4).

EUREF-Ö Erweiterung

Bei CR wird zusätzlich mit jeder im Routinebetrieb verwendeten Kassette eine Aufnahme durchgeführt, da sonst auch befundungsstörende Artefakte in den CR-Kassetten bzw. im CR-Reader nicht erkannt werden.

3. Monatlicher Test (MT) des Ultraschallgerätes (MT-Sono):

EUREF-Ö Erweiterung

Durchführung von 3 Phantomaufnahmen pro in der Mammographie verwendeten Schallkopf. Schicken der Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 4).

4. Halbjährlicher Test mit einem Testbild auf den RWS:

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und Messen der optischen Dichte der angezeigten Grauwertflächen. Eintragen der Grauwerte in der vom RefZQS zur Verfügung zustellenden Software, mit der ua die GSDF-Conformance überprüft wird .

Befundung mit LI-Printout

Analoge Vorgangsweise wie bei RWS.

5. Optionales halbjährliches HT-Subset (HT-BBP)

Siehe dazu Kapitel „Messungen - vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen" - Punkt 3.

Messungen-vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen

1. FFDM-System -Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

EUREF-Ö Erweiterung

Zusätzlich gesetzlich erforderliche Dosisausbeute (Y60) sowie Dynamikumfang nach ÖN S5240-12.

Während dieser Messzeiten steht das FFDM-System nicht für den Routinebetrieb zur Verfügung. Erfahrungen zeigen, dass die reine Messzeit am FFDM-DR-System durchschnittlich 4 Stunden beträgt, am FFDM-CR-System ca. 6 Stunden.

Es sind die vom RefZQS herauszugebenden Formulare und Durchführungsbeschreibungen zu verwenden. DICOM-Files (im RAW-Format) und Formular sind dem RefZQS zu übergeben.

2. Ultraschallgerät-Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

EUREF-Ö Erweiterung

Im Rahmen der Einschulung der BBP in den monatlichen Phantomtest (MT-Sono) werden die Begleitdokumente des Herstellers bzw. der mit der Installation beauftragten Firma angesehen und durchgeführte herstellernerne Testverfahren bzw. Berichte über Schallkopfüberprüfungen evaluiert.

Aufbauend darauf wird ein weiterführender Test (z.B. Schallkopfüberprüfung) durch das RefZQS empfohlen oder mit dem MT unmittelbar begonnen. Ein über längere Zeiträume innerhalb der Toleranzen liegender MT-Sono des Ultraschallgerätes erlaubt die Annahme, dass der JT keine Zusatzinfos bringt und daher nicht durchgeführt werden braucht.

3. FFDM-System - Halbjahrestest (HT)

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010). Vorgangsweise und Aufwand etwa 80% von Akzeptanztest (AT).

EUREF-Ö Erweiterung

Falls die Auswertungen des Weekly Test des FFDM-Systems seit dem letzten RefZQS- Test (Akzeptanz- oder Jahrestest) durchwegs innerhalb der Toleranz liegende Werte zeigen, ist der HT in diesem Umfang nicht erforderlich (Erfahrungen im RefZ Leuven (Belgien) und im RefZ der österreichischen Pilotprojekte) und kann durch ein funktionales Subset, welches auch von berufsrechtlich befugten Personen durchgeführt werden kann (HT-BBP), ersetzt werden:

Durchführung durch BBP von 2x3 Aufnahmen mit 2x10 mm PMMA-Platten und PMMA - Block des WT und 0,2 mm Al-Plättchen. Messzeit ca. 15 min. und senden der DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 4).

4. FFDM-System -Jahrestest (JT):

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006 ,Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010). Vorgangsweise und Aufwand nahezu ident zu Akzeptanztest.

5. Ultraschallgerät - Jahrestest (JT):

EUREF-Ö Erweiterung

Siehe Kommentar in „Ultraschallgerät -Akzeptanztest – AT“.

Harmonisierung EUREF-TQS und ÖN-TQS

In Österreich ist die gesetzlich vorgeschriebene TQS durch Normen geregelt. Für die Mammographie sind es derzeit im Wesentlichen

- ÖN S 5240-12 für die Abnahmeprüfung (AP)
- ÖN S 5240-7 für die Konstanzprüfung (KP),

welche in 2011 mit neuen Versionen angekündigt wurden.

Weiters gibt es seit 1/2012 die

- ÖN S 5240-19 für die AP und KP von Laserimager mit Trockentechnologie.

In diesen neuen ÖN-Versionen wird in den entsprechenden Anhängen (z.B. ÖN S 5240-7) folgendes erwähnt und weiters die einzelnen Prüfpunktentsprechungen angeführt:

Alternative Prüfverfahren

Als alternative Prüfverfahren kommen insbesondere die in den Mammographie Screening EUREF-Richtlinien festgelegten in Betracht. Diese Prüfverfahren sind im European Protocol For Quality Control in Mammographie Screening (EPQC) im Detail beschrieben:

- EPQC Version 4 aus 2006
- EPQC Supplement aus 2010.

Die in diesen EPQC Dokumenten angeführten zusätzlichen Prüfverfahren bzw. Erweiterungen zu den in Tabelle C.1 angeführten EPQC Prüfverfahren, welche keine Entsprechung in der ÖN S 5240-7 haben, sind hier nicht angeführt.

Dies hat zur Folge, dass bei Durchführung der TQS nach den EUREF-Richtlinien die gesetzlich vorgeschriebene ÖN-TQS mit abgedeckt ist.

Bei §17-Überprüfungen (§ 17 StrSchG) können der Behörde die Berichte des RefZQS über die einzelnen EUREF-TQS-Tests (Wöchentlicher Test, Akzeptanztest, Halbjahrestest, Jahrestest) vorgelegt werden.

Für eine mit EUREF-Ö harmonisierte Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der ÖN-TQS ist es nötig, in den entsprechenden ÖN-Arbeitsgruppen mitzuarbeiten um ein Auseinanderdriften zu vermeiden.

Prozess bei negativen Analyseergebnissen bei TQS

Bei der Durchführung von EUREF-Tests (Akzeptanztest, Wöchentlicher Test, Halbjahrestest, Jahrestest) kann es vorkommen, dass aufgrund der durch das RefZQS durchgeführten Analyse der Messergebnisse die Ergebnisse außerhalb der in EUREF bzw. EUREF-Ö angegebenen Grenzwerte liegen.

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 - ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes dem Stand der Technik und den für das Mammographie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien.

Kategorie 2 - ok

Es wurde ein geringfügiges Problem festgestellt, dessen weitere Entwicklung beobachtet wird und bei Bedarf auch der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu informiert werden.

Kategorie 3 - nicht ok

Es wurde ein Problem festgestellt, zu dessen Lösung der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu involvieren sind.

Kategorie 4 - nicht ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes nicht den für das Mammographie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien und darf bis zur Reparatur und nachfolgendem positiven EUREF-Test nicht für Mammographie-Screening eingesetzt werden.

Kategorien 1 bis 3 werden in den periodischen Testberichten angeführt. Der jeweilige Bericht wird an den Radiologen geschickt.

Bei Fehler der Kategorie 4 wird der Radiologe vom RefZQS unmittelbar nach dem Analyseergebnis kontaktiert und weitere Aktionen festgelegt. Die Erfahrungen aus den österreichischen Pilotprojekten zeigen, dass Fehler der Kategorie 4 nicht ad hoc auftritt, sondern sich bereits vorher durch Fehler niedrigerer Schwere ankündigt, die dann bereits zu einem früheren Zeitpunkt behoben werden können.

Abkürzungen

AAPM	American Association of Physicists in Medicine + AAPM Testbilder für Monitor-OS
AT	Akzeptanztest
BBP	berufsrechtlich befugte Personen
CR	Computed Radioaraphy
DICOM	Digital Imagina and Communication in Medicine
EPQC	European Protocol for Quality Control of the physical and technical aspects of mammography screening (Teil der European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis)
EUREF	European Reference for Mammography Screening
EUREF-Ö	EUREF Protokoll, optimiert für österreichische Verhältnisse
EUREF-TQS	TQS nach den EUREF-Leitlinien (EPQC)
FFDM	Full Field Digital Mammography (digitale Mammographie)
FFDM-CR	Full Field Digital Mammography - Speicherfoliensysteme
FFDM-DR	Full Field Digital Mammography - Flachdetektorsysteme
FSK	Filmschaukasten
GSDF	Grey Level Standard Display Function (Graustufen-Standard-Display-Funktion)
HT	Halbjahrestest
JT	Jahrestest
LI	Laser imager
MT	Monatlicher Test
ÖN-TQS	Gesetzlich vorgeschriebene TQS in Österreich
PMMA	Kunststoff auf Acrylbasis (simuliert Brustgewebe mit etwa 50% Parenchym und 50% Fett)
QS	Qualitätssicherung
RAW	Rohdatenformat (ohne Bearbeitung)
RefZQS	Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung
RWS	Review Work Station (Befundungsmonitore)
SMPTE	Society of Motion Picture and Television Engineers >SMPTE-Testbild für Monitor-QS
TQS	Technische Qualitätssicherung
WT	Wöchentlicher Test

Anlage 2 „Kompendium Mammographie“: ÖÄK – Zertifikat Mammadiagnostik

1. Ziel

Der Radiologin / dem Radiologen kommt in der Brustkrebsfrüherkennung eine zentrale Rolle zu. Zudem trägt die Radiologin / der Radiologe höchste Verantwortung in der verlässlichen Unterscheidung von benignen und malignen Veränderungen in der Brust, da der Befund wesentlich für das weitere, allfällig notwendige Behandlungskonzept ist.

Das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik soll als strukturierte Weiterbildung durch kontinuierliche Erfahrung und Fortbildung ausreichend Gelegenheit bieten, Mammographie und Mammasonographie nach internationalen Standards und gemäß Empfehlungen der EU z.B. im Rahmen von Früherkennungsprogrammen, aber auch kurativ durchzuführen und zu befunden.

Mit dem ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik weisen ÄrztInnen nach, dass sie vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten in der Erstellung und Befundung von Mammographien und Brustultraschall erworben haben.

2. Zielgruppe

Das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ richtet sich an FachärztInnen für Radiologie bzw. FachärztInnen für medizinische Radiologie Diagnostik. Entsprechende theoretische Inhalte, incl. der Prüfung können schon während der Ausbildung zum Facharzt für Radiologie absolviert werden bzw. können praktische Inhalte, die während der Ausbildung nachgewiesen werden können, angerechnet werden.

3. Zertifikatsvoraussetzungen

Um das Zertifikat Mammadiagnostik zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von mindestens 2.000 Frauen pro Arzt/ Ärztin innerhalb eines Jahres. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen;
- b) Teilnahme an einem multidisziplinären Kurs im Ausmaß von einem Tag (10 DFP-Punkte);
- c) Teilnahme an einem Befunderkurs im Ausmaß von 22 Einheiten (22 DFP-Punkte), wobei davon 6 Einheiten der Mammasonographie zu widmen sind;
- d) erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung in Form einer Fallsammlung / Fallsammlungsprüfung

4. Lehrinhalte

- a) Multidisziplinärer Kurs

Der multidisziplinäre Kurs soll die Wichtigkeit der multidisziplinären Versorgung von Frauen mit fraglichem oder nachgewiesenem Brustkrebs herausstreichen, indem allen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen die fachübergreifenden Zusammenhänge nähergebracht werden um die Kommunikation und Leistungserbringung innerhalb der Versorgungskette zu verbessern, wobei auch Aspekte des österreichischen Brustkrebsfrüherkennungs-Programms integriert werden.

Kursinhalte

- Epidemiologie des Mammakarzinoms
- Grundlagen der medizinischen Statistik
- Grundlagen und Organisation des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms
 - Organisationsstruktur
 - Abläufe
 - Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,...)
 - Aufgabenverteilung

- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
- Grundlagen der Behandlung gut- und bösartiger Brusterkrankungen
- Kommunikation in der Versorgungskette
- Psycho-onkologische Grundlagen
- Dokumentation in der gesamten Behandlungskette einschließlich Erläuterung der zu übermittelnden Datenfelder
- Evaluierung des Programms

Der multidisziplinäre Kurs steht auch anderen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen (zB RT, MTF, Pathologen, Chirurgen, Gynäkologen, Onkologen, Medizinphysiker,...) offen. Über die Teilnahme am multidisziplinären Kurs wird eine Teilnahmebestätigung ausgestellt.

b) Befunderkurs

Der Befunderkurs soll die im Rahmen der Fachausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Mammadiagnostik (Mammographie und Brustultraschall) vertiefen, neuere medizinische Erkenntnisse und technische Entwicklungen vermitteln sowie an Hand von praktischen Beispielen und Übungen gefestigt werden.

Kursinhalte

- Radiologische Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
 - physikalische Prinzipien
 - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
 - Artefakte
 - Spezialaufnahmen (Vergrößerungen, Zielkompression,...)
 - Hard- und Software
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
 - physikalische Prinzipien
 - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
 - Hard- und Software
- Pathologie und Klinik der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Radiologie der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Klassifikation der Mammographie (BIRADS- und ACR-Klassifikation)
- Klassifikation des Ultraschalls
- Differentialdiagnose herdförmiger Verdichtungen, Parenchymstrukturstörungen und asymmetrischer Verdichtungen, Mikroverkalkungen
- Untypische Zeichen eines Mammakarzinoms
- Bedeutung der radiologischen-pathologischen Korrelation für die Diagnose und Behandlung
- Charakterisierung und Klassifikation der Intervallkarzinome
- Indikation für das Assessment auffälliger Mammographiebefunde
- Vorgehen bei der Doppelbefundung
- Simulation einer Konsensuskonferenz
- Datenerfassung im Brustkrebsfrüherkennungs-Programm
- Technische Qualitätssicherung / Strahlenschutz
 - Abgrenzung Arzt/Assistent/Medizinphysiker
 - Bildqualität / Dosisverhalten
- Neue Erkenntnisse in der Bildgebung
- Praktische Beispiele

c) Prüfung

Die Durchführung und Organisation der Prüfung in Form einer Fallsammlung obliegt der Österreichischen Ärztekammer, die sich dazu der Österreichischen Akademie der Ärzte bedienen kann.

Andere Weiterbildungen können nicht auf diese Prüfung angerechnet werden. Eine Wiederholung ist frühestens nach 14 Tagen bei Nichtbestehen möglich. Wird auch diese Prüfung nicht bestanden, ist eine neuerliche Wiederholung nach einem Monat zulässig, sofern eine Hospitation (5 Arbeitstage) an einem von der Zertifikatskommission anerkannten Zentrum für Mammadiagnostik nachgewiesen werden kann. Sollte diese Prüfung nicht bestanden werden, ist ein neuerliches Antreten erst nach weiteren 6 Monaten zulässig.

5. Zertifikatsgültigkeit

Das Zertifikat Mammadiagnostik wird unbefristet ausgestellt, und bleibt solange gültig, als die erforderlichen Nachweise gemäß Punkt 6 zeitgerecht erbracht werden.

6. Aufrechterhaltung des Zertifikates

Das Zertifikat verliert seine Gültigkeit, wenn folgende Nachweise nicht fristgerecht erbracht werden:

- a) der Nachweis von Fortbildungseinheiten auf dem Gebiet der Senologie (insbesondere breast imaging) im Ausmaß von 24 DFP Punkten alle 36 Monaten nach Erstaustellung. Die Nachweise sind jeweils binnen 39 Monaten vorzulegen. Bei Versäumnis wird eine Nachfrist von 6 Monaten gesetzt, in der die Fortbildungseinheiten und deren Nachweis erbracht werden kann. Werden auch innerhalb dieser Frist keine ausreichenden Nachweise erbracht, so verliert das Zertifikat seine Gültigkeit.
- b) der Nachweis der regelmäßigen Befundung von Mammographieaufnahmen, im Mindestumfang von jeweils 2.000 Mammographien (Frauen) pro Kalenderjahr, beginnend mit dem ersten vollen Kalenderjahr nach Erstaustellung. Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen.

Können die Mindestfrequenzen einmalig während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Währenddessen bleibt das Zertifikat aufrecht.

Der Nachweis der regelmäßigen Befundungszahlen nach Punkt 6.b. erfolgt im Wege der Datensammelstelle des Screeningprogramms.

7. Einstiegsregelung

Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie bzw. medizinische Radiologie-Diagnostik, die erstmalig um ein Zertifikat ansuchen, sowie Personen, die ein Zertifikat hatten, dessen Gültigkeit abgelaufen ist, können nach Absolvierung der theoretischen Inhalte und erfolgreicher Prüfung ein bis zum 1. April des drittnächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2000 Mammographien sukzessive binnen der ersten 24 Monate als Zweitbefunder eines erfahrenen Radiologen mit Mammographiezertifikat nachweisen müssen. Gewertet wird das erste volle Kalenderjahr. Sobald die Mindestfrequenz erreicht ist, kann ein endgültiges Zertifikat beantragt werden.

8. Zertifikatskommission

Der Bildungsausschuss der Österreichischen Ärztekammer nominiert eine Zertifikatskommission, der 3 Fachärzte für Radiologie angehören, die alle über das Zertifikat verfügen müssen. Der Kommission gehören weitere zwei Fachärzte für Radiologie an, von denen einer vom HV und einer von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologen nominiert werden. Der Bildungsausschuss bestimmt einen Vorsitzenden.

Der Kommission obliegt der Vollzug dieser Richtlinie, insbesondere

- die Anerkennung von Kursen gemäß Punkt 3.b. und 3.c.
- die Anerkennung von ausländischen Kursen, sowie die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen gemäß Punkt 6.a.
- die fachliche Durchführung der Prüfung gemäß Punkt 3.d., im Besonderen die Auswahl der Fälle und die Festlegung der Bestehensgrenze/Kriterien bzw. Reprobationsmöglichkeiten und –fristen sowie des Ausmaßes allfälliger Nachschulungen und die Zulassung von Zentren für Hospitationen

Die Protokolle der Kommissionssitzungen sind auch dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zur Kenntnis zu bringen.

9. Übergangsbestimmungen

Ärztinnen und Ärzte, die nachweisen können, dass sie vor Inkrafttreten dieser Richtlinie Kurse im Sinne dieser Verordnung absolviert haben, können über Antrag diese Kurse angerechnet werden.

10. Antrag auf das ÖÄK-Zertifikat

Die Administration des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik erfolgt durch die Österreichische Akademie der Ärzte.

Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik, sowie sonstige Anträge sind direkt oder im Wege der zuständigen Landesärztekammern an die Österreichische Akademie der Ärzte zu richten. Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats erfolgt unter Beilage der Teilnahmebestätigungen des multidisziplinären Kurses und des Befunderkurses sowie der Bestätigung über die positive Absolvierung der Fallsammlungsprüfung und der Befundungszahlen gemäß Punkt 3.a.

Anlage 3 „Kompendium Mammographie“: Indikationen für kurative Mammographie

Indikationen für die diagnostische Mammographie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammographie als diagnostische Mammographie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radio-logie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

Klinische Angaben / Indikationen	Kurativ		Bemerkungen
	Ja	Nein	
Asymptomatische Frauen			
Familiäre erhöhte Disposition und/oder Hochrisikopatienten	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		Vor Einsteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		✗	
zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		✗	
Mastodynie bds		✗	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		✗	ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von 2 Jahren nach OP
tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss
			Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht

entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Apfelsinenhaut, Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Besondere medizinische Indikation im Einzelfall	✓		Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein“ ein „✗“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 21.05.2014

ANHANG

Tabelle 1: Familiär erhöhte Disposition: Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese

Definition	10-Jahres- Risiko in %	Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits)	Genetische Beratung und nachfolgend gegebenenfalls Hochrisikoscreening	Jährliche Mammographie ab dem 40. LJ
Hohes Risiko1	10-Jahres- Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: mehr als 8 %	3 Brustkrebsfälle vor dem 60. LJ	✓	✗
		2 Brustkrebsfälle vor dem 50. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ	✓	✗
		1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters	✓	✗
		2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters	✓	✗
		Männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters	✓	✗
Moderates Risiko2	10-Jahres- Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: 3-8 %	1 weibliche Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ*	✗	✓
		1 männlicher Verwandter ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist	✗	✓
		2 Verwandte ersten Grades, oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓
		1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades	✗	✓
		3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters	✗	✓

* In begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.

Tabelle 2: Hochrisikoscreening Brust

Hochrisikoscreening (Brust)¹	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust MRT	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammographie	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonographie	bei Bedarf

Tabelle 3: Verwandtschaftsgrade

Verwandtschaftsgrad	Verwandte²
erster Grad	Mutter, Vater Schwester, Bruder Tochter, Sohn
zweiter Grad	Großmutter, Großvater Tante, Onkel Nichte, Neffe Halbschwester, Halbbruder
dritter Grad	Urgroßmutter, Urgroßvater Großtante, Großonkel Cousine, Cousin ersten Grades

¹ Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Leitlinie zur Prävention und Früherkennung von Brust- und Eierstockkrebs bei Hochrisikopatientinnen, insbesondere bei Frauen aus HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) Familien. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2011; http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien/2011_11_10_Leitlinie_BRCA_Final.pdf

² National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical Guideline; June 2013. National Collaborating Centre for Cancer; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14188/64204/64204.pdf>

Anlage 4 „Kompendium Mammographie“: 079 – Datenflussdokumentation,
Version 0.19



079 – Datenflussdokumentation

Version 0.19

Wien, im April 2012

1. Informationen zum Dokument

Sicherheitskennzeichnung		Vertraulich
Verfasser	Name	Hans Peter Dormann
	Tel.:	050 124 714 – 4313
Prüfer	Name	<Name>
	Tel.:	<050 124 714 – DW>
	Datum	<tt.mm.jjjj>
Freigegeben	Name	<Name>
	Tel.:	<050 124 714 – DW>
	Datum	<tt.mm.jjjj>
Status		In Arbeit
Ablage		Link:
File-Name/ Gespeichert am		

Änderungsberechtigte:

Georg Delueg SVC 1020 Wien
Hans Peter Dormann SVC 1020 Wien
Thomas Koch SVC 1020 Wien

Dokument wurde mit folgenden Tools erstellt:

- MS-Word 2010
- MS-Visio 2010

Aktualitätshinweis:

Nutzen Sie nur aktuelle, gültige Dokumente!

Bitte prüfen Sie vor Nutzung von Ausdrucken und elektronischen Kopien dieses Dokuments, ob eine aktualisierte Version im CM-System oder Filesystem verfügbar ist, und verwenden Sie diese.

Sprachliche Gleichbehandlung

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

Dokument-Historie

Version	Status	Datum	Verantwortlicher	Änderungsgrund
0.01	ok	23.01.2012	Hans Peter Dormann	Initiale Erstellung
0.02	ok	15.02.2012	Georg Delueg	Erweiterung Ablaufbeschreibung, Präzisierung Input – Output
0.06	In Arbeit	29.2.2012	Georg Delueg	Neuer Aufbau und Zusammenführung aller Vorgängerversionen
0.07	In Arbeit	29.2.2012	Hans Peter Dormann	Korrektur und Formatierung bisheriger Kapitel. Ergänzungen Einladungsmanagement.
0.09	In Arbeit	02.03.2012	Thomas Koch	Draft Version zur Befund durch Projektmitglieder
012	In Arbeit	14.03.2012	Georg Delueg Hans Peter Dormann	Einarbeitung Befundungen Projektmitglieder und aus RefZQS
018	In Arbeit	13.04.2012	Thomas Koch	Überarbeitung aufgrund von Befundungen
019	In Arbeit	23.04.2012	Thomas Koch	Überarbeitung aufgrund von Befundungen durch BURA in Kap. 8.

2. Datenflussbeschreibung

Die Beschreibung der Datenflüsse wird in folgende Bereiche unterteilt:

- **Einladungsmanagement (Einladungssystem):** Verwaltung, Ermittlung und Versendung von Einladungen an die Zielgruppe und Regelung grundsätzlicher Berechtigung für die Inanspruchnahme im e-card System.
- **Befunddaten Erfassung und Übermittlung:** Erfassung der Befundblätter, Pseudonymisierung und Übermittlung an die Datenhaltung zur Speicherung der Daten.
- **Evaluierung:** Evaluierung der medizinischen und organisatorischen Effizienz des Programms auf aggregierter Ebene. Dazu werden die Daten der Datenhaltung und des Einladungsmanagements ausgewertet und jährlich ein Programmevaluierungsbericht verfasst.
- **Feedbackberichte:** Generierung von Feedbackberichten aus den Daten der Datenhaltung und Übermittlung an regional verantwortliche und programmteilnehmende Radiologen.
- **Technische Qualitätssicherung:** Übermittlung und Prüfung von wöchentlichen und monatlichen Referenzbildern zur technischen Prüfung der Mammographie- und Sonografie-Geräte. Rückmeldung an die betroffenen Radiologen.
- **Zertifikatsregister:** Führung des Registers der teilnehmenden Ärzte, Standorte und Geräte auf Basis von personenbezogenen und standortbezogenen Teilnahme Kriterien am Programm.

3. Einladungsmanagement (Einladesystem)

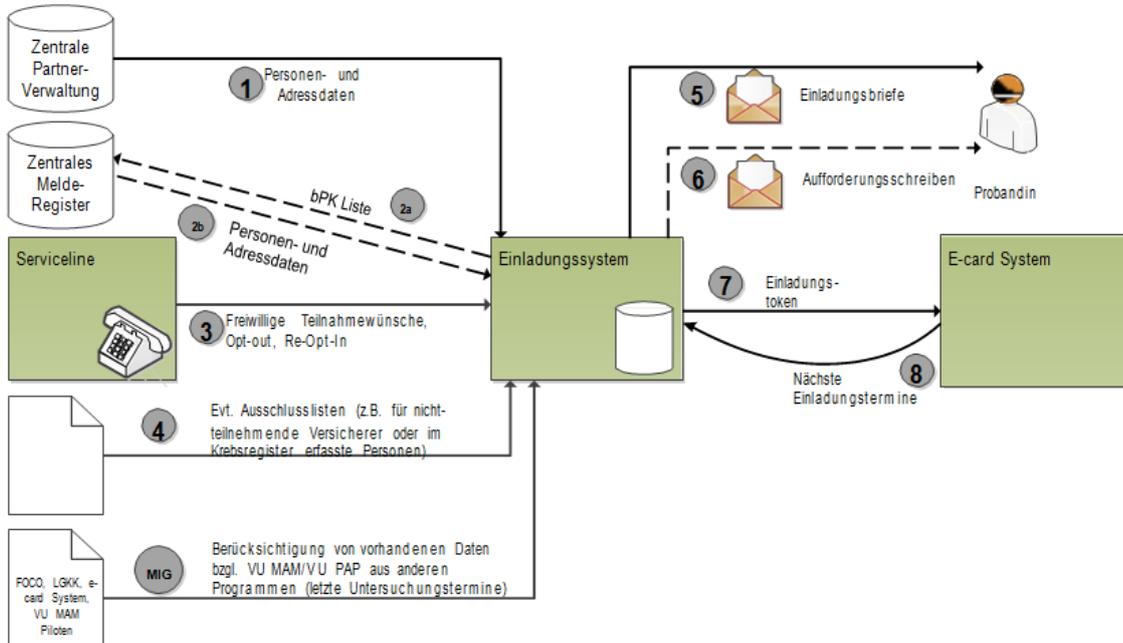


Abbildung 1: Datenfluss Einladungsmanagement

Allgemeine Beschreibung:

Das Einladungssystem nimmt im VU-BKF Programm eine zentrale Rolle ein. Die Anforderung besteht in der Ermittlung, Verwaltung und dem Verfassen der Einladungsmeldungen der entsprechenden Zielpersonen. Damit

diese Anforderung durch das Einladungssystem erfüllt werden kann, sind Daten aus Umsystemen zuzuliefern. Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Datenflüsse näher spezifiziert.

Grundsätzlich arbeitet das Einladungssystem mit nicht-pseudonymisierten SV-Nummern und SV-bPKs, um von den Umsystemen die notwendigen Daten abfragen und auch zusammenfinden zu können. Das Einladungssystem wird diese Daten auch halten und für definierte Auswertungszwecke zur Verfügung stellen. Dabei dürfen SV-Nummern und SV- bPKs NICHT weitergegeben werden. Im Gegensatz zur BKF-Datenhaltung wird das Einladungssystem auch keine generischen Analysetools zur Verfügung stellen, sondern ausschließlich vordefinierte Reports.

Die Datenübermittlungen erfolgen über geschlossene, sichere Netze.

3.1. Datenfluss 1 (DF1): Personen- und Adressdaten

Voraussetzung: keine

Die Zentrale Partnerverwaltung in der SV ist das führende System für Partnerstammdaten. Dieses liefert in noch zu definierenden Intervallen bzw. bei Bedarf alle vorhandenen Personenstammdaten und Adressdaten von versicherten und nicht versicherten Probandinnen der vereinbarten Zielgruppe zu. Die erste Lieferung entspricht einer Initiaillieferung. Im Tagesgeschäft werden nur mehr die angeforderten Daten (Anlassbezogen aus dem Einladungssystem) an das Einladungssystem retourniert.

Folgende Daten werden unverschlüsselt über sicheren Kanal übermittelt:

Anmerkung: Nachdem das Einladungssystem von einem Träger betrieben wird, kann der Datenverkehr über die bestehende Datendrehscheibe des Hauptverbandes abgewickelt werden. Nachdem man sich dadurch innerhalb eines sicheren Netzwerks befindet, können die Daten unverschlüsselt übertragen werden.

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V...Verschlüsselt für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A	P	x	10 Stellige Versicherungsnummer
SV bPK	Eindeutiger bereichsspezifischer Schlüssel einer Probandin	A	P	x	
Titel vorne	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	
Vorname	Vorname der Probandin	A	P	x	
Zuname	Nachname der Probandin	A	P	x	
Titel hinten	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	
Geschlecht	Geschlecht der Probandin	A	P	x	

Geburtsdatum	Geburtsdatum der Probandin	A	P	x	gebjahr
Straße	Straße mit Hausnummer der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
PLZ	Postleitzahl der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
Ort	Ort der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
Bundesland	Bundesland der Zustelladresse der Probandin	A	P	x	bld

3.2. Datenfluss 2a/2b: Personen- und Adressdaten über ZMR

Voraussetzung: DF1

Auf Basis der Daten (DF1) erzeugt das Einladungssystem eine Liste aller vorrätigen Personendaten. Da ZPV jedoch nicht die Daten aller programmteilnehmenden Personen beinhaltet, werden diese aus dem ZMR angefordert. Dazu ist mit dem ZMR noch abzuklären, ob

- dem ZMR eine bPK Liste zur Verfügung gestellt (DF2a) wird und das ZMR eine Differenzliste von Probandinnen ermittelt, welche dem Einladungssystem wieder retourniert werden (DF2b) oder
- das ZMR eine Liste aller potentiellen Probandinnen retourniert (DF2b) und das Einladungssystem diese Listen über das SV-bPK abgleicht.

Dieser Datenfluss wird erst umgesetzt, wenn es eine gesetzliche Grundlage für den Zugriff auf das ZMR gibt und mit dem ZMR anschließend abgeklärt werden kann, in welcher Form die Daten angeliefert werden.

Folgende Daten werden unverschlüsselt über einen sicheren Kanal dem Einladungssystem übermittelt:

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A ... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personendaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V ... Verschlüsselt für Zielsystem PS ... Pseudonymisiert x ... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref- Bez... Referenz auf At- tribut Daten- tabelle GÖG
SV bPK	Eindeutiger bereichsspezifischer Schlüssel einer Probandin	A	P	x	
Titel vorne	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	
Vorname	Vorname der Probandin	A	P	x	
Zuname	Nachname der Probandin	A	P	x	
Titel hinten	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	
Geschlecht	Geschlecht der Probandin	A	P	x	
Geburtsdatum	Geburtsdatum der Probandin	A	P	x	gebjahr
Straße	Straße mit Hausnummer der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
PLZ	Postleitzahl der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
Ort	Ort der Probandin	A	P	x	Zustelladresse
Bundesland	Bundesland der Zustelladresse der Probandin	A	P	x	bld

Nachfolger: DF 5/6

3.3. Datenfluss 3: Freiwillige Teilnahme – Opt-Out – Re-Opt-In

Probandinnen der Altersgruppen 40-44 und 70-75 Jahre können freiwillig an dem Programm teilnehmen und müssen sich zu diesem Zweck bei einer für das Programm einzurichtenden Hotline melden.

Die Angaben der Probandin werden durch den Sachbearbeiter geprüft (z.B. Alter) und an das Einladungssystem weitergeleitet. Im Einladungssystem werden diese Daten um Anschriftsdaten aus ZPV ergänzt.

Opt-Out:

Möchte eine Probandin in der Zukunft an dem Programm nicht (mehr) teilnehmen bzw. keine Einladung zum Programm bekommen, kann sie dies auch über die Hotline melden. Es wird in weiterer Folge kein Einladungsschreiben mehr erstellt und an die Probandin versendet.

Es ist im Zuge der Umsetzung zu klären, ob auf die Meldung noch eine schriftliche Bestätigung (z.B. unterschriebenes Fax) zu folgen hat, um den Opt-Out Wunsch nachvollziehbar dokumentiert zu haben. In dem Fall würden die schriftlichen Bestätigungen strukturiert (z.B. nach Datum sortiert) im Einladungsmanagement abgelegt werden.

Re-Opt-In:

Möchte eine Probandin in der Zukunft wieder an dem Programm teilnehmen bzw. eine Einladung zum Programm bekommen, kann sie dies über die Hotline vornehmen lassen. Es wird in weiterer Folge wieder ein Einladungsschreiben versandt.

Folgende Daten werden unverschlüsselt über einen sicheren Kanal dem Einladungssystem übermittelt. (synchron oder asynchron)

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der Probandin	M	P	X	10 Stellige Versicherungsnummer
Teilnahmestatus	Information ob die Probandin am Programm teilnimmt.	M	P	X	Opt-In, Opt-out, freiwillige Teilnahme, Umreihung
Strasse	Strasse mit Hausnummer der Probandin	M	P	X	Zustelladresse
PLZ	Postleitzahl der Probandin	M	P	X	Zustelladresse
Ort	Ort der Probandin	M	P	X	Zustelladresse
Bundesland	Bundesland der Zustelladresse der Probandin	M	P	X	Bld

Die Adresse wird optional angegeben, falls die in der SV hinterlegte Adresse ersetzt werden soll.

Nachfolger:

Keiner – Opt-Out

DF5: Freiwillige Teilnahme, Re-Opt-In

DF6: Freiwillige Teilnahme (Daten sind im Einladungssystem noch nicht vorhanden)

3.4. Datenfluss 4: Ausschlusslisten

Die Daten der Probandinnen, welche aus diversen Gründen (z.B. im Krebsregister erfasste Probandinnen, ...) kein Einladungsschreiben erhalten sollen, werden dem Einladungssystem zyklisch zur Verfügung gestellt. Die Daten werden im Einladungssystem konsolidiert und die Probandinnendaten mit dem entsprechenden Teilnahmestatus vermerkt. Folgende Daten werden unverschlüsselt über einen sicheren Kanal dem Einladungssystem übermittelt.

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	x	10 Stellige Versicherungsnummer
SV bPK	Eindeutiger bereichsspezifischer Schlüssel einer Probandin	A	P	x	
Teilnahmestatus	Information ob die Probandin am Programm teilnimmt oder nicht	A	P	x	Opt-In, Opt-out, freiwillige Teilnahme, Umreihung

Nachfolger: Keiner

3.5. Datenfluss 5: Einladungsbriefe

Unter Berücksichtigung der in den DF 1 bis 5 erfassten Daten, werden an die teilnehmenden Probandinnen Einladungsbriefe verschickt.

Wiedereinladung: Das Wiedereinladungsdatum wird durch externe Systeme vorgegeben.

Folgende Daten werden dabei vom Einladungssystem über den Postweg an die Probandinnen verschickt:

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der Probandin	A	P	x	10 Stellige Versicherungsnummer
Titel vorne	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	

Vorname	Vorname der Probandin	A	P	x	
Zuname	Nachname der Probandin	A	P	x	
Titel hinten	Akademischer Titel der Probandin	A	P	x	
Geschlecht	Geschlecht der Probandin (dies wird verwendet für die Anrede der Probandin) Ein Andruck des Geschlechts findet nicht statt.	A	P	x	
Geburtsdatum	Geburtsdatum der Probandin	A	P	X	gebjahr
Straße	Straße mit Hausnummer der Probandin	A	P	X	
PLZ	Postleitzahl der Probandin	A	P	X	
Ort	Ort der Probandin	A	P	X	
Einladungsdatum	Datum an dem die Einladung versendet wurde.	A	P	x	TT.MM.JJJJ
Datum gilt bis_E	Gültigkeitsdatum des Einladungsschreibens (Aufdruck auf Einladungsschreiben)	A	P	x	TT.MM.JJJJ
Liste Radiologen	Liste von Radiologen im näheren Umkreis der Anschrift der Probandin	A	P	x	
Einladungstatus	Status, ob es sich um Selbsteinlader oder um eine automatische Teilnahme handelt.	A	P	X	Wertebereich: 1 ..regulär 2 ..Selbsteinlader
Ersteinladung	Kennzeichen, ob es sich um eine Erst- oder Folgeeinladung handelt.	A	P	X	Wertebereich: 1 ..Ersteinladung 2 ..Folgeeinladung

Nachfolger: DF 7

3.6. Datenfluss 6: Aufforderungsschreiben

Bei Probandinnen zu denen nicht alle notwendigen Daten in der SV vorhanden sind, wird vom Einladungsmanagement ein Aufforderungsschreiben versendet, sich einmalig bei dem zuständigen lokalen Träger zu melden, falls sie am Programm teilnehmen wollen. Danach erhalten auch diese Probandinnen ein Einladungsschreiben.

3.7. Datenfluss 7: Einladungstoken

Voraussetzung DF 5.

Zu jeder ausgestellten Einladung, wird ein Einladungstoken an das e-card System übermittelt, wobei eine ausgestellte Einladung eine definierte Zeit (konfigurierbar) im e-card System gültig ist, mindestens jedoch so lange wie im Feld

„Datum gilt bis_E) (Aufdruck auf Einladung) vermerkt ist. Durch eine erfolgreiche Ausstellung des Tokens ist eine Teilnahme am BKF-Programm über das e-card System geregelt.

Das Einladungstoken beinhaltet dabei folgende Daten, welche unverschlüsselt über einen sicheren Kanal an das e-card System übertragen werden.

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V ... Verschlüsselt für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref- Bez... Referenz auf At- tribut Daten- tabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der PRobandin	A	P	x	10 Stellige Versicherungsnummer
	der Probandin.				Versicherungsnummer
Geburtsjahr	Geburtsjahr Das e-card System hat keine unvollständigen Geburtstage, daher wird das Geburtsjahr (das jedenfalls für die Errechnung der Teilnahme notwendig ist) vom Einladungsmanagement übermittelt.	A	P	X	JJJJ
politischer Bezirk	Politischer Bezirk der Probandin	A	P	x	
Bundesland	Bundesland der Zustelladresse der Probandin	A	P	x	Bld
Einladungsdatum	Datum an dem die Einladung versendet wurde	A	P	X	TT.MM.JJJJ
Datum gilt bis_token	Gültigkeitsdatum des Einladungsschreibens (Datum für die Verrechnungsmöglichkeit) Bei Bedarf kann dieses Datum vom Datum am Einladungsschreiben abweichen (grace period).	A	P	x	TT.MM.JJJJ
Einladungstatus	Status, ob es sich um Selbsteinlader oder um eine automatische Teilnahme handelt.	A	P	X	Wertebereich: 1 ..regulär 2 ..Selbsteinlader
Ersteinladung	Kennzeichen, ob es sich um eine Erst- oder Folgeeinladung handelt.	A	P	X	Wertebereich: 1 ..Ersteinladung 2 ..Folgeeinladung

3.8. Datenfluss 8: Nächste Einladungstermine

Voraussetzung DF 7

Für diesen Datenfluss siehe auch Kap. 4 „Befunddaten Erfassung und Übermittlung“ DF 9.

Nach erfolgter Übermittlung des Befundblatts wird vom e-card System an das Einladungsmanagement der nächste vorzusehende Einladungstermin zurückgemeldet. Dieser errechnet sich aus dem Untersuchungsdatum und der vom Radiologen im Befundblatt festgelegten Vorgehensweise.

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref- Bez... Referenz auf At- tribut Daten- tabelle GÖG
SVNR	Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A	P	x	10 Stellige Versicherungsnummer
Wiedereinladungsdatum	Das Wiedereinladungsdatum wird durch externe Systeme vorgegeben.	A	P	x	MM.JJJJ

Nachfolger: DF 5/7

4. Befunddaten Erfassung und Übermittlung

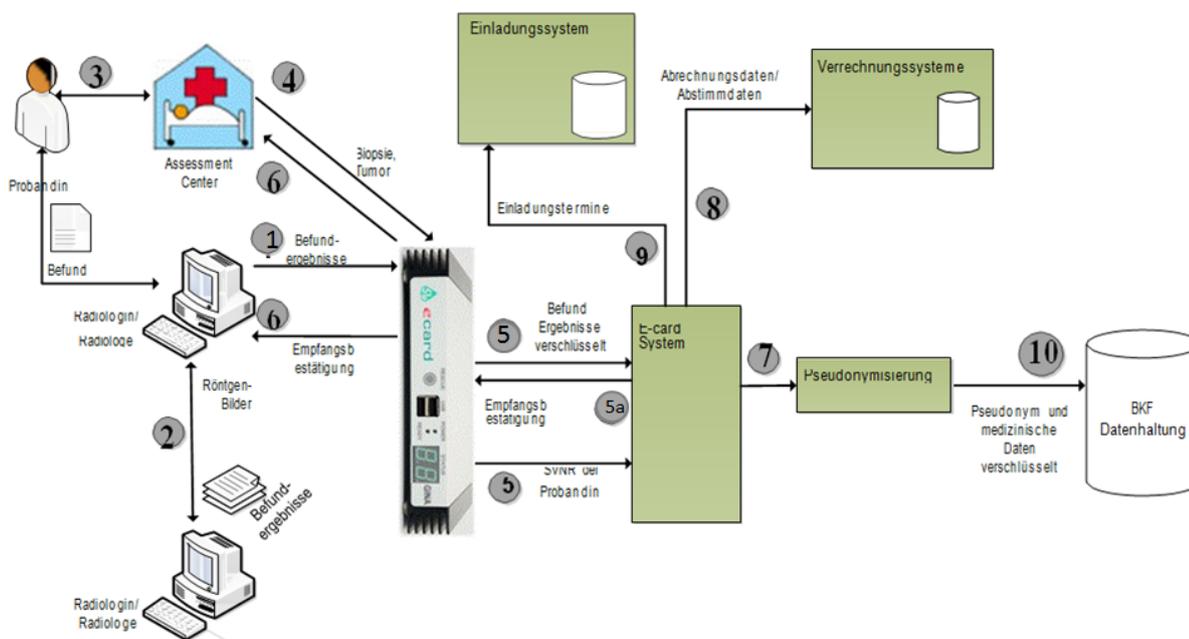


Abbildung 2 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung

Allgemeine Beschreibung:

Die Befunddaten Erfassung und Übermittlung beinhaltet im VU-BKF Programm allgemein die Dokumentation der Leistungserbringung durch die Akteure in der Früherkennung, im Assessment und in der Behandlung, sowie die Erfassung von Erst-, Zweit- und Konsensbefundungen aus dem Bereich Früherkennung und weitere Befundblätter aus dem Bereich Assessment bis zu den post-operativen Dokumentationen. Ein weiterer Bestandteil ist die Übertragung der

- notwendigen administrativen Daten an Verrechnungssysteme zur Prüfung der Abrechnung und an das Einladungssystem für die Terminfestlegung der nächsten Einladung.
- medizinischen Daten an die BKF-Datenhaltung

unter Berücksichtigung der notwendigen sicherheitstechnischen Anforderungen.

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Datenflüsse mit den entsprechenden Daten auf der Ebene von Befundblättern näher spezifiziert. Wenn es für das Verständnis unbedingt erforderlich ist, wird auch bereits Verarbeitungslogik miterklärt.

Der Übersichtlichkeit halber wird nicht jeder Datenübermittlungsschritt beschrieben, sondern nur die, welche notwendig sind für das Verständnis, welche Daten einzugeben bzw. welche vom System selbst ermittelt werden und welche Daten letztendlich in welchen Datenspeichern gespeichert werden. Datenübermittlungsschritte, in denen betroffene Daten nicht bearbeitet werden, entfallen in der Beschreibung.

Außerdem werden im folgenden Kapitel die grundsätzlichen Methoden beschrieben, um die Daten am Übertragungsweg bis zum jeweiligen Zielsystem zu sichern.

Generell werden einige Timestamps (Zeitpunkte) gefordert. Wenn das ein datenschutzrechtliches Hindernis darstellt, werden diese zu einem Referenzzeitpunkt (z.B. Zeitpunkt der Konsultation) als Differenz (z.B. in Minuten oder Stunden) dargestellt und übermittelt, möglicherweise auch über die Früherkennung hinaus, damit die logische Abfolge (in welcher Abfolge sind die Untersuchungen durchgeführt worden) klar erkenntlich bleibt.

4.1. Sicherung der Daten im Übertragungsweg

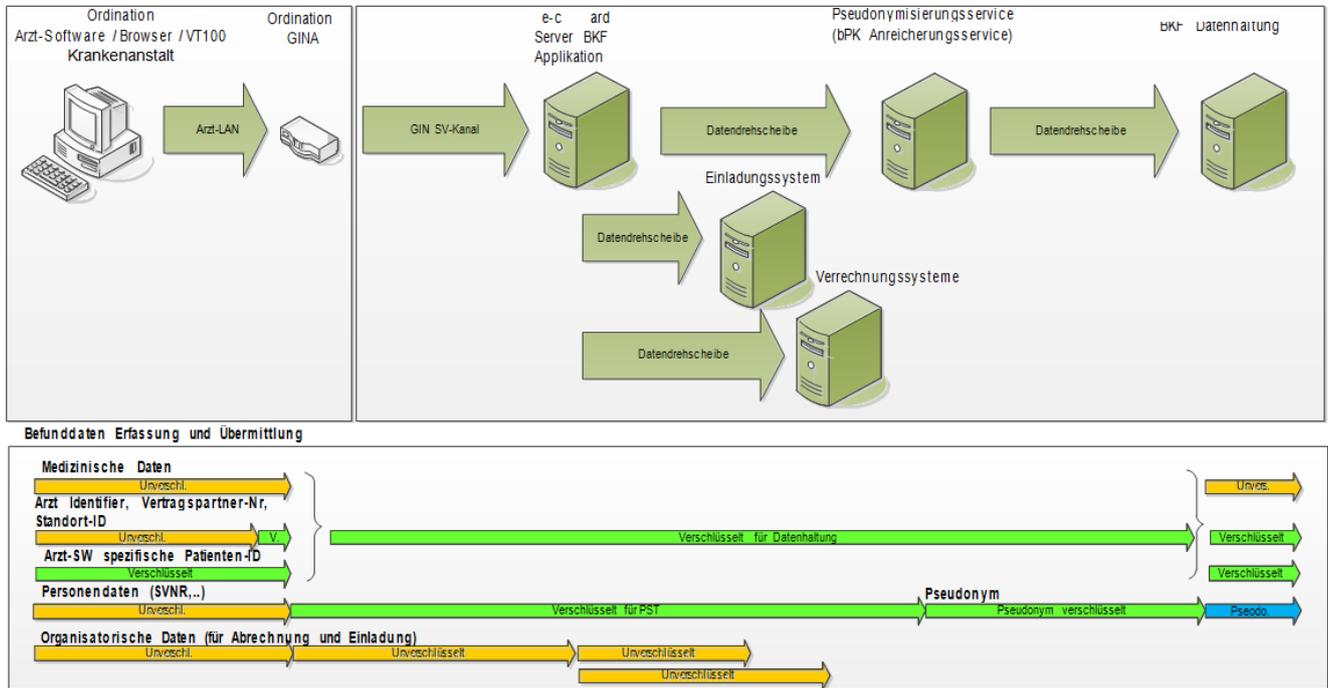


Abbildung 3 Datenfluss – Befunddaten Sicherung am Übertragungsweg

Mit Ausnahme der Arzt-SW spezifischen Patienten-ID, die bereits verschlüsselt vom Arzt-System übergeben werden, werden alle Daten auf der GINA für das jeweilige Zielsystem vorbereitet und ggf. verschlüsselt:

- Medizinische Daten:** Diese Daten werden in einen Datencontainer für sensible Objekte verpackt und für die BKF Datenhaltung verschlüsselt. D.h. kein System dazwischen kann diesen Container einsehen. Diese Daten werden im folgenden Kapitel (Beschreibung der DF 1 und 5) mit Datentransformation (Spalte 5) mit „V (DH)“ gekennzeichnet. Das beinhaltet auch alle programmrelevanten demographischen Daten zur Person (z.B. Geburtsjahr der Probandin, ...).
- Arzt Identifier, Vertragspartnernummer, Standort-ID:** Diese Daten werden zuerst für die wissenschaftliche Evaluierungsstelle verschlüsselt und dann in den o.a. Datencontainer für sensible Objekte verpackt und noch einmal mitverschlüsselt. Diese Daten werden im folgenden Kapitel (Beschreibung der DF 1 und 5) mit Datentransformation (Spalte 5) mit „V (MED)“ gekennzeichnet. Diese Informationen bleiben auch in der Datenhaltung verschlüsselt.
- Arzt-SW spezifische Patienten-ID:** Dieses Datum wird der GINA bereits verschlüsselt übergeben und dann in den o.a. Datencontainer für sensible Objekte verpackt und noch einmal mitverschlüsselt. Dieses Datum wird im folgenden Kapitel (Beschreibung der DF 1 und 5) mit Datentransformation (Spalte 5) mit „V (ARZT)“ gekennzeichnet, da nur der ursprünglich sendende Arzt bzw. Arzt-SW diese Daten entschlüsseln und interpretieren kann.
- SV-Nr.:** Dieses Datum wird in einen Datencontainer verpackt und für die Pseudonymisierungsstelle verschlüsselt. Dieses Datum wird im folgenden Kapitel (Beschreibung der DF 1 und 5) mit Datentransformation (Spalte 5) mit „V (PST)“ gekennzeichnet, da nur die PST dieses Datum zum Zweck der Pseudonymisierung entschlüsseln kann. Nach der Pseudonymisierung wird dieses Datum wieder für die BKF Datenhaltung verschlüsselt. Zusätzlich wird die SV-Nr. noch verschlüsselt für das noch zu errichtende bPK Anreicherungsservice in den o.a. Datencontainer für sensible Objekte verpackt und noch einmal mitverschlüsselt.
- Organisatorische Daten:** Diese Daten beinhalten notwendige Daten, um

- a) das Einladungssystem über den nächsten Einladungstermin zu informieren und
- b) die zuständigen Versicherungsträger bzw. Verrechnungssysteme mittels Abstimm- und Abrechnungsdaten über die Abrechenbarkeit der Leistung zu informieren.

Diese Daten beinhalten natürlich auch die SV-Nr. der Probandin und die Vertragspartnernummer bzw. Ordinationsnummer zur Identifikation in den Backendsystemen der SV.

V ... verschlüsselt, DH ... für BKF Datenhaltung

V ... verschlüsselt, MED ... für wissenschaftliche Evaluierungsstelle

V ... verschlüsselt, ARZT ... für den übermittelnden Arzt

V ... verschlüsselt, PST ... für die Pseudonymisierungsstelle

V ... verschlüsselt, PST-bPK ... für das noch zu errichtende bPK Anreicherungsservice

Der Datencontainer für sensible Objekte und der Datencontainer mit der SV-Nr. werden gemeinsam an die Pseudonymisierungsstelle übermittelt. Dort wird der Datencontainer mit der SV-Nr. entschlüsselt, die SV-Nr. pseudonymisiert und wieder verschlüsselt an die BKF Datenhaltung übermittelt. Diese kann den Datencontainer für sensible Objekte und den Datencontainer mit dem Pseudonym der Probandin entschlüsseln und importieren (das Pseudonym kann nicht mehr rückgerechnet werden).

Der Arzt Identifier, die Vertragspartnernummer und die Standort-ID, die verschlüsselt in dem Datencontainer für sensible Objekte enthalten sind, können von der BKF Datenhaltung nicht entschlüsselt werden, sondern nur von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle, um die Feedbackberichte aufzubereiten.

Die Arzt-SW spezifische Patienten-ID, die verschlüsselt in dem Datencontainer für sensible Objekte enthalten ist, kann weder von der BKF Datenhaltung noch von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle entschlüsselt werden, sondern nur vom ursprünglich sendenden Arzt bzw. der Arzt-SW.

4.2. Datenfluss 1 und 5 (DF1, DF5): Befundergebnis und Aufbereitung für die Übermittlung

Der zentrale Geschäftsprozess für den Radiologen im abgebildeten System stellt neben der eigentlichen Leistungserbringung die Dokumentation und Weitergabe der Befundblätter dar. In der Beschreibung wird der Fokus nicht auf den Geschäftsprozess, sondern auf die zu dokumentierenden oder durch das System zu ermittelnden Befundblattdaten gelegt und diese den entsprechenden Blättern zugeordnet.

Folgende Datenblätter werden im Zuge der Früherkennung über das System dem Radiologen angeboten:

Erstbefunder:

- a) Befundblatt Mammographie ohne Ultraschall (mammo1)
- b) Befundblatt Ultraschall (US)
- c) Endbefund aus a und d bzw. a, b) und d) (Endbefund)

Zweitbefunder:

- d) Zweitbefundblatt der Mammographie (mammo2)

Im DF1 (Übergabe der Daten vom Radiologen bzw. dem Radiologiesystem über das Arzt-LAN an die GINA) sind die Daten (mit Ausnahme der Arzt-SW spezifischen Patienten-ID) noch nicht verschlüsselt oder pseudonymisiert: Die Daten stehen nur dem Arzt lokal zur Verfügung bzw. sind lokal in der GINA und werden dort für die weitere Datenübertragung aufbereitet. In den DF5 (Übergabe der Daten von der lokal beim Arzt aufgestellten GINA zum e-card Server) werden die Daten von der GINA nur mehr wie in Spalte 5 der folgenden Tabelle gesichert übermittelt.

Voraussetzung:

Ein Einladungstoken zur Probandin wurde dem e-card System durch das Einladungssystem übermittelt.

Datenherkunft:

- M: diese Daten sind vom Radiologen bzw. vom Radiologiesystem zu übergeben.
- A: diese Daten können vom e-card System selbst ermittelt werden.

Datentransformation

- V (DH) ... verschlüsselt für BKF Datenhaltung
- V (MED) ... verschlüsselt für wissenschaftliche Evaluierungsstelle
- V (ARZT) ... verschlüsselt für den übermittelnden Arzt
- V (PST) ... verschlüsselt für die Pseudonymisierungsstelle
- V (PST-bPK) ... verschlüsselt für das bPK Anreicherungsservice

Tabelle 1: a) Befundblatt Mammographie Erstbefunder „mammo1“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x...keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST)	Pid Zahl
VPNRORD	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	uid Zahl
Standort-ID	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	
Arzt Identifier	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK- Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid 11-stellig alphanumerisch 999999 - 99
Datum_mam	Datum der Leistungserbringung (erste mammografische Aufnahme)	M	M	V (DH)	Datum.befund1
Zeitstempel_mammo1	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Erstbefunder	M	M	V (DH)	Befund1.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)

Dichte	Parenchymdichte	M	M	V (DH)	Befund1.dichte Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1: ACR1 • 2: ACR2 • 3: ACR3 • 4: ACR4
Ergebnismammo1	Ergebnis:Mammographiebefundung des Erstbefunders (BIRADS)	M	M	V (DH)	Befund1.mammo Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1: B1 • 2: B2 • 3: B3 • 4: B4 • 5: B5

Tabelle 2: b) Befundblatt Ultraschall "us" (nur Erstbefunder)

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x...keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST)	pid Zahl
VPNRORD	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	Uid Zahl
Standort-ID	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	
Arzt Identifier	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK- Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid 11-stellig alphanumerisch 999999 - 99
Datum_us	Datum der Leistungserbringung Ultraschall (Zeitpunkt der Durchführung des Ultraschalls).	M	M	V (DH)	Datum... „us“
Zeitstempel_us	Zeitstempel der Sonographiebefundung	A/M	M	V (DH)	zeit „us“ Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)

Us_Grund	Grund für US	M	M	V (DH)	usGrund... Werte: 1 suspekter Befund (B4-5) durch Erstbefunder 2 dichte Brust (ACR3-4 bei B1-2) durch Erstbefunder 3 sonstiges (B3) durch Erstbefunder 4 suspekter Befund durch Zweitbefunder (B4-5) 5 dichte Brust (ACR3-4 bei B1-2) durch Zweitbefunder 6 sonstiges (B3) durch Zweitbefunder
Ergebnis_us	Ergebnis: US: BIRADS	M	M	V (DH)	Us Werte : <ul style="list-style-type: none"> • 0: B0 • 1: B1 • 2: B2 • 3: B3 • 4: B4 • 5: B5

Tabelle 3: d) Befundblatt Mammographie Zweitbefunder „mammo2“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V...Verschlüsselt für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	10-stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST)	pid Zahl
VPNRORD	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	Uid Zahl
Standort-ID	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)	
Arzt Identifier	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arzt Nummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid 11-stellig alphanumerisch 999999 - 99
Datum_mam	Datum der Leistungserbringung (erste mammografische Aufnahme) Ist gleich Datum.mammo1.	A	M	V (DH)	Befund2.Datum

Zeitstempel	Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Zweitbefunder	A/M	M	V (DH)	Befund2.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
Dichte	Parenchymdichte	M	M	V (DH)	Befund2.dichte Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1: ACR1 • 2: ACR2 • 3: ACR3 • 4: ACR4
Ergebnis_mammo2	Ergebnis der Mammographiebefundung des Zweitbefunders (BIRADS)	M	M	V (DH)	Befund2.mammo Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1: B1 • 2: B2 • 3: B3 • 4: B4 • 5: B5

Tabelle 4: c) Endbefund aus a und d bzw. a, b) und d) „radiologie“

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR_Pseudonym	10-stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST)	pid Zahl	
SVNR_bPK	10-stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	V (PST-bPK)	pid Zahl	
VPNRORD	Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort)	A	P	V (MED)	uid Zahl	
Standort-ID	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedlung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.	A	P	V (MED)		
Arzt Identifier	Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK- Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.)	M	P	V (MED)	Rid 11-stellig alphanumerisch 999999 - 99	
Datum	Datum Beginn der Leistungserbringung VU-BKF . Entspricht dem Datum Konsultationsbuchung im e-card System (Scheinabgabe)	A	M	V (DH)	radiologie.datum	
GebJahr	Geburtsjahr der Probandin: wird ermittelt aus dem Geburtsjahr des Einladungstoken der Probandin	A	P	V (DH)	radiologie.gebjahr Zahl: Jahr	

BLD.UE	Bundesland der Untersuchungseinheit	A	P	V (DH)	Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
BLD	Wohnbundesland: wird ermittelt aus dem Bundesland der Zustelladresse des Einladungsschreibens	A	P	V (DH)	Radiologie.bld Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W
Politischer Bezirk	Politischer Bezirk: wird ermittelt aus der Zustelladresse des Einladungsschreibens	A	P	V (DH)	
Einladungsdatum	Datum des Einladungsschreibens auf Grund dessen die Leistungserbringung erfolgt	A	P	V (DH)	Kann leer sein, wenn (z.B. aufgrund einer kurativen Behandlung) kein Einladungsdatum vorhanden ist.
Einladungstatus	Status, ob es sich um Selbsteinlader oder um eine automatische Teilnahme handelt.	A	P	V (DH)	Wertebereich: 1 ..regulär 2 ..Selbsteinlader
Ersteinladung	Kennzeichen, ob es sich um eine Erst- oder Folgeeinladung handelt.	A	P	V (DH)	Wertebereich: 1 ..Ersteinladung 2 ..Folgeeinladung
Datum_IMam	Datum der letzten Mammographie. Elektronische Ermittlung soweit möglich.	A	M	X	radiologie.letztMammo Datum
Art der Untersuchung	Kurativ oder Früherkennung	A	M	V (DH)	radiologie.Screening Werte: • 0 Kurativ, • 1 Früherkennung
bildMedAnat	Aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen wurden mammographische Zusatzaufnahmen durchgeführt	M	M	V (DH)	radiologie.bildMedAnat Werte: • 1 Ja • 0 Nein
inakzeptabel	Zumindest eine Aufnahme war radiologisch inakzeptabel	M	M	V (DH)	radiologie.inakzeptabel Werte: • 1 Ja, • 0 Nein
whTech	Zumindest eine Aufnahme musste aus technischen Gründen wiederholt werden	M	M	V (DH)	radiologie.whTech Werte: • 1 Ja, • 0 Nein
Zeitstempel_Endbefund	Zeitstempel des Abschlusses der Endbefundung	M	M	V (DH)	radiologie.zeit Werte: Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss)
doppel	Setting der Doppelbefundung	M	M	V (DH)	radiologie.doppel Werte: 1 innerhalb eines Standorts (niedergelassener Bereich); 2 innerhalb der Krankenanstalt 3 mittels Datenfernübertragung;
Endbefund	Endbefund Radiologie	M	M	V (DH)	radiologie.ergebnis Werte: • 0: B0 • 1: B1 • 2: B2 • 3: B3 • 4: B4 • 5: B5

Dichte_Endbefund	Parenchymdichte laut Endbefund	M	M	V (DH)	radiologie.dichte Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1: ACR1 • 2: ACR2 • 3: ACR3 • 4: ACR4
GroesseL	BIRADS 4-5: Links: Größe in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseL Zahl: mm
GroesseR	BIRADS 4-5: Rechts: Größe in mm	M	M	V (DH)	radiologie.groesseR Zahl: mm
Vorgehen	Weitere Vorgehensweise	M	M	V (DH)	radiologie.vorgehen Werte: 1 Früherkennung, 2 Early Re-Screen 6 Monate, 3 Re-Screen 12 Monate, 4 Abklärung / Assessment 5 Größerer Zeitraum aufgrund vorbestehender Brustkrebserkrankung
Biopsie_Empfehlung	Kennzeichen ob einen Biopsie empfohlen wird. 1 darf nur gesetzt sein, wenn Vorgehen = 4 Falls vorgehen „Assessment“: Es wird die Durchführung einer Biopsie empfohlen	M	M	V (DH)	radiologie.biopsie_Empfehlung Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Ja, • 0 Nein
Mrt_Empfehlung	Kennzeichen ob ein MRT empfohlen wird 1 darf nur gesetzt sein, wenn Vorgehen = 4 Falls Vorgehen „Assessment“: Es wird die Durchführung einer MRT empfohlen	M	M	V (DH)	radiologie.Mrt_Empfehlung Werte: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Ja, • 0 Nein
Datum_Versand	Datum der Freigabe des Befunds	M	A	V (DH)	Ver- sand
Datum_recall	Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt. Kann elektronisch ermittelt werden aus dem Feld „Vorgehen“ und dem Datum der Leistungserbringung, bzw. im Fall Vorgehen=5 durch die vom Radiologen einzugebende Zeitspanne für verzögerte Wiedereinladung aufgrund von Krebserkrankung.	M	A	X, V (DH)	Datum Dieses Datum wird einmal verschlüsselt an die Datenhaltung übermittelt und einmal für die Wiedereinladung an das Einladungssystem

Nachfolger

DF5, wenn den Endbefund abgeschlossen wurde.

Falls aus Datenschutzgründen eine Übermittlung von Absolutzeitpunkten nicht möglich ist, werden gemeinsam die notwendigen Intervallermittlungen bestimmt und nur diese weitergeschickt.

Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A ... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a ... administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V ... Verschlüsselt für Zielsystem PS ... Pseudonymisiert x ... keine Transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
SVNR	10 stellige Sozialversicherungsnummer der Probandin.	A mit e-card M ohne e-card	P	x	pid Zahl
Wiederbestellungsdatum		M	P	x	Datum.recall

Siehe dazu auch Kap. 3.8 „Datenfluss 8: Nächste Einladungstermine“

Nachfolger

Die Daten sind im e-card System gespeichert. Zu vordefinierten Intervallen werden die Daten an die entsprechenden Empfänger gesendet. DF5a, DF7, DF8 und DF9.

4.3. Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5): Assessment

Nach einer Früherkennungsuntersuchung kann es zu weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines Assessment kommen. Dies beinhaltet invasive und nicht-invasive Untersuchungen.

Ein Assessment kann in Folge zu einer weiteren Behandlung (zB Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie,...) in geeigneten Zentren führen. Pro Probandin und Früherkennungsuntersuchung kann es mehrere Assessments geben (z.B. zuerst ein MRT, dann eine Biopsie).

Die konkrete Ausprägung der Datenflüsse für die Assessments sind mit den betroffenen Fachgruppen und den dafür zuständigen Stellen abzuklären.

4.4. Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5): Therapie

Die konkrete Ausprägung der Datenflüsse für die Therapie sind mit den betroffenen Fachgruppen und den dafür zuständigen Stellen abzuklären.

4.5. Weitere Datenflüsse

Datenfluss 5a: Bestätigungsliste an vom e-card System übernommenen Befundblättern.

Datenfluss 7 (DF7): Übermittlung Befundergebnisse an die Pseudonymisierung

Wie in Kap. 4.1 „Sicherung der Daten am Übertragungsweg“ beschrieben, wird der Datencontainer für sensible Objekte („V (DH)“) und der Datencontainer mit der SV-Nr. („V (PST)“) gemeinsam an die Pseudonymisierungsstelle übermittelt.

Dort wird der Datencontainer mit der SV-Nr. entschlüsselt, die SV-Nr. pseudonymisiert, wieder verschlüsselt und gemeinsam mit dem verschlüsselten Datencontainer für sensible Objekte an die BKF Datenhaltung übermittelt.

Datenfluss 8 (DF8): Übermittlung der Abrechnungs- und Abstimmdate

Für die Prüfung der Abrechnungsdaten der Vertragspartner werden administrative Abrechnungs- (Bestätigung der Übermittlung des Befundblatts) und Abstimmdate (Konsultationsbeleg) an die zuständigen Träger bzw. Verrechnungssysteme übermittelt.

Datenfluss 9 (DF9): Übermittlung der nächsten Einladungstermine an das Einladungssystem

Siehe dazu auch [Kap. 3.8 „Datenfluss 8: Nächste Einladungstermine“](#) bzw. [Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c\)](#) [Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c\)](#) [Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c\)](#)".

Datenfluss 10 (DF10): Übermittlung an die BKF Datenhaltung

Wie in Kap. [4.1 „Sicherung der Daten am Übertragungsweg“](#) und im Datenfluss 7 beschrieben, wird der Datencontainer für sensible Objekte und der Datencontainer mit dem Pseudonym gemeinsam an die BKF Datenhaltung übermittelt. Dort werden beide Datencontainer entschlüsselt und in die Datenhaltung importiert. Das Pseudonym kann nicht mehr rückgerechnet werden.

Der Arzt Identifier, die Vertragspartnernummer und die Standort-ID, die verschlüsselt in diesem Container enthalten sind, können aber von der BKF Datenhaltung nicht entschlüsselt werden, sondern nur von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle, um die Feedbackberichte für die regional verantwortlichen und programmteilnehmenden Radiologen aufzubereiten.

Die Arzt-SW spezifische Patienten-ID, die verschlüsselt in diesem Container enthalten ist, kann weder von der BKF Datenhaltung noch von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle entschlüsselt werden, sondern nur vom ursprünglich sendenden Arzt bzw. Arzt-SW.

Die Inhalte der Datencontainer können aus [Kap. 4.2 „Datenfluss 1 und 5 \(DF1, DF5\): Befundergebnis und Aufbereitung für die ÜbermittlungDatenfluss 1 und 5 \(DF1, DF5\): Befundergebnis und Aufbereitung für die ÜbermittlungDatenfluss 1 und 5 \(DF1, DF5\): Befundergebnis und Aufbereitung für die Übermittlung“](#) ermittelt werden (Spalte 5).

5. Programmevaluierung

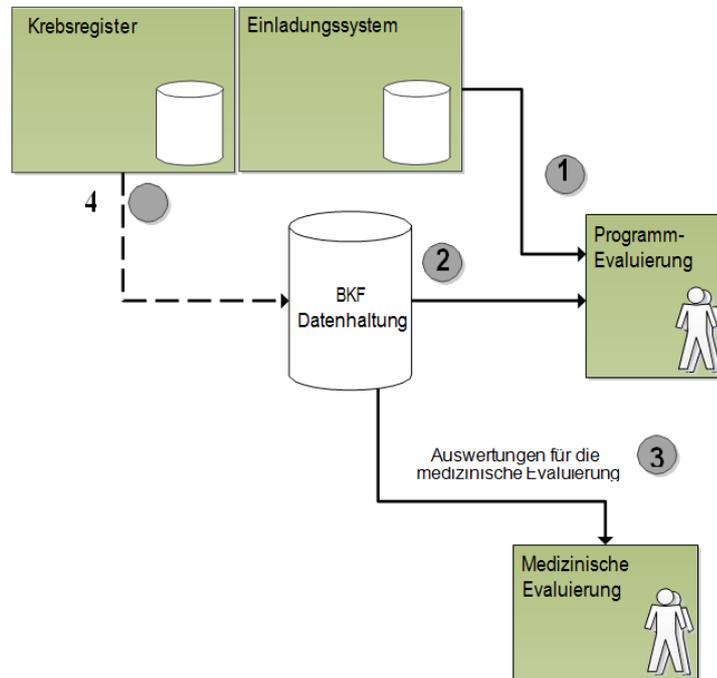


Abbildung 4 Datenfluss Evaluation

Allgemeine Beschreibung

In der BKF-Datenhaltung werden die Daten für die Evaluierung bereitgestellt. Die organisatorischen Einheiten für die Evaluierung haben die Aufgabe jährlich einen Programmevaluierungsbericht zu erstellen. Dieser besteht inhaltlich aus 2 Teilen:

- medizinischer Evaluierungsbericht: erstellt durch eine wissenschaftliche Evaluierungsstelle und beantwortet Fragen zur medizinischen Effektivität des Programms. Dazu bedient sich die wissenschaftliche Evaluierungsstelle der Daten aus der BKF Datenhaltung.
- organisatorischer Evaluierungsbericht (Programmevaluierung): erstellt durch die Datenhaltestelle und beantwortet Fragen zur organisatorischen Effektivität des Programms. Dazu bedient sich die Datenhaltestelle der Daten aus der BKF Datenhaltung und vordefinierter Reports aus dem Einladungsmanagement.

Die Datenhaltestelle fasst diese Berichte zu einem zusammen und veröffentlicht diesen.

Die wissenschaftliche Evaluierungsstelle und Programmevaluierungsstelle werden durch 2 unterschiedliche Rollen für den Zugriff auf die Daten der BKF Datenhaltung abgebildet. Für jede Rolle kann eine unterschiedliche Sichtbarkeit der einzelnen Datenfelder eingestellt werden. Die tatsächliche Sichtbarkeit der einzelnen Datenfelder muss im Zuge des Projekts gemeinschaftlich definiert werden und mit Hauptverband und ÖÄK abgestimmt werden.

Der Arzt Identifier, die Vertragspartnernummer und die Standort-ID, die verschlüsselt in der BKF Datenhaltung gespeichert sind, können aber nur von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle entschlüsselt werden und werden ausschließlich für die Feedbackberichte verwendet.

Die Anbindung an das Krebsregister (DF4) kann erst erfolgen, wenn das Krebsregister zur Verfügung steht.

6. Feedbackberichte

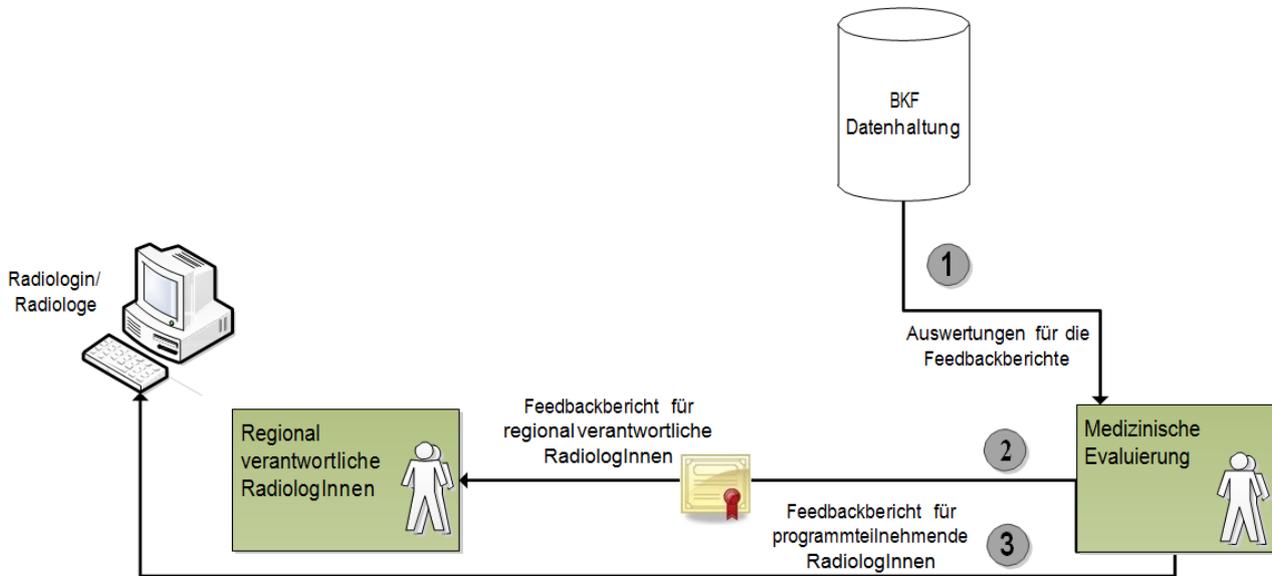


Abbildung 5 Datenfluss Feedbackberichte

6.1. Prozess für die Erstellung und Versendung der Feedbackberichte

- DF1: Die wissenschaftliche Evaluierungsstelle fragt die Daten für die Feedbackberichte an die regional verantwortlichen Radiologen (nicht-personenbezogene Daten der Probandinnen) und die programmteilnehmenden Radiologen ab.
- Die wissenschaftliche Evaluierungsstelle entschlüsselt die in der Datenhaltung verschlüsselt abgelegten Arzt Identifier, Vertragspartnernummern und die Standort-IDs, um eine Zuordnung zum Leistungserbringer (Arzt, Standort) zu ermöglichen.
- Die wissenschaftliche Evaluierungsstelle versendet die Berichte an
 - a) DF2: die regional verantwortlichen Radiologen für alle in ihrer Region befindlichen programmteilnehmenden Untersuchungseinheiten (Standorte, Ärzte)
 - b) DF3: die programmteilnehmenden Untersuchungseinheiten für die standortbezogenen Kennzahlen und auch für die programmteilnehmenden Radiologen (nur für die am Standort erbrachten Leistungen)

6.2. Empfangende Stellen

Infrastruktur für den Empfang und Verteilung dieser Berichte haben üblicherweise die Untersuchungseinheiten und nicht die Radiologen selbst. Daher muss jedem programmteilnehmenden Radiologen und regional verantwortlichen Radiologen eine Standard-Untersuchungseinheit für die Übermittlung der Feedbackberichte zugeordnet werden.

Die Radiologen werden dem regional verantwortlichen Radiologen zugeordnet, in dessen Region die vom Radiologen angegebene Standard-Untersuchungseinheit liegt.

Falls ein Radiologe für mehrere Untersuchungseinheiten arbeitet, werden seine Kennzahlen auf Basis der jeweils an dem Standort erbrachten Leistungen an die jeweiligen Untersuchungseinheiten übermittelt.

6.3. Schutz der Arzt-, Standort- und Patientenbeziehung

Arzt Identifier, Vertragspartnernummer und Arzt-SW spezifischen Patienten-ID werden ausschließlich verschlüsselt in der BKF Datenhaltung gespeichert. Arzt Identifier, Vertragspartnernummer und die Standort-ID können

nur von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle entschlüsselt werden. Die Arzt-SW spezifischen Patienten-ID kann nur vom sendenden Standort (RIS) entschlüsselt werden.

Die Übermittlung der Feedbackberichte muss den gesetzlichen Anforderungen für die Übermittlung von personenbezogenen bzw. sensiblen personenbezogenen Daten entsprechen.

Damit ist der Schutz dieser Daten gewährleistet.

Die tatsächliche Lieferung der nachfolgend festgelegten Daten sind abhängig von der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit und technischen Umsetzbarkeit.

6.4. Art der Datenpräsentation

Der Bericht sollte (für den Import in das RIS) in strukturierter Form (XML mit Stylesheet Referenz) aufbereitet werden. Ohne Integration in das RIS wird die Wiederherstellung des Patientenbezugs (Arzt-SW spezifischer Patienten-ID) u.U. nicht möglich sein.

6.5. Dateninhalte der Feedbackberichte

Siehe Anlage 3 des ZP zum VU-GV.

7. Technische Qualitätssicherung

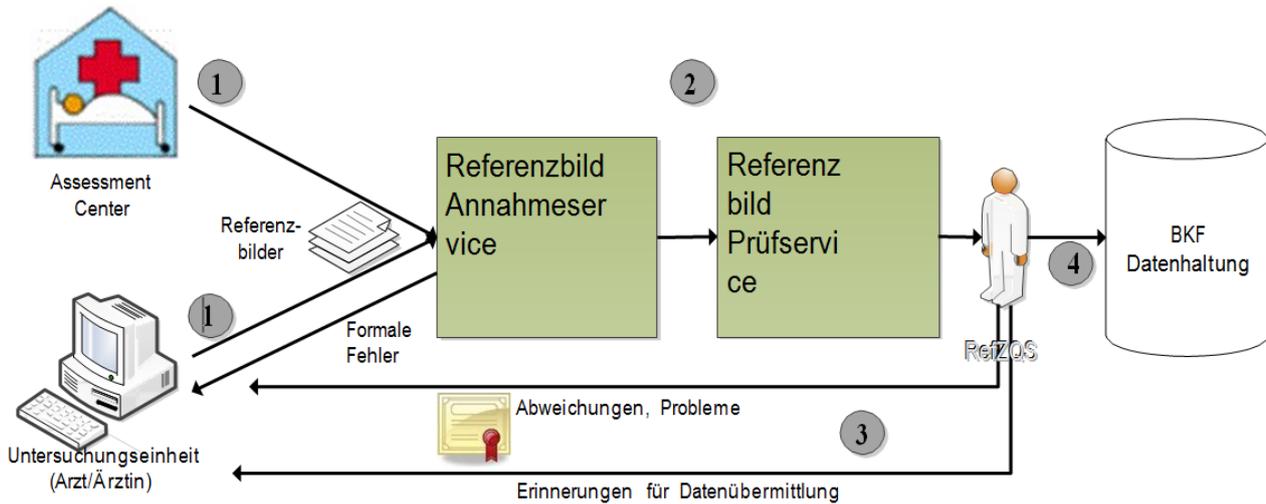


Abbildung 6 Datenfluss technische Qualitätssicherung

Allgemeine Beschreibung:

Die technische Qualitätssicherung der eingesetzten digitalen Mammographie-Geräte sowie der Sonographie-Geräte hat neben den Akzeptanztests, Halbjahres- und Jahrestests folgende Überprüfungen in regelmäßigen Abständen durchzuführen:

Prüfung der übermittelten wöchentlichen und monatlichen Prüfkörperaufnahmen (DF1 + DF2) Ergebnisse der Überprüfung sind dem betroffenen Standort organisatorisch mitzuteilen (DF3).

7.1. Datenfluss 1 und 2: Referenzbildübertragung

Die Radiologen übertragen die Referenzbilder im Zuge der technischen Qualitätsprüfungen der im Rahmen der Früherkennung verwendeten Geräte mittels DICOM über den GIN Mehrwertdienstkanal (MWD) an das Annahmeservice und gehen von dort (ebenfalls via DICOM) an das Referenzbild-Prüfservice des RefZQS.

7.2. Datenfluss 4: Jährliche Meldungen

Basisgeräteinformationen (siehe Datentabelle tq) werden vom RefZQS der BKF Datenhaltung nach bestandenen EUREF-Test (Jahrestest oder eingeschobener Test nach Reparatur) übermittelt.

Tabelle 6614-tqs: Technische Qualitätssicherung

Kurzbezeichnung	Beschreibung	Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung	Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ	Datentransformation bei Weiterverarbeitung V... Verschlüsselt für Zielsystem PS... Pseudonymisiert x... keine transformation	Dateninhalt (mögliche Werte) Ref-Bez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG
Geräte_ID	Identifikationsnummer des medizinischen Geräts Geräte-ID (eindeutig innerhalb der UE)		a		Gid Zahl
Standort-ID	Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedlung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können.		P		
Technik	Kennzeichnung der verwendeten Gerätetechnologie		a		technik Werte: 1 FFDM-DR (Flachdetektor), 2 FFDM-CR (Speicherfolie)
Dose	Mittlere Parenchymdosis: Average Glandular Dose (AGD) bei 50 mm PMMA (60 mm Brust)		a		dose Dezimalzahl: mGy
Kontrast_50	Kontrast zu Rausch Verhältnis (KRV): Contrast to Noise Ratio (CNR) bei 50 mm PMMA		a		cnr50 Dezimalzahl: CNR
Kontrast_70	Kontrast zu Rausch Verhältnis (KRV): Contrast to Noise Ratio (CNR) bei 70 mm PMMA		a		cnr70 Dezimalzahl: CNR
Schwellwert_Dicke	Threshold Thickness bei 0,1 mm CDMAM Durchmesser		a		Tth Dezimalzahl: µm
Bildqualität	Image Quality Factor (IQinv) über mehrere CDMAM Durchmesser		a		Iqinv Dezimalzahl IQF

8. Zertifikatsregister

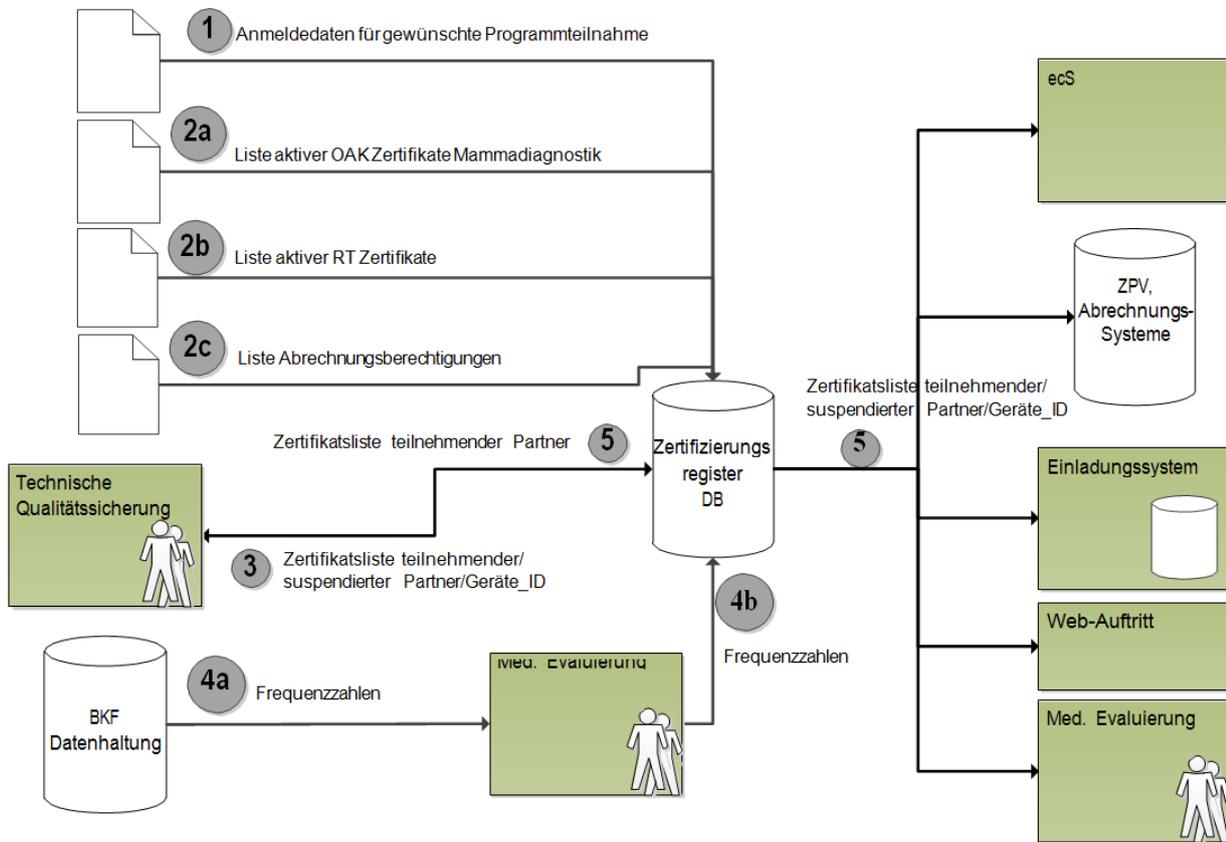


Abbildung 7 Datenfluss Zertifikatsregister

Die genauen Ausprägungen und Inhalte des Zertifizierungsregisters sind noch im Einvernehmen zwischen Hauptverband und ÖÄK abzuklären.

Allgemeine Beschreibung:

Das Zertifikatsregister könnte sammeln:

- Die Liste an Programmteilnahmewünschen von Radiologen und Standorten (DF1), ggf. notwendige Zustimmungserklärungen für die Verwendung von Daten (z.B. zur Übermittlung der Daten an die regional zuständigen Radiologen)
- Die Liste der aktiven ÖÄK Zertifikate Mammadiagnostik (DF2a) und gegebenenfalls Assistenten-Zertifikate (DF2b)
- Die Liste der Standorte und Geräte, die die technischen Anforderungen erfüllen
- Die Frequenzzahlen der Standorte und programmteilnehmenden Radiologen (DF4a mit verschlüsselten Arzt Identifiern und Standorten, DF4b mit von der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle entschlüsselten Arzt Identifiern und Standorten)

und erzeugt daraus eine Liste der aktiv programmteilnehmenden Radiologen, , Standorte und Geräte.

Die jeweils notwendigen Daten aus dieser Liste werden verteilt an (DF5)

- e-card System: teilnehmende Radiologen , Standorte, Geräte für die Prüfung der Eingabe in den Befundblättern und Zuordnung von Vertragspartnern zu Ärzten
- Verrechnungssysteme: teilnehmende Standorte für die Prüfung der Abrechnungen
- Einladungsmanagement: für den Andruck der programmteilnehmenden Standorte mit Kontakt- und Öffnungszeiten
- Webauftritt: für die Anzeige der programmteilnehmenden Standorte mit Kontakt- und Öffnungszeiten
- Wissenschaftliche Evaluierungsstelle: nutzt die Kontaktdaten der programmteilnehmenden Standorte zur Übermittlung der Feedbackberichte.
- Technische Qualitätssicherung: damit diese neu programmteilnehmende Standorte auf die Erfüllung der technischen Anforderungen prüfen kann.

9. Literaturverweise

Verweisnummer	Bezeichnung
[1]	