

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Dachverband der Sozialversicherungsträger

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 338 Abs. 1 ASVG:

Magnetresonanztomographie-Gesamtvertrag (Stammfassung)

Dieser Gesamtvertrag wurde am 29. April 2025 abgeschlossen.

Für den Dachverband der Sozialversicherungsträger:

Struth-Schörghofer

Übersicht zu den Anlagen, Beilagen etc.

1. Magnetresonanztomographie-Gesamtvertrag (Stammfassung)

GESAMTVERTRAG

abgeschlossen gemäß §§ 338 Abs. 1 und 3 sowie 349 Abs. 2b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) in der jeweils geltenden Fassung zwischen dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich, Wiedner Hauptstraße 63, 1040 Wien, (im Folgenden kurz Fachverband) einerseits und der Österreichischen Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, (im Folgenden kurz ÖGK) andererseits.

Präambel

In Entsprechung der Bestimmung des § 538t ASVG ist die ÖGK als Gesamtrechtsnachfolgerin in sämtliche österreichweit mit den Gebietskrankenkassen abgeschlossenen bzw. bestehenden regionalen Gesamtverträge betreffend die Erbringung von MRT-Leistungen uneingeschränkt und umfassend eingetreten. Im Sinne einer Vereinheitlichung der MRT-Leistungen und MRT-Verträge im Bereich der ÖGK wird nunmehr dieser Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien abgeschlossen.

Dieser Gesamtvertrag ersetzt sämtliche bisher gültigen regionalen Gesamtverträge betreffend die Erbringung von MRT-Leistungen samt aller bisher dazu ergangenen Zusatzvereinbarungen und allfälligen Sideletter. Mit dem Wegfall der regionalen Gesamtverträge erlöschen auch alle darauf basierenden Einzelverträge; diese werden neu abgeschlossen (vgl. § 4 Abs 5).

§ 1

Vertragsgegenstand

(1) Dieser Gesamtvertrag regelt die Erbringung und Verrechnung von ambulanten MRT- Untersuchungen durch selbständige Ambulatorien (kurz Ambulatorien) für die Anspruchsberechtigten der ÖGK.

(2) Als Anspruchsberechtigte gelten neben den Versicherten der ÖGK insbesondere auch Anspruchsberechtigte gemäß §§ 122, 123, 134 und 158 ASVG.

(3) Als Anspruchsberechtigte gelten auch Personen, die der ÖGK auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für sie geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

(4) Die Bestimmungen dieses Gesamtvertrages gelten für alle Ambulatorien im Sinne des Abs. 1, die einen Einzelvertrag gemäß §§ 3 f abgeschlossen haben.

§ 2

Geltungsbereich

Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind der Fachverband sowie die ÖGK.

§ 3

Einzelvertragsverhältnis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der ÖGK und den Rechtsträgerinnen der Ambulatorien wird jeweils durch den Abschluss eines Einzelvertrages gemäß § 4 begründet.

(2) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag in der jeweils geltenden Fassung und dem Einzelvertrag.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt allfälligen in Hinkunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen bildet einen Bestandteil des Einzelvertrages und ist für die Parteien des Einzelvertrages von unmittelbarer Wirkung.

(4) Das Ambulatorium hat der ÖGK den krankenanstaltenrechtlichen Betriebsbewilligungsbescheid sowie gegebenenfalls den Firmenbuchauszug bezüglich der Rechtsträgerin sowie jegliche Änderung derselben schriftlich bekannt zu geben.

(5) Eine Kopie des Einzelvertrages wird von der ÖGK dem Fachverband übermittelt.

§ 4

Abschluss des Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages ist der als Anlage 1 beigefügte Mustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

(2) Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Einzelvertrag vereinbarten Tag.

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen oder Bedingungen sind zulässig, können mit dem Ambulatorium aber nur nach Einbeziehung des Fachverbandes vereinbart werden. Befristete Einzelvertragsverhältnisse erlöschen jedenfalls mit Ablauf der vereinbarten Frist. Die Kündigungsrechte gemäß § 5 werden durch eine Befristung nicht berührt.

(5) Ambulatorien, die zum Stichtag 30.06.2025 in einem Vertragsverhältnis nach den regionalen Gesamtverträgen idgF stehen oder die anderweitig in einem Vertrags- oder Vereinbarungsverhältnis mit der ÖGK stehen, welches eine direkte Leistungsverrechnung im MR-Bereich mit der ÖGK ermöglicht, haben ungeachtet der §§ 9 und 10 einen Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages im Sinne dieses Gesamtvertrages im bisherigen Umfang (z.B. hinsichtlich Deckelung, Befristung oder Öffnungszeiten), wobei jede allfällige Sondervereinbarung im neuen Einzelvertrag dezidiert zu vereinbaren ist.

§ 5

Beendigung des Einzelvertragsverhältnisses

(1) Das Einzelvertragsverhältnis zwischen einem Ambulatorium und der ÖGK kann von den vertragschließenden Parteien unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist zum Ablauf eines Kalenderhalbjahres mit Rückscheinbrief gekündigt werden.

(2) Das Einzelvertragsverhältnis zwischen einem Ambulatorium und der ÖGK kann von den vertragschließenden Parteien unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ablauf eines Kalendervierteljahres mit Rückscheinbrief bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn

a) in Anlage 2 angeführte Geräte- und/oder Befähigungserfordernisse wegfallen,
b) vom Ambulatorium nachweislich vertragswidrige Privathonorare gemäß § 15 oder Aufzahlungen gemäß § 16 entgegengenommen werden,

c) die ärztliche Leitung (Leiter:in oder Stellvertreter:in) oder die Geschäftsführung des Ambulatoriums sich einer Handlung schuldig macht, die sie nach objektiven Gesichtspunkten des Vertrauens der ÖGK unwürdig erscheinen lässt (Bedachtnahme

auf die Judikatur zu § 27 Z 1 AngG sowie § 1162 ABGB) – Abs. 5, letzter Satz ist sinngemäß anzuwenden, wobei die Frist von vier Wochen ab der Zustellung des Kündigungsschreibens zu laufen beginnt –,

d) das Ambulatorium ein Verhalten setzt, das geeignet ist, den Versorgungsauftrag der ÖGK in Frage zu stellen (z.B. Nichtversorgung bestimmter Patientengruppen),

e) das Ambulatorium innerhalb des Planungsbezirkes ohne Zustimmung der ÖGK verlegt wird (vgl. § 6) oder

f) das Ambulatorium eine sonstige schwerwiegende oder beharrliche Vertragsverletzung begangen hat.

(3) Vor einer Kündigung durch die ÖGK ist dem Ambulatorium ein Gespräch anzubieten, um zunächst eine einvernehmliche Lösung zu versuchen. An diesem Gespräch kann auf Wunsch des Ambulatoriums eine Vertretung des Fachverbandes teilnehmen.

(4) Der Einzelvertrag erlischt ohne Kündigung und unabhängig von allfälligen Befristungen, wenn

a) die ÖGK aufgelöst wird,

b) gesetzliche Vorschriften wirksam werden, durch die die Tätigkeit der ÖGK entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit des Ambulatoriums als Vertragseinrichtung nicht mehr in Frage kommt,

c) die ärztliche Leitung oder die Geschäftsführung des Ambulatoriums wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt wird,

d) die ärztliche Leitung oder die Geschäftsführung des Ambulatoriums im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlich rechtskräftig verurteilt wird,

e) die ärztliche Leitung oder die Geschäftsführung des Ambulatoriums wegen eines Verschuldens im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit zum wiederholten Mal rechtskräftig zivilgerichtlich verurteilt wird,

f) die gesetzlichen bzw. behördlichen Voraussetzungen für den Betrieb des Ambulatoriums wegfallen,

g) über das Vermögen der Rechtsträgerin des Ambulatoriums ein Ausgleichs- oder Konkursverfahren eröffnet wird,

h) das Ambulatorium ohne Zustimmung der ÖGK in einen anderen Planungsbezirk verlegt wird (vgl. § 6) oder

i) das Ambulatorium ohne Zustimmung der ÖGK auf eine andere Rechtsträgerin übertragen wird (vgl. § 7).

(5) Das Ambulatorium hat die ÖGK über den Eintritt eines dieser Erlöschenstatbestände zu informieren. Das Einzelvertragsverhältnis erlischt mit dem Zeitpunkt des Eintretens des Erlöschenstatbestandes. Die ÖGK teilt dem Ambulatorium die Tatsache und den Zeitpunkt des Erlöschens des Vertragsverhältnisses schriftlich mit. In den Fällen der lit. c bis e kann das Ambulatorium das Erlöschen des Einzelvertrages verhindern, wenn es innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung notwendige Schritte setzt, um ein Ausscheiden der betroffenen ärztlichen Leitung (Leiter:in oder Stellvertreter:in) oder Geschäftsführung aus dem Ambulatorium herbeizuführen, und dies der ÖGK umgehend schriftlich mitteilt.

§ 6

Wechsel der Betriebsstätte/des Standortes

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Betriebsstätte ist vom Ambulatorium bei der ÖGK schriftlich (mit Rückscheinbrief) zu beantragen. Die Zustimmung zur Verlegung wird von der ÖGK grundsätzlich erteilt, wenn die Betriebsstätte innerhalb des Planungsbezirks des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG), in dem der vertragliche Standort liegt, verlegt wird. Eine Verweigerung der Zustimmung ist zu begründen. Die Entscheidung ist dem Ambulatorium binnen sechs Wochen schriftlich (mit Rückscheinbrief) bekannt zu geben. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückäußerung, gilt dies als Zustimmung der ÖGK zur beantragten Verlegung.

(2) Der Wechsel der Betriebsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn die ÖGK dem Wechsel zugestimmt hat (vgl. Abs 1) und für die neue Betriebsstätte die erforderlichen KAG-Bewilligungen vorliegen.

(3) Ein Wechsel in einen anderen Planungsbezirk als den des vertraglichen Standortes lt ÖSG ist nur im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und nur auf Grund eines neuen Auswahlverfahrens zulässig.

§ 7

Übertragung des Ambulatoriums an eine andere Rechtsträgerin

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Rechtsträgerin des Ambulatoriums ist der ÖGK schriftlich (mit Rückscheinbrief) bekannt zu geben. Der Wechsel der Rechtsträgerin bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist nur mit Zustimmung der ÖGK möglich.
- (2) Sofern anzunehmen ist, dass der Rechtsträgerwechsel keine Auswirkungen auf die vom Ambulatorium angebotenen Leistungen und die Versorgung der Versicherten haben wird, erteilt die ÖGK die Zustimmung zum Rechtsträgerwechsel.
- (3) Erteilt die ÖGK ihre Zustimmung nicht, ist die Ablehnung zu begründen und der bisherigen Rechtsträgerin die Möglichkeit zu einer mündlichen Erörterung zu geben.
- (4) Die Entscheidung der ÖGK ist dem Ambulatorium binnen sechs Wochen schriftlich (mit Rückscheinbrief) bekannt zu geben. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückäußerung der ÖGK, gilt dies als Zustimmung.

§ 8

Auflistung der Vertragsstandorte und Ambulatorien

Sämtliche Ambulatorien und deren Standorte, welche in einem Einzelvertragsverhältnis nach diesem Gesamtvertrag stehen, werden in einer Auflistung gemäß Anlage 3, welche einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages bildet, geführt. Die Anlage 3 ist bei Abschluss eines neuen Einzelvertrages nach diesem Gesamtvertrag entsprechend zu ergänzen.

§ 9

Ausschreibung

- (1) Freie Vertragsstellen werden nach Anhörung des Fachverbandes von der ÖGK wie folgt ausgeschrieben:
 1. Elektronische Verlautbarungs- und Informationsplattform (EVI)
 2. Website des Fachverbandes
 3. Website der ÖGK.
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist im Wege des Fachverbandes schriftlich bei der ÖGK einzureichen. Die in der

Ausschreibung bezeichneten Urkunden und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

§ 10

Auswahl der Ambulatorien

Der Fachverband überprüft die Voraussetzungen der Bewerberinnen für die Erbringung der vertragsgegenständlichen medizinischen Tätigkeiten. Er leitet die Anträge samt Beilagen mit seiner Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an die ÖGK weiter. Die Auswahl des Ambulatoriums für die freie Vertragsstelle erfolgt im Einvernehmen mit dem Fachverband durch die ÖGK nach gemeinsam festzulegenden objektiven Kriterien.

§ 11

Durchführung der Leistungen

(1) Das Ambulatorium ist zur Durchführung der in der Anlage 4 angeführten Leistungen auf Rechnung der ÖGK zu den in diesem Gesamtvertrag festgelegten Bedingungen verpflichtet. Dabei ist eine Gleichbehandlung aller Patient:innen zu gewährleisten. Die Anlage 4 bildet einen integrierten Bestandteil des Gesamtvertrages.

(2) Insbesondere ist eine Diskriminierung der Anspruchsberechtigten der ÖGK gegenüber Privatpatient:innen oder Anspruchsberechtigten anderer Versicherungsträger unzulässig.

(3) Das Ambulatorium kann von den Anspruchsberechtigten nur auf Grund von Zuweisungen durch Vertragsärzt:innen, durch Wahlärzt:innen bzw. Wahleinrichtungen, durch eigene Einrichtungen der ÖGK oder durch Krankenhausambulanzen in Anspruch genommen werden.

(4) Die Anforderungen an eine Zuweisung werden von der ÖGK definiert.

(5) Es wird vereinbart, die Umsetzung bzw die Nutzung elektronischer Zuweisungen wechselseitig zu unterstützen.

(6) Abänderungen der auf der Zuweisung angegebenen Leistung sind nur in medizinisch begründeten Fällen bzw. bei unökonomischen Zuweisungen im Sinne des Abs. 7 zulässig. Abänderungen bedürfen grundsätzlich der vorherigen Rücksprache mit der zuweisenden Stelle. Dieser Sachverhalt muss auf der Zuweisung entsprechend

vermerkt werden. Für jene Einzelfälle, bei denen die Zuweisung von der tatsächlichen und abzurechnenden Leistung abweicht, gilt die in der Anlage 5 „Modalitätenwechsel und Abänderung des Untersuchungsumfangs“ enthaltene Regelung. Die Anlage 5 „Modalitätenwechsel und Abänderung des Untersuchungsumfangs“ ist integrierter Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

(7) Das Ambulatorium ist zur Einhaltung der in der Anlage 6 angeführten Richtlinien des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung gemäß § 30a Abs. 1 Z 9 ASVG verpflichtet. Insbesondere müssen die ambulanten Untersuchungen ausreichend und zweckmäßig sein, sie dürfen jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht zulässig.

(8) Das Ambulatorium stellt die Versorgung mit MRT Untersuchungen im medizinisch notwendigen Ausmaß für die gesamte Vertragslaufzeit sicher. Das Ambulatorium ist nicht berechtigt, eine medizinisch notwendige MRT-Untersuchung aus „betriebswirtschaftlichen“ Gründen abzulehnen, jedoch unter Berücksichtigung der medizinischen Dringlichkeit zu priorisieren. Bei der Terminvergabe ist auf die medizinische Dringlichkeit Rücksicht zu nehmen.

§ 12

Wartezeiten und Terminvergabe

(1) Die Anspruchsberechtigten erhalten maximal binnen 20 Arbeitstagen (MO-FR) einen Untersuchungstermin im Ambulatorium als Sachleistung angeboten. Innerhalb dieser Frist erfolgt die Terminvergabe nach der Dringlichkeit der Untersuchung: In Akutfällen (Zeichen eines akuten Insultes oder einer beginnenden Querschnittlähmung) erhalten die Anspruchsberechtigten umgehend einen Termin. In dringenden Fällen erhalten die Anspruchsberechtigten innerhalb von 5 Arbeitstagen (MO-FR) einen Termin als Sachleistung angeboten. Die Dringlichkeit ist grundsätzlich von der zuweisenden Stelle nachvollziehbar zu begründen, zu dokumentieren und direkt der Radiolog:in darzulegen; die Entscheidung über die Vergabe eines dringenden Untersuchungstermins wird im Konsens zwischen Zuweiser:in und Radiolog:in des Ambulatoriums getroffen.

(2) Für den Ausnahmefall, dass z.B. durch vorübergehende Ausfälle im Ambulatorium diese Fristen nicht eingehalten werden können, werden die

Anspruchsberechtigten über ihren Wunsch vom Ambulatorium angemessen dabei unterstützt, dass sie bei anderen Ambulatorien in der Umgebung rechtzeitig einen Termin vereinbaren können.

(3) Das Ambulatorium ist verpflichtet, die jeweils durchschnittliche Wartezeitensituation für MRT-Leistungen über seine Homepage mit zumindest monatlicher Aktualisierung möglichst einfach zugänglich und transparent zu veröffentlichen.

§ 13

Bewilligung durch die ÖGK

(1) Die in der Anlage 4 angeführten Leistungen sind grundsätzlich nur dann verrechenbar, wenn vor der Leistungserbringung die allfällig erforderliche Bewilligung der ÖGK eingeholt worden ist. Wurde die Bewilligung nicht eingeholt oder wurde diese nicht erteilt, besteht keine Zahlungsverpflichtung der ÖGK, es sei denn, die ÖGK erteilt die Bewilligung in besonderen Einzelfällen nachträglich.

(2) Wird die Honorierung von Leistungen wegen Fehlens der Bewilligung von der ÖGK abgelehnt, können die Kosten den Anspruchsberechtigten nur dann verrechnet werden, wenn diese – für den Fall der Ablehnung der Bewilligung – vor der Untersuchung der Privatzahlung ohne Kostenerstattungsanspruch gegenüber der ÖGK nachweislich ausdrücklich zugestimmt haben.

(3) Eine allfällige Bewilligungspflicht gemäß Abs 1 und 2 kann von der ÖGK einseitig festgelegt werden. Dies ist den Ambulatorien und dem Fachverband rechtzeitig im Vorhinein bekanntzugeben.

§ 14

Aufnahme neuer Leistungen

(1) Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass mit den Leistungen gemäß Anlage 4 alle zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses wissenschaftlich erprobten MRT Leistungen erfasst sind.

(2) Der Fachverband und die ÖGK sind interessiert, den Leistungskatalog (Anlage 4) kontinuierlich den medizinischen Erfordernissen im extramuralen Bereich anzupassen. Hinsichtlich solcher allenfalls erforderlichen Leistungen kann jede Vertragspartei einen Antrag auf Aufnahme in die Anlage 4 stellen. Über solche Anträge

sind unverzüglich – allenfalls unter Beiziehung externer Experten – Verhandlungen zwischen dem Fachverband und der ÖGK mit der Zielsetzung aufzunehmen, das Sachleistungsangebot an den aktuellen Stand der Medizin anzupassen und die Leistungserweiterung entsprechend des zusätzlichen Aufwandes auf Basis des vertraglichen Tarifniveaus leistungsgerecht zu honorieren.

(3) Solange es hinsichtlich der beantragten Leistungserweiterungen zu keiner Einigung hinsichtlich Erbringung und Honorierung kommt, sind die Ambulatorien nicht berechtigt und nicht verpflichtet, diese Leistungen auf Kassenkosten zu erbringen. Sie sind allerdings berechtigt, diese Leistungen nach Aufklärung der Patient:in über die daraus für sie entstehenden Kosten über deren ausdrücklichen Wunsch durchzuführen und mit der Patient:in direkt zu verrechnen.

§ 15

Privatverrechnung von im Ambulatorium erbrachten MRT-Leistungen

(1) Im Ambulatorium erbrachte MRT-Leistungen, die von der Anlage 5 umfasst sind, dürfen vom Ambulatorium ausschließlich in folgenden Fällen privat mit den Anspruchsberechtigten oder mit Dritten verrechnet werden:

a) Von der ÖGK abgelehnte Leistungen im Falle des § 13 Abs. 2

b) Leistungen, die auf ausdrücklichen Wunsch der Anspruchsberechtigten privat erbracht werden sollen, sofern die Anspruchsberechtigten vor der Untersuchung nachweislich schriftlich darüber aufgeklärt wurden, dass die gesamten Untersuchungskosten im Falle einer privaten Leistungserbringung von ihnen zu tragen sind und sie der Privatzahlung vor der Leistungserbringung schriftlich zugestimmt haben. Ein ausdrücklicher Wunsch nach einer privaten Leistungserbringung liegt dann jedenfalls nicht vor, wenn die private Leistungserbringung von den Anspruchsberechtigten mit dem Ambulatorium vereinbart wurde, um einen früheren als den als Kassenpatient:innen angebotenen Untersuchungstermin zu bekommen.

(2) Werden im Ambulatorium aufgrund einer bestehenden KAG-Betriebsbewilligung auch andere als die mit diesem Vertrag geregelten Leistungen erbracht (z.B. Knochendichtemessung oder nuklearmedizinische Leistungen), für welche zwischen dem Ambulatorium und der ÖGK keine vertragliche Regelung zustande kommt, gilt für solche Leistungen § 14 Abs 3 sinngemäß.

(3) Wenn vom Ambulatorium entgegen den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages direkt Honorare (Aufzahlungen, Privatzahlungen usw.) entgegengenommen werden,

werden diese von der ÖGK den Anspruchsberechtigten in voller Höhe rückerstattet. Die hierfür gemachten Aufwendungen sind der ÖGK vom Ambulatorium zu ersetzen bzw. berechtigen die ÖGK zu einem Honorarabzug in ebendieser Höhe.

§ 16

Aufzahlungsverbot

Das Ambulatorium darf für die in Anlage 4 vertraglich geregelten MRT- Leistungen keinerlei Aufzahlungen, Zuzahlungen, Gebühren oder dergleichen - aus welchem Titel und von wem immer - verlangen oder entgegennehmen. Nebenleistungen sind dann privat verrechenbar, sofern sie ihrer Art nach durch die Anlage 7 zum Gesamtvertrag umfasst sind.

§ 17

Ablehnung der Behandlung

Das Ambulatorium ist in begründeten Fällen berechtigt, die Behandlung von Anspruchsberechtigten abzulehnen. Es hat auf Verlangen der ÖGK diesen den Grund der Ablehnung mitzuteilen. Die Ablehnung einer Behandlung durch das Ambulatorium zugunsten einer reinen Privatbehandlung ist nicht zulässig.

§ 18

Öffnungszeiten

(1) Jedes Ambulatorium hat Mindestöffnungszeiten von grundsätzlich 40 Wochenstunden einzuhalten. In begründeten Ausnahmefällen kann im Einvernehmen mit der ÖGK eine abweichende Regelung getroffen werden. Die individuellen Öffnungszeiten sind so zu gestalten, dass sie den Bedürfnissen der Patient:innen, insbesondere auch der Berufstätigen, entsprechen (erwünscht sind auch Samstage).

(2) Das Ambulatorium ist verpflichtet, die im Einzelvertrag konkret vereinbarten Öffnungszeiten einzuhalten und diese den Anspruchsberechtigten in geeigneter Form (z.B. Website) bekannt zu machen. Allfällige Änderungen der Öffnungszeiten sind der ÖGK im Vorhinein schriftlich bekanntzugeben, wobei die Mindestöffnungszeiten (Abs 1) einzuhalten sind.

(3) Länger als 2 Werktage dauernde vorübergehende Schließungen des Ambulatoriums aus wichtigem Grund (z.B. notwendiger Umbau) oder infolge eines

unvorhergesehenen Ereignisses (z.B. Wasserschaden) sind der ÖGK unverzüglich bekanntzugeben.

(4) Das Ambulatorium muss jedenfalls während der Öffnungszeiten für die Patient:innen telefonisch (insbesondere auch für Terminvereinbarungen) erreichbar sein.

§ 19

Qualitätssicherung

(1) Das Ambulatorium hat die Befähigung der ärztlichen Leitung (vgl. Anlage 2) in geeigneter Form vor Aufnahme der Tätigkeit der Betreffenden der ÖGK schriftlich nachzuweisen; die ärztliche Leitung ist verantwortlich, dass alle untersuchenden/befundenden Ärzt:innen sowie das sonstige medizinische Personal die entsprechenden gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen (vgl. Anlage 2) dauernd erfüllen.

(2) Das Ambulatorium hat der ÖGK eine genaue Bezeichnung des zur Durchführung der Untersuchungen verwendeten MRT-Gerätetyps (auch Änderungen) schriftlich bekannt zu geben. Der Austausch des MRT-Geräts muss der ÖGK ebenfalls schriftlich bekannt gegeben werden.

(3) Das Ambulatorium hat die verwendeten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Kontrollintervalle von dazu autorisierten Unternehmen auf ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Leistungsabgabe prüfen zu lassen. Über die Ergebnisse solcher Kontrollen sind Aufzeichnungen zu führen und der ÖGK auf Verlangen vorzulegen.

(4) Während der gesamten verlautbarten Öffnungszeit des Ambulatoriums muss eine qualifizierte Fachärzt:in für Radiologie bzw. eine Fachärzt:in für medizinische Radiologie und Diagnostik persönlich anwesend sein.

(5) Das Ambulatorium verpflichtet sich darüber hinaus zur Einhaltung der in der Anlage 2 angeführten Qualitätsstandards.

(6) Auf Anfrage der ÖGK ist über die Erfüllung der Qualitätserfordernisse nach Anlage 2 sowie über den aktuellen Personalstand Auskunft zu geben.

§ 20

Behindertengerechter und barrierefreier Zugang zum Ambulatorium

(1) Das Ambulatorium hat den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 "spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen" zu entsprechen. Die von Patient:innen im Zusammenhang mit dem Inhalt dieses Vertrages benützten Räumlichkeiten des Ambulatoriums inklusive Sanitäranlagen müssen im Sinne der genannten Bestimmungen (ÖNORM) sowie allgemein den gesetzlichen Verpflichtungen entsprechend barrierefrei gestaltet sein. Das Ambulatorium ist jedenfalls verpflichtet, anlässlich seiner Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Öffnungszeiten des Ambulatoriums zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

(2) Wird ein Ambulatorium in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordination oder Ambulatorium genutzt werden, so hat eine sofortige Umsetzung zu erfolgen (§ 342 Abs. 1 Z 9 ASVG).

(3) Bestehen in der zu versorgenden Region ausreichend behindertengerechte Ambulatorien für die im Vertragsgegenstand genannten ambulanten Untersuchungen, so können die Gesamtvertragspartner in besonders begründeten Einzelfällen zeitlich befristeten (max. drei Jahre), geringfügigen Abweichungen zustimmen.

§ 21

Untersuchungsaufzeichnungen

(1) Das Ambulatorium muss - ungeachtet der gesetzlichen Verpflichtungen - die im Zusammenhang mit dem Einzelvertragsverhältnis notwendigen Aufzeichnungen führen. Insbesondere müssen in patientenbezogener Form Aufzeichnungen über folgende Daten geführt werden:

- Name, Geburtsdatum bzw. Versicherungsnummer der Patient:innen,
- Name, Versicherungsnummer (jedenfalls das Geburtsdatum) der Versicherten (wenn die Patient:innen Angehörige sind),
- Zuweisungsdiagnose,
- Befund bzw. Dokumentation der Untersuchung,
- Datum und Art der erbrachten Leistung,

- Name der Zuweiser:in und
- Verwendung der Kontrastmittel.

(2) Die Aufbewahrungsfrist für die Aufzeichnungen beträgt 10 Jahre. Die Aufbewahrung der notwendigen Aufzeichnungen ausschließlich in elektronischer Form ist zulässig.

(3) Das Ambulatorium ist verpflichtet Überweisungsscheine 3 Jahre im Original bzw. als elektronische Kopie aufzubewahren.

§ 22

Zusammenarbeit zwischen den Ambulatorien und der ÖGK

(1) Das Ambulatorium ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, gegenüber dem medizinischen Dienst der ÖGK verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung der Anspruchsberechtigten handelt, werden diese auf Anfrage der ÖGK im Anlassfall erteilt. Die ÖGK hat für die Geheimhaltung der vom Ambulatorium erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit der behandelnden Ärzt:innen des Ambulatoriums bleibt auch bei Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen unberührt. Der ärztliche Dienst der ÖGK ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

(3) Die ÖGK ist in allen Fällen, in denen sie als Kostenträgerin auftritt, zur Einsichtnahme - auch an Ort und Stelle - in sämtliche diesbezüglichen Unterlagen, Aufzeichnungen, Befunde und dgl. berechtigt. Von derartigen Einsichtnahmen vor Ort ist der Fachverband zu informieren. Das Ambulatorium kann eine Vertreter:in des Fachverbandes beiziehen.

§ 23

Rechnungslegung

(1) Die Abrechnung der MRT-Untersuchungen hat EDV-unterstützt auf Basis des vom Dachverband für die Versicherungsträger vorgegebenen Datensatzaufbaues in der jeweils gültigen Version zu erfolgen. Die näheren Bestimmungen über die

Rechnungslegung sind der Anlage 8 zu entnehmen, die einen integrierenden Bestandteil dieses Gesamtvertrages bildet.

(2) Die Abrechnung der erbrachten MRT-Untersuchungen erfolgt mit der ÖGK. Die in diesem Zusammenhang übermittelten Daten bzw. Informationen haben den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, in der jeweils geltenden Fassung, zu entsprechen bzw. sind diese einzuhalten.

(3) Die Rechnungslegung erfolgt monatlich grundsätzlich bis zum 15. des jeweiligen Folgemonats. Letzter Termin für die Rechnungslegung für die jeweils im Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember erbrachten Leistungen ist jeweils der 15. Februar des Folgejahres. Leistungen, die danach zur Abrechnung vorgelegt werden, sind dem laufenden Abrechnungsjahr zuzuordnen.

(4) Der ÖGK werden bei der Abrechnung jedenfalls folgende Daten übermittelt:

1. je Patient:in:

- Name,
- Geburtsdatum bzw. Versicherungsnummer der Patient:in,
- Name und Versicherungsnummer (jedenfalls das Geburtsdatum) des:der Versicherten (wenn die Patient:in Angehörige:r ist),
- Zuweisungsdiagnose,
- Datum und Art der erbrachten Leistung,
- Name der Zuweiser:in,
- Art und Menge der verwendeten Kontrastmittel, sofern diese gesondert vergütet oder beigestellt werden

2. insgesamt:

- Anzahl der erbrachten Leistungen, gesondert nach deren Art,
- Art und Menge der verwendeten Kontrastmittel, sofern diese gesondert vergütet oder beigestellt werden

(5) Sofern die technischen Voraussetzungen dafür vorliegen, können im Einvernehmen mit der ÖGK sämtliche vom Ambulatorium an die ÖGK zu übermittelnden Unterlagen (zB Zuweisungsscheine) in elektronischer Form übermittelt werden.

§ 24

Honorierung

- (1) Die Honorierung der erbrachten Leistungen erfolgt unter Berücksichtigung der Bestimmungen der folgenden Absätze nach den Tarifen gemäß Anlage 4. Darüber hinaus übernimmt die ÖGK die Kosten für das nachweislich verwendete Kontrastmittel gemäß den Tarifen in Anlage 9. Das Ambulatorium verwendet tunlichst das kostengünstigste, geeignete Kontrastmittel. Mit der Bezahlung der Vergütungssätze gemäß Anlage 4 und des nachweislich verwendeten Kontrastmittels gemäß Anlage 9 sind alle mit der Untersuchung verbundenen Leistungen, insbesondere Personal- oder Sachkosten, sonstiges Gebrauchsmaterial etc. abgegolten. Die Anweisung des Honorars erfolgt innerhalb von sechs Wochen nach Rechnungslegung.
- (2) Es wird vereinbart, dass die Anlage 9 einmal jährlich evaluiert wird. Alle in Österreich zugelassenen und im Austria Codex angeführten Kontrastmittel sind umgehend in die Anlage 9 aufzunehmen. Die jeweils aktuelle Fassung ist seitens der ÖGK an den Fachverband und die einzelnen Ambulatorien zu übermitteln.
- (3) Erbrachte Leistungen werden nur vergütet, wenn sie durch die Zuweisung präzise bestimmt sind, die Diagnose angegeben ist und die Bestimmungen dieses Gesamtvertrags eingehalten werden.
- (4) Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als zwei Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.
- (5) Die Vertragsparteien werden die Aufwandsentwicklung gemeinsam überwachen und erforderlichenfalls gemeinsam Steuerungsmaßnahmen setzen, um die Finanzierbarkeit der Leistungen sicher zu stellen.

§ 25

e-card

- (1) Die Ambulatorien sind zur Verwendung der e-card entsprechend der Vorgaben des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger verpflichtet.
- (2) Bei jeder Inanspruchnahme eines Ambulatoriums ist eine online Prüfung mittels Stecken der e-card durchzuführen. Die einzelnen Konsultationen sind durch Einlesen der e-card anzuführen und zu speichern.

§ 26

Elektronische Kommunikation

- (1) Die Ambulatorien sind verpflichtet, das elektronische Zuweisungssystem eKOS zu verwenden.
- (2) Die Detailvereinbarung zu eKOS (Anlage 10) ist integrierter Bestandteil dieses Gesamtvertrages.
- (3) Der Fachverband ist über eine beabsichtigte Änderung von eKOS, die die Ambulatorien betrifft, durch den Dachverband zu informieren. Die Änderungen sind zwischen dem Fachverband und dem Dachverband zu beraten und es ist nach Möglichkeit ein Konsens zu erzielen.
- (4) Für den Fall, dass die Befunde inkl. zugehöriger Bilder in ELGA eingestellt werden, diese von den Berechtigten abgerufen werden können, und die Ambulatorien auf den Befunden einen Link zum Bild zur Verfügung stellen (z.B. über einen QR Code), entfällt die Verpflichtung der Institute zur Übergabe von physischen Trägermedien (z.B. CD-Rom, Ausdruck) für Bild und Befund.

§ 27

Zusammenwirken der Gesamtvertragsparteien

- (1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung der vertraglichen Bestimmungen.
- (2) Die Vertragsparteien haben alle Handlungen zu unterlassen, welche dazu geeignet sind, Stellung oder Ansehen einer der Vertragsparteien in der Öffentlichkeit zu schädigen
- (3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei allfälligen Auslegungsdifferenzen zu diesem Vertrag unverzüglich Kontakt aufzunehmen und diese tunlichst einvernehmlich zu lösen.

§ 28

Schlichtung von Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich zwischen den Parteien des Gesamtvertrages bzw. des Einzelvertrages ergeben, sollen grundsätzlich einvernehmlich geregelt werden.

§ 29

Anlagen

Sämtliche Anlagen sowie allfällige zukünftige Zusatzvereinbarungen in ihrer jeweils geltenden Fassung bilden Bestandteile dieses Vertrages.

§ 30

Änderungen

Änderungen dieses Gesamtvertrages sowie allfälliger Zusatzvereinbarungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

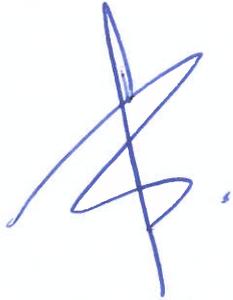
§ 31

Wirksamkeitsbeginn und Geltungsdauer

- (1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 01. Juli 2025 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- (2) Dieser Gesamtvertrag kann vom Fachverband sowie von der ÖGK ohne Angabe von Gründen unter Einhaltung einer neunmonatigen Kündigungsfrist zum Ablauf eines Kalenderjahres mit Rückscheinbrief gekündigt werden, wobei für den Zeitraum bis 31. Dezember 2026 ein ausdrücklicher beidseitiger Kündigungsverzicht abgegeben wird.
- (3) Dieser Gesamtvertrag erlischt mit dem Wirksamwerden gesetzlicher Vorschriften, durch die der Tätigkeitsbereich der ÖGK oder des Fachverbandes Änderungen bzw. Einschränkungen erfährt, in deren Folge sie/er als Vertragspartei dieses Gesamtvertrages nicht mehr in Frage kommt.
- (4) Mit Beendigung dieses Gesamtvertrages erlöschen alle von diesem Gesamtvertrag erfassten Einzelverträge, ohne dass eine gesonderte Kündigung erfolgt.
- (5) Im Falle der Kündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über einen neuen Gesamtvertrag ohne Verzug aufnehmen.

Wien, am 29.04.2025

Fachverband der Gesundheitsbetriebe
in der Wirtschaftskammer Österreich



Österreichische Gesundheitskasse
Für den Generaldirektor:



Der Obmann:



Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



Mag. Peter McDonald

- Anlage 1 Muster-Einzelvertrag
- Anlage 2 Qualitätsstandards
- Anlage 3 Liste der Ambulatorien mit EV
- Anlage 4 Tarife Körperregionen
- Anlage 5 Modalitätenwechsel und Abänderung des Untersuchungsumfangs
- Anlage 6 Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze
- Anlage 7 Nichtvertragliche Nebenleistungen
- Anlage 8 Rechnungslegung
- Anlage 9 Tarife Kontrastmittel
- Anlage 10 eKos Vereinbarung

Stempel- und gebührenfrei gem. §§ 109 und 110 ASVG

MUSTER

Einzelvertrag

§ 1

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen als Rechtsträger des.....
(im folgenden Ambulatorium genannt) und der Österreichischen
Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien, aufgrund der Bestimmungen des
Gesamtvertrages über die Erbringung und Verrechnung von ambulanten MRT-
Untersuchungen vom 29.04.2025 idgF abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages vom 29.04.2025 samt den
Zusatzvereinbarungen in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil dieses
Einzelvertrages.

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

§ 2

(1) Standort des Ambulatoriums:
*(Anmerkung: Ortsgemeinde bzw. Planungsbezirk für welche(n) der Vertrag
ausgeschrieben wurde)*

(2) Betriebsstätte:
(Anmerkung: genaue Adresse)

(3) Öffnungszeiten des Ambulatoriums:

.....

.....

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertraglichen Tätigkeit wird besonders vereinbart:

§ 4

Die Anweisung des Honorares erfolgt bis zur schriftlichen Bekanntgabe eines anderen Kontos auf das Konto Nr bei der

Eine Bekanntgabe der Änderung hat mindestens 21 Tage vor dem jeweiligen Anweisungsdatum zu erfolgen.

§ 5

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem und wird auf unbestimmte Zeit/ befristet bis abgeschlossen.

§ 6

Das Ambulatorium ist unter der in der Folge angegebenen Telefonnummer sowie E-Mail-Adresse erreichbar. Änderungen sind der ÖGK unverzüglich bekanntzugeben.

Tel: _____

E-Mail: _____

Wien, am

Für das Ambulatorium:

Österreichische Gesundheitskasse
Der leitende Angestellte:

Der Obmann:

Apparative Qualitätssicherung

1. Es dürfen nur spiralfähige CT-Geräte verwendet werden.
2. Für die CT-Bronchoskopie, CT-Angiographie und CT-Becken/Bein-Angiographie sind mindestens 4-Zeiler zu verwenden.
3. Für MRT-Untersuchungen dürfen ausschließlich Geräte mit einer Feldstärke von mindestens 1,0 Tesla verwendet werden.
4. Für Ambulatorien, die Becken/Bein-Angiographien durchführen, ist ein Verschiebetisch erforderlich.
5. Die Untersuchungen sind nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides gemäß den Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung idgF sowie den Richtlinien EURATOM 96/29 und 97/43 durchzuführen.
6. Bei den Geräten müssen die einschlägigen Gerätehandbücher aufliegen.

Personelle Qualitätssicherung

Ärztliches Personal

1. CT-/MRT-Untersuchungen dürfen nur von Fachärzten für Radiologie durchgeführt (geleitet) und ausgewertet (befundet) werden, die über eine entsprechende Qualifikation verfügen.
Diese kann auf folgende Art nachgewiesen werden:
 - CT-/MRT-Ausbildung ist im Facharztzeugnis dokumentiert oder
 - Sechs Monate Tätigkeit im Bereich CT/MRT und Nachweis von mindestens 1000 in diesem Zeitraum durchgeführten Untersuchungen.
2. Ärzte, die CT-/MRT-Untersuchungen durchführen (leiten) und auswerten (befunden), haben eine jährliche Fortbildung (MRT- und/oder CT-Untersuchungen) im Ausmaß von durchschnittlich mindestens 30 Stunden in einem Zeitraum von drei Jahren nachzuweisen (Vorlage der Teilnahmebestätigung).
3. Für das ärztliche Personal ist eine Berufshaftpflichtversicherung in entsprechender Höhe abzuschließen.

Medizinisch-technisches Personal

1. CT-/MRT-Untersuchungen dürfen nur von Fachkräften durchgeführt werden, die über die gesetzlich erforderliche fachliche Qualifikation zur Durchführung dieser Untersuchungen verfügen und darüber hinaus eine Einschulungszeit am CT-/MRT-Gerät von mindestens zwei Monaten (auf Basis Vollzeit; bei Teilzeit entsprechend länger) nachgewiesen haben.

2. Fachkräfte, die CT-/MRT-Untersuchungen durchführen, haben eine jährliche CT-/MRT-Fortbildung im Ausmaß von durchschnittlich mindestens zehn Stunden in einem Zeitraum von drei Jahren nachzuweisen (Vorlage der Teilnahmebestätigung).
3. Für die eingesetzten Fachkräfte ist jährlich eine Strahlenschutzbelehrung durchzuführen.

Sonstiges Personal

Alle im Ambulatorium tätigen Personen sind nachweislich über mögliche Gefahren in Bezug auf Strahlung, Magnetfelder bzw. Hochfrequenzfelder zu belehren.

Patientenorientierte Qualitätssicherung

1. Vor Durchführung einer CT-/MRT-Untersuchung sind mögliche Risikofaktoren (z. B. Schwangerschaft, frische Prothesen, Herzklappen, Herzschrittmacher, Implantate etc.) zu erheben und bei der Untersuchung entsprechend zu beachten.
2. Dazu ist dem Patienten ein Fragebogen vorzulegen, der von diesem ausgefüllt und unterschrieben werden muss. Der Fragebogen ist vom Ambulatorium mindestens ein Jahr aufzubewahren.

Administrative Qualitätssicherung

1. Das Ambulatorium hat über EDV, sowie Internetanschluss zu verfügen.
2. Die Patientendaten sind auf elektronischem Weg zu erfassen und zu verwalten.
3. Bei der Terminvergabe ist die eventuelle Dringlichkeit einer Untersuchung zu berücksichtigen.

Liste der Ambulatorien mit Einzelvertrag

Ambulatorium + Standort (werden in die Liste aufgenommen, sobald Einzelverträge vorliegen)

I. Körperregionen

Gültig ab 01.07.2025

A) MRT-Untersuchungen			
Pos. Nr.	Untersuchungsregion	Anmerkung	Anzahl Untersuchungen
Schädel			
850611	Gehirn		1
850612	Gesichtsschädel		1
850613	Nasennebenhöhlen	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850614, 850615, 850616, 850617 und 850618 verrechenbar.	1
850614	Orbita	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850613, 850615, 850616, 850617 und 850618 verrechenbar.	1
850615	Hypophyse	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850613, 850614, 850616, 850617 und 850618 verrechenbar.	1
850616	Kleinhirn – Brückenwinkel	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850617 und 850618 verrechenbar.	1
850617	Oberkiefer	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850616 und 850618 verrechenbar.	1
850618	Unterkiefer	Nicht gleichzeitig mit den Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850616 und 850617 verrechenbar.	1
Verrechnung von zusätzlichen Positionen bei verschiedenen Untersuchungen der Schädel-Region			
850623	Nasennebenhöhlen als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850614, 850615, 850616, 850617 oder 850618.	0,4
850624	Orbita als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850613, 850615, 850616, 850617 oder 850618.	0,4
850625	Hypophyse als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850613, 850614, 850616, 850617 oder 850618.	0,4
850626	Kleinhirn – Brückenwinkel als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850617 oder 850618.	0,4
850627	Oberkiefer als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850616 oder 850618.	0,4
850628	Unterkiefer als Zusatzposition	Bei zusätzlicher Verrechnung zu Pos. 850612, 850613, 850614, 850615, 850616 oder 850617.	0,4
850730	Temporo-Mandibulargelenk (beidseitig)		1
Hals			
850620	Hals		1
850621	Plexus Brachialis (=Cervico-thoracaler Übergang)		1
Wirbelsäule			
850630	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie		1
850640	Brustwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie		1
850650	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie		1
850660	Gesamte Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) nur mit besonderer Begründung	Erkrankungen des Myelon, Vertebrastenose (Querschnittssymptomatik), Multisegmentale Diskopathie, Entzündlicher Prozess der Wirbelsäule, Osteoporose-Wirbelkörperbruch	2
Thoraxraum			
850670	Thorax		1
850740	Mammographie (beidseitig)		1

Pos. Nr.	Untersuchungsregion	Anmerkung	Anzahl Untersuchungen
850741	MR Mammographie dynamisch inkl. Datenmeldung für BKFP – Zuschlag zu Pos. 850740	Technische Voraussetzung: Mamma-Spule sowie quantitativ-dynamisches Auswerteprogramm.	0,9
Abdomen			
850680	Oberbauch		1
850681	Oberbauch bei Verwendung von leberspezifischem Kontrastmittel – Zuschlag zu Pos. 850680		0,9
850690	Unterbauch und/oder Kreuzbein und/oder Sacroiliacalgelenke und/oder Steißbein		1
850700	Nieren		1
850710	Retroperitoneum		1
850720	Scrotum/Penis		1
850721T	Prostata multiparametrisch nur mit besonderer Begründung	Verdacht auf Prostatakarzinom; Zuweisung nur durch Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie. Nur mit mindestens 1,5 Tesla-Geräten mit neuester MR-Technik und optimierten Aufnahmeprotokollen verrechenbar.	2,5
850721	Prostata multiparametrisch nur mit besonderer Begründung	Verdacht auf Prostatakarzinom; Zuweisung nur durch Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie Nur mit mindestens 3 Tesla-Geräten verrechenbar.	2,9
Extremitäten			
850750	Schultergelenk (je Seite)		1
850760	Ellbogengelenk (je Seite)		1
850770	Fingergelenke (je Seite)		1
850780	Handwurzel (je Seite)		1
850790	Hüftgelenk (je Seite)		1
850800	Kniegelenk (je Seite)		1
850810	Sprunggelenk (je Seite)		1
850820	Fuß (je Seite)		1
850830	Oberarm (je Seite)		1
850840	Unterarm (je Seite)		1
850850	Oberschenkel (je Seite)		1
850860	Unterschenkel (je Seite)		1
Folgende Untersuchungskombinationen sind nur mit besonderer Begründung einzeln zu verrechnen – ansonsten Sammelposition			
850872	HWS, BWS mit besonderer Begründung	Erkrankungen des Myelon, Vertebrastenose (Querschnittssymptomatik), Multisegmentale Diskopathie, Entzündlicher Prozess der Wirbelsäule, Osteoporose-Wirbelkörperbruch	2
850882	BWS, LWS mit besonderer Begründung	Erkrankungen des Myelon, Vertebrastenose (Querschnittssymptomatik), Multisegmentale Diskopathie, Entzündlicher Prozess der Wirbelsäule, Osteoporose-Wirbelkörperbruch	2
850892	Unterbauch, Nieren	Blasenkarzinom, Verschluss des Harnleiters, Erweiterung des Nierenbeckens	2
850902	Nieren, Retroperitoneum	Blasenkarzinom, Verschluss des Harnleiters, Erweiterung des Nierenbeckens	2
850912	Unterbauch, Retroperitoneum	Blasenkarzinom, Verschluss des Harnleiters, Erweiterung des Nierenbeckens	2

Pos. Nr.	Untersuchungsregion	Anmerkung	Anzahl Untersuchungen
850922	Fingergelenke, Handwurzel (je Seite) mit besonderer Begründung	Prozess der Handwurzel und Mittelhand + Fingergelenke (excl. Metacarpophalangeal-Gelenke)	2
850932	Sprunggelenk, Fuß (je Seite) mit besonderer Begründung	Prozess im Sprunggelenk und Mittelfuß (Tarsus) + Metatarsus incl. Zehengrundgelenke	2
B) MRA-Untersuchungen			
851000	Gehirn		1
851010	Hals		1
851020	Lunge und/oder Mediastinum		1
851030	Herz und/oder Mediastinum		1
851040	Oberbauch und/oder Nieren		1
851050	Nieren und/oder Becken		1
851060	Becken – Bein (beidseitig)		1,9
851070	Oberarm und/oder Unterarm und/oder Hand (je Seite)		1
Folgende Untersuchungskombinationen sind nur mit besonderer Begründung einzeln zu verrechnen – ansonsten Sammelposition			
851101	Lunge und/oder Mediastinum, Herz und/oder Mediastinum	Fragestellung: Pulmonalgefäße oder Aorta thoracalis	1
851102	Lunge und/oder Mediastinum, Herz und/oder Mediastinum	Fragestellung: Pulmonalgefäße und Aorta thoracalis	2
Pos. Nr.	Untersuchungsregion	Anmerkung	Anzahl Untersuchungen
C) Spezialuntersuchungen			
851200	MR – Arthrographie		1
851210	MR – CP (MR – Cholangio-Pankreatographie)		1
851220	MR – Herzfunktion	Herzmorphologie oder Quantifizierung LV/RV-Ventrikelfunktion oder Myokardvitalität	1
851222	MR – Herzfunktion nur mit besonderer Begründung	Thrombus, Myokarditis, Perikarditis, Myocardiopathie	2
D) Kombinationen aus A), B), C)			
85130	Gehirn, Gesicht, RM-C3 + MRA Gehirn + MRA Hals		1,9
85131	Gehirn, Gesicht, RM-C3 + MRA Gehirn		1,4
85132	MRA Gehirn + MRA Hals		1,4
85137	Gelenk je Seite + MR-Arthrographie		1,4
85136	MR-CP + Oberbauch		1,4

Die einzelnen Positionen können nur dann abgerechnet werden, wenn die unter der Rubrik „Anmerkung“ aufgezählten Indikationen angegeben wurden.

II. Tarife

(1) Der Tarif je Untersuchung beträgt ab dem 1. Jänner 2025 je Vertragsambulatorium exkl. USt:

bis zur 2.000 Untersuchung	178,06 €
ab der 2.001 und bis zur 4.000 Untersuchung	172,65 €
ab der 4.001 und bis zur 6.000 Untersuchung	167,25 €
ab der 6.001 und bis zur 9.000 Untersuchung	156,47 €
ab der 9.001 Untersuchung	146,75 €

(2) Die Degressionsstaffeln gemäß Abs 1 beziehen sich auf Untersuchungen und nicht auf Leistungspositionen, z. B. ist Position 851060 [Becken - Bein (beidseitig)] als 1,9-fache Untersuchung der Staffel anzurechnen. Die jeweiligen Degressionsstaffelungen beziehen sich auf ein Kalenderjahr. Für die Berechnung sind die Frequenzen aller Untersuchungen, die auf Rechnung der ÖGK erbracht wurden, in dem Kalenderjahr der Abrechnung zu berücksichtigen. Mit dem erstmaligen Erreichen des jeweiligen Grenzwertes im Kalenderjahr wird die Untersuchung mit dem zutreffenden Tarif honoriert.

(3) Die Tarife gelten bis zum 31.12.2025 unvalorisiert weiter. Die zu diesem Zeitpunkt in Geltung stehenden Tarife werden ab dem 1.1.2026 im Ausmaß von einem Drittel (1/3) des für das Jahr 2026 geltenden Jahres-Verbraucherpreis-Index valorisiert. Die vorstehende Valorisierung ist dabei mit einem Drittel (1/3) des Prozentsatzes der Beitragseinnahmen-Steigerung der ÖGK des Jahres 2026 gedeckelt. Das bedeutet, dass die Valorisierung den Wert, der sich aus einem Drittel (1/3) des Prozentsatzes von der Beitragseinnahmen-Steigerung der ÖGK des Jahres 2026 ergibt, nicht übersteigen darf.

(4) Wenn der für das Jahr 2026 geltende Jahres-Verbrauchspreis-Index 5 Prozentpunkte übersteigt, erhalten die Vertragsambulatorien zusätzlich zur vorstehenden Valorisierung auch die Hälfte des die 5 Prozentpunkte übersteigenden Prozentsatzes in Form einer zusätzlichen Valorisierung ausbezahlt abgegolten. Diese zusätzliche Valorisierung unterliegt nicht der Deckelung des Abs 3.

(5) Die Tarifvalorisierung erfolgt im Jahr 2027 rückwirkend für das Kalenderjahr 2026 und wird bis spätestens bis 30.06.2027 an die Vertragsambulatorien ausbezahlt.

(6) Sollte für die Zeit nach 2026 keine neue Regelung vereinbart werden, gelten die valorisierten Tarife des Jahres 2026 unvalorisiert weiter.

Radiologie: Modalitätenwechsel und Abänderung des Untersuchungsumfangs

Im Rahmen von Zuweisungen zu radiologischen Leistungen können sich in Einzelfällen bei der Durchführung Probleme ergeben.

Fallbeispiel:

1. Patient wird zur MRT zugewiesen. (Grund: z.B. fragliche Lebermetastasen bei Dickdarm-Krebs)
2. Terminvereinbarung wird durchgeführt.
3. Patient erscheint zum Termin.
4. Im Rahmen der Routinebefragung stellt sich heraus, dass der Patient einen Herzschrittmacher (nicht MRT-tauglich) implantiert hat.
5. MRT kann nicht durchgeführt werden. Klärung der Situation der Leber ist wegen geplanter Operation dringlich. Wechsel auf CT erforderlich.

In Fällen wie diesem und weiteren in der Tabelle unten angeführt, hat der Leistungserbringer (CT/MRT-Institut) im Wesentlichen nur 2 Möglichkeiten. Entweder er schickt den Patienten zurück zum Zuweiser und der Prozess beginnt zum Nachteil des Patienten (erneute Zuweisung und ggf. Bewilligung) von vorne oder der Leistungserbringer ändert im eigenen Ermessen die Modalität (z.B.: CT statt MRT) und trägt selbst das Risiko, „Probleme“ bei der Abrechnung der Leistungen zu bekommen.

Im Rahmen von Untersuchungen kann eine Abänderung bzw. eine Erweiterung des Untersuchungsumfangs aus medizinischen und haftungsrechtlichen Gründen im Sinne einer fachgerechten und guten Patientenbetreuung unerlässlich sein.

Um Abrechnungsprobleme hintanzuhalten wird folgende Vorgehensweise vereinbart:

Regelung von Abweichungen zwischen Zuweisung und Durchführung/Abrechnung

In der Spalte „Grund für den Wechsel der Modalität“ sind die häufigsten Problem-Kategorien aufgelistet, die Änderungen gegenüber der Zuweisung durch den verantwortlichen Radiologen erfordern.

In der Spalte „Modalität wird vom Leistungserbringer geändert in ...“ sind jene Modalitäten gelistet, auf die der Leistungserbringer bei Zutreffen der Begründung (Spalte „Begründung im DVP-Abrechnungsdatensatz“) im eigenen Ermessen von Zuweisungen aus der Spalte „Modalität in Zuweisung“ wechseln kann.

Modalitätenwechsel				
Fall	Grund für Wechsel der Modalität	Modalität in Zuweisung	Modalität wird von der/vom Leistungserbringer:in geändert in ...	Begründung im DVP-Abrechnungsdatensatz
1	Nicht MRT-taugliches Implantat/Fremdkörper (z.B.: Innenohrprothese, Herzschrittmacher, Granatsplitter etc.)	MRT	CT, Röntgen-Untersuchung oder Sonographie	Regel 1
2	Klaustrophobie	MRT	CT, Röntgen-Untersuchung oder Sonographie	Regel 2
3	Ausgeprägte Adipositas	MRT	CT, Röntgen-Untersuchung oder Sonographie	Regel 3
4	Kontrastmittelallergie	CT, MRT oder Röntgen-Untersuchung	MRT, CT, Röntgen-Untersuchung oder Sonographie	Regel 4
5	Strahlenschutz-Gründe	Röntgen-Untersuchung, CT oder nuklearmedizinische Untersuchung	MRT oder Sonographie	Regel 5
		CT	Röntgen-Untersuchung, MRT oder Sonographie	
6	Falsche Indikation für die Untersuchung	(Falls dies möglich war in Rücksprache mit Zuweiser:in) geändert von allen zu allen Modalitäten: Röntgen-Untersuchung, Sonographie, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchung		Regel 6

Abänderung des Untersuchungsumfangs gegenüber der Zuweisung				
Fall	Grund für Abänderung des Untersuchungsumfangs gegenüber der Zuweisung	Modalität in Zuweisung		Begründung im DVP-Abrechnungsdatensatz
7	Seitenvergleich aus medizinisch-radiologischem Grund erforderlich	Röntgen-Untersuchung & Sonographie		Regel 7
Abänderung des Untersuchungsumfangs gegenüber der Zuweisung & ggf. Modalitätenwechsel				
Fall	Grund für Wechsel der Modalität bzw. Abänderung des Untersuchungsumfangs gegenüber der Zuweisung	Modalität in Zuweisung	Modalität wird von der/vom Leistungserbringer:in geändert in ...	Begründung im DVP-Abrechnungsdatensatz
8	Untersuchungsumfang erweitert (inkl. ggf. Modalitätenwechsel) durch Erkenntnisse während der Untersuchung	von allen zu allen Modalitäten: Röntgen-Untersuchung, Sonographie, CT, MRT, nuklearmedizinische Untersuchung		Regel 8

Wird die Modalität vom Leistungserbringer geändert oder von den im Rahmen der Zuweisung verordneten Leistungen bzw. zu untersuchenden Regionen abgewichen oder diese erweitert, so ist eine entsprechende Begründung gemäß Tabelle (Spalte: „Begründung im DVP-Abrechnungsdatensatz“) im Abrechnungsdatensatz (DVP; Kapitel F.6.4; SAAT 03 Datenblock Begründung „B“; Datenfeld GRÜN 3) anzugeben. In den beschriebenen Konstellationen Fall 1 bis 8 genügt dafür das Anführen der jeweils zutreffenden Nummer 1 bis 8 nach „Regel“ (z. B.: Regel 6).

In sonstigen medizinisch gerechtfertigten Situationen, die eine Abänderung oder Erweiterung des Untersuchungsumfanges erfordern, ist eine Kontaktnahme mit dem Zuweiser zu versuchen. Falls diese nicht möglich ist, ist eine Darstellung der Änderung und Begründung dafür im jeweiligen Befund als Information für den Zuweiser zu vermerken. Außerdem ist eine verbal ausformulierte Begründung im entsprechenden Abrechnungsdatensatz anzuführen. Der vorgesehene Platz im Abrechnungsdatensatz erlaubt auch ausführliche Begründungen. Auf Verlangen sind solche Befunde bzw. Aufzeichnungen entsprechend ausgewiesenen Organen des zuständigen SV-Trägers vorzulegen.

**Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze
bei der Krankenbehandlung
gemäß § 31 Abs. 5 Ziff. 10 ASVG.
(RÖK)
i.d.F. der 2. Änderung**

**1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen**

**Geltungsbereich
§ 1**

(1) Die Richtlinien regeln

1. die ökonomischen Grundsätze, nach denen
 - a) die ärztliche Hilfe,
 - b) die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen,
 - c) die im Zusammenhang mit Leistungen gemäß lit. a und b veranlassten Maßnahmen,
 - d) die Abgabe von Heilbehelfen durch andere Vertragspartner als Apotheker und hausapothekenführende Ärzte als ausreichend, zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht übersteigend zu beurteilen sind sowie
2. die Maßnahmen, die die Einhaltung dieser Grundsätze sicherstellen sollen.

(2) Für die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen und die Abgabe durch Apotheker und hausapothekenführende Ärzte sind die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen anzuwenden.

**Verbindlichkeit
§ 2**

(1) Die Richtlinien sind für die im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammengefassten Krankenversicherungsträger mit der Maßgabe verbindlich, dass der 3. Abschnitt nur vom abrechnenden Krankenversicherungsträger anzuwenden ist.

(2) Die §§ 1 bis 4 und der 2. Abschnitt sind auch für die in Betracht kommenden Vertragspartner verbindlich.

**Ökonomische Grundsätze
§ 3**

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

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie ist nach dem jeweiligen und aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu erbringen. Innerhalb dieses Rahmens erfüllt die Krankenbehandlung unter Beachtung des Wohles und der Betroffenheit des Versicherten (Angehörigen) die ökonomischen Grundsätze, wenn sie geeignet ist,

- einen ausreichenden therapeutischen und diagnostischen Nutzen zu erzielen und
- die Kosten im Verhältnis zum Erfolg der Maßnahme möglichst gering zu halten.

(3) Eine Maßnahme ist dabei nicht nur für sich allein zu betrachten, sondern es sind die im überblickbaren Behandlungs- und Untersuchungsverlauf gesetzten bzw. zu setzenden Maßnahmen zu berücksichtigen.

(4) Dabei ist insbesondere darauf Bedacht zu nehmen,

1. dass von mehreren gleichwertig geeigneten Möglichkeiten die ökonomisch günstigste Möglichkeit gewählt wird;
2. ob andere, z.B. hygienische oder diätetische Maßnahmen auch ökonomischer wären als Maßnahmen der Krankenbehandlung;
3. ob anstelle der Einweisung zu einem stationären Krankenhausaufenthalt die Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Krankenhausambulanz, Betreuung durch den Hausarzt, medizinische Hauskrankenpflege) ökonomischer wäre;
4. ob anstelle von ambulant serienweise angewendeten Behandlungsmethoden die Unterbringung in Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen ökonomischer wäre.

Ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers

§ 4

(1) In der Anlage sind jene Leistungen angeführt, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen erst nach einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers vom Vertragspartner angewendet werden dürfen.

(2) Für einzelne Vertragspartner oder für bestimmte Gruppen von Vertragspartnern können die Krankenversicherungsträger - allenfalls zeitlich befristet - vorsehen, dass für in der Anlage angeführte Leistungen keine ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers erforderlich ist oder dass die ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen notwendig ist, wenn bei diesem Vertragspartner oder bei dieser Gruppe von Vertragspartnern die ökonomische Krankenbehandlung gemäß § 3 sichergestellt ist.

(3) Aus Gründen der Zweckmäßigkeit kann festgelegt werden, dass die Physiotherapie ab der 31. Anwendung, jedenfalls aber ab der 11. Sitzung, einer vorherigen ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers bedarf.

(4) Aus Gründen der Zweckmäßigkeit kann festgelegt werden, dass die Psychotherapie erst ab der 11. Sitzung einer vorherigen ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers bedarf.

Kostenerstattung, Kostenzuschuss, Kostenersatz

§ 5

Die §§ 1, 3 und 4 gelten sinngemäß für die Fälle

- der Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung,
- der Kostenzuschüsse,
- der Kostenersätze.

2. Abschnitt

Bestimmungen für den Vertragspartner

Beachtung der ökonomischen Grundsätze

§ 6

(1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, die Krankenbehandlung so zu erbringen und zu veranlassen, dass diese den ökonomischen Grundsätzen gemäß § 3 entspricht.

(2) Gibt der Versicherte (Angehörige) z.B. durch Vorlage eines Krankenscheines zu erkennen, dass er auf Rechnung der Sozialversicherung behandelt werden will, ist für bewilligungspflichtige Maßnahmen ein Antrag auf vorherige ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers auszustellen.

Aufklärungspflicht durch den Vertragspartner

§ 7

(1) Der Vertragspartner hat den Versicherten (Angehörigen) bei Veranlassung, spätestens vor der Anwendung einer bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass vor Durchführung dieser Methode die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers einzuholen ist und der Krankenversicherungsträger im Falle einer Ablehnung keine Kosten übernimmt.

(2) Die ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers ist entweder vom Versicherten (Angehörigen) oder in seinem Namen vom Vertragspartner beim Krankenversicherungsträger vor Durchführung dieser Methode einzuholen. Der Vertragspartner hat die beabsichtigte Anwendung dieser Behandlungs- oder Untersuchungsmethode so zu begründen, dass der Krankenversicherungsträger in der Regel ohne zusätzliche Erhebung darüber entscheiden kann.

Keine Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers

§ 8

Eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers ist nicht erforderlich, wenn die Anwendung der bewilligungspflichtigen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode in Fällen der ersten Hilfe oder zur Abwendung einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung unverzüglich notwendig war. Dies ist vom Vertragspartner auf dem jeweiligen Abrechnungsbeleg schriftlich zu begründen.

Überweisungen oder Zuweisungen

§ 9

- (1) Die Maßnahmen des Vertragspartners haben im Rahmen des § 3 alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der medizinischen Ausbildung und der dem Vertragspartner zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Für erforderliche Leistungen, die der Vertragspartner nicht selbst erbringen kann, hat er Überweisungen oder Zuweisungen unter Berücksichtigung der ökonomischen Grundsätze vorzunehmen, wobei er sich auch zu vergewissern hat, ob und inwieweit entsprechende maßgebliche Vorbefunde vorhanden sind.
- (2) Im Falle einer notwendigen Überweisung oder Zuweisung ist grundsätzlich zu Vertragspartnern zu überweisen oder zuzuweisen. Eine Zuweisung oder Überweisung zu Wahlbehandlern soll nur dann erfolgen, wenn ein Vertragspartner unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist.

3. Abschnitt

Bestimmungen für den Krankenversicherungsträger

Prüfung der Einhaltung der ökonomischen Grundsätze

§ 10

- (1) Der Krankenversicherungsträger hat die Tätigkeit der Vertragspartner bezüglich der Einhaltung der Grundsätze der ökonomischen Krankenbehandlung zu prüfen.
- (2) Die vertragspartnerbezogene Prüfung erfolgt
1. nach Durchschnittswerten;
 2. auf der Grundlage von Stichproben;
 3. in Einzelfällen.
- (3) Die Prüfung umfasst insbesondere:
- ärztliche Leistungen,
 - ärztlich verordnete Leistungen,
 - der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen,
 - die Häufigkeit von Überweisungen,
 - Krankenhauseinweisungen,
 - die Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit,
 - die Ausstellung von Reise(Fahrt)- und Transportaufträgen.

Vertragspartnerbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten

§ 11

- (1) Für jede Vertragspartnergruppe sind statistische Durchschnittswerte für den Honorar- und Folgekostenbereich zu ermitteln.
- (2) Wird vom Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Überschreitung relevanter Durchschnittswerte festgestellt, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Dies gilt jedenfalls bei Überschreitungen von mehr als 50 %. Der Krankenversicherungsträger hat dabei den Vertragspartner über die ökonomischen Aspekte seiner Tätigkeit zu informieren. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

**Vertragspartnerbezogene Prüfung
auf der Grundlage von Stichproben oder in Einzelfällen
§ 12**

Der Krankenversicherungsträger hat regelmäßig im Wege von Stichproben sowie in begründeten Einzelfällen die Einhaltung der ökonomischen Grundsätze und die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Ergibt sich aus einer solchen Überprüfung die Vermutung unökonomischen Verhaltens, soll mit dem Vertragspartner ein Gespräch geführt werden. Erforderlichenfalls sind vom Krankenversicherungsträger die vertraglich und gesetzlich vorgesehenen Schritte zu setzen.

4. Abschnitt

**Wirksamkeit
§ 13**

Die Richtlinien treten mit dem Monatsersten in Kraft, der auf die Verlautbarung in der Fachzeitschrift "Soziale Sicherheit" folgt.

**„Inkrafttreten der 1. Änderung
§ 14**

§ 4 Abs. 4 sowie Punkt 4 der Anlage treten mit 1. Jänner 2001 in Kraft.

**„Inkrafttreten der 2. Änderung
§ 15**

Punkt 13 der Anlage tritt mit 1. Oktober 2001 in Kraft.

**Leistungen, für die zur Sicherstellung des gesetzlichen
Wirtschaftlichkeitsgebotes eine vorherige ärztliche Bewilligung des chef- und
kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers erforderlich ist**

Folgende Leistungen bedürfen vor ihrer Anwendung einer ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes des Sozialversicherungsträgers:

1. Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung
2. Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit
3. Physikalische Behandlungen
 - a) Verordnungen für physikalische Behandlungen sind vor der 1. Behandlung, spätestens bei Beginn der Behandlung der Kasse vorzulegen
 - b) Physiotherapie jeder Art ab der 21. Anwendung, jedenfalls ab der 7. Sitzung
 - c) Physiotherapie jeder Art ab der 31. Anwendung, jedenfalls ab der 11. Sitzung, wenn bei einem Vertragspartner/einer Vertragspartnerin oder einer Gruppe von Vertragspartnern/innen die ökonomische Krankenbehandlung gemäß § 4 Abs. 3 sichergestellt ist
 - d) Physiotherapie (durch freiberuflich tätige Physiotherapeut/en/innen) in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung
4. Psychotherapie ab der 11. Sitzung
5. Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche
6. Geplante Behandlung und Untersuchung im Ausland
7. Kosmetische Behandlung
8. Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung, Geschlechtsumwandlung
9. HELP-Therapie
10. Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
11. Flugtransporte
12. Transporte bei Serienbehandlungen (ausgenommen Transport zur Dialyse, Chemo- und/oder Strahlentherapie und Unfall-Nachkontrollen in den Unfallambulanzen, wenn die Beförderung mit einem Vertragsfahrtendienst beantragt wird) ab dem 11. Transport
13. Heimdialyse
14. Ambulante Tumorbehandlungen durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen oder mit Kohlenstoffionen nach der Empfehlung durch das für die Krankenanstalt zuständige multidisziplinäre Tumorboard
15. Computertomographie, Magnetresonanztomographie

Liste der nichtvertraglichen Nebenleistungen

Die Ambulatorien sind berechtigt nachfolgende Leistungen den Patient:innen in Rechnung zu stellen:

1. Versandkosten (Portokosten, Verpackung) bei der postalischen Übermittlung von Bildern und Befunden ggf. auch auf Datenträgern.
2. Zusätzliche Befundkopien (ab der 3. Ausfertigung)
3. Zusätzliche Bild(Film)kopien (ab der 2. Ausfertigung)
4. Zusätzliche Bilddatenkopien auf Datenträger

Rechnungslegung

- (1) Für die Rechnungslegung gelten die vom Dachverband erlassenen „Einheitlichen Grundsätze gemäß § 349a ASVG über die EDV-Abrechnung der Vertragspartner“. Die Struktur des Datenbestandes und der Datensätze (Satzarten) sowie die Inhalte der Datenfelder (Codes bzw. Schlüssel) haben den Regelungen der vom Dachverband herausgegebenen Organisationsbeschreibung „DVP“ in der jeweils geltenden Fassung zu entsprechen. Der Volltext der Einheitlichen Grundsätze gemäß § 349a ASVG und der Organisationsbeschreibung „DVP“ ist im Internet unter www.sozialversicherung.at veröffentlicht.
- (2) Über die nach den Bestimmungen dieses Vertrages im vorangegangenen Monat durchgeführten Leistungen ist monatlich Rechnung zu legen. Der Rechnung sind die entsprechenden Zuweisungen beizuschließen. Die Ordnung der Zuweisungen richtet sich nach der des Datenträgers.
- (3) Das Ambulatorium hat die Rechnung samt Unterlagen bis spätestens zum 15. des auf den Abrechnungsmonat folgenden Monats an die ÖGK zu übermitteln.
- (4) Pro Abrechnungsmonat ist nur die Übermittlung einer kompletten und vollständigen Rechnung zulässig.
- (5) Einzelbelege, die nicht diesem Gesamtvertrag entsprechen, werden dem Ambulatorium zur Richtigstellung und neuerlichen Einreichung mit der Rechnung für den nächsten Abrechnungsmonat retourniert.
- (6) Rechnungen, welche technisch nicht verarbeitbar sind, werden dem Ambulatorium unverzüglich zur Richtigstellung und neuerlichen Einreichung retourniert. Die Frist für die Honoraranweisung beginnt mit dem Einlangen einer technisch verarbeitbaren Rechnung.
- (7) Hinsichtlich der Datensatzbelegung ist die Organisationsbeschreibung „DVP“ des Hauptverbandes zu beachten.

Folgende Datenfelder werden wie folgt festgelegt:

- a) Diskettenbeginn „Satzart 00“;

Feld VPADR „Adresscode“ ist immer mit 99 anzugeben. Feld TKZ „Testkennzeichen“ ist immer mit 0 anzugeben.

- b) Behandlungsscheindaten „Satzart 01“;

Feld VPNUMW „Vertragspartnernummer“ des überweisenden oder zu vertretenden Arztes“, Feld ZUNUW „Zuname des überweisenden oder zu vertretenden Arztes“ und Feld FACHU „Fachgebiet des überweisenden oder zu vertretenden Arztes“ ist immer zu belegen.

- c) Angehörigendaten „Satzart 02“;

Feld ANGE „Angehörigeneigenschaft“ bleibt leer.

- d) Adressdaten „Satzart 06“;

Die Angabe der jeweiligen Adressdaten ist nur im abrechnungsrelevanten Zusammenhang notwendig.

- e) Datenblock Diagnose „Satzart 03“, Blockkennzeichen „D“;

Feld DIAKZ „Diagnosekennzeichen“ ist einmal mit 2 und im Feld DIAGN „Diagnose“ die Zuweisungsdiagnose und zusätzlich Feld DIAKZ „Diagnosekennzeichen“ mit 5 und im Feld DIAGN „Diagnose“ die gewünschte Untersuchung mit der zu untersuchenden Region anzugeben.

- f) Datenblock Diagnose „Satzart 03“, Blockkennzeichen „L“;

Feld POSNR2 „Positionsnummer“ ist entweder die Positionsnummer der Leistung oder die Positionsnummer für das verwendete Kontrastmittel anzugeben. Feld POSAN „Positionsanzahl“ ist entweder die Anzahl der durchgeführten Leistungen oder die verwendete Menge an Kontrastmittel in ml anzuführen.

- g) Datenblock Begründung „Satzart 03“, Blockkennzeichen „B“;

In der Anlage 4 unter „Anmerkung“ aufgezählte Indikationen sind mittels Begründungsblock bei der entsprechenden Position anzugeben.

- h) Datenblock Leistungserbringer „Satzart 03“, Blockkennzeichen „T“

Datenblock nicht erforderlich.

- i) Datensatz Rechnungssatz pro Patient „Satzart 08“;

Datensatz nicht erforderlich.

Kontrastmittelpreise
(Hälfte des Fabriksabgabepreises abzüglich 13,25 %)
gültig ab 01.07.2025

ANLAGE 9

Pos.- Nummer	MRT-Kontrastmittel	Wirkstoff - ATC Code	Produktgröße	ml	Tarif		
70002	ARTIREM	V08CA02 - Gadotersäure	DFL 20 ml / 1 Stk.	ml	0,90		
70001			FSPR 20 ml / 1 Stk.	ml	0,90		
70040	CLARISCAN 0,5 mmol/ml - Injektionslösung	V08CA02 - Gadotersäure	DSTFL 15 ml / 10 Stk.	ml	1,25		
70030			DSTFL 15 ml / 1 Stk.	ml	1,25		
70041			DSTFL 20 ml / 10 Stk.	ml	1,16		
70031			DSTFL 20 ml / 1 Stk.	ml	1,16		
70042			PL-FL 50 ml / 10 Stk.	ml	1,18		
70032			PL-FL 50 ml / 1 Stk.	ml	1,18		
70043			PL-FL 100 ml / 10 Stk.	ml	1,17		
70033			PL-FL 100 ml / 1 Stk.	ml	1,17		
70044			FSPR 10 ml / 10 Stk.	ml	1,62		
70034			FSPR 10 ml / 1 Stk.	ml	1,62		
70045			FSPR 15 ml / 10 Stk.	ml	1,47		
70035			FSPR 15 ml / 1 Stk.	ml	1,47		
70050			CYCLOLUX 0,5 mmol/ml - Injektionslösung	V08CA02 - Gadotersäure	DSTFL 10 ml / 10 Stk.	ml	1,36
70060					DSTFL 10 ml / 1 Stk.	ml	1,36
70051					DSTFL 15 ml / 10 Stk.	ml	1,22
70061	DSTFL 15 ml / 1 Stk.	ml			1,22		
70052	DSTFL 20 ml / 10 Stk.	ml			1,12		
70062	DSTFL 20 ml / 1 Stk.	ml			1,12		
70053	DSTFL 60 ml / 10 Stk.	ml			1,10		
70063	DSTFL 60 ml / 1 Stk.	ml			1,10		
70054	DSTFL 100 ml / 10 Stk.	ml			1,10		
70064	DSTFL 100 ml / 1 Stk.	ml			1,10		
70090	DOTAGRAF 0,5 mmol/ml - Injektionslösung	V08CA02 - Gadotersäure	IJLSG 60 ml / 10 Stk.	ml	1,30		
70101	DOTAREM - Injektionslösung	V08CA02 - Gadotersäure	DSTFL 10 ml / 1 Stk.	ml	1,94		
70103			DSTFL 15 ml / 1 Stk.	ml	1,74		
70104			DSTFL 20 ml / 1 Stk.	ml	1,60		
70105			DSTFL 60 ml / 1 Stk.	ml	1,57		
70108			DSTFL 100 ml / 1 Stk.	ml	1,56		
70109			KFSPR 15 ml / 1 Stk.	ml	1,84		
70110			DOTAREM - Injektionslösung		KFSPR 20 ml / 1 Stk.	ml	1,67
70304	GADOVIST 1,0 mmol/ml - Injektionslösung	V08CA09 - Gadobutrol	DSTFL 15 ml / 10 Stk.	ml	3,94		
70301			DSTFL 30 ml / 10 Stk.	ml	3,58		
70305			FSPR 5 ml / 5 Stk.	ml	5,61		

Kontrastmittelpreise
(Hälfte des Fabriksabgabepreises abzüglich 13,25 %)
gültig ab 01.07.2025

Pos.- Nummer	MRT-Kontrastmittel	Wirkstoff - ATC Code	Produktgröße	ml	Tarif
70302	GADOVIST 1,0 mmol/ml - Injektionslösung	V08CA09 - Gadobutrol	FSPR 7,5 ml / 5 Stk.	ml	5,10
70306			FSPR 10 ml / 5 Stk.	ml	4,68
70303			INFL 65 ml / 1 Stk.	ml	3,38
70551	MAGNEVIST 2 mmol/l - Injektionslösung	V08CA01 - Gadopentetsäure	FSPR 20 ml / 1 Stk.	ml	0,87
70601	MULTIHANCE - Injektionslösung	V08CA08 - Gadobensäure	10 ml / 1 Stk.	ml	3,47
70603			15 ml / 1 Stk.	ml	3,47
70605			20 ml / 1 Stk.	ml	3,47
70609			FSPR 10 ml / 1 Stk.	ml	4,12
70607			FSPR 15 ml / 1 Stk.	ml	4,05
70902	PIXOSCAN - Injektionslösung 1,0 mmol/ml	V08CA09 - Gadobutrol	15 ml / 10 Stk.	ml	3,94
70903			30 ml / 10 Stk.	ml	3,58
70904			65 ml / 10 Stk.	ml	3,58
70905			FSPR 5 ml / 10 Stk.	ml	5,62
70906			FSPR 7,5 ml / 10 Stk.	ml	5,10
70907			FSPR 10 ml / 10 Stk.	ml	4,68
70752	PRIMOVIIST - Injektionslösung 0,25 mmol/ml	V08CA10 - Gadoxetsäure	FSPR 10 ml / 1 Stk.	ml	7,81
70807	PROHANCE - Injektionslösung	V08CA04 - Gadoteridol	DFL 100 ml / 1 Stk.	ml	1,64
70802			STAMP 15 ml / 10 Stk.	ml	1,84
70804			STAMP 20 ml / 10 Stk.	ml	1,70
70805			STAMP 50 ml / 1 Stk.	ml	1,64
70810			FSPR 17 ml / 1 Stk.	ml	1,22

EKOS-Vereinbarung

ANLAGE 10

abgeschlossen zwischen dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der
Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der
Österreichischen Sozialversicherungsträger

über die Durchführung von CT/MR-Untersuchungen betreffend die
Einführung von eKOS (elektronisches Kommunikationsservice)

Die Institute haben sich an das e-card System der österreichischen Sozialversicherung angeschlossen und verwenden die in diesem System vorgesehenen Abläufe zur elektronischen Identifizierung, Verifizierung von Ansprüchen und Berechtigungen, Zu-/Überweisungen samt den jeweils damit verbundenen allfälligen Bewilligungen.

Hinsichtlich eKOS wird folgendes vereinbart:

- Gewährt der Leistungsbezieher dem Leistungserbringer (Institut) im Vorfeld einer Leistungserbringung (z.B.: im Rahmen der Terminvereinbarung) Zugang zum digitalen Formular (z.B.: über Antragscode und SVNDR), muss das digitale Formular vom Leistungserbringer abgerufen werden. Die Terminvereinbarung kann der Leistungserbringer optional in der eKOS-Applikation bestätigen. Dies wird ab dann allen weiteren die e-Zuweisung abfragenden Anwendern kenntlich angezeigt.
- Die Kennzeichnung der Leistungen als „erbracht“ (Leistungsstatus „übernommen“) muss durchgeführt werden. Die Kennzeichnung darf erst nach der tatsächlichen Leistungserbringung durchgeführt werden. Eine derart gekennzeichnete Leistung darf von keinem weiteren Leistungserbringer auf Kosten eines KVT erbracht bzw. abgerechnet werden, es sei denn, die Kennzeichnung wurde widerrufen.
- Jede e-Zuweisung hat- unabhängig von Art und Anzahl der zugewiesenen Leistungspositionen - eine „**Antragsreferenz-Nummer**“ (das ist ein 17- stelliger elektronischer Ordnungsbegriff der e-Zuweisung). Diese Nummer muss jedem DVP- Abrechnungsdatensatz angefügt werden, wenn die Zuweisung über eKOS erfolgt.

- Es liegt im Ermessen eines Institutes, ob papierschriftliche Zuweisungen in eKOS nacherfasst werden. Eine Verpflichtung dazu gibt es nicht.

Diese Zusatzvereinbarung kann nicht gesondert gekündigt bzw. sonst wie aufgelöst werden.

