

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT
DER GEWERBLICHEN WIRTSCHAFT

SVA-Gruppenpraxengesamtvertrag

Stand 1.1.2018

Inhaltsübersicht

	Seite
Gesamtvertrag	
§ 1 Geltungsbereich	1
§ 2 Sprachliche Gleichbehandlung	1
§ 3 Subsidiarität	1
§ 4 Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen	1
§ 5 Neugründung einer Gruppenpraxis durch Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. von Vertragsgruppenpraxen	2
§ 6 Neugründung einer Gruppenpraxis durch Erweiterung einer Einzelpraxis	2
§ 7 Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis	2
§ 8 Neugründung einer Gruppenpraxis durch Nichtvertragsärzte	2
§ 9 Reihung der Bewerber	3
§ 10 Einzelvertragsverhältnis	3
§ 11 Wechsel der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	3
§ 12 Reduktion der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	3
§ 13 Tod bzw. Ausscheiden eines Gesellschafters	4
§ 14 Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis	4
§ 15 Beendigung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses	4
§ 16 Standort/Wechsel des Standortes	4
§ 17 Behindertengerechte Ordination	5
§ 18 Ordinationszeiten	5
§ 19 Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis	6
§ 20 Organisation einer Vertragsgruppenpraxis	6
§ 21 Ärztliche Behandlung	7
§ 22 Umfang der Krankenbehandlung	7
§ 23 Leistungen	8
§ 24 Vertretung	8
§ 25 e-card – Rechte und Pflichten der Vertragsgruppenpraxis	8
§ 26 Nachweis der Anspruchsberechtigung	9
§ 27 Verrechenbarkeit bei Nichtvorlage der e-card	9
§ 28 Behandlung in der Ordination	10
§ 29 Krankenbesuch	10
§ 30 Fachärztliche Leistungen in Vertragsgruppenpraxen	10
§ 31 Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen	11
§ 32 Behandlungspflicht	11
§ 33 Operationen	11
§ 34 Wechsel der Vertragsgruppenpraxis bzw. des Behandlers	11
§ 35 Ablehnen der Behandlung	11
§ 36 Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst	12
§ 37 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln	12

§ 38	Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die Vertragsgruppenpraxis	12
§ 39	Anstaltspflege und Beförderungskosten	13
§ 40	Freiwillige Leistungen	13
§ 41	Mutterschaft	13
§ 42	Auskunftserteilung	14
§ 43	Administrative Mitarbeit	14
§ 44	Honorierung der Vertragsgruppenpraxis	15
§ 45	Rechnungslegung	15
§ 46	Voraussetzung für die EDV-Rechnungslegung	16
§ 47	Eignung des EDV-Abrechnungssystems	16
§ 48	Durchführung der EDV-Rechnungslegung	16
§ 49	Kosten der EDV-Rechnungslegung	17
§ 50	Honoraranweisung, Honorarabzüge und Honorareinbehalt	17
§ 51	Gegenseitige Unterstützungspflicht	17
§ 52	Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis mit dem chef(vertrauens)ärztlichen Dienst	18
§ 53	Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss	18
§ 54	Verfahren bei Streitigkeiten	18
§ 55	Übergangsbestimmung	18
§ 56	Gültigkeit	19
§ 57	Verlautbarung	19
§ 58	Wirksamkeitsbeginn	19

Anhang 1

Stellenplan

Anhang 2

Barrierefreie Ordination

Anhang 3

Muster Gruppenpraxiseinzelvertrag

Anhang A

Organisationsbeschreibung „Datenaustausch mit Vertragspartner DVP“

Anhang B

Verrechnungsschein

Anlage 1

Honorarordnung	1
Abkürzungsschlüssel	1
Allgemeine Bestimmung	2
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	4
I. Grundleistungen	4
1. Ordination (Arzt f. Allgemeinmedizin)	4
2. Krankenbesuch (Arzt f. Allgemeinmedizin)	4
3. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt f. Allgemeinmedizin)	4
4. Zuschlag für Konsilium (Arzt f. Allgemeinmedizin)	4
5. Ordination (Facharzt)	4
6. Krankenbesuch (Facharzt)	5
7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	5
8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	5
9. Wegegebühren	5
9.1 Koordinierung	5
9.2 Heilmittelberatungsgespräch	6
II. Diagnose- und Therapiegespräche	6
1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache	6
2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	7
III. Allgemeine Sonderleistungen	8
10. Blutabnahme	8
11. Injektionen	8
12. Infiltrationen	8
13. Infusionen	8
14. Implantationen	8
15. Impfung	9
16. Punktion (diagnostisch)	9
17. Punktion (therapeutisch)	9
18. Betäubung – Wiederbelebung.....	9
19. Endoskopien	9
20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	10
21. Sonstige ärztliche Verrichtungen	11
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde und Optometrie	11
22. Untersuchungen	11
23. Fremdkörperentfernung	11
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen	11

V.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	12
25.	Wundversorgung	12
26.	Kleine operative Eingriffe	12
27.	Verbände	12
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	12
29.	Knochenbrüche	13
VI.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13
30.	Frauenheilkunde	13
31.	Geburtshilfe	13
VII.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	14
32.	Untersuchungen	14
33.	Therapeutische Verrichtungen	14
VIII.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde	14
34.	Untersuchungen und Behandlungen	14
VIIIa.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenheilkunde	16
34.	Untersuchungen und Behandlungen	16
IX.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	16
35.	Untersuchungen	16
36.	Therapeutische Verrichtungen	16
X.	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	17
37.	Untersuchungen	17
38.	Therapeutische Verrichtungen	18
Xa	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	19
	Besondere Bestimmungen	19
40.	Diagnostik.....	19
41.	Behandlung.....	19
42.	Vernetzungsleistung.....	19
Xb	Sonderleistung aus dem Gebiet der Psychiatrie	19
	Besondere Bestimmungen	19
45.	Untersuchungen	20
XI.	Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	22
	Besondere Bestimmungen	22

1. Massage	22
2. Gymnastik	22
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	22
4. Inhalationen	22
5. Buckybestrahlung	22
6. Klimakammer	23
7. Hydrotherapie und Packungen	23
 XII. Sonographische Untersuchungen	 23
Besondere Bestimmungen	23
Ultraschalldiagnostik	23
Small-parts-Diagnostik	24
Doppler-Diagnostik	24
Farbduplex-Diagnostik	25
Echokardiographie	25
 XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	 25
Besondere Bestimmungen	25
Durchleuchtungen	25
Aufnahmen	26
XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.....	26
Besondere Bestimmungen	26
 B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ...	 27
Besondere Bestimmungen	27
Operationshonorar	28
1. Operation	28
2. Ärztliche Assistenz	28
3. Narkose (außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)	28
4. Narkose durch den Facharzt für Anaesthesiologie	28
5. Regiezuschlag	29
 Operationsgruppenschema für	
Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	29
Augenheilkunde	29
Chirurgie, Unfall- u. Neurochirurgie	30
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	32
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	33
Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anaesthesiologie	 34
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	34
Urologie	36

C. Physikalische Behandlung durch	
Fachärzte für Physikalische Medizin	36
Besondere Bestimmungen	36
1. Massage	36
2. Gymnastik	36
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	37
4. Inhalationen	37
6. Klimakammer	37
7. Hydrotherapie und Packungen	37
D. Laboruntersuchungen	37
Besondere Bestimmungen	37
1. Hämatologische Untersuchungen	38
2. Blutgerinnung	39
3. Stoffwechseluntersuchungen	39
4. Enzyme	40
5. Harn(Urin)untersuchungen	40
6. Konkrementuntersuchungen	41
7. Stuhluntersuchungen	41
8. Sekretuntersuchungen	41
9. Punktatuntersuchungen	41
10. Blutgruppenserologie	42
11. Immunologisch-serologische Untersuchungen	42
12. Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen	43
13. Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen.....	45
14. Hormone	45
15. Funktionsproben	46
16. Histologie-Zytologie	46
18. Entnahme von Untersuchungsmaterial	47
51. Gynäkologische Zytologie	47
52. Extragenitale Zytologie	47
53. Mikrobiologie	48
54. Histologie	49
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch	
Fachärzte für Radiologie	50
Besondere Bestimmungen	50
Röntgendiagnostik	52
Organtarif	52
Formatetarif	54
Unkosten	54

Röntgentherapie	55
9. Tarifgruppe I	55
10. Tarifgruppe II	56
11. Tarifgruppe III	56
12. Tarifgruppe IV	57
13. Tarifgruppe V	57
14. Tarifgruppe VI	57
15. Tarifgruppe VII	58
16. Tarifgruppe VIII	58
17. Tarifgruppe IX	58
18. Tarifgruppe X	58
20. Buckybestrahlung	58
21. Radiumtherapie	58
Anhang	59
1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass	59
2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen	60
3. Punktwerte	61

GRUPPENPRAXENGESAMTVERTRAG

vom 1. Jänner 2012

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz HVB) für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (im Folgenden kurz SVA genannt) andererseits.

Präambel

Der Gruppenpraxengesamtvertrag regelt das Verfahren zum Abschluss von Gruppenpraxeneinzelverträgen, die Rechte und Pflichten von Vertragsgruppenpraxen und Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen sowie die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxengesamtvertrages und die Beziehungen der Parteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages zueinander.

§ 1

Geltungsbereich

(1) Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband für die SVA mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen.

(2) Vertragsgruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesamtvertrages bereits einen Einzelvertrag mit einer Gebietskrankenkasse haben gelten als Vertragsgruppenpraxen im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages; gleiches gilt für Vertragsgruppenpraxen, die auf Grund von Ausschreibungen vor Inkrafttreten dieses Gruppenpraxengesamtvertrages nach seinem Inkrafttreten Einzelverträge abgeschlossen haben.

§ 2

Sprachliche Gleichbehandlung

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

§ 3

Subsidiarität

Für den Fall, dass zwischen einer Landesärztekammer und der jeweiligen Gebietskrankenkasse ein Gruppenpraxengesamtvertrag existiert, gelten dessen Regelungen (ausgenommen die Honorierung und Stellenplan) auch für den Bereich der SVA. Unbeschadet dessen gelten jedenfalls die Bestimmungen §§ 4, 10 (ausgenommen Abs. 4), 19 (ausgenommen Abs. 2), 21 - 23, 25 - 27, 28 - 34, 37 - 55 dieses Gesamtvertrages.

§ 4

Festsetzung der Zahl und Verteilung der Vertragsgruppenpraxen

(1) Die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsgruppenpraxen werden unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten und der diesbezüglichen Planungen in den Bundesländern im Einvernehmen zwischen zuständiger Ärztekammer und SVA im Anhang 1 festgesetzt.

(2) Bei der Besetzung einer Planstelle der jeweiligen Gebietskrankenkasse wird auch ein SVA-Einzelvertrag vergeben.

(3) Unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort der Versicherten ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung sicher zu stellen. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder Vertragsgruppenpraxen oder einem Vertragsarzt und einer Vertragsgruppenpraxis freigestellt sein.

(4) Wird von einer Vertragsgruppenpraxis, die Gruppenpraxeneinzelverträge mit der Gebietskrankenkasse und der SVA hat, lediglich ein bestehender Gruppenpraxeneinzelvertrag mit der Gebietskrankenkasse zurückgelegt, gilt diese Zurücklegung auch für das Vertragsverhältnis zur SVA.

§ 5

Neugründung einer Gruppenpraxis durch Zusammenschluss von Vertragsärzten bzw. von Vertragsgruppenpraxen

- (1) Beabsichtigen zwei oder mehrere Vertragsärzte bzw. ein Vertragsarzt und eine Vertragsgruppenpraxis bzw. zwei oder mehrere Vertragsgruppenpraxen die Gründung einer Gruppenpraxis, haben sie dies bei der SVA im Wege der zuständigen Ärztekammer zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Bisher bestehende Einzelverträge von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 6

Neugründung einer Gruppenpraxis durch Erweiterung einer Einzelpraxis

- (1) Beabsichtigt ein Vertragsarzt die Gründung einer Gruppenpraxis, hat er dies bei der SVA im Wege der zuständigen Ärztekammer zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Sofern die Neugründung einer Gruppenpraxis befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil umgehend, längstens jedoch 6 Monate nach Zustimmung der Vertragsparteien (Abs. 2), auszuschreiben. Diese Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und der SVA verlängert werden.
- (4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.
- (5) Bisher bestehende Einzelverträge von Ärzten, die nun Gesellschafter der neuen Vertragsgruppenpraxis sind, treten mit dem Datum des Inkrafttretens des Gruppenpraxeneinzelvertrages außer Kraft.

§ 7

Erweiterung einer bestehenden Gruppenpraxis

- (1) Beabsichtigt eine Vertragsgruppenpraxis die Aufnahme weiterer Gesellschafter, hat sie dies bei der SVA im Wege der zuständigen Ärztekammer zu beantragen.
- (2) Nach Zustimmung der Vertragsparteien über den Antrag wird der Antragssteller im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.
- (3) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 und 5.

§ 8

Neugründung einer Gruppenpraxis durch Nichtvertragsärzte

- (1) Kommen die SVA und die zuständige Ärztekammer überein, aus versorgungstechnischen Gründen ein bestimmtes Versorgungsgebiet zum Standort einer künftig zu gründenden Gruppenpraxis zu bestimmen, ist die Gruppenpraxis auszuschreiben.
- (2) Bei der Auswahl der Vertragsgruppenpraxis sind die sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärzte als Team zu bewerten. Eine Bewerbung eines Arztes in mehreren Teams für ein und dieselbe ausgeschriebene Stelle ist unzulässig.
- (3) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.
- (4) Die Festlegung des konkreten Ordinationsstandortes nach Vorschlag des bestgereihten Bewerberteams bedarf der Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und der SVA.
- (5) Für das weitere Procedere gelten die Bestimmungen des § 6 Abs. 4 bis 5.

§ 9 Reihung der Bewerber

(1) Bei der Auswahl der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis gelangen die im jeweiligen Bundesland im Verhältnis zwischen der örtlichen Gebietskrankenkasse und der zuständigen Landesärztekammer maßgeblichen - gemäß § 343 Abs. 1a ASVG sowie gemäß der Reihungskriterien-Verordnung, BGBl II 487/2002 idgF, erstellten - Richtlinien in der jeweiligen Fassung zur Anwendung.

(2) Die SVA erhält die für das Auswahlverfahren maßgeblichen Unterlagen betreffend alle Vertragswerber. Die Ausschreibung einer Vertragsgruppenpraxenstelle hat in Koordination mit der zuständigen Gebietskrankenkasse zu erfolgen.

(3) Kommt zwischen der Vertragsgruppenpraxis bzw. dem Vertragsarzt eine Einigung mit einem der auf diese Art bekannt gegebenen Bewerber nicht zu Stande, so ist eine neuerliche Ausschreibung des Gruppenpraxenanteiles erst nach Ablauf eines Jahres ab der bereits erfolgten Ausschreibung möglich.

§ 10 Einzelvertragsverhältnis

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen der SVA und der Gruppenpraxis wird durch den Abschluss eines Gruppenpraxeneinzelvertrages begründet. Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen der Gruppenpraxis und der SVA ist der in Anhang 3 beigefügte Gruppenpraxenmustereinzelvertrag zu Grunde zu legen; dieser ist ein Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Gruppenpraxenmustereinzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen in § 3 des Gruppenpraxeneinzelvertrages können mit der Vertragsgruppenpraxis nur im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und der SVA vereinbart werden.

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

(3) Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien des Gruppenpraxeneinzelvertrages ergeben sich aus dem Gruppenpraxeneinzelvertrag, dem Gruppenpraxengesamtvertrag sowie den Zusatzvereinbarungen zum Gruppenpraxengesamtvertrag.

(4) Ein Wechsel der Rechtsform nach Maßgabe der für Gruppenpraxen zugelassenen Rechtsformen ist für alle Vertragsgruppenpraxen jederzeit möglich. Der Wechsel ist der SVA schriftlich bekanntzugeben.

(5) Der Gruppenpraxeneinzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Befristungen können von der SVA mit der Vertragsgruppenpraxis im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer in besonderen Fällen vereinbart werden. Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem im Gruppenpraxeneinzelvertrag vereinbarten Zeitpunkt.

(6) Die SVA wird der zuständigen Ärztekammer umgehend eine Abschrift des Gruppenpraxeneinzelvertrages zur Verfügung stellen.

§ 11 Wechsel der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis den Wechsel eines oder mehrerer Gesellschafter, ist der SVA dies im Wege der zuständigen Ärztekammer bekannt zu geben.

(2) Nach einvernehmlicher Entscheidung von der zuständigen Ärztekammer und SVA über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Sofern der Wechsel befürwortet wird, ist der Gruppenpraxenanteil binnen einer Frist von 6 Monaten auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und der SVA verlängert werden.

(4) Für Reihung und Auswahl der Bewerber gilt § 9.

§ 12 Reduktion der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Beabsichtigt eine bestehende Vertragsgruppenpraxis, die Anzahl der Gesellschafter zu reduzieren, ist der

SVA dies im Wege der zuständigen Ärztekammer bekannt zu geben.

(2) Nach Zustimmung über den Antrag wird die Vertragsgruppenpraxis im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich über die Entscheidung in Kenntnis gesetzt.

(3) Wird der Antrag befürwortet, entscheiden die zuständige Ärztekammer und die SVA einvernehmlich, wie die durch die Reduktion frei gewordenen Stellenanteile weiterhin verwendet werden sollen.

§ 13

Tod bzw. Ausscheiden eines Gesellschafters

(1) Im Falle des Ablebens oder Ausscheidens eines der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis, die nur aus zwei Gesellschaftern besteht, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Zeitpunkt des Ablebens bzw. des Ausscheidens.

(2) Die zuständige Ärztekammer und die SVA haben umgehend, spätestens jedoch 6 Monate nach dem Tod bzw. Ausscheiden, Einvernehmen darüber herzustellen, ob der Standort weiterhin als Gruppenpraxis oder in Form einer Einzelordination zu betreiben ist.

(3) Wird die Fortsetzung der Gruppenpraxis einvernehmlich beschlossen, ist der Gruppenpraxenanteil umgehend, längstens jedoch 6 Monate nach dem Beschluss der Vertragsparteien, auszuschreiben. Die Frist kann auf Antrag erforderlichenfalls im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und der SVA verlängert werden.

(4) Besteht Einvernehmen darüber, dass der Standort nicht als Gruppenpraxis weiter betrieben werden kann, hat der verbliebene ehemalige Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis grundsätzlich das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Gesamtvertrag vom 1.6.2010.

§ 14

Auflösung einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine bestehende Vertragsgruppenpraxis kann auf Antrag aller Gesellschafter und mit Zustimmung im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer und der SVA aufgelöst werden, sofern ihr Fortbestand aus versorgungstechnischen Gründen nicht mehr erforderlich ist.

(2) Die Mitnahme der Stelle eines oder aller ehemaliger Gesellschafter bedarf der Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und der SVA, wobei den ehemaligen Gesellschaftern ein Mitspracherecht zukommt.

(3) Im Falle der Zustimmung haben die ehemaligen Gesellschafter das Recht auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Gesamtvertrag vom 1.6.2010.

§ 15

Beendigung des Gruppenpraxeneinzelvertragsverhältnisses

Der Gruppenpraxeneinzelvertrag kann nur nach den jeweils geltenden Bestimmungen des ASVG sowie des Gruppenpraxengesamtvertrages beendet werden.

§ 16

Standort/Wechsel des Standortes

(1) Berufssitz und Standort der Vertragsgruppenpraxis befinden sich an der im Gruppenpraxen-einzelvertrag genannten Adresse. Die Vertragsgruppenpraxis darf gemäß § 52a Abs. 4 Ärztegesetz weitere Standorte nur mit ausdrücklicher Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und der SVA betreiben.

(2) Der Betrieb von Zweitordinationen von Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis ist zulässig.

(3) Der Betrieb von Zweitordinationen der Gesellschafter mit Abrechnungsmöglichkeit ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der SVA zulässig.

(4) Beabsichtigt die Vertragsgruppenpraxis, einen weiteren Standort zu betreiben oder den vertraglich vereinbarten Standort zu wechseln, hat sie dies der SVA im Wege der zuständigen Ärztekammer schriftlich mitzuteilen und zugleich die Adresse des weiteren Standortes bzw. den gewählten neuen Standort anzugeben. Der Betrieb des neuen oder eines weiteren Standortes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der

SVA zulässig. Verweigert die SVA die Zustimmung, hat die Vertragsgruppenpraxis die Möglichkeit, einen Antrag an die paritätische Schiedskommission zu stellen.

(5) Eröffnet die Vertragsgruppenpraxis einen weiteren Standort bzw. wird der Standort der Vertragsgruppenpraxis verlegt, ohne dass eine schriftliche Zustimmung von SVA und zuständiger Ärztekammer oder eine für die Vertragsgruppenpraxis positive rechtskräftige Entscheidung einer Schiedskommission vorliegt, erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit dem Datum der Eröffnung des weiteren Standortes bzw. der Schließung des im Gruppenpraxeneinzelvertrag festgelegten Standortes.

(6) Abs. 3 bis 5 gelten sinngemäß, sofern der Standort einer mit Zustimmung der SVA betriebenen Zweitordination eines Gesellschafters mit Abrechnungsmöglichkeit gewechselt werden soll.

(7) Der Standort der Vertragsgruppenpraxis ist Berufssitz der Gesellschafter.

§ 17 Behindertengerechte Ordination

(1) Die Ordinationsstätte der Vertragsgruppenpraxis hat den Bestimmungen der ÖNORM 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM 1601 „spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ zu entsprechen (Anhang 2).

(2) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, anlässlich ihrer Errichtung bei der zuständigen Behörde einen Antrag auf Widmung eines behindertengerechten Parkplatzes, der für die Dauer der Ordinationszeit zur Verfügung steht, zu stellen und gegebenenfalls einen gesetzlich vorgesehenen Rechtsweg auszuschöpfen.

(3) Wird eine Vertragsgruppenpraxis in Räumlichkeiten errichtet, die davor nicht als Arztordination genutzt wurden, so hat eine sofortige Umsetzung zu erfolgen (§ 342 Abs. 1 Z 9 ASVG), es sei denn, eine bestimmte bauliche Maßnahme ist rechtlich nicht möglich.

(4) Für Vertragsgruppenpraxen, welche in bestehenden Arztordinationen errichtet werden, gilt eine dreijährige Übergangsfrist, in der die Umsetzung erfolgen muss, es sei denn, eine bestimmte bauliche Maßnahme ist rechtlich nicht möglich.

(5) Bestehen in der zu versorgenden Region ausreichend behindertengerechte Einrichtungen der entsprechenden Fachrichtung(en), so können die Gesamtvertragsparteien in Einzelfällen zeitlich befristeten (max. drei Jahre), geringfügigen Abweichungen zustimmen.

§ 18 Ordinationszeiten

(1) Die wöchentliche Mindestordinationszeit für fachgleiche Vertragsgruppenpraxen, der zwei Gesellschafter angehören, beträgt grundsätzlich 30 Wochenstunden verteilt auf fünf Wochentage. Ab einem dritten Gesellschafter ist eine Mindestöffnungszeit von 40 Wochenstunden, ebenfalls verteilt auf fünf Tage, vorzusehen. Die Vertragsgruppenpraxis ist an 52 Wochen im Jahr geöffnet.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis folgende Zeitblöcke zu umfassen:

Jedenfalls

- eine Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 3h und
- eine Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 3h

Sowie zusätzlich wahlweise

- eine weitere Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 2h oder
- eine Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 3h

Die genauen Öffnungszeiten sind im Gruppenpraxeneinzelvertrag festzulegen, wobei auf die regionalen Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten - insbesondere auf die Bedürfnisse werktätiger Anspruchsberechtigter - Rücksicht zu nehmen ist.

(3) Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten. Die Vertragsgruppenpraxis wird sich zudem auch um die Einrichtung eines

Terminmanagements bemühen, soweit dies den Interessen der Anspruchsberechtigten entgegenkommt und dies im täglichen Praxisablauf sinnvoll und möglich ist. In medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. Erster Hilfe) darf für den Anspruchsberechtigten tunlichst keine Wartezeit entstehen. Ansonsten ist bei der Terminvergabe darauf zu achten, dass der nächste freie Termin angeboten wird.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis hat nach Möglichkeit die der SVA bekannt gegebenen Ordinationszeiten einzuhalten.

(5) Änderungen der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis sind der SVA bekannt zu geben. Die Zustimmung der SVA zu den geänderten Ordinationszeiten gilt als erteilt, wenn die SVA nicht binnen vier Wochen dagegen Einspruch erhebt.

(6) Erfolgt zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der SVA keine Einigung über die Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis, können die Vertragsgruppenpraxis und die SVA jeweils Anträge auf Entscheidung an die paritätische Schiedskommission richten.

(7) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z.B. bei Erster Hilfe) haben die Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis auch außerhalb der Ordinationszeiten der Vertragsgruppenpraxis ärztliche Hilfe zu leisten.

(8) Für die Anspruchsberechtigten muss die übliche Ordinationszeit der einzelnen Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis transparent sein.

(9) Bei fachungleichen Vertragsgruppenpraxen sind pro Gesellschafter und Fachgebiet mindestens 20 Wochenstunden vorzusehen.

(10) Vertragsgruppenpraxen, deren Vertragsbeginn der 1. Jänner 2012 ist oder nach diesem Datum liegt, sind zur sofortigen Umsetzung der Ordinationszeiten gemäß Absatz 2 verpflichtet. Für Vertragsgruppenpraxen, deren Vertragsbeginn vor dem 1. Jänner 2012 liegt, gilt für die Umsetzung der Ordinationszeiten gemäß Absatz 2 eine Übergangszeit bis 30. Juni 2012.

§ 19

Nebentätigkeiten der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Angestellte Ärzte in Ambulatorien und eigenen Einrichtungen der SVA und sonstige angestellte Ärzte der SVA (Chefärzte, Direktionsärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Gesellschafter in Vertragsgruppenpraxen der SVA sein.

(2) Konsiliare Tätigkeiten sowie vertraglich vereinbarte regelmäßige Nebentätigkeiten in Krankenanstalten sind der zuständigen Ärztekammer und SVA zu melden und dürfen von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis, sofern sie ein durchschnittliches Ausmaß von 10 Wochenstunden überschreiten, nur mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer und der SVA ausgeübt werden.

(3) Verstößt ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis wiederholt und trotz begründeter Mahnungen gegen diese Bestimmungen, können die zuständige Ärztekammer und die SVA schriftlich das Ausscheiden des Betreffenden aus der Vertragsgruppenpraxis binnen einer Frist von drei Monaten verlangen. Wird von den übrigen Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis das Ausscheiden des Betreffenden innerhalb dieser Frist nicht veranlasst bzw. nicht eine Klage auf Ausschluss des Gesellschafters erhoben, so erlischt der Gruppenpraxeneinzelvertrag mit Ablauf der Frist.

(4) Abs. 2 gilt nicht für Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen, die bereits vor dem 1. Jänner 2012 in einem Einzelvertragsverhältnis mit der SVA gestanden sind.

§ 20

Organisation einer Vertragsgruppenpraxis

(1) Eine Vertragsgruppenpraxis im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages darf nicht die Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Ziff. 5 KAKuG aufweisen.

(2) Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. Fachärzte angehören.

(3) Die Anzahl der in der Vertragsgruppenpraxis tätigen Hilfspersonen ist gemäß den Bestimmungen von § 52c Abs. 3 Ziff. 8 Ärztegesetz zu beschränken.

(4) Die Anstellung von Gesellschaftern und anderen (Fach)Ärzten durch die Vertragsgruppenpraxis ist unzulässig, darüber hinaus ist § 52a Ärztegesetz zu berücksichtigen.

§ 21 Ärztliche Behandlung

(1) Die Verrechnungsberechtigung für Behandlungen der Vertragsgruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte sowie aus den Bestimmungen des mit der SVA abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrages sowie jenen des Gruppenpraxengesamtvertrages.

(2) Jeder der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Vertragsgruppenpraxis verpflichtet.

(3) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nach den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages und des Gruppenpraxeneinzelvertrages. Die ärztliche Tätigkeit ist durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis persönlich oder ihre ordnungsgemäß bestellten Vertreter (§ 24) auszuüben.

(4) Alle ärztlichen Tätigkeiten, die der jeweils behandelnde Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis für Anspruchsberechtigte der SVA erbringt, gelten als im Namen der Vertragsgruppenpraxis gesetzt und werden vertragsrechtlich der Vertragsgruppenpraxis zugerechnet.

(5) Für die Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschaftern derselben Fachrichtung innerhalb der Vertragsgruppenpraxis zu gewährleisten.

(6) Die behandelnde Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin hat im Rahmen ihrer Tätigkeit alle für ein effizientes, patientenzentriertes und unbürokratisches Nahtstellenmanagement erforderlichen ärztlichen Koordinierungstätigkeiten wahrzunehmen.

(7) Das Nahtstellenmanagement umfasst alle im Zusammenhang mit einer Spitalseinweisung oder Spitalsentlassung notwendigen ärztlichen Maßnahmen, die unter Beachtung ökonomischer Gesichtspunkte zur Koordinierung medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen sowie für einen effizienten Informationstransfer in Bezug auf die weitere ärztliche, therapeutische und pflegerische Betreuung des Patienten erforderlich sind.

(8) Die ärztliche Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.

§ 22 Umfang der Krankenbehandlung

(1) Die Behandlung nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages obliegt den Gesellschaftern der Vertragsgruppenpraxis nur gegenüber jenen Anspruchsberechtigten, die Anspruch auf Sachleistung haben. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und hat sich an den Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung zu orientieren. Die Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der den Betreibern der Vertragsgruppenpraxis zu Gebote stehenden Hilfsmittel zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der SVA von der Vertragsgruppenpraxis zu begründen.

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

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

§ 23 Leistungen

(1) Das Leistungsangebot der Vertragsgruppenpraxis wird nach Maßgabe spezifischer Bestimmungen für bestimmte Fachgruppen durch die Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages sowie allfällige Regelungen des Gruppenpraxeneinzelvertrages definiert.

(2) Können Leistungen im Sinne der Qualitätssicherung nach den für die jeweilige Fachsparte geltenden Bestimmungen nur dann verrechnet werden, wenn die von der zuständigen Ärztekammer und der SVA festgelegten Kriterien erfüllt werden, wird die zuständige Ärztekammer prüfen, ob für die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis die entsprechenden Nachweise vorliegen. Die zuständige Ärztekammer hat der SVA, sofern diese dies verlangt, die entsprechenden Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen. Der SVA werden von der zuständigen Ärztekammer diejenigen Gesellschafter genannt, die die Voraussetzung zur Verrechnung der betreffenden Leistung erfüllen.

(3) Nur im Sinne von Abs. 2 qualifizierte Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis dürfen die betreffenden Leistungen durchführen.

§ 24 Vertretung

(1) Soweit die Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis der gleichen Fachrichtung angehören, haben sie einander im Falle einer persönlichen Verhinderung tunlichst gegenseitig zu vertreten.

(2) Ist eine gegenseitige Vertretung nicht möglich, haben die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis zur Aufrechterhaltung des Betriebes für eine Vertretung unter Haftung für das Einhalten der vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Zum Vertreter kann nur ein Arzt desselben Fachgebietes bestellt werden. Leistungen, für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist können vom Vertreter nur dann durchgeführt werden, wenn er diese Qualifikation nachgewiesen hat. Mit Zustimmung der SVA und der zuständigen Ärztekammer kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden.

(3) Sofern die Vertretung (auch regelmäßig, tageweise) nicht durch einen anderen Gesellschafter erfolgt und länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der zuständigen Ärztekammer und der SVA bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als sechs Monate, so kann die zuständige Ärztekammer oder die SVA gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben.

(4) Die zuständige Ärztekammer und die SVA haben das Recht, sich in begründeten Fällen gegen die Vertretung als solche bzw. die Person des Vertreters auszusprechen. Wird ein Einspruch erhoben, so ist die Vertragsgruppenpraxis verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die zuständige Ärztekammer und die SVA einverstanden sind. Kommt die Vertragsgruppenpraxis dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, so gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Gruppenpraxen-einzelvertragsverhältnisses. Die Aufforderung ist mittels eingeschriebenen Briefes zuzustellen. Der Gruppenpraxeneinzelvertrag erlischt mit Ablauf der Monatsfrist gerechnet vom Datum der Zustellung.

(5) Werden Gesellschafter von Vertragsgruppenpraxen vertreten, sind die Namen der Vertreter bei direktem Patientenkontakt für die Patienten erkennbar zu machen.

§ 25 e-card – Rechte und Pflichten der Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist verpflichtet, die e-card – sofern sie vom Patienten vorgelegt wird – zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen. Ausgenommen davon sind Konsultationen außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten (insbes. Hausbesuche und Heimvisiten und bei Visiten im Rahmen von Bereitschaftsdiensten), bei denen lediglich eine einmalige Nacherfassung (§ 27 Abs 2-4) pro Abrechnungszeitraum erforderlich ist. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 26) wird im e-card-System gespeichert. Die Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes

eingelese wurde bzw. die Sozialversicherungsnummer (vgl. § 26) eingegeben wurde und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat, noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum bzw. innerhalb der im § 27 genannten Nachfrist nachgeholt werden.

(3) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in Abs. 2 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes verliert er diese Abrechnungsgarantie.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis kann – allerdings ohne Abrechnungsgarantie – bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen die außerhalb der Störung offline gelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln.

(5) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber von der SVA in Kenntnis zu setzen.

§ 26

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Jeder Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, der Vertragsgruppenpraxis vor Behandlungsbeginn seine Anspruchsberechtigung durch Vorlage der e-card nachzuweisen. Die e-card ist bei jeder Inanspruchnahme der Vertragsgruppenpraxis zu stecken, sofern der Patient diese vorlegt.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Patienten aufgrund der Versicherungskarte oder auf sonst geeignete Art und Weise (z.B. Reisepass, amtlicher Lichtbildausweis) prüfen.

(3) Erscheint der Patient ohne e-card in der Vertragsgruppenpraxis oder ist diese defekt, kann der Arzt im Ausnahmefall die Anspruchsberechtigung online durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer sowie – falls bekannt – des zuständigen Sozialversicherungsträgers prüfen, wobei der Patient auf einem vom Arzt unter Verwendung der Sozialversicherungsnummer erzeugten Beleg durch Unterschrift den Arztkontakt sowie den Anspruch zu bestätigen hat. Die Belege sind von der Vertragsgruppenpraxis bis zum Ende der Einspruchsfrist aufzubewahren und der SVA auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Diese Vorgangsweise ist als Ausnahme zu betrachten und soll daher auch minimiert werden.

(4) Eine Verrechenbarkeit ist jedenfalls nur dann gegeben, wenn eine Online-Anspruchsprüfung den Anspruch bestätigt hat, andernfalls gilt der Patient als Privatpatient.

(5) Die Vertragsparteien werden darauf hinwirken, dass der Einsatz der e-card möglichst regelmäßig erfolgt.

(6) Die Bestimmungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherung in den Ordinationen niedergelassener Ärzte vom 16.12.2004 idgF, abgeschlossen zwischen Hauptverband und Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, sind integrierter Bestandteil des Gruppenpraxengesamtvertrages.

§ 27

Verrechenbarkeit bei Nichtvorlage der e-card

(1) Das Nachbringen der e-card als Anspruchsnachweis für den jeweiligen Abrechnungszeitraum ist innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Abrechnungsperiode, in der die Erstkonsultation erfolgte, möglich.

(2) Das Nacherfassen von Konsultationen ist in den folgenden Fällen zulässig:

Störung des e-card Systems

Konsultationen außerhalb der Ordinationsräume (insbes. Hausbesuch, Heimvisite, Bereitschaftsdienst)

Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen ohne e-card-Ausstattung

(3) Änderungen (Nacherfassungen, Stornierungen etc.), die bis zum 3. Tag nach dem Ende der Abrechnungsperiode durchgeführt werden, können in der aktuellen Abrechnung berücksichtigt werden.

(4) Änderungen (siehe Abs. 3), die zwischen dem 4. Tag und dem 14. Tag nach dem Ende Abrechnungsperiode durchgeführt werden, sind in der nächsten Abrechnung als nachgereichte Leistungen anzuführen.

§ 28

Behandlung in der Ordination

(1) Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die die Vertragsgruppenpraxis aufsuchen, besteht grundsätzlich Behandlungspflicht in der Ordination.

(2) In der Vertragsgruppenpraxis ist die freie Arztwahl des Patienten zu gewährleisten. Der Patient ist darüber hinaus berechtigt, die Zuweisung zu einem Vertragsarzt oder einer Vertragsgruppenpraxis außerhalb der in Anspruch genommenen Vertragsgruppenpraxis zu verlangen, auch wenn ein entsprechender Arzt im Rahmen der Vertragsgruppenpraxis zur Verfügung steht. In fachunterschiedlichen Vertragsgruppenpraxen soll aber in erster Linie die Behandlung durch die in der Gruppenpraxis zur Verfügung stehenden Ärzte angestrebt werden.

(3) Die Ordinationstätigkeit der Betreiber einer Vertragsgruppenpraxis darf grundsätzlich nur in den Ordinationsräumen der Vertragsgruppenpraxis ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur mit Zustimmung der Vertragsparteien zulässig.

(4) Die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten ist unzulässig.

§ 29

Krankenbesuch

(1) Krankenbesuche sind nach Maßgabe des § 32 von den Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der Vertragsgruppenpraxis nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen ist entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge zu leisten. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind die Berufungen zu Krankenbesuchen grundsätzlich bis 9 Uhr vormittags anzumelden. Berufungen soll noch am selben Tag entsprochen werden.

(2) Ein Nachtbesuch darf nur dann verrechnet werden, wenn die Berufung nicht früher als eine Stunde vor Beginn der vertraglich vereinbarten Nachtbesuchszeit erfolgt ist.

(3) Erfolgt der Krankenbesuch nicht in der Wohnung des Patienten, so ist dies bei der Abrechnung im Datenblock Begründung gesondert zu vermerken.

(4) Wird ein Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis zu einem Erkrankten gerufen, dessen Behandlung ebenso gut in der Sprechstunde hätte erfolgen können, so ist dies bei der Abrechnung im Datenblock Begründung gesondert zu vermerken.

§ 30

Fachärztliche Leistungen in Vertragsgruppenpraxen

(1) Fachärztliche Leistungen können nur von fachärztlichen Gesellschaftern einer Vertragsgruppenpraxis erbracht werden.

(2) Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, bei Erkrankungen fachärztliche Beratung bzw. Behandlung unmittelbar oder auf Zuweisung durch einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, einen Vertragsfacharzt eines anderen Fachgebietes oder einer Vertragsgruppenpraxis in Anspruch zu nehmen. Eine Zuweisung zum Facharzt/zur fachärztlichen Vertragsgruppenpraxis hat schriftlich zu erfolgen, und zwar möglichst unter Benützung der, den Vertragsärzten von der SVA zur Verfügung gestellten, Ersatzpatientenscheine. Vertragsfachärzte für Radiologie sowie medizinische und chemische Labordiagnostik und Pathologie können von den Anspruchsberechtigten nur über Zuweisung eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsgruppenpraxis oder einer ärztlichen Einrichtung eines Versicherungsträgers auf Rechnung der SVA in Anspruch genommen werden.

(3) Für die Zuweisung zum Facharzt darf nur eine medizinische Indikation und nicht der bloße Wunsch des Patienten maßgeblich sein. Bei Notwendigkeit einer Zuweisung hat diese grundsätzlich an einen

Vertragsfacharzt bzw. an fachärztliche Vertragsgruppenpraxis zu erfolgen, sofern nicht der ausdrückliche Wunsch des Anspruchsberechtigten auf Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes bzw. einer fachärztlichen Gruppenpraxis ohne Einzelvertrag mit der SVA vorliegt.

(4) Anspruchsberechtigte, die keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, sind vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin bzw. einer Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin zu überweisen. Dabei sind die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(5) Anspruchsberechtigte, die der Vertragsgruppenpraxis zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, sind unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt bzw. die zuweisende Gruppenpraxis rückzuüberweisen.

§ 31

Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung der SVA abhängig, so hat die Vertragsgruppenpraxis dem Anspruchsberechtigten im Namen der Gruppenpraxis einen entsprechenden Antrag zur Vorlage an die SVA auszuhändigen.

(2) Die SVA darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in eigenen Einrichtungen (Vertrags-einrichtungen) abhängig machen.

§ 32

Behandlungspflicht

§ 9 des zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, im Namen der Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern und SVA abgeschlossenen Gesamtvertrages für Einzelordinationen vom 1.6.2010 idgF ist sinngemäß anzuwenden. Dabei ist zu beachten, dass die Rechte und Pflichten, die sich aus dieser Bestimmung für den Vertragsarzt ergeben, der Vertragsgruppenpraxis zukommen.

§ 33

Operationen

(1) Operationen und Behandlungen aller Art, die nicht zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen, beispielsweise kosmetische Operationen, werden von der SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt. Dies gilt auch für Operationen zum Zwecke der Sterilisierung.

(2) Bei Einleitung oder Durchführung der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft ist unbeschadet der Bedachtnahme auf die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die vorherige Kostenübernahmeverpflichtung der SVA erforderlich.

§ 34

Wechsel der Vertragsgruppenpraxis bzw. des Behandlers

Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb eines Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel innerhalb desselben medizinischen Faches (Wechsel von der Vertragsgruppenpraxis zu einer anderen Vertragsgruppenpraxis oder zu einem anderen Vertragsarzt) nur mit Zustimmung der SVA, welche den behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis vorher anzuhören hat, vornehmen.

§ 35

Ablehnen der Behandlung

Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Auf Verlangen der SVA hat die Vertragsgruppenpraxis dieser den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 36

Sonn- und Feiertagsbereitschaftsdienst

- (1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Teilnahme an dem von der zuständigen Ärztekammer eingerichteten Sonn- und Feiertagsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist die SVA von der Diensterteilung zu verständigen.
- (2) Regelungen über einen Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst können zwischen zuständiger Ärztekammer und SVA vereinbart werden.
- (3) Der 24. und der 31. Dezember sind dem Sonn- und Feiertagsdienst gleichgestellt.

§ 37

Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen/Hilfsmitteln

- (1) Die Vertragsgruppenpraxis ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe/Hilfsmittel für die Anspruchsberechtigten auf Kosten der SVA zu verschreiben.
- (2) Zur Verordnung von Heilmitteln auf Rechnung der SVA ist das bundeseinheitliche Kassenrezeptformular oder das amtliche Suchtgiftrezept, zur Verordnung von Heilbehelfen der Ersatzpatientenschein zu verwenden. Diese Vordrucke sind nach Tunlichkeit mit dem deutlichen Aufdruck des Stempels der Vertragsgruppenpraxis, jedenfalls aber mit der Unterschrift des behandelnden Gesellschafters der Vertragsgruppenpraxis zu versehen. Werden die Formulare maschinell bedruckt, kann der Stempel der Vertragsgruppenpraxis durch maschinelles Andrucken der Stempeldaten ersetzt werden.
- (3) Beabsichtigt der Chefarzt, eine von der Vertragsgruppenpraxis verordnete, genehmigungspflichtige Spezialität nicht zu bewilligen, so ist dieser vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung der SVA in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel und Heilbehelfe/Hilfsmittel für Rechnung der SVA nicht verschrieben werden.
- (5) Pro-ordinatione-Verschreibungen sind an die vorherige Bewilligung der SVA gebunden. Verschreibungen pro ordinatione sind rezeptgebührenfrei.
- (6) Die für den Bezug von bewilligungspflichtigen Heilmitteln (Erstattungskodex) notwendige chefärztliche Genehmigung wird von der Vertragsgruppenpraxis eingeholt. Für den Bezug von Heilbehelfen (ausgenommen kleine Orthopädie, Gummistrümpfe, orthopädische Schuhe sowie Sehbehelfe) ist der Anspruchsberechtigte mit der Verordnung der Vertragsgruppenpraxis an die Landesstelle zu verweisen.
- (7) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 7 zu einer Mehrbelastung der SVA führt, so ist die Vertragsgruppenpraxis vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 53 Anwendung.
- (8) Die Vertragsgruppenpraxis wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen gemäß dem Erstattungskodex des Hauptverbands für Rechnung der SVA die in der jeweiligen Fassung aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen beachten.

§ 38

Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und elektronische Meldung der Arbeitsunfähigkeit (e-AUM) durch die Vertragsgruppenpraxis

- (1) Erkrankte Versicherte, für die bei der SVA eine Zusatzversicherung auf Krankengeld bzw. bei denen ein Anspruch auf Unterstützungsleistung besteht und die arbeitsunfähig sind oder es im Laufe einer Behandlung werden, sind in den Krankenstand zu nehmen. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich Verpflichtung der Vertragsgruppenpraxis, dessen unbeschadet bleibt dem Chef-(Vertrauens)arzt der SVA das Recht der Abschreibung vom Krankenstand unbenommen.
- (2) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, an welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis festgestellt wurde. Mit diesem Tag hat die Vertragsgruppenpraxis dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung auszufolgen. Die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist mit Hilfe der dafür über das e-card-System zur Verfügung stehenden elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM) zu erstatten. Beim Zusammentreffen mehrerer Krank-

heiten ist jene Diagnose hervorzuheben, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Arbeitsunfähigkeiten, die auf Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) oder auf eine Beteiligung an einem Raufhandel zurückzuführen sind oder unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Suchtgiftmissbrauch sind, sind auf der Arbeitsunfähigkeitsmeldung anzugeben. Gleiches gilt, 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. Die Vertragsgruppenpraxis hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle notwendigen Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen und wo dies möglich ist, ist das Ende oder das voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit anzugeben. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.

(4) Den arbeitsunfähigen im Krankenstand befindlichen Versicherten kann, soweit das nach der Art der Erkrankung zulässig ist, Ausgang bewilligt werden. Dieser soll so festgesetzt werden, dass die Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit durch die SVA nicht behindert wird. Falls aus medizinischen Gründen eine Verlängerung der Ausgehzeit über 5 Stunden hinaus notwendig erscheint, bedarf diese der Genehmigung des Chef-(Vertrauens)arztes.

(5) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich in der Vertragsgruppenpraxis fallweise vorzustellen, damit diese den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.

(6) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte 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.

§ 39

Anstaltspflege und Beförderungskosten

(1) Erfordert es die Art der Erkrankung oder ist die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben, kann der Erkrankte in Krankenhauspflege einer allgemeinen öffentlichen oder privaten Krankenanstalt eingewiesen werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für die SVA eintritt. (Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übernimmt nur die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse).

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), darf ein Antrag auf Anstaltspflege nicht gestellt werden.

(3) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt für Rechnung der SVA die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z.B. Krankenwagen) veranlassen. Falls der Patient die Beförderung in eine weiter entfernte Krankenanstalt wünscht, obwohl eine ärztliche Begründung hierfür nicht gegeben ist, so ist dies vom Arzt auf dem Transportschein zu vermerken.

§ 40

Freiwillige Leistungen

(1) Freiwillige Leistungen der SVA (Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte und dgl.) sind an deren vorherige Zustimmung gebunden. Die Vertragsgruppenpraxis hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihr hierfür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt.

(2) Beabsichtigt die SVA freiwillige Leistungen zu gewähren, obwohl sich die behandelnde Vertragsgruppenpraxis dagegen ausgesprochen hat, so hat die SVA vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

§ 41

Mutterschaft

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Beratung von schwangeren Anspruchsberechtigten sowie zum kostenlosen Ausstellen der für die Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

erforderlichen Bescheinigungen verpflichtet.

(2) Ärztliche Geburtshilfe ist der SVA nur dann zu verrechnen, wenn der Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis erst während der Entbindung wegen pathologischen Verlaufes der Geburt zugezogen wird.

(3) Wird die Leitung einer normalen Entbindung von einer Vertragsgruppenpraxis übernommen, so ist das hierfür entfallende Honorar zwischen Anspruchsberechtigtem und Vertragsgruppenpraxis zu vereinbaren und privat zu verrechnen.

§ 42 Auskunftserteilung

(1) Die Vertragsgruppenpraxis führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen; es ist dabei sicherzustellen, dass die von den einzelnen Gesellschaftern durchgeführten ärztlichen Leistungen diesen in den Aufzeichnungen auch zugeordnet werden können. Kommt die Vertragsgruppenpraxis ihrer Aufzeichnungspflicht mittels EDV-Speicherung nach, muss sie für Ausdrucken mit Vertretern der SVA Ausdrücke anfertigen oder die erforderlichen Angaben in anderer für sie lesbarer Form zur Verfügung stellen.

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

(3) Die SVA hat für die Geheimhaltung der von der Vertragsgruppenpraxis erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis hat der SVA im Wege der zuständigen Ärztekammer auf Befragen jederzeit Auskunft über die bei ihr tätigen Personen zu erteilen (Namen, Ausbildung, Tätigkeitsbereich, Wochenstunden).

§ 43 Administrative Mitarbeit

(1) Die Vertragsgruppenpraxis ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gruppenpraxengesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die ärztliche Tätigkeit der Vertragsgruppenpraxis einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der zuständigen Ärztekammer und der SVA vereinbart.

(3) Die SVA hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Vertragsgruppenpraxis auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Alle für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden der Vertragsgruppenpraxis von der SVA kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und von der Vertragsgruppenpraxis mit ihrer firmenmäßigen Unterschrift und Stampiglie 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 Krankenstandsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

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

(6) Dienstunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsoferversorgungsgesetzes 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 Missbrauchs von Suchtgiften ergeben. Ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

(7) Während der Ordinationszeiten soll die Gruppenpraxis tunlichst erreichbar sein. Außerhalb der Ordinationszeiten sollen wesentliche Informationen wie z.B. künftige Urlaubsabsenz oder Ordinationszeiten in geeigneter Form erfolgen.

(8) Sämtliche Mitteilungen, die gemäß den Bestimmungen des Gruppenpraxengesamtvertrages von der Vertragsgruppenpraxis bzw. der Österreichischen Ärztekammer oder der zuständigen Ärztekammer an die SVA zu ergehen haben, können, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist, auch gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes per Fax oder e-Mail übermittelt werden.

§ 44

Honorierung der Vertragsgruppenpraxis

(1) Die Honorierung der Vertragsgruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen der Honorarordnung (Anlage 1), die integrierender Bestandteil dieses Gruppenpraxengesamtvertrages ist.

(2) Die Honorarordnung hat insbesondere zu enthalten:

- a) Die Grundsätze nach denen die einzelnen ärztlichen Leistungen zu verrechnen und honorieren sind (Allgemeine Bestimmungen).
- b) Die Aufzählung der vertraglichen Leistungen der Gruppenpraxis auf Rechnung der SVA.
- c) Die Bewertung der Leistungen in Punkten und soweit vorgesehen in Eurobeträgen.

(3) Die Honorierung von Vertragsgruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, erfolgt jedenfalls nach Pauschalmodellen.

(4) Diese Pauschalmodelle sind unter Beachtung der in der Vertragsgruppenpraxis vertretenen Fachrichtungen jeweils im Einzelfall zwischen der zuständigen Ärztekammer und SVA zu vereinbaren.

(5) Sobald eine einheitliche elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation existiert, werden die Vertragsparteien Verhandlungen darüber aufnehmen, wobei sicherzustellen ist, dass die Abrechnung der Vertragsgruppenpraxis im Sinne von § 342a Abs. 2 ASVG auf dieser Basis entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zeitgerecht erfolgt.

(6) Die Verrechnung von ärztlichen Leistungen für die Behandlung der eigenen Person sowie Angehöriger (unabhängig von deren eventueller Anspruchsberechtigung gegenüber der SVA), soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, ist der Vertragsgruppenpraxis nicht erlaubt. Die Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen auf Rechnung der SVA für diesen Personenkreis ist jedoch zulässig.

§ 45

Rechnungslegung

(1) Die Rechnungslegung der Vertragsgruppenpraxen ist elektronisch vorzunehmen.

(2) Jede Vertragsgruppenpraxis hat die im Laufe des jeweiligen Abrechnungszeitraumes durchgeführten Behandlungen mit Ende des Abrechnungszeitraumes abzuschließen und mit der SVA abzurechnen. Die Datensätze sind in allen Teilen sorgfältig auszufüllen. Wird die Behandlung durch mehrere Abrechnungszeiträume fortgesetzt, so sind die erbrachten Leistungen für jeden Abrechnungszeitraum gesondert elektronisch abzurechnen. Leistungen, die über das in § 22 Abs. 2 erwähnte Ausmaß hinausgehen, sind im Interesse der Gruppenpraxis in der elektronischen Abrechnung gesondert kurz zu begründen. Alle Zuweisungsbelege und Bewilligungsscheine der SVA sind der SVA im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln.

(3) Die ordnungsgemäß erstellte elektronische Monatsabrechnung ist spätestens bis zum 10. des dem Abrechnungsmonat folgenden Monats der SVA zu übermitteln. Für nicht oder nicht genügend freigemachte Sendungen wird der entsprechende Nachportobetrag von der nächstfälligen Rechnung in Abzug gebracht. Zwischen der SVA und der zuständigen Ärztekammer bzw. der einzelnen Vertragsgruppenpraxis kann in Einzelfällen eine davon abweichende Einsendung der Abrechnungen vereinbart werden. Abrechnungen, die den Bestimmungen des Abs. 1 und Abs. 2, erster Satz, nicht entsprechen, werden von der SVA erst nach Erledigung aller ordnungsgemäß eingelangten Abrechnungen bearbeitet. Bei Abrechnungen, die ohne sachliche Begründung später als zwei Monate nach Ablauf des abgerechneten Behandlungsmonates eingereicht werden, erfolgt ein 5 %-iger Abzug. Ist seit dem abgerechneten Behandlungsmonat mehr als ein Jahr verstrichen und liegt eine sachliche Begründung hierfür nicht vor, wird außer dem 5 %-igen Abzug

der auf die vertraglichen Leistungen entfallende, vom Anspruchsberechtigten zu entrichtende Kostenanteil von der Rechnung ohne Anspruch auf Ersatz in Abzug gebracht. Rechnungen über mehr als drei Jahre zurückliegende Behandlungsmonate werden nicht honoriert. Assistenzen und Narkosen werden ausschließlich durch den Operateur verrechnet, das Honorar wird den assistierenden Ärzten unmittelbar von der SVA überwiesen.

§ 46 **Voraussetzung für die EDV-Rechnungslegung**

Für die EDV-Rechnungslegung muss die Eignung des EDV-Abrechnungssystems der Vertragsgruppenpraxis im Sinne von § 47 Abs. 1 gegeben sein.

§ 47 **Eignung des EDV-Abrechnungssystems**

(1) Die Vertragsgruppenpraxis darf die EDV-Rechnungslegung nur mit einem EDV-Abrechnungssystem durchführen, dessen grundsätzliche Eignung von der Österreichischen Ärztekammer und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgestellt ist. Die Vertragsgruppenpraxis hat unabhängig davon sicherzustellen, dass sein EDV- Abrechnungssystem den Vertragsbestimmungen entspricht. Sie muss für die Übermittlung der Abrechnungsdaten den beiliegenden Datensatz (Organisationsbeschreibung, „Datenaustausch mit Vertragspartner DVP“ - Anhang A) verwenden.

(2) Die Vertragsgruppenpraxis hat ihr EDV-Abrechnungssystem innerhalb der von der Kammer und der SVA gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist an Änderungen der Verträge, der Rechnungslegungsvorschriften, des Datensatzaufbaues oder des Code-Verzeichnisses anzupassen.

(3) Änderungen des EDV-Abrechnungssystems (der Hard- oder Softwarekonfiguration) auf Initiative der Vertragsgruppenpraxis sind jederzeit möglich, sofern die Eignung des neuen Systems gemäß Abs. 1 festgestellt wurde.

(4) Größere Anpassungen eines EDV-Abrechnungssystems an die technologischen Entwicklungen sind nach Vereinbarung zwischen der Kammer und der SVA von der Vertragsgruppenpraxis innerhalb der von der Kammer und der SVA gemeinsam festgesetzten angemessenen Frist durchzuführen.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis hat alle für die Rechnungslegung relevanten Änderungen von Hard- oder Software (ausgenommen Anpassungen an Honorarordnungsänderungen) der örtlichen Landesstelle der SVA und der zuständigen Ärztekammer unter Bekanntgabe des Zeitpunktes, ab dem er das geänderte System verwenden will, schriftlich bekannt zu geben. Die SVA kann innerhalb von vier Wochen Widerspruch erheben. Die SVA ist berechtigt, nach jeder für die Abrechnung relevanten Änderung der Software eine Testabrechnung zu verlangen. Die Vertragsgruppenpraxis hat jede Programmänderung, die für die EDV-Abrechnung bedeutsam ist, zu protokollieren. Die Protokolle sind zumindest drei Jahre lang aufzubewahren.

§ 48 **Durchführung der EDV-Rechnungslegung**

(1) Die EDV-Rechnungslegung erfolgt auf CD oder Diskette (3,5 Zoll) oder mittels Datenfernübertragung.

(2) Neben den Abrechnungsdaten hat die Vertragsgruppenpraxis der örtlichen Landesstelle bzw. dem zuständigen Dienstleistungszentrum der SVA folgende Unterlagen zu übermitteln:

- a) Den Verrechnungsschein als Datenbegleitschein oder Datenfernübertragungsbestätigung.
- b) Die Patientenscheine (Ersatz-Patientenscheine) gemäß Abs. 4.
- c) Andere Unterlagen, deren Übermittlung vertraglich vereinbart ist.

(3) Der Verrechnungsschein übernimmt auch die Funktionen des Datenbegleitscheines und der Datenfernübertragungsbestätigung; das beiliegende Muster (Anhang B) gilt als abgesprochen im Sinn des § 43 Abs. 2. Die Vertragsgruppenpraxis hat den Verrechnungsschein vollständig auszufertigen, insbesondere die Anzahl der Datenträger und Datensätze einzutragen. Mit der Unterschrift übernimmt die Vertragsgruppenpraxis die Garantie für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenübermittlung an die SVA und der zur Verrechnung bestimmten Leistungspositionen.

(4) Die Vertragsgruppenpraxis muss auf dem Patientenschein nur jene Angaben machen, zu denen sie verpflichtet ist, die aber im Datensatz nicht vorgesehen sind oder nicht erfasst werden können. Diese

Angaben hat sie mit ihrer Unterschrift zu bestätigen. Patientenscheine, auf denen die Vertragsgruppenpraxis sonst keine Eintragungen macht, müssen lediglich ihre Arztstempiglie aufweisen. Die Patientenscheine sind grob alphabetisch sortiert einzureichen; ihre Anzahl muss mit der Anzahl der übermittelten Datensätze übereinstimmen.

(5) Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind, und nicht lesbare Datenträger retourniert die SVA der Vertragsgruppenpraxis innerhalb von 14 Tagen ab Fehlerfeststellung zur Richtigstellung.

(6) Die Rechnungslegungsdaten sind von der Vertragsgruppenpraxis zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorars, im Falle von Einwendungen gemäß § 53 Abs.6 bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, zu speichern. Innerhalb dieses Zeitraumes muss die Vertragsgruppenpraxis die Rechnungslegung jederzeit wiederholen können. Die Abrechnungs-CD oder - diskette verbleibt bei der SVA und wird von ihr zumindest über den zuvor beschriebenen Zeitraum aufbewahrt.

(7) Im Falle einer Stellvertretung durch einen Arzt, der nicht Gesellschafter der Gruppenpraxis ist, verrechnet die SVA ebenfalls nur mit der vertretenen Vertragsgruppenpraxis.

§ 49

Kosten der EDV-Rechnungslegung

Die mit der EDV-Rechnungslegung, mit der Anschaffung oder Änderung eines EDV-Abrechnungssystems und mit der Datenübermittlung zusammenhängenden Kosten sind von jenem Partner des Einzelvertrages zu tragen, bei dem sie unmittelbar anfallen.

§ 50

Honoraranweisung, Honorarabzüge und Honorareinbehalt

(1) Die SVA verpflichtet sich, gemäß § 45 form- und zeitgerecht eingereichte Honorarabrechnungen grundsätzlich bis zum 15. des der Einreichung folgenden Monats an die Vertragsgruppenpraxen zur Auszahlung zu bringen. Die Überweisung des entfallenden Betrages ist zeitgerecht erfolgt, sobald der Auftrag auf Überweisung von der SVA innerhalb der obgenannten Frist ergangen ist. Die technischen Einzelheiten der Durchführung werden zwischen der zuständigen Landesstelle der SVA und der zuständigen Ärztekammer vereinbart.

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

(3) Die SVA wird monatlich von den an die Vertragsgruppenpraxen zur Liquidierung gelangenden Bruttobehträgen unter dem Titel „Beiträge und sonstige Gemeinschaftsleistungen“ jene Beträge in Abzug bringen, die ihr jeweils von der zuständigen Ärztekammer im Vorhinein schriftlich bekanntgegeben werden, und diese Beträge längstens vier Wochen später der Ärztekammer laufend überweisen. Die Vertragsgruppenpraxis anerkennt durch die Unterzeichnung des Einzelvertrages diese Vereinbarung.

§ 51

Gegenseitige Unterstützungspflicht

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

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

(3) Die SVA wird der zuständigen Ärztekammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Die SVA hat alles zu unterlassen, was das Ansehen der Vertragsgruppenpraxis und deren Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat die Vertragsgruppenpraxis alles zu unterlassen, was die SVA und deren Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(5) Die Vertragsgruppenpraxis ist dazu verpflichtet, die SVA über missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen durch Anspruchsberechtigte zu informieren. Dasselbe gilt, wenn ein in ihrer Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das die Heilung oder Besserung seines Zustandes erschwert oder verzögert.

§ 52

Zusammenarbeit der Vertragsgruppenpraxis mit dem Chef(vertrauens)ärztlichen Dienst

(1) Die SVA wird gegenüber der Vertragsgruppenpraxis in allen medizinischen Angelegenheiten durch den Chef(Vertrauens)arzt vertreten. Der Chef(Vertrauens)arzt und die Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit der behandelnden Vertragsgruppenpraxis bleibt jedenfalls unberührt. Der Chef(Vertrauens)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 53

Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen der Vertragsgruppenpraxis und der SVA sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird die SVA, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chef(Vertrauens)arzt vertreten. 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 zuständigen Ärztekammer und der SVA. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; die beteiligte Vertragsgruppenpraxis 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 der Vertragsgruppenpraxis von der SVA 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 die Vertragsgruppenpraxis bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 37 der SVA zu leisten hat.

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

(5) Die Vertragsgruppenpraxis und die SVA 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 Gruppenpraxeneinzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechsmonatsfrist beginnt für die Vertragsgruppenpraxis mit der Zahlung des Honorars, für die SVA mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn die Vertragsgruppenpraxis die Bestimmungen des § 37 nicht beachtet, ist eine Beanstandung durch die SVA nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung bei der SVA zulässig.

§ 54

Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gruppenpraxengesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gruppenpraxengesamtvertrages abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 53 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 55

Übergangsbestimmung

(1) Vertragsgruppenpraxen, die zum Stichtag 31. Dezember 2011 mit der SVA einen Gruppenpraxen-

einzelvertrag gemäß § 342 ASVG abgeschlossen hatten, gelten mit dem Inkrafttreten dieses Gruppenpraxengesamtvertrages gemäß § 342a ASVG als Vertragsgruppenpraxen im Sinne dieses Gruppenpraxengesamtvertrages. Bestehende Vertragsgruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, sind von dieser Übergangsbestimmung nicht betroffen.

(2) Eine Neuausfertigung der Gruppenpraxeneinzelverträge erfolgt nicht.

§ 56 Gültigkeit

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

(2) Wird der zwischen den Vertragsparteien vereinbarte jeweils geltende Gesamtvertrag für Einzelordinationen von einer der Vertragsparteien gekündigt, verkürzt sich die Kündigungsfrist gemäß Abs. 1 von drei auf zwei Monate.

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

§ 57 Verlautbarung

(1) Dieser Gesamtvertrag und seine Änderungen sind vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger im Internet und von der Kammer auf deren Homepage zu verlautbaren.

(2) Alle Abänderungen dieses Gruppenpraxengesamtvertrages bedürfen der Schriftform.

§ 58 Wirksamkeitsbeginn

(1) Dieser gemäß § 342a ASVG abgeschlossene Gruppenpraxengesamtvertrag tritt mit 1. Jänner 2012 in Kraft und ersetzt den zum 1. Juni 2010 gemäß § 342 ASVG abgeschlossenen Gruppenpraxengesamtvertrag.

(2) Alle auf Basis des Gruppenpraxengesamtvertrages vom 1. Juni 2010 bis zum Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Gruppenpraxeneinzelverträge bleiben weiterhin gültig.

**Stellenplan
für Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte und Gruppenpraxen**

1. Die Zahl der einvernehmlich zu besetzenden Planstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin, für Fachärzte (ausgenommen Zahnärzte) und Gruppenpraxen ergibt sich aus dem Stellenplan zum Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte vom 01.06.2010. Die Verteilung erfolgt in der Regel nach dem jeweiligen Bezirksplan bzw. entsprechend den jeweiligen Vereinbarungen auf Länderebene. Im Falle der Invertragnahme einer Gruppenpraxis belegt jeder Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis eine Planstelle, die seinem Fachgebiet entspricht.
2. Erweitert die jeweilige Gebietskrankenkasse ihren Stellenplan um eine neue Gruppenpraxen-Planstelle, so ändert auch die SVA im jeweiligen Bezirk ihren Stellenplan dementsprechend. Jede andere Planstellenerweiterung bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und der SVA.
3. Zwischen zuständiger Landesärztekammer und SVA können ergänzende Regelungen getroffen werden.

Grundsätzlich ist nur die ÖNORM B 1600 (in Teilbereichen) umzusetzen. Die ÖNORM B 1601 nur in einzelnen Punkten.

Die Anmerkungen dienen dem besseren Verständnis bzw. der Erläuterung der Umsetzungsnotwendigkeiten. Soweit einzelne Punkte der ÖNORM nicht aufgeführt sind, besteht kein Umsetzungsbedarf in Gruppenpraxen.

Gliederung (gemäß ÖNORM B 1600)

Text	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar	Einhaltung ÖNORM B 1600 unverzichtbar im Einzelfall	Einhaltung ÖNORM B 1600 nicht relevant
3.1. Außenanlagen <u>Anmerkung:</u> Notwendigkeit ist ein stufenloser Zugang zur Gruppenpraxis vom Parkplatz (Behinderten-, „Rettungsparkplatz“ bzw. vom Gehsteig)			
3.1.1 Gehsteige, Gehwege und Radwege		Bestimmungen für Gehsteige und Gehwege sind relevant sofern von dort Zugang zum Objekt, in dem Gruppenpraxis untergebracht ist, erfolgt.	Radwege
3.1.3 Fußgängerübergänge			X
3.1.5 Rampen	X		
3.1.6 Stellplätze für PKW von behinderten Personen <u>Anmerkung:</u> Anzahl je nach Bedarf in unmittelbarer Nähe zum behindertengerechten Zugang – möglichst dem Haupteingang	X		
3.1.8 Fernsprechstellen, Notrufeinrichtungen			X wenn notwendige Telefonate durch das Sekretariat der Gruppenpraxis erledigt werden
3.2 Gebäude			
3.2.2 Eingänge, Türen	X		
3.2.3 Horizontale Verbindungswege	X		
3.2.4 Vertikale Verbindungswege	X		
3.2.5 Sanitärräume <u>Anmerkung:</u> gemeint sind WC-Räume	X gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.3.4		
3.2.6 Allgemein zugängliche Nutzräume <u>Anmerkung:</u> z.B. Abstellplatz für Kinderwagen, insbesondere beim Kinderarzt		nach Bedarf	
3.2.10 Spezielle bauliche Ausführungen			
3.2.10.1 Anordnung von Rollstuhlplätzen <u>Anmerkung:</u> Rollstuhlstellplätze im Warteraum	Mindestens zwei Plätze		
3.2.10.2 Anordnung von behindertengerechten Umkleidekabinen		X wenn die Praxis über Umkleidekabinen verfügt mindestens eine behindertengerecht	
3.3 Materialien für Böden, Wände, Decken	X		
4.1 Bedienungselemente und Orientierung	X		
4.2 Barrierefreie Sanitärräume	X	nach Bedarf gemäß ÖNORM 1601 Ziffer 3.3.4	
4.3.5 Schalter, Durchgänge <u>Anmerkung:</u> Rezeption	X Induktionsschleife		
5 Kennzeichnung	X		

Vertragsmuster gemäß § 10 Abs. 1 des Gesamtvertrages
Gebührenfrei gemäß § 46 Abs. 1 Z. 2 lit. a GSVG

Einzelvertrag

§ 1

- (1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen der
Gruppenpraxis
(im folgenden Vertragsgruppenpraxis genannt)
in
und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2012 abgeschlossen.

- (2) Der Inhalt des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird von der Vertragsgruppenpraxis zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsgegenständliche Tätigkeit wird durch die Vertragsgruppenpraxis in folgendem Fachbereich ausgeübt:

Ordinationsstätte:
Ordinationszeiten:

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertraglichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Ärztekammer besonders vereinbart:

.....

§ 4

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

§ 5

- (1) Der Vertragsgruppenpraxis gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages ihr Einverständnis, dass die von der Ärztekammer beschlossenen und der SVA bekannt gegebenen Abzüge von ihrem Honorar vorgenommen werden können.
- (2) Die Vertragsgruppenpraxis erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 53 Abs. 3 des Gruppenpraxen-Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577ff. Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des von der Vertragsgruppenpraxis unterfertigten Einzelvertrages bei der SVA folgt.

....., den

Für die Sozialversicherungsanstalt
gewerblichen Wirtschaft:

.....

Unterschrift der Vertrags-
gruppenpraxis:

.....

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

ORGANISATIONSBESCHREIBUNG

**DATENAUSTAUSCH MIT
VERTRAGSPARTNER
DVP**

Hauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Datenaustausch mit Vertragspartner

Version	Veröffentlichung	Wirksamkeit	Autor
2.3.	10/2006	01/2007 – 09/2007	Robert Rott
2.4.	04/2007	10/2007 – 03/2008	Robert Rott
2.5.	10/2007	ungültig	Robert Rott
2.5.1	02/2008	04/2008 – 09/2008	Robert Rott
2.6	06/2008	ungültig	Robert Rott
2.6.1	07/2008	10/2008 – 04/2009	Robert Rott
2.6.2	12/2008	01/2009 – 03/2009	Robert Rott
2.7. Korrektur	12/2008	04/2009 – 09/2009	Robert Rott
2.8	04/2009	10/2009 – 09/2010	Anita Zwingl
2.9	04/2010	10/2010 bis laufend für BGKK, KGKK, NÖGKK, OÖGKK SGKK, STGKK, TGKK, VGKK	Anita Zwingl
2.9	04/2010	10/2010 – 12/2010 für WGKK, BVA, SVA, SVB, VAEB, KFA Wien	Anita Zwingl
3.0	12/2010	01/2011 – 05/2011 für WGKK, BVA, SVA, SVB, VAEB, KFA Wien	Anita Zwingl
3.0.1 Ergänzung	06/2011	ab 06/2011	Anita Zwingl

Grundsätzlich werden Änderungen und Ergänzungen im Zeitraum von 6 Monaten, frühestens jedoch 3 Monate nach Veröffentlichung wirksam.

In Ausnahmefällen kann die Zeitspanne zwischen Veröffentlichung und Wirksamkeit auch verkürzt werden (zum Beispiel bei Erweiterung von Codetabellen, zusätzlichen Erklärungen, Problemstellungen mit sofortigem Handlungsbedarf oder bei kurzfristigen gesetzlichen Änderungen).

In der Spalte „Wirksamkeit“ ist der tatsächliche Zeitpunkt der Wirksamkeit bzw. die Gültigkeit des angeführten Abrechnungszeitraumes pro Version festgelegt.

Nachverrechnungen sind grundsätzlich in der zum Zeitpunkt der Übermittlung gültigen Version zu liefern.

A	Allgemeines.....	8
A.1	Allgemeine Handhabung der Organisationsbeschreibung	8
A.1.1	Änderungen bzw. Ergänzungen zur Vorversion.....	9
A.1.2	Änderungen bzw. Ergänzungen zur Vorversion.....	11
A.2	Datenschutz.....	12
A.3	Hinweise	12
B	Leitfaden der Organisationsbeschreibung sowie Umfang der Datenweitergabe	13
B.1	Allgemeine Beschreibung	13
B.2	Leitfaden der Organisationsbeschreibung	13
B.3	Umfang der Datenweitergabe	14
B.4	Datensicherung	14
C	Datenübermittlung	15
C.1	Allgemeines zur Datenübermittlung	15
C.2	Übermittlung von Belegen	19
C.3	Datenübermittlung über das eSV-Portal	19
C.4	Datenübermittlung über ELDA.....	19
D	Beschreibung der Eingabedaten	20
D.1	ABEN – Abgabeeinheiten SA52.....	24
D.2	ABREZ - Abrechnungszeitraum SA04(Block RG)	24
D.3	ABZR - Abrechnungszeiträume SATZKOPF/SA14/17	25
D.4	AJAHR - Abrechnungsjahr SATZKOPF/SA14/17.....	26
D.5	AKZ – Adresskennzeichen SA06	26
D.6	ALIQ - Aliquoter Anteil SA04(Block RG).....	26
D.7	ANDK - Anzahl der Datenträger SA19/97/98/99	27
D.8	ANZ – Anzahl SA04(Block RG).....	27
D.9	ANZ1 - ANZ6 - Anzahl 1 - Anzahl 6 SA04(Block KR)/14.....	27
D.10	ANZA - Packungsanzahl SA51	27
D.11	Anzahl Satzart (ANZ00, ANZ01, ANZ02, ANZ03, ANZ04, ANZ05, ANZ06, ANZ08, ANZ14, ANZ17, ANZ18, ANZ50, ANZ80, ANZ81, ANZ90, ANZ99) SA19/97/98/99	28
D.12	BEFNR - Befundnummer SA05	28
D.13	BENR - Belegnummer SA50/51	28
D.14	BETRAG - Betrag des Abzuges / der Gutschrift SA17	29
D.15	BEWNR - Bewilligungsnummer SA03(Block S).....	29
D.16	Blockkennzeichen (BLOKZ1, BLOKZ2, BLOKZ3) SA03(jeder Block)/SA04(jeder Block)/SA14/17/18/19	29
D.17	BSART - Art des Behandlungsscheines SA01.....	29
D.18	BSNR - Behandlungsscheinnummer SA01/14	30
D.19	BSUM - Summe Betrag brutto SA81.....	30
D.20	Bundesland (BLNDA, BLNDL) SATZKOPF/SA01/50.....	31
D.21	BZEIT - Betreuungszeitraum (von/bis) SA03(Block H).....	31
D.22	CHKZ - Chefarztkennezeichen SA03(Block L, H)	31
D.23	CHKZ1-CHKZ6 - Chefarztbewilligung 1-Chefarztbewilligung 6 SA04(Block KR, ZE, RG)/05..	31
D.24	Datum (ABDAT, BDAT, BEBEG, DAT, DATA1, DATB1, DATB2, DATD, DATJ, DATK, DATL, DATR, DATU, ERDAT, RDAT, SYSD, UEDAT).....	32
	SA00/01/03/04/05/10/17/50/81	32
D.25	Diagnoseschlüssel bzw. -text (DIAGN) SA03(Block D)/05	34
D.26	DIAKZ - Diagnosekennzeichen SA03(Block D)/05.....	35
D.27	DISNR - Datenträgernummer SA00/10	35
D.28	DSUM - Summe Detailbetrag SA80.....	35
D.29	DVR - Datenverarbeitungsregisternummer SA00/10	36
D.30	Europäische Krankenversicherungskarte (EAEND, EICAK, EKNR, EVSNR) SA06/51	36
D.31	ENTG - Entgelt SA53	37
D.32	ERKOU - Erst- oder Kontrolluntersuchung SA05	37
D.33	Fachgebiet (FACHL, FACHU, FACHV) SA00/01/10/90	37
D.34	FEHLC - Fehlercode SA14.....	39
D.35	FELDB - Feldbezug SA14.....	39
D.36	GENTG - Gesamt-Entgelt SA98.....	39
D.37	Geschlecht (GESLA, GESLP, GESLV) SA01/02/50	39
D.38	GESTAR - Gesamttarif SA04(Block ZE, RG)	39

D.39	GMWST - Gesamt-Umsatzsteuerbetrag SA98	40
D.40	GNBTR - Gesamt-Nachlassbetrag SA98	40
D.41	GREBE - Gesamt-Rechnungsbetrag SA98	40
D.42	GRGKO - Gesamt-Rezeptgebühren und Gesamt- Kostenanteile SA98	40
D.43	GRUKZ - Begründungskennzeichen SA03(Block B).....	40
D.44	GRUVU - Grund für Überweisungsschein, Vertretungsschein, Verordnungsschein oder Code für Vorsorgeuntersuchungsart SA01	40
D.45	GTAXB - Gesamt-Taxbetrag SA98.....	41
D.46	GZAHL - Geschäftszahl SA17	41
D.47	KASSAB - Kassenanteilabzug SA18.....	42
D.48	Kassenanteil (KANT, KANT2) SA04(Block ZE, RG)/14	42
D.49	KASSG - Kassenanteilgutschrift SA18.....	42
D.50	KAT - Versichertenkategorie SA01	42
D.51	KEZE - Zusatzkennzeichen SA03(Block L)	43
D.52	KEZEH - Zusatzkennzeichen für Hauskrankenpflege SA03 (Block L).....	44
D.53	KIEF - Kiefer SA04(Block ZE)	44
D.54	KLAM - Anzahl Klammern SA04(Block ZE)	44
D.55	KURZ - Heilmittelname SA51.....	44
D.56	KZDSUM - Kennzeichen Detailsumme SA80	44
D.57	LABP - Laborporto SA05	44
D.58	LEIS - Art der Leistung SA50	44
D.59	MART - Mengenart SA51	45
D.60	MFACH - Medizinische Fachrichtung SA00.....	45
D.61	MENG - Packungsgröße SA51	47
D.62	MODIF - Modifizierer SA14	47
D.63	MSAZ - Umsatzsteuersatz SA51/52/53	47
D.64	MWST - Umsatzsteuerbetrag SA51/52/53	47
D.65	NBTR - Nachlassbetrag SA53	47
D.66	NPRO - Nachlassprozentsatz SA53	47
D.67	NSF1 - NSF6 - Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 1 - Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 6 SA04(Block KR).....	47
D.68	NSUM - Summe Betrag netto SA81	48
D.69	OGRU - Ordnungsgruppe SA50/52	48
D.70	ORT - Ort SA06.....	49
D.71	PATAAB - Patientenanteilabzug SA18	49
D.72	PATAG - Patientenanteilgutschrift SA18	49
D.73	Patientenanteil (PANT, PANT1) SA04(Block ZE, RG)/14.....	49
D.74	PCODE - Pauschalierungscode SA17.....	49
D.75	PHAR - Pharmanummer SA51	50
D.76	PKASSAB - Pauschalabzug-Kassenanteilabzug SA18	50
D.77	PKASSG - Pauschalabzug-Kassenanteilgutschrift SA18	50
D.78	PLZL - Postleitzahl SA06	50
D.79	POSAN - Anzahl der Positionen SA03(Block L)	51
D.80	Positionsnummer (POSN1 bis POSN6, POSN7, POSN8, POSNR1, POSNR2, POSNR3) SA03(Block L, H)/SA04(Block KR, ZE, RG)/SA05/14.....	51
D.81	POSNZ - Positionsnummernzahl SA04(Block BG)	52
D.82	PPATAB - Pauschalabzug-Patientenanteilabzug SA18.....	52
D.83	PPATG - Pauschalabzug-Patientenanteilgutschrift SA18.....	52
D.84	Prozentsatz (PROZ1, PROZ2) SA08/80	52
D.85	PTAX - Packungstaxe SA51	52
D.86	REBE - Rechnungsbetrag SA53	52
D.87	RENr - Rechnungsnummer SA81.....	52
D.88	REPRO - Registrier- und Programmpaketnummer SA00.....	53
D.89	RES - Reservefeld SA00/02/03/04/05/06/08/10/14/52/53/80/81/90/97/98/99	53
D.90	REST - Rest auf 254 SA00/01/02/04/06/10/14/17/18/19/99	53
D.91	REZG - Rezeptgebührenbefreiung SA50/51.....	53
D.92	RGAN - Anzahl der Rezeptgebühren SA51/52	53
D.93	RGKO - Rezeptgebühren und Kostenanteile SA53	53
D.94	RTAX - Rezepttaxe SA50.....	53
D.95	RZAN - Anzahl der Rezepte SA52/53.....	54
D.96	SART - Satzart alle Satzarten - nicht bei Blöcken.....	54

D.97	SATNR - Satznummer Satzkopf.....	54
D.98	SAUG - Anzahl Sauger SA04(Block ZE).....	54
D.99	SBART - Art des Selbstbehaltes SA08.....	54
D.100	SBBETRAG - Summe Selbstbehalt pro Patient SA08.....	54
D.101	SBEIN - Selbstbehalt eingehoben SA08.....	55
D.102	SBKZ - Selbstbehaltkennzeichen SA08.....	55
D.103	SIST - Sitzung, Stelle SA03(Block L).....	55
D.104	STRA - Straße SA06.....	55
D.105	SURG - Summe der Rezeptgebühren oder Kostenanteile SA52.....	55
D.106	SUTX - Summe Taxbetrag SA52/53.....	55
D.107	TARSUM - Tarifsumme netto pro Patient SA08.....	55
D.108	THEC – Therapiecode SA03(Block T).....	55
D.109	Texte (BTEXT, FEHLT, GRUN3, GRUN4, GRUN5, TEXT) SA02/03(Block B)/SA04(Block BG)/SA05/14/17.....	56
D.110	TKZ - Testkennzeichen SA00/10.....	56
D.111	UID - Umsatzsteueridentifikationsnummer SA81/98.....	57
D.112	UIDV – Umsatzsteueridentifikationsnummer des verrechnungszuständigen SV-Trägers SA81/98 57	57
D.113	UNKZ1 - UNKZ6 - Unfallkennzeichen 1 – Unfallkennzeichen 6 SA04(Block KR).....	59
D.114	VERSD - Version des Datenbestandes SA00.....	59
D.115	VERSI - Versionsnummer SA00/10.....	59
D.116	Versicherungsnummer (VSNRA, VSNRP, VSNRV) SA01/02/50.....	59
D.117	Versicherungsträger (VSTRA, VSTRL) SATZKOPF/SA01/14/50.....	60
D.118	Vertragspartnernummer (VPNR, VPNRE, VPNRL, VPNRT, VPNRU, VPNRV, VPNUW, VPNVA) Satzkopf/SA00/01/03(Block T, H)/10/14/51/90.....	63
D.119	VG - Anzahl Vollguss-Metallkronen SA04(Block ZE).....	64
D.120	VK - Anzahl Verblend-Metall-Keramikronen SA04(Block ZE).....	64
D.121	Vorname (AVONA, VONAL, VONAP, VONAV, VONVS) SA00/01/02/10/50/90.....	64
D.122	VORZ - Vorzeichen SA08/14/17/80/81.....	64
D.123	VPADR - Adresscode Satzkopf.....	64
D.124	VSDAT - Daten des Versicherten und Staatsbürgern aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union SA50 65	65
D.125	WANZ - Anzahl der Kilometer SA05.....	65
D.126	WEGE - Wegegebühren SA05.....	65
D.127	Zahnnummern (ZAHNR1, ZAHNR2) SA04(Block KR, ZE, BG)/SA14.....	65
D.128	ZANZ - Anzahl Zähne SA04(Block ZE).....	66
D.129	ZBTER - Betrag Zusatzgebühr SA51.....	66
D.130	ZEIT - Uhrzeit der Leistung SA03(Block L).....	66
D.131	Zuname (AZUNA, ZUNAL, ZUNAP, ZUNAV, ZUNUT, ZUNUW, ZUNVS) SA00/01/02/03(Block T)/10/50/90.....	66
D.132	ZUPA - Zusatzgebühr pro Packung SA51.....	66
D.133	ZURE - Zusatzgebühr pro Rezept SA50.....	68
D.134	ZUSKZ - Zusatzkennzeichen SA01.....	68
D.135	ZVR – Zentrales Vereinsregister SA81.....	68
D.136	ZWSU - Zwischensumme SA53.....	69
E	Aufbau der Datenbestände und Zuordnung der Datensätze.....	70
E.1	Zuordnung Datenbestände pro Vertragspartner.....	70
E.2	Datenbestandsaufbau.....	73
F	Datensätze.....	75
F.1	Allgemeine Beschreibung.....	75
F.2	Satzkopf bzw. Identifikationssatz.....	76
F.3	SART 00 Datensatzbeginn.....	77
F.4	SART 01 Behandlungsscheindaten.....	78
F.5	SART 02 Angehörigendaten.....	80
F.6	SART 03 Leistungsdaten VPARTNER.....	81
F.6.1	SART 03 Datenblock Diagnose „D“.....	82
F.6.2	SART 03 Datenblock Leistung „L“.....	83
F.6.3	SART 03 Datenblock Hauskrankenpflege „H“.....	84
F.6.4	SART 03 Datenblock Begründung „B“.....	85
F.6.5	SART 03 Datenblock Leistungserbringer „T“.....	86
F.6.6	SART 03 Datenblock Sonstiges „S“.....	87

F.7	SART 04 Leistungsdaten ZAHNB.....	88
F.7.1	SART 04 Datenblock Leistung (konservierend, chirurgisch / Reparatur) „KR“.....	89
F.7.2	SART 04 Datenblock Zahnersatz „ZE“	91
F.7.3	SART 04 Datenblock Kieferorthopädie „RG“	92
F.7.4	SART 04 Datenblock Begründung „BG“.....	93
F.8	SART 05 LABOR.....	94
F.9	SART 06 Adressdaten mit bzw. ohne EKVK-Belegung.....	95
F.10	SART 08 Rechnungssatz pro Patient	96
F.11	SART 10 Retourdatenbeginn	97
F.12	SART 14 Korrekturdatensatz.....	98
F.12.1	SART 14 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB).....	99
F.13	SART 17 Pauschalabzüge/Gutschriften	101
F.13.1	SART 17 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB).....	102
F.14	SART 18 Retoursummensatz.....	103
F.14.1	SART 18 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB).....	104
F.15	SART 19 Retourdatenende	105
F.15.1	SART 19 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB).....	106
F.16	SART 50 Rezeptvorlaufdaten	107
F.17	SART 51 Verordnungsdatensatz.....	108
F.18	SART 52 Umsatzdaten Teilsomme.....	109
F.19	SART 53 Umsatzdaten Summe	110
F.20	SART 80 Detailsummensatz pro Rechnung.....	111
F.21	SART 81 Rechnungssummensatz	112
F.22	SART 90 Trennsatz bei Gruppenpraxen	113
F.23	SART 97 Schlusssatz bzw. Dateiende LABOR.....	114
F.24	SART 98 Schlusssatz bzw. Dateiende HAPO.....	115
F.25	SART 99 Schlusssatz bzw. Dateiende VPARTNER, ZAHNB.....	116

A Allgemeines

A.1 Allgemeine Handhabung der Organisationsbeschreibung

Änderungen und Ergänzungen zu dieser Organisationsbeschreibung werden im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit der Vertragspartnerabteilung und der IT-ORG durchgeführt. Die Verteilung dieser Organisationsbeschreibung und deren Änderungen / Ergänzungen erfolgen über die Abteilung IT-ORG.

Die komplette Organisationsbeschreibung kann im SV-Intranet und im Internet unter den folgenden Links:

Intranet

EDV-Informationen

www-intra.sozvers.at/intranet/index.php?id=7

Internet

<http://www.sozialversicherung.at/> (Vertragspartner)
heruntergeladen werden.

Im eSV-Portal der Österreichischen Sozialversicherung befindet sich unter www.sozialversicherung.at der Link Vertragspartner, unter dem ebenfalls die komplette Organisationsbeschreibung in Form einer PDF-Datei heruntergeladen werden kann.

Auf jeder Seite der Organisationsbeschreibung ist in der Fußzeile rechts die Versionsnummer der Organisationsbeschreibung vermerkt. Änderungen werden, soweit sinnvoll, durch einen seitlich angebrachten Strich und durch Unterstreichung der neuen Textpassagen gekennzeichnet.

Alle Informationen zur Zertifizierung der Vertragspartner-Software finden Sie unter folgendem Link http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=5&p_menuid=64550&action=2

A.1.1 Änderungen bzw. Ergänzungen zur Vorversion

Änderung bzw. Ergänzungen von Version 2.9 zur Version 3.0

Art	Blatt Nr.	Erklärung
Änderung	Seite 2/3	Versionierung
Textergänzung	Seite 3	Texterweiterung um das Wort „grundsätzlich“.
Änderung	A.1.1	Änderungen bzw. Ergänzungen zur Vorversion
Textentfernung	C.1	Löschen des Verweises auf Kapitel C.2. Löschen des Kennzeichens BEST 01.
Textänderung	C.1	Bei BEST HA wurde der Begriff Arztabrechnung gegen Heilmittelabrechnung abgeändert. Fachgebiet 59 – Die Spalte SART wurde um die fehlenden Codes erweitert. Fachgebiet 64 – Die Bezeichnung des Fachgebietes wurde auf „Masseur“ geändert.
Änderung	C.1/E.1	Einfügen des Fachgebietes 49 und 92
Textergänzung	C.1	Einfügen des Klammersausdruckes „(auch für ambulante Rehabilitation)“ beim Fachgebiet 85
Textkorrektur	D.0	Feldnamenrichtigstellungen
Textergänzung	D.0	DATJ – Das Datenfeld DATJ (Jahr der Rezeptausstellung) wurde aufgenommen.
Textentfernung	div. Kapitel D	Die Sätze „Der Datenfeldinhalt kann vom System erstellt werden, muss aber manuell überschreibbar sein.“ und „Der Datenfeldinhalt wird vom System erstellt.“ wurde gestrichen.
Ergänzung	D.8	Einfügung der Angabe zur Datenfeldbelegung.
Textentfernung	D.9	Löschen des Verweises auf Kapitel D.80.
Textänderung	D.12	Die Angabe wurde von fakultativ auf optional geändert.
Textergänzung	D.13	Einfügung des Wortes „sortiert“.
Textentfernung	D.18	Die Beschreibung zur kassenabhängigen Verwendung wurde entfernt.
Änderung	D.24	SYSD - Einfügung der Angabe zur Datenfeldbelegung.
Ergänzung	D.24	DATJ – Das Datenfeld DATJ (Jahr der Rezeptausstellung) wurde aufgenommen.
Textentfernung	D.24	BEBEG – Die Beschreibung zur kassenabhängigen Verwendung wurde entfernt. Die letzten 3 Sätze des Kapitels wurden entfernt.
Textänderung	D.25	Das Wort DIAG wurde aus der Titelzeile entfernt. Löschen der möglichen Datenfeldbelegung von den Feldern DIAG5, DIAG5U1 und DAIG5U2. Einfügen von Hinweisen zur DIAKZ Verwendung bei der Hauskrankenpflege. Das DIAKZ 7 (ICD-9 BMSG) und Beschreibung wurde eingefügt.
Ergänzung	D.26	Das DIAKZ 7 (ICD-9 BMAG) wurde eingeführt.
Ergänzung	D.30	Beschreibungserweiterung zum Datenfeld EVSNR für die SART 51
Änderung	D.33	Einfügen des Fachgebietes 49.
Textentfernung	D.44	Der Code 7 (trägerspezifische Verwendung) wurde entfernt.
Textänderung	D.50	Die Code-Bezeichnungen wurden aktualisiert.
Änderung	D.60	Einfügung der Beschreibung zum Datenfeld MFACH. Änderung aller Codes.
Textentfernung	D.62	Das Wort kassenabhängig wurde entfernt.

Art	Blatt Nr.	Erklärung
Textergänzung	D.64	Änderung des SART-Hinweises von SA51/53 auf SA51/52/53.
Textänderung	D.69	Die eckigen Klammern und die Beschreibung zur eckigen Klammer wurde entfernt. Die Beschreibung zur zuständigen Abrechnungsstelle bei der SVB wurde aktualisiert.
Textentfernung	D.69	Die Fußzeile **) wurde entfernt.
Ergänzung	D.69	Die KFA wurde aufgenommen.
Änderung	D.75	Die Belegung wurde von numerisch auf alphanumerisch geändert.
Textänderung	D.80	POSN1 bis POSN6 - Die Beschreibung wurde aktualisiert.
Textentfernung	D.80	POSNR3 - Die Beschreibung zur kassenabhängigen Verwendung wurde entfernt.
Textergänzung	D.81	Einfügung „Mögliche Werte: 1-8“
Textänderung	D.88	Aktualisierung der Datenfeldbeschreibung.
Textergänzung	D.90	Einfügen der Angabe zur SART 10 bei der Beschreibung.
Änderung	D.91	Einfügen des Code 2 = Rezeptgebührenbefreiung aufgrund anzeigepflichtiger Krankheit – SART51
Textänderung	D.92	Aktualisierung der Datenfeldbeschreibung.
Textergänzung	D.109	Einfügung der Angabe zur Datenfeldbelegung bei den Datenfeldern FEHLT und TEXT.
Textergänzung	D.110	Die Angabe wurde von kassenabhängig auf optional geändert.
Korrektur	D.112	Die UID Nummer der KFA Wien wurde auf ATU16250706 berichtigt.
Ergänzung	D.114	Aktualisierung des VERSD Versionscode.
Textänderung	D.118	Aktualisierung des LEA-Suchservice Aufrufes.
Ergänzung	D.118	Beim Datenfeld VPNUW wurde die zwingende Angabe für die Scheinart 4 ergänzt.
Textänderung	D.123	Aktualisierung des LEA-Suchservice Aufrufes.
Textänderung	D.127	Aktualisierung der ZAHNR1 und ZAHNR2 Datenfeldbeschreibung.
Ergänzung	D.131	Beim Datenfeld ZUNUW wurde die zwingende Angabe für die Scheinart 4 ergänzt-
Textergänzung	D.134	Verwendungshinweis bei Code 60 und 80 für die BVA
Textänderung	E.1	Beim Code 85 wurde „LABOR“ hinzugefügt und der Text „ohne Sonderfall“ entfernt. Der Textabsatz „Sonderfälle“ wurde entfernt.
Änderung	F. Kapitel	Belegungsänderung beim Datenfeld SYSD von F auf ZA bei den folgenden Kapiteln: F.6.1 – F.6.6.(Lfd.Nr. 2), F.7.1 – 7.4 (Lfd.Nr. 2), F.8 (Lfd.Nr. 3), F.16 (Lfd.Nr. 16)
Änderung	F. Kapitel	Belegungsänderung von F (Fakultativ) auf O(Optional) bei den folgenden Kapiteln: F.3 (Lfd.Nr. 12), F.6.3 (Lfd. Nr. 6), F.8 (Lfd.Nr. 14), F.12 (Lfd.Nr. 12)
Entfernung	F. Kapitel	Die Angabe F(Fakultativ) wurde entfernt bei den folgenden Kapitel: F.4 (Lfd.Nr. 15, 16, 18, 19), F.6.2 (Lfd.Nr. 8), F.7.2 (Lfd.Nr. 15), F.7.3 (Lfd.Nr. 9), F.8 (Lfd.Nr. 12), F.16 (Lfd.Nr. 14)
Entfernung	F. Kapitel	Die Kennzeichnungen „X“ und „/“ wurden aus den Datensätzen entfernt.
Entfernung	F.1	Der Code „F“, „X“ und „/“ wurde entfernt.
Textergänzung	F.3.	TKZ – In der Spalte Inhalt wurden beschrieben.

Art	Blatt Nr.	Erklärung
Ergänzung	F.5	Die Angabe „O (optional)“ wurde eingefügt.
Änderung	F.7.3.	Einfügen der Angabe ZA
Textänderung	F.9	Die Beschreibung zur Satzart wurde beim Punkt a) aktualisiert.
Textentfernung	F.10	Die Beschreibung zur kassenabhängigen Verwendung wurde entfernt.
Textentfernung	F.12.1	Die Beschreibung zur kassenabhängigen Verwendung wurde entfernt.
Änderung	F.16	RES/DATJ - Das Datenfeld RES wurde aufgelöst und an dessen Stelle wurde das Datenfeld DATJ (Jahr der Rezeptausstellung) eingeführt. BENR – In der Spalte Inhalt wurde das Wort „sortiert“ eingefügt.
Änderung	F.17	VPNR - Einfügung einer Beschreibung. RES - Das Reservefeld RES wurde aufgelöst. REZG, RGAN, EVSNR - Einfügung der neuen Datenfelder nach Auflösung des Reservefeldes. PHAR - Die Belegung wurde von n (numerisch) auf a/n (alphanumerisch) geändert. BENR – In der Spalte Inhalt wurde das Wort „sortiert“ eingefügt.
Änderung	F.18	MWST - Einfügen des Datenfeldes. Reduktion der Stellenanzahl beim Datenfeld RES um 9 Stellen.
Textänderung	F.22	Hinweis zur kassenabhängigen Verwendung wurde eingefügt. RES – Die Angabe Z (zwingend) wurde entfernt.
Textergänzung	F.24	UID, UIDV - Einfügen einer zusätzlichen Beschreibungen.
Entfernung	F.25	RES – Die Angabe Z (zwingend) wurde entfernt.

A.1.2 Änderungen bzw. Ergänzungen zur Vorversion

Änderung bzw. Ergänzungen von Version 3.0 zur Version 3.0.1

Art	Blatt Nr.	Erklärung
-----	-----------	-----------

A.2 Datenschutz

Die Übermittlung der elektronischen Abrechnungsdaten hat den Anforderungen des Datenschutzes an personenbezogene Gesundheitsdaten zu genügen.

Bei DFÜ-Abrechnungen sind die Daten, unabhängig von der Art der Übermittlung, mit nach dem jeweiligen Stand der Technik geeigneten Verfahren zu verschlüsseln.

A.3 Hinweise

Die Kodierung sämtlicher gelieferter Dateninhalte muss in 8-Bit ASCII erfolgen.

Personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form beziehen sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Vorgehensweise bei Versicherungsträgerwechsel im Abrechnungszeitraum:

Bei **Gebietskrankenkassen (inkl. Betriebskrankenkassen)** ist immer beim **Wechsel des leistungszuständigen Versicherungsträgers** in einer **elektronischen Abrechnung** pro leistungszuständigen Versicherungsträger ein Datensatz der Satzart „01“ mit allen erforderlichen dazugehörenden Datensätzen auszugeben.

B Leitfaden der Organisationsbeschreibung sowie Umfang der Datenweitergabe

B.1 Allgemeine Beschreibung

Die vorliegende Organisationsbeschreibung beschreibt den Datenaustausch zwischen Vertragspartnern wie:

- Vertragsärzte (Allgemeinmediziner und Fachärzte aller Fachrichtungen),
- Zahnbehandler (Fachärzte, Dentisten) und Ambulatorien nach dem KAG,
- Hausapotheken,
- Labor (Fachärzte, Institute) und selbständige Ambulatorien nach dem KAG,
- der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Vertragspartner,
- sonstige Institute nach dem KAG,
- Alten- und Pflegeheime,
- Kurheime und
- Sonderkrankenanstalten für Rehabilitation

und der Sozialversicherung bezüglich der elektronischen Vertragspartnerabrechnung.

B.2 Leitfaden der Organisationsbeschreibung

1. Die Zuordnung, welcher **Vertragspartner** welchen Datenbestand verwenden soll, ist im Kapitel E.1. ersichtlich.
2. Im Kapitel E.2 wird erklärt, welche Datensatzarten in den einzelnen **Datenbeständen** verwendet werden dürfen.
3. Die Detailinformationen zu den einzelnen **Datensatzarten** sind im Kapitel F erklärt.
4. Die genaue Beschreibung der **Datenfelder** ist im Kapitel D behandelt. Dazugehörige Codetabellen (Schlüssel) sind ebenfalls im Kapitel D im jeweiligen Unterkapitel angeführt.
5. Hinweise über die unterschiedlichen Möglichkeiten der **Datenübertragung** sind im Kapitel C beschrieben.

B.3 Umfang der Datenweitergabe

Die Abrechnungsdatensätze haben

- pro Abrechnungszeitraum inkl. eventueller Nachtragsscheine
- je Vertragspartnernummer
- je Ordination
- je Fachrichtung

in einem Datenbestand geliefert zu werden.

Die Abrechnungsdatensätze haben bei Gruppenpraxen

- pro Abrechnungszeitraum inkl. eventueller Nachtragsscheine
- je Vertragspartnernummer

in einem Datenbestand geliefert zu werden.

Frequenz der Retourmeldungen VPRETOUR (kassenabhängig)

Bei den Zahnbehandler-Retourmeldungen kann pro Quartal ein Retourdatenbestand an die ÖZÄK weitergeleitet werden. Die Übermittlung der Retourdaten erfolgt unmittelbar (maximal binnen 14 Tagen) nach durchgeführter Endabrechnung und damit verbundener Anweisung.

Abrechnungsdatensätze sind in der im Kapitel C beschriebenen Form zu übermitteln.

B.4 Datensicherung

Originaldaten müssen für die Dauer von mindestens 7 Jahren aufbewahrt werden.

C Datenübermittlung

C.1 Allgemeines zur Datenübermittlung

Jeder Datenbestand darf ausschließlich nur Datensätze für **einen** verrechnungszuständigen Krankenversicherungsträger beinhalten.

Eine Zusammenfassung aller Abrechnungsbestände für alle Kassen in einem Datenbestand bzw. in einem File (Datenpaket) ist nicht zulässig.

Ein Datenbestand enthält ausschließlich Daten zu einer Rechnungslegung und für einen verrechnungszuständigen Krankenversicherungsträger.

Die Abrechnungsdatenbestände können

- mittels Datenfernübertragung
- oder mittels vereinbartem Datenträger,

an den verrechnungszuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt werden.

Die österreichische Sozialversicherung bietet über ELDA (siehe Kapitel C.4.) bzw. über das eSV-Portal der österreichischen Sozialversicherung (siehe Kapitel C.3.) Datenübermittlungswege an.

Es wird empfohlen, elektronische Abrechnungen über das jeweilige System (ELDA oder eSV) über welches die Abrechnung geliefert wurde, dem Vertragspartner wieder zurück zu melden. Damit kann der Sozialversicherungsträger, aber auch der Vertragspartner sicherstellen, wo die Retourenmeldung zur Abholung bereit gestellt wird bzw. abgeholt werden kann. Eine Vermischung der beiden Systeme ist nicht sinnvoll und soll vermieden werden.

Sozialversicherungsintern

Projektcodes und Bestand- bzw. Listkennzeichen, die für den internen Datenaustausch zwischen der Empfangsstelle der Sozialversicherung und der Datendrehscheibe des Hauptverbandes notwendig sind, sind in der unten angeführten Liste ersichtlich. Weitere Beschreibungen bezüglich des Datenaustausches mit dem Hauptverband (Datendrehscheibe) sind in der Organisationsbeschreibung „DA - Datenaustausch mit dem Hauptverband“ ersichtlich.

Projektcode AA	Allgemeiner Austausch von Vertragspartnerdaten
SART	prägnante Satzarten
BEST	Sub-Projektcode
BEST AA	Arztabrechnung - Arzt
BEST HA	Heilmittelabrechnung - Hausapotheken
BEST LA	Arztabrechnung - Labor
BEST SA	Sonstige Abrechnung
BEST ZA	Arztabrechnung – Zahnarzt
BEST ZR	Zahnbehandler-Retourmeldung

Code	Fachgebiet	Projektcode	Datenbestand	BEST	SART*)	Rückmeldungsbestand	BEST
01	Arzt für Allgemeinmedizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
02	Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
03	Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
04	Facharzt für Chirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
05	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
06	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
07	Facharzt für Innere Medizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
08	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
09	Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
10	Facharzt für Lungenkrankheiten	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
11	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
12	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
13	Facharzt für Physikalische Medizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
14	Facharzt für Radiologie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
15	Facharzt für Unfallchirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
16	Facharzt für Urologie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
17	Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	AA	ZAHNB	ZA	04	VPRETOUR *)	ZR
18	Facharzt für Neurochirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
19	Facharzt für Neurologie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
20	Facharzt für Psychiatrie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
21	Facharzt für Plastische Chirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
22	Facharzt für Kinderchirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
23	Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
23	Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	AA	ZAHNB	ZA	04	VPRETOUR *)	ZR
24	Facharzt für Nuklearmedizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
25	Facharzt für Medizinische Radiologie-Diagnostik	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
26	Facharzt für Strahlentherapie - Radioonkologie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
27	Zahnarzt	AA	ZAHNB	ZA	04	VPRETOUR *)	ZR
28	Facharzt für Blutgruppenserologie	AA	LABOR	LA	05	-	-

Code	Fachgebiet	Projekt-code	Datenbestand	BEST	SART*)	Rückmeldungsbestand	BEST
	und Transfusionsmedizin						
29	Facharzt für Immunologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
32	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
33	Facharzt für Histologie und Embryologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
34	Facharzt für medizinische Biologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
35	Facharzt für Virologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
36	Gruppenpraxen	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
		AA	LABOR	LA	05		
		AA	ZAHNB	ZA	04	VPRETOUR *)	ZR
37	Facharzt für Arbeits- und Betriebsmedizin	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
38	Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
39	medizinische Genetik	AA	VPARTNER	AA	03	-	-
49	Sonstige, nicht kurativ tätige, freieberufliche Ärzte: FA für Anatomie FA für medizinische Biophysik FA für medizinische Leistungsphysiologie FA für Neurobiologie FA für Neuropathologie FA für Physiologie FA für Sozialmedizin FA für spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene FA für Tumorbiologie Gutachterärzte	AA	VPARTNER	SA	03,08		
50	Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik	AA	LABOR	LA	05	-	-
51	Labor, EEG	AA	LABOR	LA	05,08,80,8 1	-	-
52	Labor, zytodiagnostisch	AA	LABOR	LA	05,08,80,8 1	-	-
53	Facharzt für Pathologie und Histologie	AA	LABOR	LA	05	-	-
55	Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie bzw. Facharzt für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	AA	LABOR	LA	05	-	-
59	Hausapothekenführender Arzt	AA	HAPO	HA	00,50,51 52,53,98	-	-
62	Dentist	AA	ZAHNB	ZA	04	VPRETOUR *)	ZR
63	Physiotherapeut	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
64	Masseur	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
66	Logopäde	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	
72	Psychotherapeut	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
73	Klinischer Psychologe	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
75	Ergotherapeut	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
80	Krankenanstalt stationär (ausgenommen Pflegeheime für chronisch Kranke, Genesungsheime, Kurheime) SKA für Rehabilitation, Entbindungsheim / Gebäranstalten, Krankenhausambulanzen.	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1		
84	CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-

Code	Fachgebiet	Projekt-code	Datenbestand	BEST	SART*)	Rückmeldungsbestand	BEST
85	Selbständiges Ambulatorium (auch für ambulante Rehabilitation), ausgenommen für ZMK, phys. Medizin und CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
		AA	LABOR	LA	05,08,80,8 1	-	-
86	Selbständiges Ambulatorium für ZMK	AA	ZAHNB	ZA	04,08,80,8 1		
87	Pflegeheim für chronisch Kranke, Pensionistenheim	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
91	Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
92	Hauskrankenpflegeorganisation	AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1		
99	Andere Vertragspartner, soweit sie nicht den Fachgebieten 40-44, 50-91 zuzuordnen sind, z.B. Universitätsinstitut (sofern nicht als Teil einer Krankenanstalt), Bundesstaatliche Untersuchungsanstalt, Sonstige Unternehmen (Handelsunternehmen, Frisöre und Perückenmacher, etc.)	AA	LABOR	LA	05,08,80, 81	-	-
		AA	VPARTNER	SA	03,08,80,8 1	-	-
		AA	ZAHNB	ZA	04,08,80,8 1		

*) Die Verwendung der Datensätze der Satzarten 08, 80 und 81 sowie der Retouremeldungsbestand sind kassenabhängig.

C.2 Übermittlung von Belegen

Abhängig vom Vertrag mit den Krankenversicherungsträgern sind Abrechnungsbelege mit den elektronischen Abrechnungsdaten mitzuschicken oder vom Vertragspartner für die Dauer von 7 Jahren aufzubewahren.

C.3 Datenübermittlung über das eSV-Portal

Die Übermittlung der Datenpakete mittels eSV-Portal erfolgt über den Verrechnungsschein der Sozialversicherung.

Der Verrechnungsschein ist über den Weblink <http://www.sozialversicherung.at/verrechnungsschein/> erreichbar.

Detailinformationen zum Verrechnungsschein, für die Übermittlung von Datenpaketen, befinden sich ebenfalls auf der oben angeführten Webseite.

C.4 Datenübermittlung über ELDA

Auf der Internetseite des Datensammelsystems der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (www.elda.at) sind alle nötigen Informationen vorhanden, um Datenpakete an die Sozialversicherungsträger übermitteln zu können.

D Beschreibung der Eingabedaten

D.0 Alphabetisches Register der Datenfelder

Feldname	Bezeichnung	Kapitel
ABDAT	Datum der Abgabe des Behandlungsscheines / Datum der Anspruchsprüfung im eCard-System	D.24
ABEN	Abgabeeinheiten	D.1
ABREZ	Abrechnungszeitraum	D.2
ABZR	Abrechnungszeiträume	D.3
AJAHR	Abrechnungsjahr	D.4
AKZ	Adresskennzeichen	D.5
ALIQ	Aliquoter Anteil	D.6
ANDK	Anzahl der Datenträger	D.7
ANZ	Anzahl	D.8
ANZ00	Anzahl der gesamten Satzart „00“	D.11
ANZ01	Anzahl der gesamten Satzart „01“	D.11
ANZ02	Anzahl der gesamten Satzart „02“	D.11
ANZ03	Anzahl der gesamten Satzart "03"	D.11
ANZ04	Anzahl der gesamten Satzart "04"	D.11
ANZ05	Anzahl der gesamten Satzart „05“	D.11
ANZ06	Anzahl der gesamten Satzart „06“	D.11
ANZ08	Anzahl der gesamten Satzart „08“	D.11
ANZ1 - ANZ6	Anzahl 1 - Anzahl 6	D.9
ANZ14	Anzahl der gesamten Satzart „14“	D.11
ANZ17	Anzahl der gesamten Satzart „17“	D.11
ANZ18	Anzahl der gesamten Satzart „18“	D.11
ANZ50	Anzahl der gesamten Rezepte - Satzart „50“	D.11
ANZ80	Anzahl der gesamten Satzart „80“	D.11
ANZ81	Anzahl der gesamten Satzart „81“	D.11
ANZ90	Anzahl der gesamten Satzart „90“	D.11
ANZ99	Anzahl der gesamten Satzart „99“	D.11
ANZA	Packungsanzahl	D.10
AVONA	Vorname des Angehörigen	D.121
AZUNA	Zuname des Angehörigen	D.131
BDAT	Datum der Bewilligung	D.24
BELEG	Beginn der Behandlung im Abrechnungszeitraum	D.24
BEFNR	Befundnummer	D.12
BENR	Belegnummer	D.13
BETRAG	Betrag des Abzuges / der Gutschrift	D.14
BEWNR	Bewilligungsnummer	D.15
BLNDA	Bundesland der zuständigen Abrechnungsstelle	D.20
BLNDL	Bundesland des leistungszuständigen Versicherungsträgers	D.20
BLOKZ1	Blockkennzeichen	D.16
BLOKZ2	Blockkennzeichen	D.16
BLOKZ3	Blockkennzeichen	D.16
BSART	Art des Behandlungsscheines	D.17
BSNR	Behandlungsscheinnummer	D.18
BSUM	Summe Betrag brutto	D.19
BTEXT	Begründungstext	D.109
BZEIT	Betreuungszeitraum (von/bis)	D.21
CHKZ	Chefarzt-kennzeichen	D.22
CHKZ1 - CHKZ6	Chefarztbewilligung 1 - Chefarztbewilligung 6	D.23
DAT	Datum der Behandlung	D.24
DATA1	Datum des Antrages / der Bewilligung	D.24
DATB1	Datum der Begründung	D.24
DATB2	Datum der Begründung	D.24
DATD	Datum der Diagnose	D.24
DATJ	Jahr der Rezeptausstellung	D.24
DATK	Datum der Kommunikation	D.24
DATL	Datum der Leistung	D.24
DATR	Datum der Rezeptausstellung	D.24
DATU	Datum der Übergabe	D.24
DIAG - DIAG4	Diagnosecode	D.25
DIAGU1 - DIAG4U1	Diagnosecode Untergliederung 1	D.25
DIAGU2 - DIAG4U2	Diagnosecode Untergliederung 2	D.25
DIAGN	Diagnoseschlüssel bzw. -text	D.25
DIAKZ	Diagnosekennzeichen	D.26
DISNR	Datenträgernummer	D.27

Feldname	Bezeichnung	Kapitel
DSUM	Summe Detailbetrag	D.28
DVR	Datenverarbeitungsregisternummer	D.29
EAEND	EKVK – Ablaufdatum der Karte	D.30
EICAK	EKVK – Europäischer Institutionscode und Akronym	D.30
EKNR	EKVK – Kennnummer der Karte	D.30
EVSNR	EKVK – Kennnummer des Karteninhabers	D.30
ENTG	Entgelt	D.31
ERDAT	Erstellungsdatum des Datenträgers	D.24
ERKOU	Erst- oder Kontrolluntersuchung	D.32
FACHL	Fachgebiet des Leistungserbringers	D.33
FACHU	Fachgebiet des überweisenden Vertragspartners	D.33
FACHV	Fachgebiet des rechnungslegenden Arztes/Stelle	D.33
FEHLC	Fehlercode	D.34
FEHLT	Fehlertext	D.109
FELDB	Feldbezug	D.35
GENTG	Gesamt-Entgelt	D.36
GESLA	Geschlecht des Angehörigen	D.37
GESLP	Geschlecht des Patienten	D.37
GESLV	Geschlecht des Versicherten	D.37
GESTAR	Gesamttarif	D.38
GMWST	Gesamt-Umsatzsteuerbetrag	D.39
GNBTR	Gesamt-Nachlassbetrag	D.40
GREBE	Gesamt-Rechnungsbetrag	D.41
GRGKO	Gesamt-Rezeptgebühren und Gesamt-Kostenanteile	D.42
GRUKZ	Begründungskennzeichen	D.43
GRUN3	Begründung	D.109
GRUN4	Begründung	D.109
GRUN5	Begründung	D.109
GRUVU	Grund für Überweisungsschein, Vertretungsschein oder Code für Vorsorgeuntersuchungsart	D.44
GTAXB	Gesamt-Taxbetrag	D.45
GZAHL	Geschäftszahl	D.46
KANT	Kassenanteil	D.48
KANT2	Kassenanteil	D.48
KASSAB	Kassenanteilabzug	D.47
KASSG	Kassenanteilgutschrift	D.49
KAT	Versichertenkategorie	D.50
KEZE	Zusatzkennzeichen	D.51
KEZEH	Zusatzkennzeichen für Hauskrankenpflege	D.52
KIEF	Kiefer	D.53
KLAM	Anzahl Klammern	D.54
KURZ	Heilmittelname	D.55
KZDSUM	Kennzeichen Detailsumme	D.56
LABP	Laborporto	D.57
LEIS	Art der Leistung	D.58
MART	Mengenart	D.59
MFACH	Medizinisches Fachgebiet	D.60
MENG	Packungsgröße	D.61
MODIF	Modifizierer	D.62
MSAZ	Umsatzsteuersatz	D.63
MWST	Umsatzsteuerbetrag	D.64
NBTR	Nachlassbetrag	D.65
NPRO	Nachlassprozentsatz	D.66
NSF1 - NSF6	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 1 – Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 6	D.67
NSUM	Summe Betrag netto	D.68
OGRU	Ordnungsgruppe	D.69
ORT	Ort	D.70
PANT	Patientenanteil	D.73
PANT1	Patientenanteil	D.73
PATAAB	Patientenanteilabzug	D.71
PATAG	Patientenanteilgutschrift	D.72
PCODE	Pauschalierungscode	D.74
PHAR	Pharmanummer	D.75
PKASSAB	Pauschalabzug-Kassenanteilabzug	D.76
PKASSG	Pauschalabzug-Kassenanteilgutschrift	D.77
PLZL	Postleitzahl	D.78
POSAN	Anzahl der Positionen	D.79
POSN1 - POSN6	Positionsnummer 1 bis Positionsnummer 6	D.80
POSN7	Positionsnummer 7	D.80

Feldname	Bezeichnung	Kapitel
POSN8	Positionsnummer 8	D.80
POSNR1	Positionsnummer	D.80
POSNR2	Positionsnummer	D.80
POSNR3	Positionsnummer	D.80
POSNZ	Positionsnummernzahl	D.81
PPATAB	Pauschalabzug-Patientenanteilabzug	D.82
PPATG	Pauschalabzug-Patientenanteilgutschrift	D.83
PROZ1	Prozentsatz	D.84
PROZ2	Prozentsatz	D.84
PTAX	Packungstaxe	D.85
RDAT	Datum der Rechnungslegung	D.24
REBE	Rechnungsbetrag	D.86
RENR	Rechnungsnummer	D.87
REPRO	Registrier- und Programmpaketnummer	D.88
RES	Reservefeld	D.89
REST	Rest auf 254	D.90
REZG	Rezeptgebührenbefreiung	D.91
RGAN	Anzahl der Rezeptgebühren	D.92
RGKO	Rezeptgebühren und Kostenanteile	D.93
RTAX	Rezepttaxe	D.94
RZAN	Anzahl der Rezepte	D.95
SART	Satzart	D.96
SATNR	Satznummer	D.97
SAUG	Anzahl Sauger	D.98
SBART	Art des Selbstbehaltes	D.99
SBETRAG	Summe Selbstbehalte pro Patient	D.100
SBEIN	Selbstbehalt eingehoben	D.101
SBKZ	Selbstbehaltkennzeichen	D.102
SIST	Sitzung, Stelle	D.103
STRA	Straße	D.104
SURG	Summe der Rezeptgebühren oder Kostenanteile	D.105
SUTX	Summe Taxebetrag	D.106
SYSD	Systemdatum	D.24
TARSUM	Tarifsumme brutto pro Patient	D.107
TEXT	Text	D.109
THEC	Therapiecode	D.108
TKZ	Testkennzeichen	D.110
UEDAT	Datum der Überweisung	D.24
UID	Umsatzsteueridentifikationsnummer	D.111
UIDV	UID des verrechnungszuständigen SV-Trägers	D.112
UNKZ1 - UNKZ6	Unfallkennzeichen 1 - Unfallkennzeichen 6	D.113
VERSD	Version des Datenbestandes	D.114
VERSI	Versionsnummer	D.115
VG	Anzahl Vollguss-Metallkronen	D.119
VK	Anzahl Verblend-Metall-Keramikkronen	D.120
VONAL	Vorname des Leistungserbringers	D.121
VONAP	Vorname des Patienten	D.121
VONAV	Vorname des rechnungslegenden Vertragspartners	D.121
VONVS	Vorname des Versicherten	D.121
VORZ	Vorzeichen	D.122
VPADR	Adresscode	D.123
VPNR	Vertragspartnernummer	D.118
VPNRE	Vertragspartnernummer der empfangenden Stelle	D.118
VPNRL	Vertragspartnernummer des Leistungserbringers	D.118
VPNRT	Vertragspartnernummer des Therapeuten	D.118
VPNRU	Vertragspartnernummer der Übermittlungsstelle	D.118
VPNRV	Vertragspartnernummer des Verordners	D.118
VPNUW	Vertragspartnernummer des überweisenden oder zu vertretenden Arztes	D.118
VPNVA	Vertragspartnernummer des vertretenen Arztes	D.118
VSDAT	Daten des Versicherten	D.124
VSNRA	Versicherungsnummer des Angehörigen	D.116
VSNRP	Versicherungsnummer des Patienten	D.116
VSNRV	Versicherungsnummer des Versicherten	D.116
VSTRA	Zuständige Abrechnungsstelle	D.117
VSTRL	Leistungszuständiger Versicherungsträger	D.117
WANZ	Anzahl der Kilometer	D.125
WEGE	Wegegebühren	D.126
ZAHNR1	Zahnnummern 1	D.127
ZAHNR2	Zahnnummern 2	D.127
ZANZ	Anzahl Zähne	D.128

Feldname	Bezeichnung	Kapitel
ZBTER	Betrag Zusatzgebühr	D.129
ZEIT	Uhrzeit der Leistung	D.130
ZUNAL	Zuname des Leistungserbringers	D.131
ZUNAP	Zuname des Patienten	D.131
ZUNAV	Zuname des rechnungslegenden Vertragspartners	D.131
ZUNUT	Zuname des Therapeuten	D.131
ZUNUW	Zuname des überweisenden oder zu vertretenden Arztes	D.131
ZUNVS	Zuname des Versicherten	D.131
ZUPA	Zusatzgebühr pro Packung	D.132
ZURE	Zusatzgebühr pro Rezept	D.133
ZUSKZ	Zusatzkennzeichen	D.134
ZVR	Zentrales Vereinsregister	D.135
ZWSU	Zwischensumme	D.136

D.1 ABEN – Abgabeeinheiten **SA52**

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull
Die Anzahl der abgegebenen Spezialitäten plus der magistralen Zubereitungen.

Die Angabe ist zwingend.

D.2 ABREZ - Abrechnungszeitraum **SA04(Block RG)**

12 Stellen numerisch in der Form TTMMJJTTMMJJ

Die Angabe ist zwingend.

D.3 ABZR - Abrechnungszeiträume **SATZKOPF/SA14/17**

2 Stellen numerisch

Code	Abrechnungszeitraum	
01	Jänner	
02	Februar	
03	März	
04	April	
05	Mai	
06	Juni	
07	Juli	
08	August	
09	September	
10	Oktober	
11	November	
12	Dezember	
13	transitorischer Abrechnungsmonat	} kassenabhängig
14	transitorischer Abrechnungsmonat	
21	1. Quartal	
22	2. Quartal	
23	3. Quartal	
24	4. Quartal	
25	V1 - Vertretungsabrechnung 1. Halbjahr	} kassenabhängig
26	V2 - Vertretungsabrechnung 2. Halbjahr	
37	transitorisches Abrechnungsquartal	
38	transitorisches Abrechnungsquartal	
95	Zusätzlicher Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst Quartal 1	}
96	Zusätzlicher Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst Quartal 2	
97	Zusätzlicher Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst Quartal 3	
98	Zusätzlicher Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst Quartal 4	

Die Angabe ist zwingend.

Die Angabe ist in den Satzarten 14 und 17 optional.

D.4 AJAHR - Abrechnungsjahr SATZKOPF/SA14/17

2 Stellen numerisch in der Form JJ

Der Wert aus AJAHR hat dem des laufenden Kalenderjahres oder des laufenden Kalenderjahres minus 1 zu entsprechen.

Zum Beispiel: Die Abrechnung eines Vertragspartners des 4. Quartals 2009 wird erst ab dem 1.1.2010 bearbeitet, daher laufendes Kalenderjahr minus 1.

Ausnahme: Nachtragsscheine/Abrechnung aus nicht aktuellen Abrechnungsperioden – wie vertraglich vereinbart (Verjährungsfristen siehe § 1486 Abs. 6 ABGB)

Die Angabe ist zwingend. Die Angabe ist in den Satzarten 14 und 17 optional.

D.5 AKZ – Adresskennzeichen SA06

1 Stelle numerisch

Code	Belegung
1	Wohnadresse
2	Visitenadresse
3	EKVK - Bei EKVK Patienten wird dieses Feld mit „3“ belegt.

Wird AKZ mit dem Code 1 oder 2 belegt, hat der Adressdatensatz ohne EKVK-Felder Gültigkeit. Bei EKVK Patienten ist zusätzlich AKZ mit 3 zu belegen und es ist der Adressdatensatz mit EKVK-Felder-Belegung zu verwenden.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.6 ALIQ - Aliquoter Anteil SA04(Block RG)

1 Stelle alphabetisch

Wenn Behandlungszeitraum kürzer als der Bewilligungszeitraum ist, ist der aliquote Anteil anzugeben.

Code	Aliquoter Anteil
J	ja
blank	nein

Die Angabe ist zwingend.

D.7 ANDK - Anzahl der Datenträger SA19/97/98/99

2 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist zwingend.

D.8 ANZ – Anzahl SA04(Block RG)

2 Stellen numerisch, kassenspezifisch

Anzahl der Positionsnummern (Heilbehelfe)

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.9 ANZ1 - ANZ6 - Anzahl 1 - Anzahl 6

SA04(Block KR)/14

5 Stellen alphanumerisch

Anzahl der Pos.Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden. Numerische Werte sind linksbündig, 5-stellig mit Vornull anzugeben.

Im Feld ANZn (Anzahl) sind bei Wurzelbehandlungen die betroffenen Wurzelkanäle (kassenabhängig) und bei Flächenfüllungen folgende Flächenbezeichnungen zu liefern:

Code	Flächenbezeichnung
O	occlusal (inkl. zentral und incisal)
D	distal
M	mesial
B	buccal (inkl. labial und cervical)
L	lingual (palatinal) und Kombinationen (max. 5 Flächenbezeichnungen)
S	Schneidekante
I	Incisal
P	palatinal

Die Angabe ist zwingend. Die Angabe ist in der Satzart 14 optional.

D.10 ANZA - Packungsanzahl

SA51

2 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Anzahl der Packungen mit derselben Pharmanummer

Die Angabe ist zwingend.

D.11 Anzahl Satzart (ANZ00, ANZ01, ANZ02, ANZ03, ANZ04, ANZ05, ANZ06, ANZ08, ANZ14, ANZ17, ANZ18, ANZ50, ANZ80, ANZ81, ANZ90, ANZ99)

SA19/97/98/99

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

ANZ00 Anzahl der gesamten Satzart „00“ (SA18)
 ANZ01 Anzahl der gesamten Satzart „01“ (SA19/97/99)
 ANZ02 Anzahl der gesamten Satzart „02“ (SA19/97/99)
 ANZ03 Anzahl der gesamten Satzart „03“ (SA99)
 ANZ04 Anzahl der gesamten Satzart „04“ (SA19/99)
 ANZ05 Anzahl der gesamten Satzart „05“ (SA97)
 ANZ06 Anzahl der gesamten Satzart „06“ (SA19/97/99)
 ANZ08 Anzahl der gesamten Satzart „08“ (SA97/99)
 ANZ14 Anzahl der gesamten Satzart „14“ (SA19)
 ANZ17 Anzahl der gesamten Satzart „17“ (SA19)
 ANZ18 Anzahl der gesamten Satzart „18“ (SA19)
 ANZ50 Anzahl der gesamten Rezepte - Satzart „50“ (SA98)
 ANZ80 Anzahl der gesamten Satzart „80“ (SA97/99) ANZ81
 Anzahl der gesamten Satzart „81“ (SA97/99) ANZ90 Anzahl
 der gesamten Satzart „90“ (SA97/99) ANZ99 Anzahl der
 gesamten Satzart „99“ (SA18)

Die Angabe ist zwingend.

D.12 BEFNR - Befundnummer

SA05

10 Stellen alphanumerisch
Ordnungsbegriff zur Auffindung eines Laborfalles, da ein Patient mehrmals vorkommen kann.

Die Angabe ist optional.

D.13 BENR - Belegnummer

SA50/51

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull aufsteigend sortiert, Lücken möglich.

Die Angabe ist zwingend.

D.14 BETRAG - Betrag des Abzuges / der Gutschrift

SA17

9 Stellen numerisch
Betrag des Abzuges/der Gutschrift in Cent.

Die Angabe ist zwingend.

D.15 BEWNR - Bewilligungsnummer

SA03(Block S)

8 Stellen alphanumerisch

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.16 Blockkennzeichen (BLOKZ1, BLOKZ2, BLOKZ3)

SA03(jeder Block)/SA04(jeder Block)/SA14/17/18/19

BLOKZ1 Blockkennzeichen (SA03 jeder Block)

BLOKZ2 Blockkennzeichen (SA04 jeder Block)

BLOKZ3 Blockkennzeichen (SA14/17/19)

Feldname	Belegung														
BLOKZ1	1 Stelle alphabetisch														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Datenblock</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td>Diagnose</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>Leistung</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>Hauskrankenpflege</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Begründung</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>Leistungserbringer (Therapeut)</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>Sonstiges</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Datenblock	D	Diagnose	L	Leistung	H	Hauskrankenpflege	B	Begründung	T	Leistungserbringer (Therapeut)	S	Sonstiges
	Code	Datenblock													
	D	Diagnose													
	L	Leistung													
	H	Hauskrankenpflege													
	B	Begründung													
T	Leistungserbringer (Therapeut)														
S	Sonstiges														
BLOKZ2	2 Stellen alphabetisch														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Datenblock</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KR</td> <td>Leistung (konservierend, chirurgisch/Reparatur)</td> </tr> <tr> <td>ZE</td> <td>Zahnersatz</td> </tr> <tr> <td>RG</td> <td>Kieferorthopädie</td> </tr> <tr> <td>BG</td> <td>Begründung</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Datenblock	KR	Leistung (konservierend, chirurgisch/Reparatur)	ZE	Zahnersatz	RG	Kieferorthopädie	BG	Begründung				
	Code	Datenblock													
	KR	Leistung (konservierend, chirurgisch/Reparatur)													
	ZE	Zahnersatz													
RG	Kieferorthopädie														
BG	Begründung														
BLOKZ3	2 Stellen alphabetisch														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Datenblock</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ZR</td> <td>Zahnbehandler-Retourmeldung</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Datenblock	ZR	Zahnbehandler-Retourmeldung										
	Code	Datenblock													
ZR	Zahnbehandler-Retourmeldung														

Die Angabe ist zwingend.

D.17 BSART - Art des Behandlungsscheines

SA01

1 Stelle numerisch

Code	Nichtzahnbehandler
1	Krankenschein
2	Überweisungsschein
3	Erste-Hilfe-Schein
4	Vertretungsschein
5	Sonntagsdienstschein
6	Vorsorgeuntersuchungsschein
7	Ambulanzschein
8	Ersatzbehandlungsschein
9	Verordnungsschein

Code	Zahnbehandler
1	Zahnbehandlungsschein
2	Bereitschaftsdienstschein
3	Antrag auf Zahnersatz
4	Antrag auf Kieferorthopädie
5	Bereitschaftspauschale
6	Überweisungsschein
8	Ersatzzahnbehandlungsschein
9	Verordnungsschein

Die Angabe ist zwingend.

D.18 BSNR - Behandlungsscheinnummer

SA01/14

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist zwingend. Die Angabe ist in der Satzart 14 optional.

D.19 BSUM - Summe Betrag brutto

SA81

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent.

Berechnung:

Das Datenfeld BSUM beinhaltet den Betrag des Datenfeldes NSUM (Kapitel D.68-SART81) plus der Summe der Beträge der Datenfelder DSUM (Kapitel D.28) der einzelnen Datensätze (SART80) unter Berücksichtigung des jeweiligen VORZ (Kapitel D.122).

Die Angabe ist zwingend.

D.20 Bundesland (BLNDA, BLNDL)

SATZKOPF/SA01/50

1 Stelle numerisch

BLNDA Bundesland der zuständigen Abrechnungsstelle (Satzkopf)

BLNDL Bundesland des leistungszuständigen Versicherungsträgers (SA01/50)

Die Angabe ist zwingend.

Code	Bundesland der zuständigen Abrechnungsstelle
1	Wien
2	Niederösterreich
3	Burgenland
4	Oberösterreich
5	Steiermark
6	Kärnten
7	Salzburg
8	Tirol
9	Vorarlberg

D.21 BZEIT - Betreuungszeitraum (von/bis)

SA03(Block H)

12 Stellen numerisch in der Form TTMMJJTTMMJJ

Die Angabe ist zwingend.

D.22 CHKZ - Chefarztkennzeichen

SA03(Block L, H)

2 Stellen alphanumerisch

Eingabe, ob eine Chefarztbewilligung erbracht wurde, bzw. Anzahl der bewilligten Leistungen der Positionsnummer. Diese Anzahl ist linksbündig laut Beispiel „Sonderfälle“ einzugeben.

Code	Chefarztkennzeichen
J	ja
blank	nein

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn laut Honorarordnung erforderlich).

Beispiel:

„Normalfall“ - (bb = blank)

„Normalfall Chefarztgenehmigung vorhanden“ - (= „Jb“)

Beispiel „Sonderfall“:

Ist die Verrechnung einer Leistung auf Grund einer chefarztlichen Verschreibung öfter als einmal möglich, z.B. fünfzehnmal, hat die Eingabe von „15“ zu erfolgen, wenn fünfmal „5b“.

D.23 CHKZ1-CHKZ6 - Chefarztbewilligung 1-Chefarztbewilligung 6

SA04(Block KR, ZE, RG)/05

1 Stelle alphabetisch

Eingabe, ob eine Chefarztbewilligung erbracht wurde.

Code	Chefarztbewilligung
J	ja
blank	nein

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn laut Honorarordnung erforderlich).

D.24 Datum (ABDAT, BDAT, BEBEG, DAT, DATA1, DATB1, DATB2, DATD, DATJ, DATK, DATL, DATR, DATU, ERDAT, RDAT, SYSD, UEDAT)

SA00/01/03/04/05/10/17/50/81

- ABDAT** Datum der Abgabe des Behandlungsscheines/Datum der Anspruchsprüfung im e-card-System (SA01)
- BDAT** Datum der Bewilligung (SA03 Block T, S)
- BEBEG** Beginn der Behandlung im Abrechnungszeitraum (SA01)
- DAT** Datum der Behandlung (SA04 Block KR)
- DATA1** Datum des Antrages / der Bewilligung (SA04 Block ZE, RG)
- DATB1** Datum der Begründung (SA04 Block BG)
- DATB2** Datum der Begründung (SA03 Block B, S)
- DATD** Datum der Diagnose (SA03 D)
- DATJ** Jahr der Rezeptausstellung (SA50)
- DATK** Datum der Kommunikation (SA17)
- DATL** Datum der Leistung (SA03 Block L/05)
- DATR** Datum der Rezeptausstellung (SA50)
- DATU** Datum der Übergabe (SA04 Block ZE)

ERDAT Erstellungsdatum des Datenträgers (SA00/10)
RDAT Datum der Rechnungslegung (SA81)
SYSD Systemdatum (SA03(alle Blöcke)/SA04(alle Blöcke)/SA05/50)
UEDAT Datum der Überweisung (SA01)

Eine Vordatierung ist nicht erlaubt.

Feldname	Angabe zur Belegung
ABDAT	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ <u>Hinweis:</u> Das Datenfeld ABDAT ist mit dem Datum der erstmaligen Anspruchsprüfung im e-card-System zu befüllen. Bei Vertragspartnern außerhalb des e-card-Systems wird weiterhin im Datenfeld ABDAT das Abgabedatum des Behandlungsscheines vermerkt.
BELEG	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ Fakultativ bei Hauskrankenpflege.
BDAT	4 Stellen numerisch in der Form TTMM
DAT	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ
DATA1	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ Ob ein Antrags- oder Bewilligungsdatum erforderlich ist, ist kassenabhängig.
DATB1	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ
DATB2	4 Stellen numerisch in der Form TTMM
DATD	4 Stellen numerisch in der Form TTMM
DATJ	2 Stellen numerisch in der Form JJ
DATK	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ Es handelt sich dabei um jenes Datum, an dem die Kommunikation (Telefonat, Brief, E-Mail) des Sachbearbeiters mit dem Vertragspartner stattgefunden hat und auf Grund dessen es dann zu einem Pauschalabzug (bzw. einer Pauschalgutschrift) gekommen ist.
DATL	4 Stellen numerisch in der Form TTMM Eine chronologische Reihung der Blöcke der SART 03 nach den entsprechenden Datumsfeldern hat zu erfolgen.
DATR	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ
DATU	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ
ERDAT	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ
RDAT	8 Stellen numerisch in der Form TTMMJJJJ
SYSD	4 Stellen numerisch in der Form TTMM Die Angabe ist kassenabhängig.
UEDAT	6 Stellen numerisch in der Form TTMMJJ Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (zwingend anzugeben bei Nichtzahnbehandler Scheinart 2 und 9 sowie bei Zahnbehandler 6 und 9, ansonsten kassenspezifisch).

Die Angabe ist zwingend

D.25 Diagnoseschlüssel bzw. –text (DIAGN)

SA03(Block D)/05

25 Stellen alphanumerisch
Die Angabe ist zwingend.

Die Belegung der Diagnosecodefelder ist von der DIAKZ - Belegung abhängig.

DIAKZ	zu belegen
1 oder 3	ICD-10 BMSG Diagnoseschlüssel – DIAG, DIAGU1, DIAGU2, DIAG1, DIAGIU1,..... DIAG5U2 Die Angabe ist zwingend beim Datenfeld DIAG. Alle anderen Datenfelder sind nur dann zwingend, wenn eine Untergliederung der Diagnose bzw. eine oder mehrere weitere Diagnosen festgestellt wurden.
2 oder 4	Diagnosetext
5	verlangte Leistung des Zuweisers
6	Diagnoseschlüssel – RC1, RC2, RC3, RC4 und RESERVE Die Angabe ist zwingend bei den Datenfelder RC1, RC2, RC3 und RC4.
7	ICD-9 BMSG Schlüssel Wenn mehrere ICD9s vorkommen, sind diese durch Komma getrennt anzugeben.

Beispiel zu DIAKZ – Belegung mit „2“, „4“ oder „5“ (4 - bei Hauskrankenpflege)

B	K	D	R
			Reservefeld
		DIAGN = Diagnosetext - Belegung max. 25 Stellen	
		DIAKZ = Belegung mit 2, 4 oder 5	
BLOKZ = D			

Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel (verfügbar z. B. unter <http://www.bmgf.gv.at>, im Bereich Krankenanstalten / LKF-Modell in der jeweils gültigen Version / Kataloge).

Maximale DIAGN – Datensatzbelegung bei einem DIAKZ „1“ oder „3“ (3 - bei Hauskrankenpflege)

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Inhalt/Bemerkung	Symbol
		von	bis	Anz.		
	DIAG			3 a/n	Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel	Z
	DIAGU1			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 1	ZA
	DIAGU2			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 2	ZA
	DIAG1			3 a/n	Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel	ZA
	DIAGIU1			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 1	ZA
	DIAGIU2			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 2	ZA
	DIAG2			3 a/n	Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel	ZA
	DIAG2U1			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 1	ZA
	DIAG2U2			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 2	ZA
	DIAG3			3 a/n	Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel	ZA
	DIAG3U1			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 1	ZA
	DIAG3U2			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 2	ZA
	DIAG4			3 a/n	Diagnosecode ICD 10 BMSG-Schlüssel	ZA
	DIAG4U1			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 1	ZA
	DIAG4U2			1 a/n	Diagnosecode Untergliederung 2	ZA

Beispiel zu DIAKZ – Belegung mit „1“ oder „3“

B	K	D	U	U	D	U	U	D	R
										Reservefeld
									DIAG4	
										DIAG1U2
										DIAGIU1

DIAG1
DIAGU2 = Belegung mit 1 Stelle - Diagnosecode Untergliederung 2
DIAGU1 = Belegung mit 1 Stelle - Diagnosecode Untergliederung 1
DIAG = Belegung mit 3 Stellen - ICD 10 BMSG – Schlüssel
DIAKZ = Belegung mit 1 oder 3
BLOKZ = D

Bei klinischen Psychologen muss der RC-Code (Result of Consultation Code) in einem bestimmten Format angegeben werden. Unter folgendem LINK des Bundesministeriums für Gesundheit können Informationen zum ICD-10 BMSG 2001 heruntergeladen werden.

<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0720&doc=CMS1128332460003>

DIAGN – Datensatzbelegung bei einem DIAKZ „6“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Inhalt/Bemerkung	Symbol
		von	bis	Anz.		
	RC01			6 a/n		Z
	RC02			6 a/n		Z
	RC03			6 a/n		Z
	RC04			6 a/n		Z
	RESERVE			1 a/n		Z

Beispiel zu DIAKZ – Belegung mit „6“

B	K	D	D	D	D	R
						Reservefeld
						RC01 = 4. RC-Diagnosecode
						RC01 = 3. RC-Diagnosecode
						RC01 = 2. RC-Diagnosecode
						RC01 = 1. RC-Diagnosecode
						DIAKZ = Belegung mit 6
						BLOKZ = D

D.26 DIAKZ - Diagnosekennzeichen

SA03(Block D)/05

1 Stelle numerisch

Die Angabe ist zwingend.

Code	Diagnosekennzeichen
1	Diagnoseschlüssel (kurativ) ICD-10 BMSG
2	Diagnosetext (kurativ)
3	Diagnoseschlüssel (Hauskrankenpflege)
4	Diagnosetext (Hauskrankenpflege)
5	Verlangte Leistung (Mitteilung) des Zuweisers
6	Diagnoseschlüssel RC-Code für Fachgebiet 73 (Klinische Psychologen)
7	Diagnoseschlüssel (kurativ) ICD-9 BMSG

D.27 DISNR - Datenträgernummer

SA00/10

2 Stellen numerisch

Datenträger sind mittels DISNR (laufende Nummern) mit 01 beginnend zu versehen.

Prüfung: Ist der Wert aus SATNR (Kapitel D.97.) > 00001, darf DISNR im Beginnsatz nicht 01 sein.

Die Angabe ist zwingend.

D.28 DSUM - Summe Detailbetrag

SA80

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Betragssumme des Datenfeldes DSUM ist ein Hundertsatz der Betragssumme des Datenfeldes NSUM.

Beispiel: Das Datenfeld DSUM soll die Gesamtsumme der 10-prozentigen MWST der gesamten Rechnung beinhalten.

KZDSUM	=	“M“
PROZ2	=	“1000“
DSUM	=	“000002000“
NSUM	=	“000020000“
BSUM	=	“000022000“

Der Inhalt des Datenfeldes DSUM steht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Datenfeldern KZDSUM (Kapitel D.56), PROZ2 (Kapitel D.84) und VORZ (Kapitel D.122 und Kapitel F.20.).

Sonderregelung bei Selbstbehalten:

Ist das Datenfeld KZDSUM mit dem Wert „SB“ und das Datenfeld PROZ mit dem Wert „0000“ belegt, dann ist der Inhalt des Datenfeldes DSUM (SA80) ein Selbstbehalt mit Fixbetrag.

Die Angabe ist zwingend.

D.29 DVR - Datenverarbeitungsregisternummer

SA00/10

7 Stellen numerisch

DVR des rechnungslegenden Vertragspartners.

Wenn der Vertragspartner gesetzlich verpflichtet ist eine DVR-Nummer zu führen, ist das Feld zwingend zu befüllen.

**D.30 Europäische Krankenversicherungskarte
(EAEND, EICAK, EKNR, EVSNR)**

SA06/51

EAENDEKVK – Ablaufdatum der Karte - Feld 9 (SA06)

EICAK Europäischer Institutionscode und Akronym – Feld 7 (SA06)

EKNR EKVK – Kennnummer der Karte – Feld 8 (SA06)

EVSNR EKVK - Kennnummer des Karteninhabers / entspricht einer ausländischen Versicherungsnummer - Feld 6 (SA06/51)

Feld	Belegung
EAEND	4 Stellen numerisch, linksbündig im Format JJMM Das Datenfeld EAEND ist entsprechend dem EKVK-Kartenfeld 9 bzw. dem E111-Formular zu belegen.
EVSNR	30 Stellen alphanumerisch bei der SART 06 und 20 Stellen alphanumerisch bei der SART 51 Das Datenfeld EVSNR ist entsprechend dem EKVK-Kartenfeld 6 bzw. dem E111-Formular zu belegen.
EKNR	25 Stellen alphanumerisch Das Datenfeld EKNR ist entsprechend dem EKVK-Kartenfeld 8 bzw. dem E111-Formular zu belegen.
EICAK	30 Stellen alphanumerisch Das Datenfeld EVSNR ist entsprechend dem EKVK-Kartenfeld 7 bzw. dem E111-Formular zu belegen.

Die Angabe ist zwingend.



- Feld 1 = Anspruchsbescheinigung
 E111 - Anspruch auf notwendige medizinische Sachleistung
 E111B - Anspruch ausschließlich auf medizinische Sachleistung in Krankenanstalten
- Feld 2 = Staatencode ISO 3166-1, 2 Stellen alphabetisch
- Feld 3 = Familienname
- Feld 4 = Vorname
- Feld 5 = Geburtsdatum - TT/MM/JJJJ
- Feld 6 = **EVS**NR - Kennnummer des Karteninhabers - *entspricht einer im Ausland gültigen Versicherungsnummer*
- Feld 7 = **EICA**K - Kennnummer des Trägers - *dieses Feld teilt sich in zwei durch Leerstelle, Bindestrich und Leerstelle getrennte Begriffe und bezeichnet den leistungszuständigen Träger:*
 - a) Kennnummer – linker Teil des Feldes
 - b) Akronym (Kurzbezeichnung) – rechter Teil des Feldes
- Feld 8 = **EKN**R - Kennnummer der Karte - *Technische Nummer der Karte*
- Feld 9 = **EAEN**D - Ablaufdatum – TT/MM/JJJJ Datum bis zu dem die Karte gültig ist und ein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann.

Weitere Informationen zur EKVK sind unter folgendem Link
<http://www.chipkarte.at/> > EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE (EKVK)
 abrufbar.
 Die Angabe ist zwingend, wenn AKZ den Wert 3 enthält.

D.31 ENTG - Entgelt **SA53**
 9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.32 ERKOU - Erst- oder Kontrolluntersuchung **SA05**
 1 Stelle numerisch

Code	Erst- oder Kontrolluntersuchung
1	Erstuntersuchung
2	Kontrolluntersuchung

Die Angabe ist zwingend.

D.33 Fachgebiet (FACHL, FACHU, FACHV) **SA00/01/10/90**
 2 Stellen numerisch

- FACHL** Fachgebiet des Leistungserbringers (SA90)
- FACHU** Fachgebiet des überweisenden Vertragspartners (SA01)
- FACHV** Fachgebiet des rechnungslegenden Arztes/Stelle (SA00/10)

Feldname	Beschreibung
FACHL	Die Angabe ist zwingend.
FACHU	Die Angabe ist im Anlassfall zwingend, wenn VPNUW oder ZUNUW belegt ist. Die Angabe ist zwingend anzugeben bei Nichtzahnbehandler und der Scheinart 2, 4 und 9 bzw. bei Zahnbehandler und der Scheinart 6 und 9.
FACHV	Die Angabe ist zwingend.

Fachgebiete

Code	Fachgebiete
01	Arzt für Allgemeinmedizin
02	Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
03	Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
04	Facharzt für Chirurgie
05	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
06	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
07	Facharzt für Innere Medizin
08	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
09	Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
10	Facharzt für Lungenkrankheiten
11	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie
12	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
13	Facharzt für Physikalische Medizin
14	Facharzt für Radiologie
15	Facharzt für Unfallchirurgie
16	Facharzt für Urologie
17	Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
18	Facharzt für Neurochirurgie
19	Facharzt für Neurologie
20	Facharzt für Psychiatrie
21	Facharzt für Plastische Chirurgie
22	Facharzt für Kinderchirurgie
23	Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
24	Facharzt für Nuklearmedizin
25	Facharzt für Medizinische Radiologie-Diagnostik
26	Facharzt für Strahlentherapie - Radioonkologie
27	Zahnarzt
28	Facharzt für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin
29	Facharzt für Immunologie
32	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
33	Facharzt für Histologie und Embryologie
34	Facharzt für medizinische Biologie
35	Facharzt für Virologie
36	Gruppenpraxis
37	Facharzt für Arbeits- und Betriebsmedizin
38	Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie
39	medizinische Genetik
49	Sonstige, nicht kurativ tätige, freiberufliche Ärzte: FA für Anatomie FA für medizinische Biophysik FA für medizinische Leistungsphysiologie FA für Neurobiologie FA für Neuropathologie FA für Physiologie FA für Sozialmedizin FA für spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene FA für Tumorbologie Gutachterärzte
50	Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
51	Labor, EEG
52	Labor, zytodiagnostisch
53	Facharzt für Pathologie und Histologie
55	Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie bzw. Facharzt für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik
59	Hausapothekenführender Arzt
62	Dentist
63	Physiotherapeut
64	Gewerblicher Masseur
66	Logopäde
72	Psychotherapeut
73	Klinischer Psychologe

Code	Fachgebiete
75	Ergotherapeut
80	Krankenanstalt, stationär (ausgenommen Pflegeheime für chronisch Kranke, Genesungsheime, Kurheime), SKA für Rehabilitation, Entbindungsheim/Gebäranstalten, Krankenhausambulanzen
84	CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)
85	Selbständiges Ambulatorium (auch für ambulante Rehabilitation), ausgenommen für ZMK, phys. Medizin und CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)
86	Selbständiges Ambulatorium für ZMK
87	Pflegeheim für chronisch Kranke, Pensionistenheim
91	Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin
92	Hauskrankenpflegeorganisation
99	Andere Vertragspartner, soweit sie nicht den Fachgebieten 40-43, 50-91 zuzuordnen sind, z.B.: Universitätsinstitut (sofern nicht als Teil einer Krankenanstalt), Bundesstaatliche Untersuchungsanstalt, Sonstige Unternehmen (Handelsunternehmen, Frisöre und Perückenmacher, etc.)

D.34 FEHLC - Fehlercode

SA14

4 Stellen numerisch

Die ÖZÄK gibt den SV-Trägern die verwendeten Fehlercodes bekannt. Durch die SV-Träger wird eine Zuordnung der beim SV-Träger verwendeten Codes vorgenommen und der Ö-ZÄK retourniert. Im Datenverkehr mit der ÖZÄK verwendet der SV-Träger seine internen Codes. Durch die vorherige Zuordnung ist es der ÖZÄK möglich, die Fehlercodes umzuschlüsseln. Bei Änderungen der Fehlercodes bei den SV-Trägern sind diese unverzüglich (zumindest ein Monat bevor die Retourdaten mit den neuen Codes weitergeleitet werden) an die ÖZÄK zu melden, damit diese die notwendigen Anpassungen vornehmen kann.

Die Angabe ist zwingend.

D.35 FELDB - Feldbezug

SA14

7 Stellen alphanumerisch

Bei Fehlern, die eindeutig zuordenbar sind, wird im Korrekturdatensatz als Feldbezug die Kurzbezeichnung jenes Feldes angegeben, worauf sich der Fehler bezieht. Bei Fehlern, welche nicht eindeutig zuordenbar sind, wird das Feld „Feldbezug“ leer bleiben. Die Angabe des Feldbezuges ist somit optional.

Die Angabe ist optional.

D.36 GENTG - Gesamt-Entgelt

SA98

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.37 Geschlecht (GESLA, GESLP, GESLV)

SA01/02/50

1 Stelle numerisch

GESLA Geschlecht des Angehörigen (SA02)

GESLP Geschlecht des Patienten (SA50)

GESLV Geschlecht des Versicherten (SA01)

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (bei geschlechtsabhängigen Leistungen und wenn die Versicherungsnummer nicht vollständig ist).

Code	Geschlecht
1	männlich
2	weiblich

D.38 GESTAR - Gesamttarif SA04(Block ZE, RG)
8 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.39 GMWST - Gesamt-Umsatzsteuerbetrag SA98
9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.40 GNBTR - Gesamt-Nachlassbetrag SA98
9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.41 GREBE - Gesamt-Rechnungsbetrag SA98
9 Stellen numerisch (rechtsbündig mit Vornull in Cent)

Die Angabe ist zwingend.

D.42 GRGKO - Gesamt-Rezeptgebühren und Gesamt-Kostenanteile SA98
9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.43 GRUKZ - Begründungskennzeichen SA03(Block B)
1 Stelle alphabetisch

Dieses Feld ist nur bei klinischen Psychologen (Fachgebiet 73) zu belegen.

Wert	Begründungskennzeichen
B	Begründung
T	durchgeführtes Testverfahren

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.44 GRUVU - Grund für Überweisungsschein, Vertretungsschein, Verordnungschein oder Code für Vorsorgeuntersuchungsart SA01

1 Stelle numerisch

1) Bei BSART = "2" Überweisungsschein / Nichtzahnbehandler

Code (GRUVU)	Überweisungsschein
1	fachärztliche Untersuchung
2	Erste-Hilfe-Leistung wegen Nichterreichbarkeit
3	Erste-Hilfe-Leistung im Bereitschaftsdienst
4	Röntgenbefund
5	Laborbefund
6	Ortswechsel
8	Überweisung zur Therapie

2) Bei BSART = "4" Vertretungsschein / Nichtzahnbehandler

Code (GRUVU)	Vertretungsgrund
1	Krankheit
2	Urlaub
3	Fortbildung
4	Rücküberweisung nach Krankenstandsvertretung
5	Rücküberweisung nach Urlaubsvertretung
6	Rücküberweisung nach Fortbildungsververtretung
7	Nichterreichbarkeit

3) Bei BSART = "6" Vorsorgeuntersuchungsschein / Nichtzahnbehandler

Code (GRUVU)	Vorsorgeuntersuchungsart
1	chefärztlicher Dienst
2	Reihen-, Lehrlingsuntersuchung
3	Gesundenuntersuchung ohne kurative Behandlung
4	Gesundenuntersuchung mit kurativer Behandlung

4) Bei allen Zahnbehandlerscheinen (Ergänzung zu den Scheinen "1" bis "9")

Code (GRUVU)	Bei allen Zahnbehandlerscheinen
9	Anlage 4 des Vertrages für Zahninstitute

5) Bei BSART = "9" Verordnungsschein

Code (GRUVU)	Verordnungsschein
1	bestimmte Leistung
4	Röntgenbefund
5	Laborbefund
8	Verordnung zur Therapie
9	Akupunktur

Prüfung: Verträglichkeitsprüfung mit BSART (Kapitel D.17)

Die Angabe ist zwingend.

D.45 GTAXB - Gesamt-Taxbetrag

SA98

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.46 GZAHL - Geschäftszahl

SA17

8 Stellen alphanumerisch

Die Angabe ist optional.

D.47 KASSAB - Kassenanteilabzug

SA18

9 Stellen numerisch

Kassenanteilabzug in Cent ohne Vorzeichen. Anteil der Kasse am Abzug.

Die Angabe ist zwingend.

D.48 Kassenanteil (KANT, KANT2)

SA04(Block ZE, RG)/14

KANT Kassenanteil (SA04 Block ZE, RG)

KANT2 Kassenanteil (SA14)

Feldname	Beschreibung
KANT	8 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent Der Kassenanteil beinhaltet den durch die Kasse zu bezahlenden Betrag. Der Kassenanteil muss jedoch nicht gleich GESTAR minus PANT sein, da vom Vertragspartner auf PANT verzichtet werden kann. Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (kassenspezifisch).
KANT2	9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent Der Kassenanteil beinhaltet den durch die Kasse zu bezahlenden Betrag. Streichung, Hinzufügung, Dialogfall Die Angabe ist zwingend.

D.49 KASSG - Kassenanteilgutschrift

SA18

9 Stellen numerisch

Kassenanteilgutschrift in Cent ohne Vorzeichen. Anteil der Kasse an der Gutschrift.

Die Angabe ist zwingend.

D.50 KAT - Versichertenkategorie

SA01

2 Stellen numerisch

Code	Versichertenkategorie
01	Erwerbstätige, Arbeitslose, Selbstversicherte, Zivildienstler, Asylanten, Flüchtlinge, Mindestsicherungsempfänger
05	Pensionist, Ruhegenussemfänger
07	Kriegshinterbliebener
20	Zugeteilte nach OFG
21	Zugeteilte nach KOVG, HVG
22	Zugeteilte nach KOVG-D
23	Zugeteilte nach STVG
24	Zugeteilte nach VOG
25	MKP – Nichtversicherte
26	VU – Nichtversicherte
29	Fremdstaaten (De-facto-Versicherte)

Im Datenfeld KAT ist bei zwischenstaatlichen Betreuungsfällen die Staatszugehörigkeit des ausländischen Versicherten anzuführen. Der zutreffende Staatencode ist anzuwenden.

Die Angabe ist zwingend.

ISO-A2 bzw. ISO-A3 = Die Spalten beinhalten den ISO - 3166 - 1 Code.

Land	Code für KAT	ISO-A2	ISO-A3
Belgien	82	BE	BEL
Bosnien-Herzegowina	57	BA	BIH
Bulgarien	63	BG	BGR
Dänemark	91	DK	DNK
Deutschland	70	DE	DEU
Estland	66	EE	EST
Finnland	86	FI	FIN
Frankreich	75	FR	FRA
Griechenland	84	GR	GRC
Großbritannien (und Nordirland)	83	GB	GBR
Irland	92	IE	IRL
Island	93	IS	ISL
Israel	41	IL	ISR
Italien	71	IT	ITA
Kroatien	49	HR	HRV
Lettland	67	LV	LVA
Liechtenstein	77	LI	LIE
Litauen	68	LT	LTU
Luxemburg	79	LU	LUX
Malta	69	MT	MLT
Mazedonien	56	MK	MKD
Montenegro	33	ME	MNE
Niederlande	80	NL	NLD
Norwegen	90	NO	NOR
Polen	94	PL	POL
Portugal	85	PT	PRT
Rumänien	64	RO	ROU
Schweden	76	SE	SWE
Schweiz	78	CH	CHE
Serbien	32	RS	SRB
Slowakei	65	SK	SVK
Slowenien	88	SI	SVN
Spanien	73	ES	ESP
Tschechien	98	CZ	CZE
Tunesien	47	TN	TUN
Türkei	34	TR	TUR
Ungarn	95	HU	HUN
Zypern	99	CY	CYP

D.51 KEZE - Zusatzkennzeichen**SA03(Block L)**

1 Stelle alphanumerisch

Code	Zusatzkennzeichen
E	Röntgenleistung in zwei Ebenen, gilt nur für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
H	Leistung wurde im Zuge eines Hausbesuches erbracht.
N	Zuschlag einer halben Leistung bei Nachtoperationen, gilt nur für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
O	Zuschlag einer halben Leistung bei bestimmten Operationen, gilt nur für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
Z	Zuschlag (z.B. Nachzuschlag), gilt nur für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (kassenspezifisch).

D.52 KEZEH - Zusatzkennzeichen für Hauskrankenpflege SA03 (Block L)

1 Stelle alphanumerisch (z.B. „H“)

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.53 KIEF - Kiefer**SA04(Block ZE)**

1 Stelle alphabetisch

Code	Kiefer
O	Oberkiefer
U	Unterkiefer
H	Heilbehelf (kassenspezifisch)

Die Angabe ist zwingend.

D.54 KLAM - Anzahl Klammern**SA04(Block ZE)**

1 Stelle numerisch

Die Angabe ist zwingend.

D.55 KURZ - Heilmittelname**SA51**

28 Stellen alphanumerisch

Die Angabe ist zwingend.

D.56 KZDSUM - Kennzeichen Detailsumme**SA80**

2 Stellen alphanumerisch

Für jede Detailsumme ist ein eigener Satz zu liefern.

Code	Kennzeichen
M	MWST
Z	Zuschlag nach §3, Abs 1 GSBG 1996
A	Abschlag
N	NAV (nicht abziehbare Vorsteuer)
SB	Selbstbehalt

Die Angabe ist zwingend.

D.57 LABP - Laborporto**SA05**

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornullen in Cent

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (kassenspezifisch).

D.58 LEIS - Art der Leistung**SA50**

1 Stelle numerisch

Code	Art der Leistung
0	Sachleistung
1	Kostenersatz

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend, gilt nur für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

D.59 MART - Mengenart**SA51**

2 Stellen alphanumerisch

Die Angabe ist zwingend.

D.60 MFACH – Medizinische Fachrichtung

SA00

3 Stellen numerisch

Mit der medizinischen Fachrichtung soll die Fachrichtung einer Ambulanz, eines Ambulatoriums oder sonstigen Einrichtungen dargestellt werden.

Beispiel: FG 85 Augenambulanz / med. Fachrichtung 003

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

Code	Bezeichnung
001	Allgemeinmedizin
002	Anästhesiologie und Intensivmedizin
900	Anatomie
037	Arbeits- und Betriebsmedizin
003	Augenheilkunde und Optometrie
028	Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin
004	Chirurgie
075	Ergotherapie
006	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
901	Gerichtsmedizin
009	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
005	Haut- und Geschlechtskrankheiten
033	Histologie und Embryologie
055	Hygiene u. Mikrob. bzw. FA f. Mikrob.-serol. Labor
029	Immunologie
007	Innere Medizin
008	Kinder- und Jugendheilkunde
032	Kinder- und Jugendpsychiatrie
022	Kinderchirurgie
073	klinische Psychologen
051	Labor, EEG
052	Labor, zytodiagnostisch
066	Logopädie
010	Lungenkrankheiten
034	Medizinische Biologie
902	Medizinische Biophysik
039	Medizinische Genetik
903	Medizinische Leistungsphysiologie
025	Medizinische Radiologie-Diagnostik
050	Medizinische und Chemische Labordiagnostik
023	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
904	Neurobiologie
018	Neurochirurgie
019	Neurologie
011	Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurolo
072	nicht ärztliche Psychotherapie
024	Nuklearmedizin
012	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
053	Pathologie
905	Pathophysiologie

038	Pharmakologie und Toxikologie
013	Physikalische Medizin
906	Physiologie
063	Physiotherapie
021	Plastische Chirurgie
020	Psychiatrie
014	Radiologie
907	Sozialmedizin
908	Spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene
026	Strahlentherapie - Radioonkologie
909	Tumorbiologie
015	Unfallchirurgie
016	Urologie
035	Virologie
017	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

D.61 MENG - Packungsgröße **SA51**
 5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist zwingend.

D.62 MODIF - Modifizierer **SA14**
 2 Stellen numerisch

Code	Modifizierer
00	unbekannt
01	Datei ungültig
02	Beleg entfernt
03	Leistung entfernt
12	Beleg hinzugefügt
13	Leistung hinzugefügt
20	Dialogfall*

* Dialogfälle

Als Dialogfälle werden jene Leistungen bezeichnet, welche vorbehaltlich ausbezahlt werden, aber eine Stellungnahme von der ÖZÄK erwartet wird. Bei der Meldung von Dialogfällen ist zu beachten, dass zwar der „Wert“ des Dialogfeldes bei der Retourenmeldung ausgegeben wird, dieser aber im Falle einer vorläufigen Bezahlung nicht bei der Summierung der Berichtigungswerte mitberücksichtigt wird. Für die Dialogfälle wird ein eigener Modifizierungscode 20 „Dialogfall“ für die Satzart 14 vereinbart.

Die Angabe ist zwingend.

D.63 MSAZ - Umsatzsteuersatz **SA51/52/53**
 2 Stellen numerisch
 Pro MSAZ ist ein Sumpensatz auszugeben.

Die Angabe ist zwingend.

D.64 MWST - Umsatzsteuerbetrag **SA51/52/53**
 9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.65 NBTR - Nachlassbetrag **SA53**
 9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.66 NPRO - Nachlassprozentsatz **SA53**
 9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist zwingend.

D.67 NSF1 - NSF6 - Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 1 -
Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 6 **SA04(Block KR)**
 1 Stelle alphabetisch

Code	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung
J	ja
blank	nein

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.68 NSUM - Summe Betrag netto

SA81

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Das Datenfeld NSUM beinhaltet die Summe der Nettotarife aller Positionsnummern der Leistungsdatensätze (03, 04 oder 05) bzw. die Summe der Tarifsummen der Rechnungssätze pro Patient (Feld TARSUM – Kapitel D.107).

Die Angabe ist zwingend.

D.69 OGRU - Ordnungsgruppe

SA50/52

2 Stellen numerisch

Code	Versichertengruppe
01	Erwerbstätige, Arbeitslose, freiwillig Versicherte und Sonstige
02	Pensionisten
03	Kriegshinterbliebene
05	Angehörige von 01
06	Angehörige von 02
08	Anspruchsberechtigte nach dem KOVG, OFG, HVG D und DH
09	Ordinationsbedarf
10	Versicherte der VAEB (A und B) und der BVA
11	Angehörige der VAEB (A und B) und der BVA
12	Sozialversicherungsabkommen (Betreute Personen aus Vertragsstaaten oder für die die EU-Verordnungen 1408/71 gilt *)
15	Heilbehelfe

*) Serbien, Montenegro, Türkei, Israel (nur Zusammenrechnung bei Mutterschaft), Tunesien (nur Krankenversicherung der Pensionisten), Kroatien, Mazedonien, Bosnien-Herzegowina, Zypern (türkischer Teil - ZWS-Vertrag noch nicht abgeschlossen), Bulgarien, Rumänien, Slowakei, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Deutschland, Italien, Spanien, Frankreich, Schweden, Liechtenstein, Schweiz, Luxemburg, Niederlande, Belgien, UK Großbritannien (inkl. Nordirland), Griechenland, Portugal, Finnland, Slowenien, Norwegen, Dänemark, Irland, Island, Polen, Ungarn, Tschechien, Zypern

Krankenkasse	(Getrennte) Legung und Erfassung ist nach folgenden angeführten Ordnungsgruppen erforderlich
GEBIETSKRANKENKASSEN und BETRIEBSKRANKENKASSEN	01 02 03 05 06 08 09 12 15
VA für EISENBAHNEN und BERGBAU (VAEB) <i>(Ehemalige Versicherte der VA des österreichischen Bergbaues sind in der Kategorie „A“ bei der VAEB einzutragen)</i>	
Bei mehr als 10 Rezepten (einschließlich Verordnungsscheinen)	09 10 11 15
Bei einer geringeren Anzahl	ungetrennt
SVA der gewerblichen WIRTSCHAFT keine Trennung nach Landesstellen. Abrechnung mit der zuständigen Abrechnungsstelle. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Standort der Apotheke.	
Bei mehr als 10 Rezepten (einschließlich Verordnungsscheinen)	01 02 05 06 09 15
Bei einer geringeren Anzahl	ungetrennt
SVA der BAUERN keine Trennung nach Regionalbüros. Die zuständige Abrechnungsstelle für die jeweilige Apotheke wird von der SVB bekannt gegeben.	
Bei mehr als 10 Rezepten (einschließlich Verordnungsscheinen)	01 02 05 06 09 15
Bei einer geringeren Anzahl	ungetrennt
VA öffentlich Bediensteter – BVA	

Bei mehr als 10 Rezepten (einschließlich Verordnungsscheinen)	09 10 11 15
Bei einer geringeren Anzahl	ungetrennt
Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien – KFA	
Bei mehr als 10 Rezepten (einschließlich Verordnungsscheinen)	09 10 11 15
Bei einer geringeren Anzahl	ungetrennt

Die Abrechnung des Ordinationsbedarfes ist von den Vertragspartnern einheitlich in der monatlichen Abrechnung unter der Ordnungsgruppe 09 zu liefern.

Die Angabe ist zwingend.

D.70 ORT - Ort **SA06**

25 Stellen alphanumerisch
Die Angabe ist zwingend.

D.71 PATAAB - Patientenanteilabzug **SA18**

9 Stellen numerisch
Patientenanteilabzug in Cent ohne Vorzeichen. Anteil des Patienten am Abzug.

Die Angabe ist zwingend.

D.72 PATAG - Patientenanteilgutschrift **SA18**

9 Stellen numerisch
Patientenanteilgutschrift in Cent ohne Vorzeichen. Anteil des Patienten an der Gutschrift.

Die Angabe ist zwingend.

D.73 Patientenanteil (PANT, PANT1) **SA04(Block ZE, RG)/14**

PANT Patientenanteil (SA04 Block ZE, RG)
PANT1 Patientenanteil (SA14)

Feldname	Beschreibung
PANT	8 Stellen numerisch (rechtsbündig mit Vornull in Cent) Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (kann mit Null belegt sein).
PANT1	9 Stellen numerisch (rechtsbündig mit Vornull in Cent) Die Angabe ist zwingend.

D.74 PCODE - Pauschalierungscode **SA17**

2 Stellen numerisch
Pauschalierungscode (entsprechend ÖZÄK-Vorschlag), '00' für 'unbekannt' möglich.

Die Angabe ist zwingend.

- D.75 PHAR - Pharmanummer** **SA51**
9 Stellen alphanumerisch, linksbündig
Die Angabe ist zwingend.
- D.76 PKASSAB - Pauschalabzug-Kassenanteilabzug** **SA18**
9 Stellen numerisch
Pauschalabzug-Kassenanteilabzug in Cent ohne Vorzeichen.
Kassenanteil am Pauschalabzug.
Die Angabe ist zwingend.
- D.77 PKASSG - Pauschalabzug-Kassenanteilgutschrift** **SA18**
9 Stellen numerisch
Pauschalabzug-Kassenanteilgutschrift in Cent ohne Vorzeichen.
Kassenanteil an der Pauschalgutschrift.
Die Angabe ist zwingend.
- D.78 PLZL - Postleitzahl** **SA06**
4 Stellen numerisch
Das komplette österreichische Postleitzahlenregister kann im Intranet und im Internet unter
Intranet:
EDV-Informationen
<http://www-intra.sozvers.at/intranet/index.php?id=145>
Internet:
<http://www.post.at/783.php>
heruntergeladen werden.
Die Angabe ist zwingend.

D.79 POSAN - Anzahl der Positionen

SA03(Block L)

4 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull
Anzahl der Leistungen bzw. der Doppelkilometer.

Die Angabe ist zwingend.

D.80 Positionsnummer (POSN1 bis POSN6, POSN7, POSN8, POSNR1, POSNR2, POSNR3)

SA03(Block L, H)/SA04(Block KR, ZE, RG)/SA05/14

POSN1 bis POSN6 Positionsnummer 1 bis 6 (SA04 Block KR)/SA14)

POSN7 Positionsnummer 7 (SA04 Block ZE)

POSN8 Positionsnummer 8 (SA04 Block RG)

POSNR1 Positionsnummer (SA05)

POSNR2 Positionsnummer (SA03 Block L)

POSNR3 Positionsnummer (SA03 Block H)

Feldname	Beschreibung																					
POSN1 bis POSN6	<p>Konservierende chirurgische Behandlung 5 Stellen alphanumerisch, Ist die Positionsnummer einer Zahnnummer zuzuordnen, ist im Feld ZAHNR1 bzw. ZAHNR2 im Block KR die Zahnnummer einzutragen; ist die Positionsnummer (z.B.: Posnr. 17) einem Quadranten zuzuordnen, ist der Quadrant einzutragen; in allen anderen Fällen (z.B.: Posnr. 1) der Code 00 anzugeben.</p> <p><u>Reparatur Kunststoffprothese:</u> Pos.Nr. A, BR (B=buccal), C, DR (D=distal), E</p> <p><u>Reparatur Metallgerüstprothese:</u> Pos.Nr. X, Y, Z</p> <p><u>Reparatur kieferorthopädische Apparate:</u> Pos.Nr. 1R, 2R, 3R (um sie von den Positionen der konservierenden Behandlung zu unterscheiden)</p>																					
POSN7	<p>5 Stellen alphanumerisch Datenblock Leistung Zahnersatz – Bock ZE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Code</th> <th>Bezeichnung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pos Nr.:</td> <td>KU</td> <td>Kunststoffplatte</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TK</td> <td>totale Kunststoffprothese</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MG</td> <td>Metallgerüst</td> </tr> <tr> <td></td> <td>KK</td> <td>Vollguss-Metallkrone und/oder Verblend-Metall-Keramikkrone</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HB</td> <td>Heilbehelf</td> </tr> <tr> <td></td> <td>SP</td> <td>Sofort-Prothese</td> </tr> </tbody> </table>		Code	Bezeichnung	Pos Nr.:	KU	Kunststoffplatte		TK	totale Kunststoffprothese		MG	Metallgerüst		KK	Vollguss-Metallkrone und/oder Verblend-Metall-Keramikkrone		HB	Heilbehelf		SP	Sofort-Prothese
	Code	Bezeichnung																				
Pos Nr.:	KU	Kunststoffplatte																				
	TK	totale Kunststoffprothese																				
	MG	Metallgerüst																				
	KK	Vollguss-Metallkrone und/oder Verblend-Metall-Keramikkrone																				
	HB	Heilbehelf																				
	SP	Sofort-Prothese																				
POSN8	<p>5 Stellen alphanumerisch Datenblock Leistung Kieferorthopädie – Block RG</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Code</th> <th>Bezeichnung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pos Nr.</td> <td>KO</td> <td>kieferorthopädische Behandlung</td> </tr> </tbody> </table>		Code	Bezeichnung	Pos Nr.	KO	kieferorthopädische Behandlung															
	Code	Bezeichnung																				
Pos Nr.	KO	kieferorthopädische Behandlung																				
POSNR1	<p>28 Stellen alphanumerisch Die Positionsnummern sind laut Leistungsverzeichnis linksbündig auszugeben.</p>																					
POSNR2	<p>7 Stellen alphanumerisch Die Positionsnummer laut Leistungsverzeichnis ist linksbündig auszugeben.</p>																					
POSNR3	<p>7 Stellen alphanumerisch</p>																					

Die Angabe ist zwingend.
Die Angabe ist bei den Datenfeldern POSN1 bis POSN6 in der Satzart 14 optional.

D.81 POSNZ - Positionsnummernzahl SA04(Block BG)

1 Stelle numerisch
Mit POSNZ ist die Positionsnummer (POSN1 bis POSN8), auf die sich die Begründung bezieht, anzugeben.
Mögliche Werte: 1 – 8
Die Angabe ist zwingend.

D.82 PPATAB - Pauschalabzug-Patientenanteilabzug SA18

9 Stellen numerisch
Pauschalabzug-Patientenanteilabzug in Cent ohne Vorzeichen.
Patientenanteil am Pauschalabzug.

Die Angabe ist zwingend.

D.83 PPATG - Pauschalabzug-Patientenanteilgutschrift SA18

9 Stellen numerisch
Pauschalabzug-Patientenanteilgutschrift in Cent ohne Vorzeichen.
Patientenanteil an der Pauschalgutschrift.

Die Angabe ist zwingend.

D.84 Prozentsatz (PROZ1, PROZ2) SA08/80

4 Stellen numerisch, 2 Vorkomma, 2 Nachkomma

PROZ1 Prozentsatz (SA08)

PROZ2 Prozentsatz (SA80)

Feldname	Belegung
PROZ1	Das Datenfeld PROZ1 gibt die prozentuelle Höhe des Selbstbehaltes an. Wen das Datenfeld SBART (Kapitel D.99) mit dem Wert 2 oder 3 belegt ist, muss das Datenfeld PROZ1 mit „0000“ (Grundstellung) befüllt werden.
PROZ2	Das Datenfeld PROZ2 beinhaltet den Prozentsatz, der bei der Berechnung des Datenfeldes DSUM (Kapitel D.28) verwendet wird. <u>Beispiel:</u> Das Datenfeld DSUM soll den Gesamtbetrag der 10-prozentigen USt. der kompletten Abrechnung beinhalten.
	KZDSUM = "M"
	PROZ2 = "1000"

D.85 PTAX - Packungstaxe SA51

7 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.86 REBE - Rechnungsbetrag SA53

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent
Die Angabe ist zwingend.

D.87 RENR - Rechnungsnummer SA81

20 Stellen alphanumerisch
Rechnungsnummer, freie Vergabe durch Rechnungsleger.

Die Angabe ist zwingend.

D.88 REPRO - Registrier- und Programmpaketnummer **SA00**
6 Stellen numerisch

Die Registrier- und Programmpaketnummer wird vom Hauptverband, im Rahmen der Zertifizierung vergeben.
Die Angabe ist zwingend.

D.89 RES – Reservefeld **SA00/02/03/04/05/06/08/10/14/52/53/80/81/90/97/98/99**
variable Stellen (Feldlänge nach Bedarf)
Das Reservefeld ist mit blank zu befüllen.

D.90 REST – Rest auf 254 **SA00/01/02/04/06/10/14/17/18/19/99**

126 Stellen bei SA00/01/02/04/06/10/99
119 Stellen bei SA17
157 Stellen bei SA18
183 Stellen bei SA19
96 Stellen bei SA14

Gilt nur bei VPRETOUTOUR.

Feldname	Beschreibung
REST	Dieses Datenfeld wird bei folgenden Satzarten, nur beim Datenbestand VPRETOUTOUR (Retourdatenbestand), verwendet. SART 00, SART 01, SART 02, SART 04, SART 06, SART 10 und SART 99
	Bei folgenden Satzarten ist die Feldbelegung zwingend blank: SART 14, SART 17, SART 18 und SART 19

D.91 REZG - Rezeptgebührenbefreiung **SA50/51**
1 Stelle numerisch

Code	Rezeptgebührenbefreiung
0	Rezeptgebühr
1	Rezeptgebührenbefreiung
2	Rezeptgebührenbefreiung aufgrund anzeigepflichtiger Krankheit (nur SART 51)

Die Angabe ist zwingend.

D.92 RGAN - Anzahl der Rezeptgebühren **SA51/52**

Bei der SART 51 ist das Feld 2 Stellen numerisch und ist rechtsbündig mit Vornull zu belegen.
Bei der SART 52 ist das Feld 5 Stellen numerisch und ist rechtsbündig mit Vornull zu belegen.

Die Angabe ist zwingend.

D.93 RGKO - Rezeptgebühren und Kostenanteile **SA53**
9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.94 RTAX - Rezepttaxe **SA50**

7 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent
Abrechnungsbetrag des Rezeptes inkl. aller Zusatzgebühren.

Die Angabe ist zwingend.

D.95 RZAN - Anzahl der Rezepte

SA52/53

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist zwingend.

D.96 SART – Satzart

alle Satzarten – nicht bei Blöcken

2 Stellen numerisch

Die Satzart identifiziert die gemeldeten Daten und ist zwingend anzugeben.

Der Dateninhalt wird vom System erstellt.

Code	Satzarten
00	Datensatzbeginn
01	Behandlungsscheindaten
02	Angehörigendaten
03	Leistungsdaten VPARTNER
04	Leistungsdaten ZAHNB
05	Leistungsdaten LABOR
06	Adressdaten / EKVK Daten
08	Rechnungssatz pro Patient
10	Retourdatenbeginn
14	Korrekturdatensatz
17	Pauschalabzüge/Gutschriften
18	Retoursummensatz
19	Retourdatenende
50	Rezeptvorlaufdaten (Heilmittel-Hausapothekenführende Ärzte) HAPO
51	Verordnungsdatensatz HAPO
52	Umsatzdaten – Teilsumme HAPO
53	Umsatzdaten – Summe HAPO
80	Detailsummensatz pro Rechnung
81	Rechnungssummensatz
90	Trennsatz bei Gruppenpraxis
97	Dateiende LABOR
98	Dateiende HAPO
99	Dateiende VPARTNER, ZAHNB

D.97 SATNR - Satznummer

Satzkopf

5 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

SATNR dient zur lückenlosen (in aufsteigender Form) Sortierung aller Datensätze.

Die Angabe ist zwingend und hat mit dem Wert 0 jedenfalls begonnen zu werden (D.h. SART00 hat die SATNR 00000).

Bei einem Überlauf der Satznummer (99999) ist mit 00000 fortzusetzen.

D.98 SAUG - Anzahl Sauger

SA04(Block ZE)

1 Stelle numerisch

Die Angabe ist zwingend.

D.99 SBART - Art des Selbstbehaltes

SA08

1 Stellen numerisch

Code	Art des Selbstbehaltes
1	Prozentsatz
2	Fixbetrag
3	Mischform (1 und 2, bzw. 1 und 1 oder 2 und 2)

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.100 SBBETRAG - Summe Selbstbehalt pro Patient

SA08

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent,

Das Datenfeld SBBETRAG gibt die Gesamtsumme des Selbstbehaltes (Prozentsatz und Fixbetrag) pro Patienten an.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.101 SBEIN - Selbstbehalt eingehoben**SA08**

1 Stellen alphabetisch

Code	Kennzeichen
J	ja
Blank	nein

Das Datenfeld SBEIN gibt an, ob der Selbstbehalt vom Vertragspartner eingehoben wurde.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.102 SBKZ - Selbstbehaltkennzeichen**SA08**

1 Stelle alphabetisch

Code	Kennzeichen
J	ja
Blank	nein

Kennzeichen, ob Selbstbehalt zur Anwendung kommt (lt. Gesetz, Satzung, ...).

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.103 SIST - Sitzung, Stelle**SA03(Block L)**

2 + 2 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Angabe für Radiologen. „Nicht – Radiologen“ haben den Wert 0000 anzugeben.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn in Honorarordnung vorgesehen).

D.104 STRA - Straße**SA06**

30 Stellen alphanumerisch

Die Angabe ist zwingend.

D.105 SURG - Summe der Rezeptgebühren oder Kostenanteile**SA52**

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.106 SUTX - Summe Taxbetrag**SA52/53**

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

D.107 TARSUM - Tarifsumme netto pro Patient**SA08**

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent,

Das Datenfeld TARSUM beinhaltet die Summe der Nettotarife aller Positionsnummern der Leistungsdatensätze (03, 04 oder 05) pro Patient.

Die Angabe ist zwingend.

D.108 THEC – Therapiecode**SA03(Block T)**

2 Stellen numerisch

Code	Therapiemethode
00	Kennzeichen nicht gesetzt
01	Analytische Psychologie
02	Autogenes Training
03	Dynamische Gruppenpsychotherapie
04	Existenzanalyse
05	Existenzanalyse und Logotherapie
06	Gruppenpsychoanalyse
07	Gesprächstherapie
08	Gestalttheoretische Psychotherapie
09	Hypnose
10	Integrative Gestalttherapie
11	Individualpsychologie
12	Konzentrierte Bewegungstherapie
13	Katathym Imaginative Psychotherapie
14	Klientenzentrierte Psychotherapie
15	Personenzentrierte Psychotherapie
16	Psychoanalyse
17	Psychodrama
18	Systemische Familientherapie
19	Transaktionsanalytische Psychotherapie
20	Verhaltenstherapie
21	Sonstige Methode
22	Daseinsanalyse

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.109 Texte (BTEXT, FEHLT, GRUN3, GRUN4, GRUN5, TEXT)
SA02/03(Block B)/SA04(Block BG)/SA05/14/17

- BTEXT** Begründungstext (SA17)
- FEHLT** Fehlertext (SA14)
- GRUN3** Begründung (SA03)
- GRUN4** Begründung (SA04)
- GRUN5** Begründung (SA05)
- TEXT** Text (SA02)

Feldname	Beschreibung
BTEXT	80 Stellen alphanumerisch Die Angabe ist zwingend.
FEHLT	70 Stellen alphanumerisch, freier Text Die Angabe ist zwingend.
GRUN3	24 Stellen alphanumerisch Die Angabe ist zwingend.
GRUN4	50 Stellen alphanumerisch Die Angabe ist zwingend.
GRUN5	20 Stellen alphanumerisch Die Angabe ist im Anlassfall zwingend
TEXT	30 Stellen alphanumerisch, freier Text Die Angabe ist optional.

D.110 TKZ - Testkennzeichen

SA00/10

1 Stelle numerisch

Code	Testkennzeichen
0	Test
1	Produktion

Die Angabe ist optional.

D.111 UID - Umsatzsteueridentifikationsnummer

SA81/98

14 Stellen alphanumerisch
Umsatzsteueridentifikationsnummer des rechnungslegenden Vertragspartners.

Die Angabe ist zwingend.

D.112 UIDV – Umsatzsteueridentifikationsnummer des verrechnungszuständigen SV-Trägers

SA81/98

14 Stellen alphanumerisch
Umsatzsteueridentifikationsnummer des verrechnungszuständigen SV-Trägers.

Die Angabe ist, wenn die Gesamtsumme der Rechnung brutto € 10.000,- übersteigt, zwingend anzugeben.

Betriebskrankenkassen

UID	Code	verrechnungszuständiger SV-Träger
ATU16252301	21	Austria Tabak
ATU16250508	22	Wiener Verkehrsbetriebe
ATU16251302	24	Betriebskrankenkasse Mondi
ATU28582600	25	voestalpine Bahnsysteme
ATU28574904	26	Zeltweg
ATU28547604	28	Kapfenberg

Pensionsversicherung

UID	Code	verrechnungszuständiger SV-Träger
ATU56427726	02	Pensionsversicherung

Krankenfürsorgeanstalten

UID	Code	verrechnungszuständige KFA-Träger
ATU16250706	1A	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
ATU16215904	2A	Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Baden
ATU36918706	4A	Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz
ATU23159506	4B	Kranken- und Unfallfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte
ATU62098937	4C	Krankenfürsorge für oberösterreichische Landesbeamte
ATU22981209	4D	Oberösterreichische Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge
ATU39244108	4E	Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten des Magistrates Steyr
ATU62623245	4F	Krankenfürsorge für die Beamten der Stadt Wels
ATU28608307	5A	Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz
ATU37185906	6A	Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Stadt Villach
ATU36768002	7A	Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg
ATU36805105	7C	Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein
keine UID-Nr. v. FA	8B	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten
ATU36970505	8C	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten
ATU36970505	8D	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer
ATU36739204	9A	Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz

Gebietskrankenkassen

UID	Code	verrechnungszuständiger SV-Träger
ATU16250401	11	GKK Wien
ATU16250802	12	GKK Niederösterreich
ATU16253300	13	GKK Burgenland
ATU23004406	14	GKK Oberösterreich
ATU28608101	15	GKK Steiermark
ATU25274404	16	GKK Kärnten
ATU33976301	17	GKK Salzburg
ATU31726308	18	GKK Tirol
ATU36131208	19	GKK Vorarlberg

Sonderversicherungsträger

UID	Code	verrechnungszuständiger SV-Träger
ATU16250107	05	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
ATU16250606	07	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
ATU16250205	40-49	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
ATU16259304	50	Sozialversicherungsanstalt der Bauern

D.113 UNKZ1 - UNKZ6 - Unfallkennzeichen 1 – Unfallkennzeichen 6 **SA04(Block KR)**

1 Stelle alphabetisch

Code	Bezeichnung
U	Behandlung nach Unfall

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.114 VERSD - Version des Datenbestandes **SA00**

2 Stellen numerisch

Die Angabe ist zwingend.

VERSD	Version des Datenbestandes
01	Version 2.3, gültig ab Abrechnungszeitraum 01/2007
02	Version 2.4, gültig ab Abrechnungszeitraum 10/2007
03	Version 2.5.1, gültig ab Abrechnungszeitraum 04/2008
04	Version 2.6.1, gültig ab Abrechnungszeitraum 10/2008
05	Version 2.6.2, gültig ab Abrechnungszeitraum 01/2009
06	Version 2.7, gültig ab Abrechnungszeitraum 04/2009
07	Version 2.8, gültig ab Abrechnungszeitraum 10/2009
08	Version 2.9, gültig ab Abrechnungszeitraum 10/2010
09	Version 3.0, gültig ab Abrechnungszeitraum 01/2011

D.115 VERSI - Versionsnummer **SA00/10**

6 Stellen numerisch

Versionsnummer des Programmes ist anzugeben.

Die Angabe ist zwingend.

D.116 Versicherungsnummer (VSNRA, VSNRP, VSNRV) **SA01/02/50**

10 Stellen numerisch (LLLPTTMMJJ)

Wo keine inländische Versicherungsnummer besteht, ist dieses Feld in der Form (0000TTMMJJ) zu befüllen.

VSNRA – Versicherungsnummer des Angehörigen (SA02)

VSNRP – Versicherungsnummer des Patienten (SA50)

VSNRV – Versicherungsnummer des Versicherten SA01)

Die Angabe ist zwingend.

Offizielle Beschreibung

Offizielle Beschreibung der österreichischen Sozialversicherungsnummer durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:

Alle sozialversicherten Personen haben ihre eigene eindeutige Sozialversicherungsnummer. Die Sozialversicherungsnummern werden in einem zentralen Verzeichnis (Kataster) beim Hauptverband verwaltet und von allen österreichischen Sozialversicherungsträgern (Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung) und von der Arbeitsmarktverwaltung verwendet.

1. Aufbau der Sozialversicherungsnummer

1.1. Die Sozialversicherungsnummer hat 10 Stellen:

LLL	P	TTMMJJ
		Geburtsdatum oder fingiertes Geburtsdatum
		Prüfziffer
Laufnummer		

1.2. Die letzten sechs Stellen beinhalten das Geburtsdatum in der Form TTMMJJ (Tag, Monat, Jahr). Es ist zu beachten, dass das Jahrhundert der Geburt in der Versicherungsnummer nicht aufscheint. Es ist daher aus der Versicherungsnummer nicht erkennbar, ob eine Person z. B. am 17.03.1903 oder am 17.03.2003 geboren wurde.

Ist nur das Jahr der Geburt bekannt, wird der Tag und der Monat der Geburt fingiert (fingierte Monatsangabe MM = 13, 14, 15, ... Tagesangabe TT = 01 - 31). In diesen Fällen kann aus der Sozialversicherungsnummer das Geburtsdatum nicht abgeleitet werden.

1.3. Die vierte Stelle der Versicherungsnummer ist eine Prüfziffer, die wie folgt errechnet wird:

Jede Stelle der Laufnummer und des Geburtsdatums wird mit einem bestimmten Multiplikator multipliziert. Die Prüfziffer ist der Divisionsrest aus der Summe der Produkte dividiert durch 11. Ergibt sich ein Divisionsrest von 10 so wird die Laufnummer nicht verwendet.

Beispiel: Die Versicherungsnummer lautet 168 0 25 02 50

Laufnummer	Geburtsdatum
1 6 8	2 5 0 2 5 0
<hr/>	
3, 7, 9	5, 8, 4, 2, 1, 6 Multiplikatorreihe

Die Produktsumme ist 176, dividiert durch 11, verbleibt ein Rest von 0 (= Prüfziffer). Diese Prüflogik gilt auch für Sozialversicherungsnummern mit fingiertem Geburtsdatum.

Versicherungsnummern, die nicht dieser Prüflogik entsprechen, sind falsch!

D.117 Versicherungsträger (VSTRA, VSTRL) SATZKOPF/SA01/14/50
 2 Stellen alphanumerisch

VSTRA Zuständige Abrechnungsstelle (Satzkopf)
VSTRL Leistungszuständiger Versicherungsträger (SA01/14/50)

Feldname	Angabe zur Belegung
VSTRA	zwingend beim Satzkopf
VSTRL	zwingend bei SART01, SART50 und optional bei SART14

Pensionsversicherung

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
02	Pensionsversicherung

Gebietskrankenkassen

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
11	GKK Wien
12	GKK Niederösterreich
13	GKK Burgenland

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
14	GKK Oberösterreich
15	GKK Steiermark
16	GKK Kärnten
17	GKK Salzburg
18	GKK Tirol
19	GKK Vorarlberg

Betriebskrankenkassen

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
21	Austria Tabak
22	Wiener Verkehrsbetriebe
24	Mondi
25	Voest Alpine Bahnsysteme
26	Zeltweg
28	Kapfenberg

Sonderversicherungsträger

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
05	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
07	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
40	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
41	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Wien
42	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Niederösterreich
43	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Burgenland
44	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Oberösterreich
45	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Steiermark
46	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Kärnten
47	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Salzburg
48	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Tirol
49	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Landesstelle Vorarlberg
50	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
51	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Wien
52	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Niederösterreich
53	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Burgenland
54	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Oberösterreich
55	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Steiermark
56	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Kärnten
57	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Salzburg
58	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Tirol
59	Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Landesstelle Vorarlberg

Krankenfürsorgeanstalten

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
1A	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien
2A	Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Stadtgemeinde Baden
4A	Krankenfürsorge für die Beamten der Landeshauptstadt Linz
4B	Kranken- und Unfallfürsorge für oberösterreichische Gemeindebeamte
4C	Krankenfürsorgeanstalt für oberösterreichische Landesbeamte
4D	Oberösterreichische Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge
4E	Krankenfürsorge für die Beamten des Magistrates Steyr
4F	Krankenfürsorge für oberösterreichische Beamten der Stadt Wels
5A	Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz
5B	Krankenfürsorgeanstalt der Stadtgemeinde Mürzzuschlag
6A	Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Stadt Villach
7A	Krankenfürsorgeanstalt der Magistratsbeamten der Landeshauptstadt Salzburg
7B	Krankenversicherungsfonds der Beamten der Gemeinde Badgastein
7C	Krankenfürsorgeeinrichtung der Beamten der Stadtgemeinde Hallein
8A	Kranken- und Unfallfürsorge der städtischen Beamten der Landeshauptstadt Innsbruck
8B	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Gemeindebeamten
8C	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten
8D	Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landeslehrer
9A	Krankenfürsorgeanstalt der Beamten der Landeshauptstadt Bregenz

Sonstige

Code	Zuständige Abrechnungsstelle
1L	Magistrat der Stadt Wien
4L	Landesregierung Oberösterreich
4G	Magistrat der Stadt Steyr

D.118 Vertragspartnernummer (VPNR, VPNRE, VPNRL, VPNRT, VPNRU, VPNRV, VPNUW, VPNVA)

Satzkopf/SA00/01/03(Block T, H)/10/14/51/90

6 Stellen numerisch (LLLLLP)

- VPNR** Vertragspartnernummer (Satzkopf, SA14)
- VPNRE** Vertragspartnernummer der empfangenden Stelle (SA10)
- VPNRL** Vertragspartnernummer des Leistungserbringers (SA90)
- VPNRT** Vertragspartnernummer des Therapeuten (SA03 Block T)
- VPNRU** Vertragspartnernummer der Übermittlungsstelle (SA00)
- VPNRV** Vertragspartnernummer des Verordners (SA51)
- VPNUW** Vertragspartnernummer des überweisenden oder zu vertretenden Arztes (SA01)
- VPNVA** Vertragspartnernummer des vertretenen Arztes (SA03 Block H)

Feldname	Angabe zur Belegung
VPNR	zwingend bei Satzkopf und optional bei SART14
VPNRE	zwingend
VPNRL	zwingend im Anlassfall
VPNRT	zwingend im Anlassfall
VPNRU	zwingend im Anlassfall HV-Vertragspartnernummer z.B.: einer Abrechnungsfirma des Vertragsarztes
VPNRV	zwingend im Anlassfall, wenn die VPNR des verordnenden Arztes nicht der VPNR des Hausapotheken führenden Arztes entspricht
VPNUW	zwingend im Anlassfall ansonsten kassenspezifisch zwingend anzugeben bei Nichtzahnbehandler und der Scheinart 2, 4 und 9 bzw. bei Zahnbehandler und der Scheinart 6 und 9 HV-Vertragspartnernummer
VPNVA	optional

Beschreibung

Die Vertragspartnernummer wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vergeben. Sie ist grundsätzlich personenbezogen und Hauptordnungsbegriff aller Vertragspartnerdaten. Der Ordnungsbegriff Vertragspartnernummer wird im Hauptverband verwaltet. Die Vertragspartnernummer ist numerisch, 6-stellig, wobei die 6. Stelle eine Prüfziffer ist, die die Richtigkeit der Vertragspartnernummer gewährleistet. Die Vertragspartnernummer hat folgenden Aufbau:

LLLLL	P
	Prüfziffer
Laufnummer	

Die Prüfziffer (P) wird auf folgende Art errechnet:

Vertragspartnernummer:	7	4	1	2	5
	x	x	x	x	x
Faktorenreihe	3	7	5	1	6
	21	28	5	2	30
	= 86 : 11 = 7, Rest 9 = Prüfziffer				

Die Prüfziffer ist der Rest aus der Summe der Produkte geteilt durch 11.

Jede Stelle der Vertragspartnernummer wird mit einem Faktor multipliziert.
 Faktorenreihe: 37516
 Die Prüfziffer ist der Divisionsrest aus der Summe der Produkte geteilt durch 11.
 Ergibt sich ein Divisionsrest von 10, so wird die nächst höhere Laufnummer verwendet.

Im Internet kann mit dem Service LEA-Suche nach der Vertragspartnernummer gesucht werden. Das Login erfolgt mittels Bürgerkarte. Informationen zur LEA-Suche sind unter folgendem Link
<http://www.sozialversicherung.at>

- Kartenreiter: Service
- Menüpunkt: FÜR VERTRAGSPARTNER
- Link: Suchservice medizinische Leistungserbringer (LEA - Suchservice)

zu finden.

D.119 VG - Anzahl Vollguss-Metallkronen **SA04(Block ZE)**

1 Stelle numerisch

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.120 VK - Anzahl Verblend-Metall-Keramikkronen **SA04(Block ZE)**

1 Stelle numerisch

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.121 Vorname (AVONA, VONAL, VONAP, VONAV, VONVS) **SA00/01/02/10/50/90**

15 Stellen alphabetisch

- AVONA** Vorname des Angehörigen (SA02)
- VONAL** Vorname des Leistungserbringers (SA90)
- VONAP** Vorname des Patienten (SA50)
- VONAV** Vorname des rechnungslegenden Vertragspartners (SA00/10)
- VONVS** Vorname des Versicherten (SA01)

Die Angabe ist zwingend.

D.122 VORZ - Vorzeichen **SA08/14/17/80/81**

1 Stelle numerisch

Kennzeichen gibt an, ob das nachstehende Datenfeld einen positiven oder negativen Wert beinhaltet.

Code	Kennzeichen
0	positiv
1	negativ

Ob die Angabe zwingend oder im Anlassfall zwingend ist, ist in der jeweiligen Datensatzbeschreibung ersichtlich.

D.123 VPADR - Adresscode **Satzkopf**

2 Stellen numerisch

VPADR ist ein vom Hauptverband vergebener Adresscode, der die Ordinationsadresse eines Vertragspartners eindeutig identifiziert.

Der Adresscode kann über das e-Card-System oder über die LEA-Suche ermittelt werden.

Im Internet kann mit dem Service LEA-Suche der Adresscode, für Vertragspartner ohne e-Card Anbindung, gefunden werden. Das Login erfolgt mittels Bürgerkarte. Informationen zur LEA-Suche sind unter folgendem Link
<http://www.sozialversicherung.at>

- Kartenreiter: Service
- Menüpunkt: FÜR VERTRAGSPARTNER
- Link: Suchservice medizinische Leistungserbringer (LEA - Suchservice)

zu finden.

Die Angabe ist zwingend.

D.124 VSDAT - Daten des Versicherten und Staatsbürgern aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union **SA50**

20 Stellen alphanumerisch

Die Angabe von VSDAT ist nur dann erforderlich, wenn der Patient Angehöriger ist. Geburtsdatum und Zuname (10 + 10 Stellen – Geburtsdatum 6-stellig mit vier Vornullen und Zuname) oder VSNR des Versicherten (LLLPTTMMJJ) sind linksbündig anzugeben.

Beschreibung der Sozialversicherungsnummer siehe Kapitel D.116.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (nur wenn Patient Angehöriger ist).

D.125 WANZ - Anzahl der Kilometer **SA05**

3 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn in Honorarordnung vorgesehen und solche anfallen).

D.126 WEGE - Wegegebühren **SA05**

1 Stelle alphanumerisch

Code	Wegegebühr
T	Tagkilometer
N	Nachtkilometer

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn in Honorarordnung vorgesehen und solche anfallen).

D.127 Zahnnummern (ZAHNR1, ZAHNR2) **SA04(Block KR, ZE, BG)/SA14**

ZAHNR1 Zahnnummer 1 (SA04 Block KR 2-stellig, ZE 48-stellig)
ZAHNR2 Zahnnummer 2 (SA04 Block KR 2-stellig, BG 2-stellig/SA14)

Block KR

Ist die Positionsnummer einer Zahnnummer zuzuordnen, ist die Zahnnummer einzutragen; ist die Positionsnummer (z.B.: PosNr. 17) einem Quadranten zuzuordnen, ist der Quadrant einzutragen; in allen anderen Fällen (z.B.: PosNr. 1) der Code 00 anzugeben.

Feldname	Belegung
ZAHNR1 Block KR	2 Stellen alphanumerisch (Zahnnummer bzw. Quadrantennummer) Die Angabe ist zwingend (positionsabhängig).
ZAHNR2 Block KR	2 Stellen numerisch Die Angabe ist zwingend.

Block ZE

Feldname	Belegung								
ZAHNR1 Block ZE	48 Stellen alphanumerisch (Zahnnummer und Code)								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Code</th> <th>Zahnnummer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>G</td> <td>Vollguss-Metallkrone</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>Verblend-Metall-Keramikkrone</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>Ersatz</td> </tr> </tbody> </table>	Code	Zahnnummer	G	Vollguss-Metallkrone	K	Verblend-Metall-Keramikkrone	E	Ersatz
	Code	Zahnnummer							
	G	Vollguss-Metallkrone							
K	Verblend-Metall-Keramikkrone								
E	Ersatz								
In dieses Feld kommen:									
<ul style="list-style-type: none"> bei einer Teilprothese die Zahnnummer jener Zähne, die durch die 									

Feldname	Belegung
	Teilprothese ersetzt wurden und der Code „E“ nach jeder Zahnnummer (z.B. 24E26E27E). <ul style="list-style-type: none"> • bei Kronen die Zahnnummern jener Zähne, die mit einer Krone versehen wurden und der jeweilige Code nach jeder Zahnnummer (z.B. 15G17G21K). Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (positionsabhängig).

Block BG

Feldname	Belegung
ZAHNR2 Block BG	2 Stellen numerisch (Zahnnummer, auf die sich die Begründung bezieht) Die Angabe ist im Anlassfall zwingend. Die Angabe ist in der SART 14 optional.

D.128 ZANZ - Anzahl Zähne **SA04(Block ZE)**

2 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (die Angabe von ZANZ ist bei den Positionen KU und MG erforderlich).

D.129 ZBTER - Betrag Zusatzgebühr **SA51**

7 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.130 ZEIT - Uhrzeit der Leistung **SA03(Block L)**

4 Stellen numerisch in der Form HHMM

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (wenn laut Honorarordnung erforderlich).

D.131 Zuname (AZUNA, ZUNAL, ZUNAP, ZUNAV, ZUNUT, ZUNUW, ZUNVS) **SA00/01/02/03(Block T)/10/50/90**

AZUNA Zuname des Angehörigen (SA02)

ZUNAL Zuname des Leistungserbringers (SA90)

ZUNAP Zuname des Patienten (SA50)

ZUNAV Zuname des rechnungslegenden Vertragspartners (SA00/10)

ZUNUT Zuname des Therapeuten (SA03 Block T)

ZUNUW Zuname des überweisenden oder zu vertretenden Arztes (SA01)

ZUNVS Zuname des Versicherten (SA01)

Feldname	Belegung
AZUNA ZUNAL ZUNAP ZUNAV ZUNVS	30 Stellen alphabetisch
ZUNUT	18 Stellen alphabetisch
ZUNUW	10 Stellen alphabetisch Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (zwingend anzugeben bei Nichtzahnbehandler und der Scheinart 2, 4 und 9 bzw. bei Zahnbehandler und der Scheinart 6 und 9) ansonsten kassenspezifisch.

Die Angabe ist zwingend. Bei Datenfeld ZUNUW ist die Angabe im Anlassfall zwingend.

D.132 ZUPA - Zusatzgebühr pro Packung **SA51**

1 Stelle numerisch

Code	Zusatzgebühr pro Packung
0	Keine Zusatzgebühr
1	Lösen
2	Kostenanteil
3	Sonstiges

Die Angabe ist zwingend.

D.133 ZURE - Zusatzgebühr pro Rezept**SA50**

1 Stelle numerisch

Code	Zusatzgebühr pro Rezept
0	keine
1	Expediatio nocturna
2	Sonstiges

Die Angabe ist zwingend.

D.134 ZUSKZ - Zusatzkennzeichen**SA01**

2 Stellen numerisch

Code	Zusatzkennzeichen
10	Vorsorgeuntersuchung
15	Auslagerungsfall
20	Fallpauschale
25	Fallpauschale für Bereitschaftsdienst unter der Woche, gilt nur für die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
30	Mutter-Kind-Pass-Untersuchung
35	medizinische Hauskrankenpflege, gilt nur für Sonderversicherungsträger
40	Leistung bei Angehörigen des Abrechners
45	behinderte Patienten
50	Kurbetreuung
60	Operation in der Krankenanstalt (gilt nur für die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter)
70	Kostenanteil wurde vom Vertragspartner eingehoben
80	Behandlung im Rahmen eines Kurkostenbeitrages (gilt nur für die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter)

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend (kassenspezifisch).

D.135 ZVR – Zentrales Vereinsregister**SA81**

9 Stellen numerisch

Weitere Informationen zum Zentralen Vereinsregister können unter folgendem Link
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Vereinswesen/gesetzestexte/Vereins_Gesetz.aspx
nachgelesen werden.

Die Angabe ist im Anlassfall zwingend.

D.136 ZWSU - Zwischensumme

SA53

9 Stellen numerisch, rechtsbündig mit Vornull in Cent

Die Angabe ist zwingend.

E Aufbau der Datenbestände und Zuordnung der Datensätze

E.1 Zuordnung Datenbestände pro Vertragspartner

Die unten angeführte Liste gibt Auskunft darüber, welcher Vertragspartner bzw. welches Fachgebiet welchen Datenbestand zur elektronischen Abrechnung verwendet.

Code	Fachgebiet	Gesetz	Datenbestand
01	Arzt für Allgemeinmedizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
02	Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
03	Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie	§ 340a ASVG	VPARTNER
04	Facharzt für Chirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
05	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	§ 340a ASVG	VPARTNER
06	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	§ 340a ASVG	VPARTNER
07	Facharzt für Innere Medizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
08	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde	§ 340a ASVG	VPARTNER
09	Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	§ 340a ASVG	VPARTNER
10	Facharzt für Lungenkrankheiten	§ 340a ASVG	VPARTNER
11	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/ Psychiatrie und Neurologie	§ 340a ASVG	VPARTNER
12	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
13	Facharzt für Physikalische Medizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
14	Facharzt für Radiologie	§ 340a ASVG	VPARTNER
15	Facharzt für Unfallchirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
16	Facharzt für Urologie	§ 340a ASVG	VPARTNER
17	Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	§ 340a ASVG	ZAHNB, VPRETOUR
18	Facharzt für Neurochirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
19	Facharzt für Neurologie	§ 340a ASVG	VPARTNER
20	Facharzt für Psychiatrie	§ 340a ASVG	VPARTNER
21	Facharzt für Plastische Chirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
22	Facharzt für Kinderchirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER
23	Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	§ 340a ASVG	VPARTNER, VPRETOUR
24	Facharzt für Nuklearmedizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
25	Facharzt für Medizinische Radiologie-Diagnostik	§ 340a ASVG	VPARTNER
26	Facharzt für Strahlentherapie - Radioonkologie	§ 340a ASVG	VPARTNER
27	Zahnarzt	§ 340a ASVG	ZAHNB, VPRETOUR
28	Facharzt für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	§ 340a ASVG	LABOR
29	Facharzt für Immunologie	§ 340a ASVG	LABOR
32	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	§ 340a ASVG	VPARTNER
33	Facharzt für Histologie und Embryologie	§ 340a ASVG	LABOR
34	Facharzt für medizinische Biologie	§ 340a ASVG	LABOR
35	Facharzt für Virologie	§ 340a ASVG	LABOR
36	Gruppenpraxis	§ 340a ASVG	VPARTNER
37	Facharzt für Arbeits- und Betriebsmedizin	§ 340a ASVG	VPARTNER
38	Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie	§ 340a ASVG	LABOR
39	medizinische Genetik	§ 340a ASVG	VPARTNER

Code	Fachgebiet	Gesetz	Datenbestand
49	Sonstige, nicht kurativ tätige, freiberufliche Ärzte: FA für Anatomie FA für medizinische Biophysik FA für medizinische Leistungsphysiologie FA für Neurobiologie FA für Neuropathologie FA für Physiologie FA für Sozialmedizin FA für spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene FA für Tumorbiologie Gutachterärzte	§340a ASVG	VPARTNER
50	Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik	§ 340a ASVG	LABOR
51	Labor, EEG	§ 349a ASVG	LABOR
52	Labor, zytdiagnostisch	§ 349a ASVG	LABOR
53	Facharzt für Pathologie und Histologie	§ 340a ASVG	LABOR
55	Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie bzw. Facharzt für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	§ 340a ASVG	LABOR
59	Hausapothekenführender Arzt	§ 349a ASVG	HAPO
62	Dentist	§ 349a ASVG	ZAHNB, VPRETOUR
63	Physiotherapeut	§ 349a ASVG	VPARTNER
64	Gewerblicher Masseur	§ 349a ASVG	VPARTNER
66	Logopäde	§ 349a ASVG	VPARTNER
72	Psychotherapeut	§ 349a ASVG	VPARTNER
73	Klinischer Psychologe	§ 349a ASVG	VPARTNER
75	Ergotherapeut	§ 349a ASVG	VPARTNER
80	Krankenanstalt, stationär (ausgenommen Pflegeheime für chronisch Kranke, Genesungsheime, Kurheime), SKA für Rehabilitation, Entbindungsheim/Gebäranstalten, Krankenhausambulanzen	§ 349a ASVG	VPARTNER
84	CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	§ 349a ASVG	VPARTNER
85	Selbständiges Ambulatorium (auch für ambulanten Rehabilitation), ausgenommen für ZMK, phys. Medizin und CT, MR und andere Leistungen (Knochendichte und nuklearmedizinische Leistungen)	§ 349a ASVG	VPARTNER LABOR
86	Selbständiges Ambulatorium für ZMK	§ 349a ASVG	ZAHNB, VPRETOUR
87	Pflegeheim für chronisch Kranke, Pensionistenheime	§ 349a ASVG	VPARTNER
91	Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	§ 349a ASVG	VPARTNER
92	Hauskrankenpflegeorganisation	§ 349a ASVG	VPARTNER
99	Andere Vertragspartner, soweit sie nicht den Fachgebieten 40-43, 50-91 zuzuordnen sind. z.B.: Universitätsinstitut (sofern nicht als Teil einer Krankenanstalt), Bundesstaatliche Untersuchungsanstalt, Sonstige Unternehmen (Handelsunternehmen, Frisöre und Perückenmacher, etc.)		VPARTNER, ZAHNB (VPRETOUR), LABOR,

AUSNAHME:

Ambulanzen, welche sowohl allgemeine Leistungen als auch Laborleistungen erbringen - hier müssten diese gesondert - mit 2 Datenbeständen (VPARTNER und LABOR) - abgerechnet werden.

E.2 Datenbestandsaufbau

Die bundesweit einheitlichen Datenbestände setzen sich aus folgenden Datensatzarten zusammen.

Datensatz- bezeichnung	Datenbestände									
	VP an SV-Träger (SVT)								SVT an VP	
	VPARTNER		ZAHNB		LABOR		HAPO		VPRETOUR	
	SA	Kap.	SA	Kap.	SA	Kap.	SA	Kap.	SA	Kap.
Datensatzbeginn	00	F.3.	00	F.3.	00	F.3.	00	F.3.	00	F.3.
Trennsatz Gruppenpra- xen **	90	F.22	90	F.22	90	F.22			90	F.22
Behandlungs-scheindaten	01	F.4.	01	F.4.	01	F.4.			01	F.4.
Angehörigendaten	02	F.5.	02	F.5.	02	F.5.			02	F.5.
Leistungsdaten	03	F.6.	04	F.7.	05	F.8.			04	F.7.
Adressdaten	06	F.9.	06	F.9.	06	F.9.			06	F.9.
Rechnungssatz pro Pati- ent*	08	F.10.	08	F.10.	08	F.10.				
Retourdatenbeginn									10	F.11.
Korrekturdatensatz									14	F.12.
Pauschalabzüge/ Gutschriften									17	F.13.
Retoursummensatz									18	F.14.
Retourdatenende									19	F.15.
Rezeptvorlaufdaten							50	F.16.		
Verordnungsdaten							51	F.17.		
Umsatzdaten Teilsomme							52	F.18.		
Umsatzdaten Summe							53	F.19.		
Detailsummensatz pro Rechnung*	80	F.20.	80	F.20.	80	F.20.				
Rechnungssummensatz*	81	F.21.	81	F.21.	81	F.21.				
Schlussatz	99	F.25.	99	F.25.	97	F.23.	98	F.24.	99	F.25.

Grundsätzlich besteht ein Datenbestand aus einer Abfolge von verschiedenen und/oder gleichen Datensatzarten. Die Datensätze werden mit DOS Zeilenendezeichen (cr/lf) abgeschlossen.

* kommt grundsätzlich **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62). Die Anwendung des Datensatzes ist kassenabhängig.

** genaue Beschreibung siehe Kapitel F.22

F Datensätze**F.1 Allgemeine Beschreibung**

Symbol	Beschreibung
a	Alphabetisch, linksbündig, Grundstellung blank
a/n	Alphanumerisch, linksbündig, Grundstellung blank
n	Numerisch, rechtsbündig, Grundstellung 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Zwingend
ZA	Zwingend im Anlassfall
O	Optional

Für Datenfelder, die Adressen und Namen beinhalten, dürfen keine diakritischen Zeichen verwendet werden.

F.2 Satzkopf bzw. Identifikationssatz

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	VSTRA	1	2	2 a/n	Zuständige Abrechnungsstelle		Z	D.117	
2	BLNDA	3	3	1 n	Bundesland der zuständigen Abrechnungsstelle		Z	D.20	
3	VPNR	4	9	6 n	Vertragspartnernummer	HV-Vertragspartnernummer des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.118	
4	VPADR	10	11	2 n	Adresscode	HV - Adresse, falls der Vertragspartner mehrere Ordinationen hat	Z	D.123	
5	AJAHR*	12	13	2 n	Abrechnungsjahr	JJ	Z	D.4	
6	ABZR*	14	15	2 n	Abrechnungszeiträume		Z	D.3	
70	SATNR	16	20	5 n	Satznummer	rechtsbündig mit Vornull, aufsteigende lückenlose Sortierung über alle Datensätze	Z	D.97	

Gesamtlänge: 20

*) Behandlungsfall/Leistung aus einem bereits abgerechneten Abrechnungszeitraum

Werden Fälle in der aktuellen Abrechnung angeführt, die aus einem früheren Abrechnungszeitraum stammen, so müssen alle dazugehörigen Satzarten zu diesen Fällen in den Datenfelder AJAHR und ABZR mit dem eigentlichen Abrechnungszeitraum in dem die Leistung tatsächlich erbracht wurde, befüllt werden.

F.3 SART 00 Datensatzbeginn

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	„00“	Z	D.96	
3	DISNR	23	24	2 n	Datenträgernummer	laufende Nummer des Datenträgers, mit 01 beginnend	Z	D.27	
4	ERDAT	25	30	6 n	Erstellungsdatum (des Datenträgers)	TTMMJJ	Z	D.24	
5	ZUNAV	31	60	30 a	Zuname	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.131	
6	VONAV	61	75	15 a	Vomame	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.121	
7	FACHV	76	77	2 n	Fachgebiet	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.33	
8	REPRO	78	83	6 n	Registrier- und Programmnummer		Z	D.88	
9	VERSI	84	89	6 n	Versionsnummer		Z	D.115	
10	DVR	90	96	7 n	Datenverarbeitungsregisternummer	des rechnungslegenden Vertragspartners Wenn der Vertragspartner gesetzlich verpflichtet ist eine DVR-Nummer zu führen, ist das Feld zwingend zu befüllen.	ZA	D.29	
11	VPNRU	97	102	6 n	Vertragspartnernummer der Übermittlungsstelle	HV-VPNR z.B. einer Abrechnungsfirma des Vertragsarztes	ZA	D.118	
12	TKZ	103	103	1 n	Testkennzeichen	0 = Test 1 = Produktion	O	D.110	
13	VERSD	104	105	2 n	Version des Datenbestandes		Z	D.114	
14	MFACH	106	108	3 n	Medizinische Fachrichtung		ZA	D.60	
15	RES	109	128	20	Reservefeld	blank		D.89	
16	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)		D.90	

Gesamtlänge: 128/254

F.4 SART 01 Behandlungsscheindaten

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol	siehe Kapitel
		von	bis	Anz.				
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"01"	Z	D.96
3	VSTRL	23	24	2 a/n	Leistungszuständiger Versicherungsträger		Z	D.117
4	BLNDL	25	25	1 n	Bundesland des leistungszuständigen Versicherungsträgers		Z	D.20
5	BSNR	26	30	5 n	Behandlungsscheinnummer	rechtsbündig mit Vornull; chronologische Nummerierung der Behandlungsscheine fakultativ	Z	D.18
6	BSART	31	31	1 n	Art des Behandlungsscheines		Z	D.17
7	GRUVU	32	32	1 n	Grund für Überweisungsschein, Vertretungsschein, Verordnungsschein oder Code für Vorsorgeuntersuchungsart		Z	D.44
8	ZUNVS	33	62	30 a	Zuname des Versicherten		Z	D.131
9	VONVS	63	77	15 a	Vorname des Versicherten		Z	D.121
10	VSNRV	78	87	10 n	Versicherungsnummer des Versicherten	Wo keine inländische Versicherungsnummer besteht, ist dieses Feld in der Form (0000TTMMJJ) auszufüllen.	Z	D.116
11	GESLV	88	88	1 n	Geschlecht des Versicherten	1 = männlich 2 = weiblich	Z	D.37
12	KAT	89	90	2 n	Versichertenkategorie		Z	D.50
13	ABDAT	91	96	6 n	Datum der Anspruchsprüfung im eCard-System (Bearbeitungsdatum)	TTMMJJ	Z	D.24
14	BEBEG	97	102	6 n	Beginn der Behandlung im Abrechnungszeitraum	TTMMJJ	Z	D.24
15	VPNUW	103	108	6 n	Vertragspartnernummer des überweisenden oder zu vertretenden Arztes	HV-VPNR	ZA	D.118
16	ZUNUW	109	118	10 a	Zuname des überweisenden oder zu vertretenden Arztes		ZA	D.131
17	FACHU	119	120	2 n	Fachgebiet des überweisenden Arztes	Die Angabe ist zwingend, wenn VPNUW oder ZUNUW belegt ist.	ZA	D.33
18	UEDAT	121	126	6 n	Datum der Überweisung	TTMMJJ	ZA	D.24
19	ZUSKZ	127	128	2 n	Zusatzkennzeichen		ZA	D.134
20	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)		D.90

Gesamtlänge: 128/254

F.5 SART 02 Angehörigendaten

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"02"	Z	D.96	
3	VSNRA*	23	32	10 n	Versicherungsnummer des Angehörigen	Wo keine inländische Versicherungsnummer besteht, ist dieses Feld in der Form (0000TTMMJJ) auszufüllen.	Z	D.116	
4	AZUNA*	33	62	30 a	Zuname des Angehörigen		Z	D.131	
5	AVONA*	63	77	15 a	Vorname des Angehörigen		Z	D.121	
6	GESLA*	78	78	1 n	Geschlecht des Angehörigen	1 = männlich 2 = weiblich	Z	D.37	
7	TEXT	79	108	30 a/n	Text	freier Text	O	D.109	
8	RES	109	128	20	Reservefeld	blank		D.89	
9	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)		D.90	

Gesamtlänge: 128/254

* nur bei Datenbestand VPRETOUR:

Diese Felder können – sofern Korrekturen erforderlich sind – von den Kassen verändert werden. In diesem Fall werden die adaptierten Daten geliefert. Eine Meldung erfolgt allerdings nur dann, wenn Leistungsdifferenzen festgestellt wurden. **Eine bloße Aktualisierung von Versichertendaten beim Empfänger ist nicht vorgesehen.**

F.6 SART 03 Leistungsdaten VPARTNER

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"03"	Z	D.96	
3	BLO1	23	57	35 a/n	Datenblock 1			F.6.1 - F.6.6	
4	BLO2	58	92	35 a/n	Datenblock 2			F.6.1 - F.6.6	
5	BLO3	93	127	35 a/n	Datenblock 3			F.6.1 - F.6.6	
6	RES	128	128	1	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

Satzart 03 sind Leistungsdaten mit variabler Anzahl von Datenblöcken (Diagnose, Leistung, Hauskrankenpflege, Begründung, Leistungserbringer, Sonstiges).

Pro Patient muss beim ersten Leistungsdatensatz zwingend ein Datenblock „Diagnose“ vorkommen. Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungsschein.

Werden pro Patient mehr als drei Datenblöcke benötigt (z.B. ein Datenblock „Diagnose“, zwei Datenblöcke „Leistung“ und ein Datenblock „Begründung“), muss ein neuer Satz (Leistungsdaten - SART 03) erstellt werden. Erfordert eine Position eine medizinische Begründung, so muss der/die Datenblo(ö)ck(e) „Begründung“ unmittelbar nach dem Datenblock „Leistung“ liegen. Eine chronologische Reihenfolge der Datenblöcke „Leistung“ hat vorgenommen zu werden.

F.6.1 SART 03 Datenblock Diagnose „D“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"D"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATD			4 n	Datum der Diagnose	TTMM		Z	D.24
4	DIAKZ			1 n	Diagnosekennzeichen			Z	D.26
5	DIAGN			25 a/n	Diagnoseschlüssel bzw. -text			Z	D.25

Gesamtlänge: 35

F.6.2 SART 03 Datenblock Leistung „L“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"L"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATL			4 n	Datum der Leistung	TTMM Reihung chronologisch		Z	D.24
4	POSNR2			7 a/n	Positionsnummer (im Leistungsverzeichnis)			Z	D.80
5	SIST			2+2 n	Sitzung, Stelle	für Radiologen		ZA	D.103
6	ZEIT			4 n	Uhrzeit der Leistung	HHMM (wenn notwendig)		ZA	D.130
7	POSAN			4 n	Anzahl der Positionen	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der Leistungen bzw. der Doppelkilometer		Z	D.79
8	KEZE			1 a/n	Zusatzkennzeichen			ZA	D.51
9	CHKZ			2 a/n	Chefarzt kennzeichen	Chefarztbewilligung erbracht J/N, bzw. Anzahl der bewilligten Leistungen dieser Positionsnummer, linksbündig		ZA	D.22
10	KEZEH			1 a/n	Zusatzkennzeichen für Hauskrankenpflege	"H"		ZA	D.52
11	RES			3	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 35

F.6.3 SART 03 Datenblock Hauskrankenpflege „H“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"H"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	BZEIT			12 n	Betreuungszeitraum (von/bis)	TTMMJJTTMMJJ		Z	D.21
4	POSNR3			7 a/n	Positionsnummer	linksbündig, nur die Positionsnummer für die Betreuungshonorierung		Z	D.80
5	CHKZ			2 a/n	Chefarztkennzeichen	Chefarztbewilligung erbracht J/N, linksbündig		ZA	D.22
6	VPNVA			6 n	Vertragspartnernummer des vertretenen Arztes			O	D.118
7	RES			3	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 35

F.6.4 SART 03 Datenblock Begründung „B“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"B"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATB2			4 n	Datum der Begründung	TTMM		Z	D.24
4	GRUKZ			1 a	Begründungskennzeichen	B = Begründung T = durchgeführtes Testverfahren		ZA	D.43
5	GRUN3			24 a/n	Begründung	Text		Z	D.109
6	RES			1	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 35

F.6.5 SART 03 Datenblock Leistungserbringer „T“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"T"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	BDAT			4 n	Datum der Bewilligung	TTMM		ZA	D.24
4	VPNRT			6 n	Vertragspartnernummer des Therapeuten			ZA	D.118
5	ZUNUT			18 a	Zuname des Therapeuten			ZA	D.131
6	THEC			2 n	Therapiecode			ZA	D.108

Gesamtlänge: 35

F.6.6 SART 03 Datenblock Sonstiges „S“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ1			1 a	Blockkennzeichen	"S"		Z	D.16
2	SYSD			4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	BDAT			4 n	Datum der Bewilligung	TTMM		ZA	D.24
4	BEWNR			8 a/n	Bewilligungsnummer			ZA	D.15
5	RES			18	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 35

F.7 SART 04 Leistungsdaten ZAHNB

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"04"	Z	D.96	
3	BLO1	23	125	103 a/n	Datenblock			F.7.1 - F.7.4	
4	RES	126	128	3	Reservefeld	blank		D.89	
5	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retour-datenbestand)		D.90	

Gesamtlänge: 128/254

Erfordert eine Position eine medizinische Begründung, so muss die SART 04 mit dem Datenblock „Begründung“ unmittelbar hinter jenem Datenblock „Leistung“ folgen, in dem die begründende Positionsnummer enthalten ist. Der Datenblock „Begründung“ kann für alle zusätzlichen Anmerkungen (Anzahl der Kilometer bei Visiten, Provisorien, erbrachte Leistungen an im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige usw.) verwendet werden.

Der Kassenanteil (Datenblock „Leistung / Zahnersatz“ - Feld.Nr. 15) wird in Cent angegeben. Die Rundung soll bei allen Krankenversicherungsträgern gleich durchgeführt werden (kaufmännische Rundung 5/4).

Bei der Erstellung von SART 04 ist darauf zu achten, dass die Zugriffsmöglichkeit auf vorhergehende Honorarordnungen vorhanden ist.

SART 04 kann vom Krankenversicherungsträger auch für einen Retour-Datenträger verwendet werden. In diesem Fall werden in den Datenblöcken „Leistung“ nur die „abgelehnten“ Positionsnummern ausgegeben.

F.7.1 SART 04 Datenblock Leistung (konservierend, chirurgisch / Reparatur) „KR“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ2	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"KR"		Z	D.16
2	SYSD	25	28	4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DAT	29	34	6 n	Datum der Behandlung	TTMMJJ		Z	D.24
4	ZAHNR1	35	36	2 n	Zahnnummer 1	Zahn- bzw. Quadrantennummer		Z	D.127
5	POSN1	37	41	5 a/n	Positionsnummer 1			Z	D.80
6	ANZ1	42	46	5 a/n	Anzahl 1	Anzahl d. Pos. Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
7	UNKZ1	47	47	1 a	Unfallkennzeichen 1	U = Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
8	NSF1	48	48	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 1	J = ja blank = nein		ZA	D.67
9	CHKZ1	49	49	1 a	Chefarztbewilligung 1	J = ja blank = nein		ZA	D.23
10	POSN2	50	54	5 a/n	Positionsnummer 2			Z	D.80
11	ANZ2	55	59	5 a/n	Anzahl 2	Anzahl d. Pos.Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
12	UNKZ2	60	60	1 a	Unfallkennzeichen 2	U = Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
13	NSF2	61	61	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 2	J = ja blank = nein		ZA	D.67
14	CHKZ2	62	62	1 a	Chefarztbewilligung 2	J = ja blank = nein		ZA	D.23
15	POSN3	63	67	5 a/n	Positionsnummer 3			Z	D.80
16	ANZ3	68	72	5 a/n	Anzahl 3	Anzahl d. Pos. Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
17	UNKZ3	73	73	1 a	Unfallkennzeichen 3	U = Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
18	NSF3	74	74	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 3	J=ja blank= nein		ZA	D.67
19	CHKZ3	75	75	1 a	Chefarztbewilligung 3	J = ja blank = nein		ZA	D.23
20	ZAHNR2	76	77	2 n	Zahnnummer 2	Zahn- bzw. Quadrantennummer		Z	D.127
21	POSN4	78	82	5 a/n	Positionsnummer 4			Z	D.80

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
22	ANZ4	83	87	5 a/n	Anzahl 4	Anzahl d. Pos. Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
23	UNKZ4	88	88	1 a	Unfallkennzeichen 4	U = Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
24	NSF4	89	89	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 4	J = ja blank = nein		ZA	D.67
25	CHKZ4	90	90	1 a	Chefarztbewilligung 4	J = ja blank = nein		ZA	D.23
26	POSN5	91	95	5 a/n	Positionsnummer 5			Z	D.80
27	ANZ5	96	100	5 a/n	Anzahl 5	Anzahl d. Pos. Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
28	UNKZ5	101	101	1 a	Unfallkennzeichen 5	U = Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
29	NSF5	102	102	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 5	J = ja blank = nein		ZA	D.67
30	CHKZ5	103	103	1 a	Chefarztbewilligung 5	J = ja blank = nein		ZA	D.23
31	POSN6	104	108	5 a/n	Positionsnummer 6			Z	D.80
32	ANZ6	109	113	5 a/n	Anzahl 6	Anzahl d. Pos. Nr. bzw. Flächenbezeichnungen bei Füllungen bzw. Anzahl der Bereitschaftsstunden; numerische Werte linksbündig, 5-stellig mit Vornull		Z	D.9
33	UNKZ6	114	114	1 a	Unfallkennzeichen 6	U=Behandlung nach Unfall		ZA	D.113
34	NSF6	115	115	1 a	Nacht-, Sonn- und Feiertagsbehandlung 6	J = ja blank= nein		ZA	D.67
35	CHKZ6	116	116	1 a	Chefarztbewilligung 6	J = ja blank= nein		ZA	D.23
36	RES	117	125	9	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 103

F.7.2 SART 04 Datenblock Zahnersatz „ZE“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ2	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"ZE"		Z	D.16
2	SYSD	25	28	4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATA1	29	34	6 n	Datum des Antrages / der Bewilligung	TTMMJJ		Z	D.24
4	DATU	35	40	6 n	Datum der Übergabe	TTMMJJ		Z	D.24
5	POSN7	41	45	5 a/n	Positionsnummer 7			Z	D.80
6	KIEF	46	46	1 a	Kiefer	O = Oberkiefer U = Unterkiefer H = Heilbehelf		Z	D.53
7	ZANZ	47	48	2 n	Anzahl Zähne	bei Position KU, TK und MG; rechtsbündig mit Vornull		ZA	D.128
8	KLAM	49	49	1 n	Anzahl Klammern			Z	D.54
9	SAUG	50	50	1 n	Anzahl Sauger			Z	D.98
10	VG	51	51	1 n	Anzahl Vollguss-Metallkronen			ZA	D.119
11	VK	52	52	1 n	Anzahl Verblend-Metall-Keramikkronen			ZA	D.120
12	ZAHNR1 *1	53	100	48 a/n	Zahnnummern *1			ZA	D.127
13	GESTAR	101	108	8 n	Gesamtтарif	rechtsbündig mit Vornull in Cent		Z	D.38
14	PANT	109	116	8 n	Patientenanteil	rechtsbündig mit Vornull in Cent		ZA	D.73
15	KANT *2	117	124	8 n	Kassenanteil *2	rechtsbündig mit Vornull, der durch die Kasse zu bezahlende Betrag		ZA	D.48
16	CHKZ1	125	125	1 a	Chefarzt-kennzeichen 1	J = ja blank = nein		ZA	D.23

Gesamtlänge: 103

*1 In dieses Feld kommen:

- bei einer Teilprothese die Zahnnummer jener Zähne, die durch die Teilprothese ersetzt wurden und der Code "E" nach jeder Zahnnummer (z.B.: 24E26E27E).
- bei Kronen die Zahnnummer jener Zähne, die mit einer Krone versehen wurden und der jeweilige Code nach jeder Zahnnummer (siehe Spalte Inhalt, z.B. 15G17G21K).

*2 Der Kassenanteil muss nicht gleich GESTAR minus PANT sein, da vom Vertragspartner auf PANT verzichtet werden kann.

F.7.3 SART 04 Datenblock Kieferorthopädie „RG“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ2	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"RG"		Z	D.16
2	SYSD	25	28	4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATA1	29	34	6 n	Datum des Antrages / der Bewilligung	TTMMJJ		Z	D.24
4	POSN8	35	39	5 a/n	Positionsnummer 8			Z	D.80
5	ABREZ	40	51	12 n	Abrechnungszeitraum	TTMMJJTTMMJJ		Z	D.2
6	ALIQ *1	52	52	1 a	aliquoter Anteil *1	J = ja blank = nein		Z	D.6
7	GESTAR	53	60	8 n	Gesamttarif	rechtsbündig mit Vornull in Cent		Z	D.38
8	PANT	61	68	8 n	Patientenanteil	rechtsbündig mit Vornull in Cent		ZA	D.73
9	KANT	69	76	8 n	Kassenanteil	rechtsbündig mit Vornull, der durch die Kasse zu bezahlende Betrag		ZA	D.48
10	CHKZ1	77	77	1 a	Chefarztbewilligung 1	Chefarztbewilligung erbracht J = ja blank = nein		ZA	D.23
11	ANZ	78	79	2 n	Anzahl der Positionsnummern (Heilbehilfe)			ZA	D.8
12	RES	80	125	46	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 103

*1 Wenn Behandlungszeitraum < als Bewilligungszeitraum, dann aliquoter Anteil.

F.7.4 SART 04 Datenblock Begründung „BG“

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ2	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"BG"		Z	D.16
2	SYSD	25	28	4 n	Systemdatum	TTMM		ZA	D.24
3	DATB1	29	34	6 n	Datum der Begründung	TTMMJJ		Z	D.24
4	ZAHNR2	35	36	2 n	Zahnnummer, auf die sich die Begründung bezieht			ZA	D.127
5	POSNZ	37	37	1 n	Positionsnummernzahl	Positionsnummer (POSN1 bis POSN8), auf die sich die Begründung bezieht (siehe vorangegangene Datenblöcke)		Z	D.81
6	GRUN4	38	87	50 a/n	Begründung			Z	D.109
7	RES	88	125	38	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 103

F.7.5

F.8 SART 05 LABOR

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2.	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"05"	Z	D.96	
3	SYSD	23	26	4 n	Systemdatum	TTMM	ZA	D.24	
4	DATL	27	30	4 n	Datum der Leistung	TTMM	Z	D.24	
5	CHKZ1	31	31	1 a	Chefarztbewilligung 1	Chefarztbewilligung erbracht J = ja, N = nein	ZA	D.23	
6	DIAKZ	32	32	1 n	Diagnosekennzeichen		Z	D.26	
7	DIAGN	33	57	25 a/n	Diagnoseschlüssel bzw. -text		Z	D.25	
8	POSNR1	58	85	28 a/n	Positionsnummer	linksbündig	Z	D.80	
9	GRUN5	86	105	20 a/n	Begründung	Text	ZA	D.109	
10	WEGE	106	106	1 a/n	Weegebühren	T = Tagkilometer N = Nachtkilometer	ZA	D.126	
11	WANZ	107	109	3 n	Anzahl der Kilometer		ZA	D.125	
12	LABP	110	114	5 n	Laborporto	rechtsbündig mit Vornull in Cent	ZA	D.57	
13	ERKOU	115	115	1 n	Erst- od. Kontrollunters.	1 = Erstuntersuchung 2 = Kontrolluntersuchung	Z	D.32	
14	BEFNR	116	125	10 a/n	Befundnummer	Ordnungsbegriff zur Auffindung eines Laborfalles, da ein Patient mehrmals vorkommen kann. Aufbau zumeist: TTMMJJ9999	O	D.12	
15	RES	126	128	3	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

F.9 SART 06 Adresdaten mit bzw. ohne EKVK-Belegung

Die Verwendung der SART 06 ist kassenabhängig.

SART 06 Adresdaten ohne EKVK-Felder-Belegung

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"06"	Z	D.96	
3	AKZ	23	23	1 n	Adresskennzeichen	1 = Wohnadresse 2 = Visitenadresse	ZA	D.5	
4	PLZL	24	27	4 n	Postleitzahl		Z	D.78	
5	STRA	28	57	30 a/n	Straße		Z	D.104	
6	ORT	58	82	25 a/n	Ort		Z	D.70	
7	RES	83	112	30 a/n	Reservefeld	blank		D.89	
8	RES	113	128	16	Reservefeld	blank		D.89	
9	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)		D.90	

Gesamtlänge: 128/254

SART 06 Adresdaten für EKVK-Felder-Belegung

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"06"	Z	D.96	
3	AKZ	23	23	1 n	Adresskennzeichen	3 = EKVK	ZA	D.5	
4	EAEND	24	27	4 n	EKVK - Ablaufdatum der Karte	linksbündig im Format JJMM	Z	D.30	
5	EVSNR	28	57	30 a/n	EKVK - Kennnummer des Karteninhabers		Z	D.30	
6	EKNR	58	82	25 a/n	EKVK - Kennnummer der Karte		Z	D.30	
7	EICAK	83	112	30 a/n	Europäischer Institutionscode und Akronym		Z	D.30	
8	RES	113	128	16	Reservefeld	blank		D.89	
9	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)		D.90	

Gesamtlänge: 128/254

Pro Satzart "01" muss

- AKZ=1) ein Datensatz dieser Satzart mit der Wohnadresse des Patienten, nur wenn die VSNR unvollständig ist, bzw. bei Fremdstaatenpatienten die Aufenthaltsadresse,
- AKZ=2) pro Positionsnummer für eine Visite im Leistungsblock (Satzart "03") ein zusätzlicher Datensatz dieser Satzart mit der Visitenadresse bzw.
- AKZ=3) bei EKVK-Patienten ein zusätzlicher Datensatz dieser Satzart ausgegeben werden.

F.10 SART 08 Rechnungssatz pro Patient

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"08"	Z	D.96	
3	VORZ	23	23	1 n	Vorzeichen (für TARSUM)	0 = positiv 1 = negativ	Z	D.122	
4	TARSUM	24	32	9 n	Tarifsumme netto pro Patient	Rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.107	
5	SBKZ	33	33	1 a	Selbstbehalt Kennzeichen	J = Ja blank = nein	ZA	D.102	
6	SBART	34	34	1 n	Art des Selbstbehaltes	1 = Prozentsatz 2 = Fixbetrag 3 = Mischform aus 1 und. 2 bzw. 1 und. 1 oder. 2 und. 2	ZA	D.99	
7	PROZ1	35	38	4 n	Prozentsatz	Nur anzugeben, wenn SBART=1, bei SBART 2 und. 3 Grundstellung angeben	ZA	D.84	
8	VORZ	39	39	1 n	Vorzeichen (für SBBETRAG)	0 = positiv 1 = negativ	ZA	D.122	
9	SBBETRAG	40	48	9 n	Summe Selbstbehalt pro Patent	Rechtsbündig mit Vornull in Cent	ZA	D.100	
10	SBEIN	49	49	1 a	Selbstbehalt eingehoben	J = Ja blank = nein	ZA	D.101	
11	RES	50	128	79	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

Der Datensatz kommt grundsätzlich **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62).

F.11 SART 10 Retourdatenbeginn

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"10"	Z	D.96	
3	DISNR	23	24	2 n	Datenträgernummer	laufende Nummer des Datenträgers, mit 01 beginnend	Z	D.27	
4	ERDAT	25	30	6 n	Erstellungsdatum des Retourdatenträgers	TTMMJJ	Z	D.24	
5	ZUNAV	31	60	30 a	Zuname	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.131	
6	VONAV	61	75	15 a	Vorname	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.121	
7	FACHV	76	77	2 n	Fachgebiet	des rechnungslegenden Vertragspartners	Z	D.33	
8	VERSI	78	83	6 n	Versionsnummer		Z	D.115	
9	RES	84	89	6	Reservefeld	blank	Z	D.89	
10	DVR	90	96	7 n	Datenverarbeitungsregisternummer (der meldenden Abrechnungsstelle)		ZA	D.29	
11	VPNRE	97	102	6 n	VPNR der empfangenden Stelle		Z	D.118	
12	TKZ	103	103	1 n	Testkennzeichen		O	D.110	
13	RES	104	128	25	Reservefeld	blank		D.89	
14	REST	129	254	126	Rest auf 254			D.90	

Gesamtlänge: 254

F.12 SART 14 Korrekturdatensatz

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"14"	Z	D.96	
3	BLO1	23	254	232 a/n	Datenblock			F.12.1	

Gesamtlänge: 254

F.12.1 SART 14 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB)

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ3	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"ZR"		Z	D.16
2	FELDB	25	31	7 a/n	Feldbezug	Kurzbezeichnung des Feldes auf das sich der Fehler bezieht		O	D.35
3	MODIF	32	33	2 n	Modifizierer			Z	D.62
4	RES	34	35	2	Reservefeld			Z	D.89
5	FEHLC	36	39	4 n	Fehlercode			Z	D.34
6	FEHLT	40	109	70 a/n	Fehlertext			Z	D.109
7	VORZ	110	110	1 n	Vorzeichen (für PANT1)	0 = positiv 1 = negativ		Z	D.122
8	PANT1*	111	119	9 n	Patientenanteil	(Streichung, Hinzufügung, Dialogfall*)		ZA	D.73
9	VORZ	120	120	1 n	Vorzeichen (für KANT2)	0 = positiv 1 = negativ		Z	D.122
10	KANT2*	121	129	9 n	Kassenanteil	(Streichung, Hinzufügung, Dialogfall*)		Z	D.48
11	AJAHR	130	131	2 n	Abrechnungsjahr	JJ		O	D.4
12	ABZR	132	133	2 n	Abrechnungszeiträume			O	D.3
13	VPNR	134	139	6 n	Vertragspartnernummer (des Behandlers)			O	D.118
14	VSTRL	140	141	2 a/n	Leistungszuständiger Versicherungsträger			O	D.117
15	BSNR	142	146	5 n	Behandlungsscheinnummer			O	D.18
16	ZAHNR2	147	148	2 n	Zahnnummern			O	D.127
17	POSN1- POSN6	149	153	5 a/n	Positionsnummer 1 - 6			O	D.80
18	ANZ1	154	158	5 a/n	Anzahl 1			O	D.9
19	REST	159	254	96	Rest auf 254			Z	D.90

Gesamtlänge: 232

Der Datensatz der Satzart 14 mit dem Blockkennzeichen „ZR“ wird im Anschluss an einen zu befundenden Datensatz (z.B. 01 oder 04) geliefert und enthält Angaben über Art und Grund der Korrektur. Zu einem bestimmten Datensatz können auch mehrere Korrekturdatsätze geliefert werden. Jedoch nur einer davon darf in den Feldern PANT1 und KANT2 einen Wert enthalten.

*** Hinweis zu Dialogfällen:**

Als Dialogfälle werden jene Leistungen bezeichnet, welche vorbehaltlich ausbezahlt oder nicht ausbezahlt werden, aber eine Stellungnahme des rechnungslegenden Vertragspartners erwartet wird.

Bei der Meldung von Dialogfällen ist zu beachten, dass der Wert dieser Leistung zwar im Korrekturdatensatz (SA14) auszugeben ist, bei der Summierung im Retoursummensatz (SA18) jedoch nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die Leistung vorläufig bezahlt wurde.

Grund: Der Retoursummensatz soll jenen Betrag enthalten, der tatsächlich abgezogen wurde.

Für die Dialogfälle wird ein eigener Modifizierungscode 20 "Dialogfall" für die Satzart 14 vereinbart.

F.13 SART 17 Pauschalabzüge/Gutschriften

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"17"	Z	D.96	
3	BLO1	23	254	232 a/n	Datenblock			F.13.1	

Gesamtlänge: 254

Dieser Datensatz wird verwendet, wenn Abzüge oder Gutschriften durchgeführt werden, die keinen Patienten- bzw. Scheinbezug haben.

F.13.1 SART 17 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB)

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ3	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"ZR"		Z	D.16
2	PCODE	25	26	2 n	Pauschalierungscode (entsprechend Ö-ZÄK-Vorschlag),	'00' für 'unbekannt' möglich		Z	D.74
3	GZAHL	27	34	8 a/n	Geschäftszahl			O	D.46
4	DATK	35	40	6 n	Datum der Kommunikation (Telefonats, Briefes)	TTMMJJ		O	D.24
5	AJAHR	41	42	2 n	Abrechnungsjahr	JJ		O	D.4
6	ABZR	43	44	2 n	Abrechnungszeiträume			O	D.3
7	VORZ	45	45	1 a	Vorzeichen (für BETRAG)	0 = positiv 1 = negativ		Z	D.122
8	BETRAG	46	54	9 n	Betrag des Abzuges / der Gutschrift (in Cent)			Z	D.14
9	BTEXT	55	134	80 a/n	Begründungstext			Z	D.109
10	REST	135	254	119	Rest auf 254			Z	D.90

Gesamtlänge: 232

F.14 SART 18 Retoursummensatz

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"18"	Z	D.96	
3	BLO1	23	254	232 a/n	Datenblock			F.14.1	

Gesamtlänge: 254

Hinweis zu Dialogfällen:

Als Dialogfälle werden jene Leistungen bezeichnet, welche vorbehaltlich ausbezahlt oder nicht ausbezahlt werden (kassenabhängig), aber eine Stellungnahme des rechnungslegenden Vertragspartners erwartet wird.

Bei der Meldung von Dialogfällen ist zu beachten, dass der Wert dieser Leistung zwar im Korrekturdatensatz (SA14) auszugeben ist, bei der Summierung im Retoursummensatz (SA18) jedoch nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die Leistung vorläufig bezahlt wurde.

Grund: Der Retoursummensatz soll jenen Betrag enthalten, der tatsächlich abgezogen wurde.

Für die Dialogfälle wird ein eigener Modifizierungscode 20 "Dialogfall" für die Satzart 14 vereinbart.

F.14.1 SART 18 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB)

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ3	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"ZR"		Z	D.16
2	PATAAB	25	33	9 n	Patientenanteilabzug (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.71
3	PATAG	34	42	9 n	Patientenanteilgutschrift (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.72
4	KASSAB	43	51	9 n	Kassenanteilabzug (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.47
5	KASSG	52	60	9 n	Kassenanteilgutschrift (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.49
6	PPATAB	61	69	9 n	Pauschalabzug Patientenanteilabzug (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.82
7	PPATG	70	78	9 n	Pauschalabzug - Patientenanteilgutschrift (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.83
8	PKASSAB	79	87	9 n	Pauschalabzug - Kassenanteilabzug (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.76
9	PKASSG	88	96	9 n	Pauschalabzug - Kassenanteilgutschrift (in Cent ohne Vorzeichen)			Z	D.77
10	REST	97	254	158	Rest auf 254			Z	D.90

Gesamtlänge: 232

F.15 SART 19 Retourdatenende

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"19"	Z	D.96	
3	BLO1	23	254	232 a/n	Datenblock			F.15.1	

Gesamtlänge: 254

F.15.1 SART 19 Datenblock Retourmeldung Zahnbehandler (ZAHNB)

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	BLOKZ3	23	24	2 a	Blockkennzeichen	"ZR"		Z	D.16
2	ANZ00	25	29	5 n	Anzahl der Satzarten 00			Z	D.11
3	ANZ01	30	34	5 n	Anzahl der Satzarten 01			Z	D.11
4	ANZ02	35	39	5 n	Anzahl der Satzarten 02			Z	D.11
5	ANZ04	40	44	5 n	Anzahl der Leistungssatzarten (bei Zahnbehandler: 04)			Z	D.11
6	ANZ06	45	49	5 n	Anzahl der Satzarten 06			Z	D.11
7	ANZ14	50	54	5 n	Anzahl der Satzarten 14			Z	D.11
8	ANZ17	55	59	5 n	Anzahl der Satzarten 17			Z	D.11
9	ANZ18	60	64	5 n	Anzahl der Satzarten 18			Z	D.11
10	ANZ99	65	69	5 n	Anzahl der Satzarten 99			Z	D.11
11	ANDK	70	71	2 n	Anzahl der Datenträger			Z	D.7
12	REST	72	254	183	Rest auf 254			Z	D.90

Gesamtlänge: 232

F.16 SART 50 Rezeptvorlaufdaten

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"50"	Z	D.96	
3	VSTR	23	24	2 a/n	leistungszuständiger Versicherungsträger		Z	D.117	
4	BLNDL	25	25	1 n	Bundesland des leistungszuständigen Versicherungsträgers		Z	D.20	
5	BENR	26	30	5 n	Belegnummer	rechtsbündig mit Vornull, aufsteigend sortiert, Lücken möglich	Z	D.13	
6	OGRU	31	32	2 n	Ordnungsgruppe		Z	D.69	
7	VSNRP	33	42	10 n	Versicherungsnummer des Patienten	Wo keine inländische Versicherungsnummer besteht, ist dieses Feld in der Form (0000TTMMJJ) auszufüllen.	Z	D.116	
8	ZUNAP	43	72	30 a	Zuname des Patienten		Z	D.131	
9	VONAP	73	87	15 a	Vorname des Patienten		Z	D.121	
10	GESLP	88	88	1 n	Geschlecht des Patienten	1 = männlich 2 = weiblich	ZA	D.37	
11	REZG	89	89	1 n	Rezeptgebührenbefreiung	0 = Rezeptgebühr 1 = Rezeptgebührenbefreiung	Z	D.91	
12	ZURE	90	90	1 n	Zusatzgebühr pro Rezept	0 = keine 1 = Expeditio nocturna 2 = Sonstiges	Z	D.133	
13	RTAX	91	97	7 n	Rezepttaxe	Abrechnungsbetrag des Rezeptes inkl. aller Zusatzgebühren, rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.94	
14	LEIS	98	98	1 n	Art der Leistung	gilt nur für die SVAGW!!! 0 = Sachleistung 1 = Kostenersatz	ZA	D.58	
15	VSDAT	99	118	20 a/n	Daten des Versicherten und Staatsbürgern aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union	nur wenn Patient Angehöriger ist, Geburtsdatum und Zuname (10+10 Stellen) oder VSNR des Versicherten (LLLPTTMMJJ) linksbündig	ZA	D.124	
16	SYSD	119	122	4 n	Systemdatum	TTMM	ZA	D.24	
17	DATR	123	126	4 n	Datum der Rezeptausstellung	TTMM	Z	D.24	
18	DATJ	127	128	2 n	Jahr der Rezeptausstellung	JJ	Z	D.24	

Gesamtlänge: 128

F.17 SART 51 Verordnungsdatensatz

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"51"	Z	D.96	
3	BENR	23	27	5 n	Belegnummer	rechtsbündig mit Vornull, aufsteigend sortiert, Lücken möglich, wie Satzart "50" Lfd.Nr. 5	Z	D.13	
4	KURZ	28	55	28 a/n	Heilmittelname		Z	D.55	
5	MENG	56	60	5 n	Packungsgröße	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.61	
6	MART	61	62	2 n	Mengenart		Z	D.59	
7	PHAR	63	71	9 a/n	Pharmanummer	linksbündig	Z	D.75	
8	ANZA	72	73	2 n	Packungsanzahl	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der Packungen mit derselben Pharmanummer	Z	D.10	
9	PTAX	74	80	7 n	Packungstaxe	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.85	
10	ZUPA	81	81	1 n	Zusatzgebühr pro Packung		Z	D.132	
11	ZBETR	82	88	7 n	Betrag Zusatzgebühr	rechtsbündig mit Vornull in Cent	ZA	D.129	
12	MSAZ	89	90	2 n	Umsatzsteuersatz		Z	D.63	
13	MWST	91	99	9 n	Umsatzsteuerbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.64	
14	VPNRV	100	105	6 n	Vertragspartnernummer des Verordners	VPNR des Verordners, falls unterschiedlich zu Abrechner (nur in Ausnahmefällen)	ZA	D.118	
		106							
15	REZG	106	106	1 n	Rezeptgebührenbefreiung		Z	D.91	
16	RGAN	107	108	2 n	Anzahl der Rezeptgebühren	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.92	
17	EVSNR	109	128	20 a/n	EKVK – Kennnummer des Karteninhabers		ZA	D.30	

Gesamtlänge: 128

F.18 SART 52 Umsatzdaten Teilsumme

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"52"	Z	D.96	
3	OGRU	23	24	2 n	Ordnungsgruppe		Z	D.69	
4	MSAZ	25	26	2 n	Umsatzsteuersatz		Z	D.63	
5	RZAN	27	31	5 n	Anzahl der Rezepte	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.95	
6	ABEN	32	36	5 n	Abgabeeinheiten	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.1	
7	SUTX	37	45	9 n	Summe Taxbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.106	
8	RGAN	46	50	5 n	Anzahl der Rezeptgebühren	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.92	
9	SURG	51	59	9 n	Summe der Rezeptgebühren oder Kostenanteile	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.105	
10	MWST	60	68	9 n	Umsatzsteuerbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.64	
11	RES	69	128	60	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

F.19 SART 53 Umsatzdaten Summe

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"53"	Z	D.96	
3	MSAZ	23	24	2 n	Umsatzsteuersatz	pro MSAZ ein Summensatz	Z	D.63	
4	RZAN	25	29	5 n	Anzahl der Rezepte	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.95	
5	SUTX	30	38	9 n	Summe Taxbetrag	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.106	
6	NPRO	39	47	9 n	Nachlassprozent-satz	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.66	
7	NBTR	48	56	9 n	Nachlassbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.65	
8	ENTG	57	65	9 n	Entgelt	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.31	
9	MWST	66	74	9 n	Umsatzsteuerbe-trag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.64	
10	ZWSU	75	83	9 n	Zwischensumme	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.136	
11	RGKO	84	92	9 n	Rezeptgebühren und Kostenanteile	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.93	
12	REBE	93	101	9 n	Rechnungsbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.86	
13	RES	102	128	27	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

F.20 SART 80 Detailsummensatz pro Rechnung

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"80"	Z	D.96	
3	KZDSUM	23	24	2 a/n	Kennzeichen Detailsumme ob DSUM = MWST, Ausgleichszuschlag, Abschlag, nicht abziehbare Vorsteuer oder Selbstbehalt	M = MWST, Z = Zuschlag nach §3, Abs. 1 GSBG 1996, A = Abschlag, N = NAV, SB = Selbstbehalt	Z	D.56	
4	PROZ2	25	28	4 n	Prozentsatz	4 Stellen; 2 Vorkomma und 2 Nachkommastellen	Z	D.84	
5	VORZ	29	29	1 n	Vorzeichen (f. DSUM)	0 = positiv 1 = negativ	Z	D.122	
6	DSUM	30	38	9 n	Summe Detailbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.28	
7	RES	39	128	90	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

Der Datensatz kommt grundsätzlich **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62). Die Verwendung des Datensatzes ist kassenabhängig.

Pro unterschiedlichem Kennzeichen im Datenfeld KZDSUM und unterschiedlicher Prozentangabe im Datenfeld PROZ2 muss ein eigener Datensatz "80" erstellt werden. Beinhaltet die Abrechnungen keine MWST oder sonstige Zuschläge/Abzüge, darf die Satzart 80 nicht erstellt werden.

Die Felder KZDSUM, PROZ2, VORZ und DSUM stehen im unmittelbaren Zusammenhang.

Das Datenfeld KZDSUM gibt die Art der im Datenfeld DSUM gebildeten Summe an. Das Datenfeld PROZ2 gibt den Prozentsatz der anteiligen Höhe des Betrages des Datenfeldes DSUM am Betrag des Datenfeldes NSUM (SA81) an.

F.21 SART 81 Rechnungssummensatz

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf			Z	F.2
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"81"		Z	D.96
3	RENR	23	42	20 a/n	Rechnungsnummer			Z	D.87
4	RDAT	43	50	8 n	Datum der Rechnungslegung	TTMMJJJJ		Z	D.24
5	UID	51	64	14 a/n	Umsatzsteueridentifikationsnummer			Z	D.111
6	VORZ	65	65	1 n	Vorzeichen (für NSUM)	0 = positiv 1 = negativ		Z	D.122
7	NSUM	66	74	9 n	Summe Betrag netto	rechtsbündig mit Vornull in Cent		Z	D.68
8	VORZ	75	75	1 n	Vorzeichen (für BSUM)	0 = positiv 1 = negativ		Z	D.122
9	BSUM	76	84	9 n	Summe Betrag brutto	rechtsbündig mit Vornull in Cent		Z	D.19
10	UIDV	85	98	14 a/n	Umsatzsteueridentifikationsnummer des verrechnungszuständigen SV-Trägers			ZA	D.112
11	ZVR	99	107	9 n	Zentrale Vereinsregisterzahl lt. Vereinsgesetz	Für Vereine ist dieses Datenfeld zwingend zu befüllen		ZA	D.135
12	RES	108	128	21	Reservefeld	blank			D.89

Gesamtlänge: 128

Der Datensatz kommt grundsätzlich **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62). Die Verwendung des Datensatzes ist kassenabhängig.

F.22 SART 90 Trennsatz bei Gruppenpraxen

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"90"	Z	D.96	
3	VPNRL	23	28	6 n	Vertragspartnernummer des Leistungserbringers	Handelt es sich um einen Leistungserbinger dem noch keine Vertragspartnernummer durch den Hauptverband vergeben wurde, dann ist dieses Datenfeld in der Grundstellung („000000“) auszugeben.	ZA	D118	
4	FACHL	29	30	2 n	Fachgebiet des Leistungserbringers		Z	D.33	
5	ZUNAL	31	60	30 a	Zuname	des Leistungserbringers	Z	D.131	
6	VONAL	61	75	15 a	Vorname	des Leistungserbringers	Z	D.121	
7	RES	76	128	53	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

Die Verwendung dieser Satzart ist kassenabhängig.

Der Trennsatz wird ausschließlich bei Gruppenpraxen (Fachgebiet 36) angewandt und ist immer bei einem Wechsel des eigentlichen Leistungserbringers in aufsteigender Reihenfolge der Fachgebiete auszugeben.

Der Datensatz **ist unabhängig von der Anzahl der unterschiedlichen Fachgebiete zwingend** anzugeben.

Beispiel Gruppenpraxis mit zwei Fachgebieten:

Werden zum Beispiel in einer Gruppenpraxis Leistungen eines Arztes für Allgemeinmedizin (Fachgebiet 01) und Leistungen eines Facharztes für Innere Medizin (Fachgebiet 07) erbracht, dann müssen bei der elektronischen Abrechnung mit Hilfe des Datensatzes 90 (Trennsatz) die einzelnen Vertragspartner folgendermaßen getrennt werden:

Grundsätzlich ist im Datensatz der Satzart 00 das Fachgebiet 36 und die Vertragspartnernummer der Gruppenpraxis anzuführen. Unmittelbar nach dem Datensatz der Satzart 00 muss der erste Datensatz der Satzart 90 übermittelt werden, in dem im Datenfeld FACHV zum Beispiel das Fachgebiet 01 und in den Datenfeldern VPNR, ZUNA und VONA die personenbezogenen Daten des einzelnen Arztes angeführt werden müssen. Danach folgen alle Datensätze der Satzarten 01 bis 06 in gewohnter Form von jenen Leistungen, die vom zuvor angeführten Vertragspartner erbracht wurden. Anschließend wird der weitere Vertragspartner wieder mit dem Datensatz der Satzart 90 beginnend mit allen folgenden Datensätze der Satzarten 01 bis 06 in gewohnter Form angeführt. Mit dem Datensatz der Satzart 99 wird die Abrechnung abgeschlossen.

Der Satzkopf bzw. Identifikationssatz (Kapitel F.2) wird analog dem Datensatz der Satzart 00 befüllt.

F.23 SART 97 Schlusssatz bzw. Dateieinde LABOR

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"97",	Z	D.96	
3	ANZ01	23	27	5 n	Anzahl Satzart "01"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 01	Z	D.11	
4	ANZ02	28	32	5 n	Anzahl Satzart "02"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 02	Z	D.11	
5	ANZ05	33	37	5 n	Anzahl Satzart "05"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 05	Z	D.11	
6	ANZ06	38	42	5 n	Anzahl Satzart "06"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 06	Z	D.11	
7	ANDK	43	44	2 n	Anzahl der Daten-träger	rechtsbündig mit Vor-null	Z	D.7	
8	ANZ08*1	45	49	5 n	Anzahl Satzart "08"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 08	Z	D.11	
9	ANZ80*1	50	54	5 n	Anzahl Satzart "80"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 80	Z	D.11	
10	ANZ81*1	55	59	5 n	Anzahl Satzart "81"	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 81	Z	D.11	
11	ANZ90*2	60	64	5 n	Anzahl Satzart „90“	rechtsbündig mit Vor-null, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 90	Z	D.11	
12	RES	65	128	64	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

*1 kommt **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62)

*2 zwingend, siehe Kapitel F.22, erster Absatz.

F.24 SART 98 Schlusssatz bzw. Dateieinde HAPO

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf		Z	F.2	
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"98"	Z	D.96	
3	ANZ50	23	27	5 n	Anzahl Satzart "50"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 50	Z	D.11	
4	GTAXB	28	36	9 n	Gesamt-Taxbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.45	
5	GNBTR	37	45	9 n	Gesamt-Nachlassbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.40	
6	GENTG	46	54	9 n	Gesamt-Entgelt	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.36	
7	GMWST	55	63	9 n	Gesamt-Umsatzsteuerbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.39	
8	GRGKO	64	72	9 n	Gesamt-Rezeptgebühren und Gesamt-Kostenanteile	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.42	
9	GREBE	73	81	9 n	Gesamt-Rechnungsbetrag	rechtsbündig mit Vornull in Cent	Z	D.41	
10	ANDK	82	83	2 n	Anzahl der Datenträger	rechtsbündig mit Vornull	Z	D.7	
11	UID	84	97	14 a/n	Umsatzsteueridentifikationsnummer	des Hausapothekers	Z	D.111	
12	UIDV	98	111	14 a/n	Umsatzsteueridentifikationsnummer des verrechnungszuständigen SV-Trägers	des SV-Trägers	ZA	D.112	
12	RES	112	128	17	Reservefeld	blank		D.89	

Gesamtlänge: 128

F.25 SART 99 Schlusssatz bzw. Dateiende VPARTNER, ZAHNB

Lauf Nr.	Feldname	Stellen			Bezeichnung	Inhalt	Symbol		siehe Kapitel
		von	bis	Anz.					
1	KOPF	1	20	20 a/n	Satzkopf			Z	F.2
2	SART	21	22	2 n	Satzart	"99"		Z	D.96
3	ANZ01	23	27	5 n	Anzahl Satzart "01"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 01		Z	D.11
4	ANZ02	28	32	5 n	Anzahl Satzart "02"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 02		Z	D.11
5	ANZ03*1	33	37	5 n	Anzahl Satzart "03" *1	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 03 bzw. 04		Z	D.11
6	ANZ06	38	42	5 n	Anzahl Satzart "06"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 06		Z	D.11
7	ANDK	43	44	2 n	Anzahl der Datenträger	rechtsbündig mit Vornull		Z	D.7
8	ANZ08*2	45	49	5 n	Anzahl Satzart "08"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 08		Z	D.11
9	ANZ80*2	50	54	5 n	Anzahl Satzart "80"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 80		Z	D.11
10	ANZ81*2	55	59	5 n	Anzahl Satzart "81"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 81		Z	D.11
11	ANZ90*3	60	64	5 n	Anzahl Satzart "90"	rechtsbündig mit Vornull, Anzahl der gesamten Sätze mit Satzart 90		Z	D.11
11	RES	65	128	64	Reservefeld	blank			D.89
12	REST	129	254	126	Rest auf 254	VPRETOUR (Retourdatenbestand)			D.90

Gesamtlänge: 128/254

*1 bzw. Satzart "04" bei Zahnbehandler

*2 kommt **nicht** bei Fachärzten und Ärzten für Allgemeinmedizin zur Anwendung (FG 1-27, 29-38, 50, 53, 59, 62)

*3 zwingend, siehe Kapitel F.22, erster Absatz.



Stempel und Unterschrift des Arztes

VERRECHNUNGSSCHEIN

BITTE JEDER ABRECHNUNG EINEN VERRECHNUNGSSCHEIN BEILEGEN UND MIT DER ZUSTÄNDIGEN LANDESSTELLE ABRECHNEN!

Landesstellen der Sozialversicherungsanstalt d. gew. Wirtschaft

- W – 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86
- N – 1051 Wien, Hartmannngasse 2b
- B – 7000 Eisenstadt, Osterwiese 2
- O – 4010 Linz, Mozartstraße 41
- St – 8010 Graz, Körblergasse 115
- K – 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofstraße 67
- S – 5020 Salzburg, Auerspergstraße 24
- T – 6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 1
- V – 6800 Feldkirch, Schloßgraben 14

Vermerke des		
Behandlungsmonat/Jahr bzw. -Quartal	Anzahl der beigeschlossenen Scheine	Bereitschaftsdienst am
----- / -----	-----	-----

DVR: 0024244

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen

KXD 500/2011

Anhang B

**Honorarordnung
für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(gemäß § 44 des Gesamtvertrages)**

Abkürzungsschlüssel

A =	Augenheilkunde und Optometrie	KNP =	Kinder- und Jugend- heilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie)
An =	Anaesthesiologie und Intensivmedizin	L =	Lungenkrankheiten
C =	Chirurgie (Unfallchirurgie)	N =	Neurologie und Psychiatrie
D =	Haut- und Geschlechts- krankheiten	NC =	Neurochirurgie
G =	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	O =	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
H =	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	P =	Physikalische Medizin
I =	Innere Medizin	PSY =	Psychiater
K =	Kinder- und Jugendheilkunde	U =	Urologie
AM =	Arzt für Allgemeinmedizin	R =	Regiezuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Altersheim mehrere bei der SVA Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar.
3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohnern** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tage sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Wird über ausdrückliches Verlangen des Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des Arztes zum Krankenbesuch zu vermerken.

Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu verrechnen sind, ist bei allen Krankenbesuchen von normaler Dauer die Verrechnung des Krankenbesuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgeblich, nur bei Krankenbesuchen mit Verrechnung des Zuschlages für Zeitversäumnis oder von Operationen ist zu berücksichtigen, zu welcher Tageszeit der Hin- bzw. Rückweg angetreten wird. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

Im Übrigen gelten, insbesondere auch bei Gebieten, die in Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in lit. a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonn- und Feiertagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinien für alle Bundesländer:

Der im Bereitschaftsdienst (§ 16 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Bestimmungen des Punktes 4 lit. b) der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen.

In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne der Bestimmungen nach Punkt 4 lit. b) nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

Diese Regelung gilt für die gesamte Dauer des von der Ärztekammer eingerichteten Bereitschaftsdienstes.

5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIV angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.
7. Die Zuweisung für Rechnung der SVA zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.
8. Die in den Abschnitten A. bis E. der Honorarordnung angeführten Leistungen können nur von Vertragsärzten jener Fächer abgerechnet werden, auf die sich der jeweilige Abschnitt der Honorarordnung bezieht, bzw. die in den Besonderen Bestimmungen zu den einzelnen Abschnitten oder der einzelnen Position ausdrücklich genannt sind.
9. Die nachstehenden in der Honorarordnung angeführten Leistungen werden nur dann honoriert, wenn die vertraglich vorgesehene Begründung im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) angeführt ist:

TA gleichzeitig mit den Positionen 36d, 36e und 36f; PS gleichzeitig mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e und 36f; 12a, 12b, 12c, 12d, 13a, 13b, 13d, 22f, 22g, 22j, 22n, 38j, 10.01, 11.12, 11.13, 11.14.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	26
A2	Weitere Ordination	18
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	18
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	18
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	27
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	59,5
B2	Weiterer Krankenbesuch	48
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i>	31
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	31
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	52
	<i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin) Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht	15
	<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden. Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
4a	Konsilium bei Tag	30
4b	Konsilium bei Nacht	40
	<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar</i>	37
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar</i>	32
E3	Weitere Ordination	16
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14

Pos.-Nr.	Punkte
E5 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
E6 Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. E4 bis E6 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
6. Krankenbesuch (Facharzt)	
F11 Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	65
<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar</i>	
F12 Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	61,5
<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar</i>	
F3 Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	27
<i>nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i>	
F5 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	27
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
F6 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48
<i>bei den Pos.-Nrn. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. F4 bis F6 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
6l Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5
7. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
7a Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: bei Tag	30
7b bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c ausführlicher Befundbericht	15
<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.</i>	
<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	
<i>Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers im Feld „VPNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) oder der Name des Arztes im Feld „ZUNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01), für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.</i>	
8. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
8a bei Tag	50
8b bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80
<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	
9. Wegegebühren	
9a ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,00
9b ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,00
9.1 Koordinierung	
1j Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt	23
<i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,
2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,
3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,
4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,
5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

9.2 Heilmittelberatungsgespräch	Euro
HMGHeilmittelberatungsgespräch.....	12,00

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation Bereits verfügt)
- c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss
- d) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.
4. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
5. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil	25
--	----

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- 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 sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sowie die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.

- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) 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.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungszeitraumes ist ausgeschlossen.

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch..... Euro 24,00

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemein-

sam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.

- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A. IX. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.	Punkte
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene	8
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c Aderlaß..... <i>(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie)</i>	15
11. Injektionen	
11a Subcutane, intracutane Injektion	2
<i>Pro Ordination bzw. Besuch kö999nnen intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b intramusculäre Injektion	2
11c Intravenöse Injektion	6
<i>bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion</i>	4
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11k Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11q Krampfaderverödung pro Injektion	6
<i>maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung</i>	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknotten pro Injektion ..	6
11u Periarticuläre Gelenksumspritzung (ein großes oder mehrere kleine Gelenke).....	18
11v Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)	
12. Infiltrationen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a Subcutane Infiltration	7
12b Intramusculäre Infiltration	7
12d Perineurale Infiltration	18
13. Infusionen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a Subcutane Infusion	20
13b Intravenöse Infusion	25
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
<i>nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar</i>	
14. Implantationen	
14a Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35

Pos.-Nr.	Punkte
15. Impfung	
15b Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspap o.ä.)	5
15c Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch	10
<i>1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
15d Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch	
<i>Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
	4
16. Punktion (diagnostisch)	
16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie	14
<i>(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie)</i>	
16b Aus Gelenken	30
16i Punktion der Prostata	30
<i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)</i>	
17. Punktion (therapeutisch)	
17a Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	20
17b Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h Aus dem Wasserbruch	20
17i Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k Aus der Harnblase	45
18. Betäubung – Wiederbelebung	
18a Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	2
<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar; nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie</i>	
18c Infiltrationsanaesthesie	10
<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar</i>	
18d Leitungsanaesthesie	18
18f Lumbalanaesthesie	80
18g Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	30
18h Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	40
19. Endoskopien	
<i>(Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)</i>	
19a Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes	20+RI
19bf flexible Endoskopie der oberen Atemwege	60+RI
<i>Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar.</i>	
19c Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
<i>nicht am selben Tag mit 19k, 19l und 19p verrechenbar;</i>	
19f Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	35+RI
<i>nicht gleichzeitig mit 19m, 19s und 19sp verrechenbar</i>	
19g Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	45+RI
<i>nicht am selben Tag mit 19l und 19p verrechenbar</i>	
19j Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20+RI

Pos.-Nr.		Punkte
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19l und 19p verrechenbar</i>	60+RII
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück) <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar</i>	70+RIII
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie) <i>nicht neben Pos. 19f, 19s und 19sp verrechenbar.</i>	85+RI
19n	Endoskopische Untersuchung der Lufttröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RIII
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie) <i>Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.</i>	120+RIII
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück) <i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar</i>	75+RIV
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	110+RIII
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenoskopie) <i>nicht neben Pos. 19o verrechenbar.</i>	228+RIII
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung.....	314+RIII
19sp	Koloskopie inklusive Polypenabtragung.....	400+RIII
	<i>Anmerkung zu Positionen 19r, 19s und 19sp</i>	
	<i>Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“).</i>	
	<i>Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVA übermitteln.</i>	
	<i>Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa etc.), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.</i>	
	<i>Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen.</i>	
	<i>Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.</i>	
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	235+RIII
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	450+RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15

Pos.-Nr.	Punkte
21. Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel	
einwurzelig	4
mehrwurzelig	6
21c Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e Lösung von Konglutinationen pro Fall	15
21h Abstrich	4

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE

Die augenfachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Augen, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Auge“ abgestellt

Pos.-Nr.	Punkte
22. Untersuchungen	
22b Zentrale Refraktionsbestimmung (subjektiv und/oder objektiv; beinhaltet: Bestimmung von Visus und/oder Brillenglas und/oder Astigmatismus mittels Refraktometer und/oder Skiaskopie und/oder Messbrille/Phoropter)	15
<i>1 x im Monat abrechenbar (in Ausnahmefällen auch öfter mit Begründung).</i>	
22f Untersuchung des Farbsinnes auf pseudoisochromatischen Tafeln	10
22g Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) N	20
<i>wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen</i>	
22hx Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille	8
<i>(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)</i>	
22hy Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille	5
<i>(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)</i>	
22j Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe	15
<i>maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar</i>	
22k Untersuchung mit dem Exoptalmometer	10
22l Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens N	5
22n Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen)	5
22p Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie	45
<i>1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar</i>	
22q Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	60
<i>1 x pro Quartal verrechenbar</i>	
22r Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern D.	60
22s Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	2
<i>Abrechenbar nur in Kombination mit den Positionen 22j, 22q, 22r, 22n, 23a, 24a, 24c sowie der Pos. 22l mit Begründung Blepharospasmus</i>	
23. Fremdkörperentfernung	
23a Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	20
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a Wimpernepilation	15
24c Spaltung des Hordeolums	15

**V. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE**

Pos.-Nr.		Punkte
25.	Wundversorgung	
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde AM, D, K	10
25b	Abtragung einer großen Brandblase AM, D, K	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung AM, D, K	14
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode AM, D, K	50
	<i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	
25e	Naht und Klammerentfernung AM, D, K	5
	<i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	
	<i>Für Wundbehandlungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.</i>	
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung).....	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	15
26c	Abtragung einer Eiterblase	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	6
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	30
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax.....	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	15
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	30
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	10
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
27n	Verbandwechsel AM, D, K	6
	<i>Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters. Nicht bei Incision von Panaritien aller Art sowie den Pos. 25a, 25c und 27c.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite.....	29
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	

Pos.-Nr.	Punkte
29. Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	15
29b Alle übrigen Knochen	30

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde	
30a Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	15
(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	
30c Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	50
30e Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	7
30f Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	4
30g Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	3
(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)	
30h Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	7
30i Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	4
(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)	
30j Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	19
(maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.)	
30k Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie	19
(verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.)	
30l Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz	12
(verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung)	
31. Geburtshilfe	
31a Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	30
31b Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	100
31c Manuelle Muttermunddilataion	25
31d Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	25
31e Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit	30

VII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN

Die HNO-fachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Ohren, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Ohr“ abgestellt

Pos.-Nr.	Punkte
32. Untersuchungen	
32a Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je N.....	16
32b Tonschwellenaudiometrie	30
<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>	
32c Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	50
32e Sprachaudiometrie	40
32g Otomikroskopische Untersuchung (nur in maximal 35 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
32h Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	25
<i>in maximal 50% der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat</i>	
32i Otoakustische Emissionen	25
<i>in maximal 9% der Fälle verrechenbar</i>	
33. Therapeutische Verrichtungen	
33a Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10
33c Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	12
33d Hintere Nasentamponade	50
33e Cerumentfernung je Seite.....	6
33f Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	8
33g Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle.....	45
33h Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k Attic-Spülung	8
33l Vordere Nasentamponade	20
33m Speicheldrangsondierung	10

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE

Pos.-Nr.	Punkte
34. Untersuchungen und Behandlungen	
ZK Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	3
34a EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6) L.	69
34b Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	14
34d Langzeit EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	168
<i>In maximal 10% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.</i>	

Pos.-Nr.		Punkte
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring.....	65

Indikationen der Verrechenbarkeit:

- a) *Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:
Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung*
- b) *Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei Sekundärer Hypertonie
Preeklampsie
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 echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie
mit Diabetes mellitus
mit fehlender Rückbildung von Organschäden
mit Wechselschichtdienst
mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)
zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie bei Schwangeren mit EPH-Gestose*

Medizinische Erläuterungen:

*Untersuchungshäufigkeit:
Einmal zur Diagnostik
Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung*

Weiters gilt:

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit 15% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert.

34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett <i>nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar</i>	18
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria <i>einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	13
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebral geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	30
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	42
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal im Monat verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	22
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	22
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos.34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	22

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENHEILKUNDE

34.	Untersuchungen und Behandlungen		
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je AM, K, I <i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i>	7	
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung AM, K, I <i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar;</i>	17	
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) AM, AN, K, I.	17	
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie Broncholyse) AM, I	24	
34p	Messung der Atemwegwiderstände K, I	7	
	Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv.		
34q	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe <i>maximal zweimal pro Tag verrechenbar</i> <i>alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal</i> <i>abgerechnet werden</i>	60	
34s	Bodyplethysmographie K <i>verrechenbar in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>	27	
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung <i>Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar;</i> <i>verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>	19	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE

	Pos.-Nr.		Punkte
35.	Untersuchungen		
35b	Ausführliche neuropsychiatrische Exploration – K(KNP) <i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die</i> <i>Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	40	
35d	Elektroenzephalographie oder Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Gehirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP) je Untersuchungsart	120	
35e	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patient auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krank- heitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseins- störung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. - K(KNP) <i>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld</i> <i>(B-Block) des Datensatzes anzugeben. Eine Ordination/Visite ist gleichzeitig nicht</i> <i>verrechenbar. Verrechenbar auch für Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III. Das Ergebnis</i> <i>der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.</i> <i>Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	26	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation - K(KNP), PSY <i>Höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	40	
35g	Neuropsychometrische Skala (z.B. MMSE, EDSS, UPDRS, etc) - AM <i>maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	20	
35h	ENG (Elektroneurographie)	68	
35i	EMG (Elektromyographie)	68	
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie) <i>Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden.</i> <i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen</i> <i>Ärztammer gebunden.</i>	108	
36.	Therapeutische Verrichtungen		
36a	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten 1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.	35	

	2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern. <i>Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) <i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.</i>	98
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP) <i>Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	98
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	98
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36f sowie ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	49
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfall verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	11

**X. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN
und der UROLOGIE**

37.	Untersuchungen	
37a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	42
37b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	12
37c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	47
37d	Epicutan-Test, Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c) <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	12

Pos.-Nr.	Punkte
37e	94
Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung	
Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	
<i>Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e:</i>	
a) Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar.	
b) Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhalten Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich	
37f	22
Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieverkrankung K, H, L,	
Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.	
37g	15
Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40% der Behandlungsfälle verrechenbar)	
37h	10
Dreigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	
37i	150
Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln)	
einmal pro Tag verrechenbar;	
die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinatione zur Verfügung gestellt wird, gesondert verrechenbar	
38.	
Therapeutische Verrichtungen	
38a	10
Katheterismus der männlichen Harnblase	
38b	5
Katheterismus der weiblichen Harnblase	
38c	10
Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	
38d	4
Blasenspülung	
38e	16
Erste Strikturedehnung der Harnröhre	
38f	8
Weitere Strikturedehnung	
38i	3
Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	
<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38q ist nicht möglich.</i>	
38j	6
Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D	
<i>höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)</i>	
38k	8
Kühlsonde	
38l	15
Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen.....	
38m	15
Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e)	
<i>nur einmal am Tag verrechenbar</i>	
38n	15
Elektrolyse	
38o	8
Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	
38p	40
Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	
38q	4
Urologische Schleimhautanästhesie	
<i>nur verrechenbar bei Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38x.</i>	
<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich.</i>	
38r	15
Anwendung von Kohlendioxid je Sitzung	
38t	5
Prostatamassage	
38w	60
Therapeutische Instillation der Harnblase	
<i>Die gleichzeitige Verrechnung endoskopischer Leistungen und der Pos. 38a bis 38c, 38i und 38q ist nicht möglich.</i>	
38x	16
Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation	
38y	11,1
Phototherapie, je Behandlung,	

**Xa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE**

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar.

40. Diagnostik	Euro
40a Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	178,50
<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	44,88
40c Diagnostische Außenanamnese	33,66
40d Ausführliche diagnostische Außenanamnese	44,88
40e Neurologischer Status	28,56
40f Entwicklungsneurologischer Status.....	66,30
<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	66,30
40h Somatischer Status	11,22
40i Somatogramm	11,22
<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	357,00
<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	178,50
<i>2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten</i>	
41. Behandlung	
41a Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument.....	67,32
41b Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	178,50
<i>bei max. 10% der Patienten</i>	
41c Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	33,66
Pos.-Nr.	Euro
42. Vernetzungsleistung	
42a Koordination bei Patienten	22,44
42b Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	178,50
<i>1x pro Jahr; max. 20% der Patienten</i>	
42c Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	44,88
<i>1x pro Jahr</i>	
42d Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	11,22

**Xb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE**

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind
2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 6l, 6m, 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f. Wird die Position 7c während eines 3-jährigen Beobachtungszeitraumes in mehr als 20% der Behandlungsfälle abgerechnet, wird über eine Verrechnungsbeschränkung verhandelt.

3. Die Frequenz- und Umsatzentwicklungen dieses Abschnittes werden von ÖÄK und SVA quartalsweise evaluiert. Ergibt sich im Zuge der Evaluierung der Abrechnungsdaten für die ersten drei Quartale eines Jahres ein Quartalsfallwert, der höher als 110% des SGKK-Quartalsfallwertes für Fachärzte für Psychiatrie ist, wird der auf die Positionen dieses Abschnittes anwendbare Punktwert mit 1.1. des folgenden Jahres entsprechend reduziert (wird der SGKK-Fallwert z.B. um 20% überschritten, wird der Punktwert mit darauffolgenden 1.1. um 8,33% gesenkt).
45. Untersuchungen
- 45a Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten 50
 Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
 Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen).
 2. Psychiatrischer Längsschnitt
 Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose.
 3. Behandlungsplan
 Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten.
 4. Verbale Intervention
 Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention
- Maximal fünfmal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar, an einem oder mehreren Tagen. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.*
- 45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten 34
 Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
 Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
 2. Verbale Intervention
 Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention
- Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
 Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*
- 45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten 52,8
 Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
 Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
 2. Verbale Intervention
 Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention
- Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.
 Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

Pos.-Nr.	Punkte
45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten	100
Mindestinhalt:	
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung	
2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention	
<i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten. Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten	9,2
Mindestinhalt:	
1. Außenanamnese mit Bezugspersonen Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch.	
2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten.	
<i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.</i>	
45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	18,9
<i>Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.</i>	
45g Psychiatrische Skale: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	18,3
<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Folgende Regelung tritt für die Zeit von 01.01.2017 bis 31.12.2018 außer Kraft: Die Positionen 45h und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45h Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	18,3
<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Folgende Regelung tritt für die Zeit von 01.01.2017 bis 31.12.2018 außer Kraft: Die Positionen 45g und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.</i>	
45i Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	36,7
<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
45j Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	135,8
<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45k Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	165,1
<i>2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten</i>	

Pos.-Nr.	Punkte
45l Hausbesuch	
<i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d und 45j. Am selben Tag mit 45e nur dann verrechenbar, wenn ein Patientenkontakt nicht möglich ist. Werden bei einem Hausbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Alters(Pflege)heim mehrere SVA-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen Versicherten verrechnet werden.</i>	
	17
45m Ausstellung eines Kassenrezeptes	9,2
<i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a – 45l verrechenbar</i>	

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Pro Patient kann eine Anfang- und Endordination verrechnet werden, weitere Ordinationen nur dann, wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist, was kurz zu begründen ist.
3. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVA einzuholen.

1. Massage	
p 1a Manuelle Massage	12
p 1b Apparatmassage	6
p 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2. Gymnastik	
p 2a Einzelheilgymnastik	13
p 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6
p 2c Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
p 2d Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschiene	15
p 2f Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
p 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
p 3b Quarzbestrahlung	8
p 3c Heißluft	8
p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
p 3e Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
p 3f Zellenbad	11
p 3g Iontophorese	10
p 3h Diathermie	10
p 3i Kurzwellen	12
p 3k Ultraschall	16
p 3l Anwendung der elektrischen Lunge	18
4. Inhalationen	
p 4a Dampfinhalation	5
p 4b Aerosolinhalation	10
5. Buckybestrahlung	
p 5a Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40

6.	Klimakammer	
	p 6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
	p 7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
	p 7b Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVA von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVA gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisung verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die SVA 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. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin und Radiologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Gynäkologie	32
Fachärzte für Innere Medizin	69
Fachärzte für Radiologie	94

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.
6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
7. 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 SVA vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
9. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
------	---	----

Pos.-Nr.		Punkte
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.UC.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta) – R.C.I.K.U.	48
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen) – G.	48
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.U.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.U.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53

Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.

Small-parts-Diagnostik

SP 1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse – R.I.C.K.	48
SP 2	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) – R.H. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos.Nr. SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen	70
SP 3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis – H.	12
SP 5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite) – R.	25
SP 6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten) – R.C.	22
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste – R.O.UC.	41
SP 9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht – R.K.O.	59
SP 10	Sonographie des Scrotalinhaltes – R.K.U.C.	48

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	29
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar. Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	29

Pos.-Nr.		Punkte
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N. C(G)..... <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	44
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N. <i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	17
DS 5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung – N. <i>In maximal 10% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	106

Farbduplex-Diagnostik

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems – R.I.N. C(G) <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>	86
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild – R.C(G).I.K.	15
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchorta – R.C.I.	37
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes – D.I.C(G).R. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	73
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen – D.I.C(G).R. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	73

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I, Kinderkardiologen	70
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I, Kinderkardiologen	148
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.</i>	

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
- Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
- Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
- Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
- Wenn am Orte kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer, Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Pos. Nr. A1 oder A2 und von Fachärzten nach Pos. Nr. E11 bzw. E12 oder E3 verrechnet werden.
- Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen mindestens ein Jahr aufbewahrt werden.

Pos.-Nr.	Durchleuchtungen:	Punkte
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	26
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	28
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	45

Pos.-Nr.		Punkte
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	50
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	18
r 4f	Zuschlag zur Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
r 4g	Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19
Aufnahmen:		
r 5a	Aufnahme 9x12	20
r 5b	Aufnahme 13x18	22
r 5c	Aufnahme 18x24	24
r 5d	Aufnahme 15x40	26
r 5e	Aufnahme 24x30.....	28
r 5f	Aufnahme 30x40	33
r 5g	Aufnahme 35x35	35
r 5h	Zahnfilm	14

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die Leistungen können von Ärzten der jeweils angeführten Fächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt für die mit +) gekennzeichneten Leistungen regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
6. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
9. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos.-Nr.		Punkte
1.01	Blutbild AM, I, K, L	3,5
Pos.-Nr.		Punkte
+ 2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	4,0
+ 2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	4,0
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte AM, D, G, I, K, L, U.....	7,5
+ 3.01	Blutzucker-Bestimmung AM, I, K, U.....	1,0
+ 3.07	Gesamtbilirubin K.....	1,0
+ 3.08	Direktes und indirektes Bilirubin K	1,0
+ 3.16	Kalium AM, I.....	1,0
+ 4.07	GOT (ASAT) K	1,0
+ 4.08	GPT (ALAT) K	1,0
4.20	Troponin T oder Troponin I AM, I, L.....	7,2
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photo- metrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U..... <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	1,0
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U..... <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	1,0
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, G, K, U	3,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K	2,0
+ 11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgerqual. AM, I, K, L.....	2,5
12.01	Nativpräparat D	3,0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D..	9,0
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) U.....	4,0
o 12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K.....	6,9

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn, in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.

7. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVA verrechnet. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.
8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVA direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.
9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50 Prozent, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden. Gleiches gilt für Behandlungen von Kindern unter 6 Jahren.

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	60
II	135
III	235
IV	450
V	765
VI	1115

2. Ärztliche Assistenz

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	45
IV	85
V	140
VI	225

3. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	85
VI	115

Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet.

4. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	210

VI	<p>V und VI nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i.v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 3. anzuwenden. Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.</p>	280
----	---	-----

5. Regiezuschlag

Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken vorgenommen werden, wird ein Regiezuschlag in folgendem Ausmaß geleistet:

Gruppe	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 1a	Incision bei Dakryocystitis	A.
<input type="radio"/> 1c	Operation des Chalazion	A.
<input type="radio"/> 1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten	A. D.
	(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
<input type="radio"/> 1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
<input type="radio"/> 1f	Kanthoplastik mit Naht	A.
<input type="radio"/> 1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
<input type="radio"/> 1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
<input type="radio"/> 1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere ½ Gruppe I)	A.
<input type="radio"/> 1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

<input type="radio"/> 2a	Tarsorrhapie	A.
<input type="radio"/> 2b	Tränendrüsenschichelung	A.
<input type="radio"/> 2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
<input type="radio"/> 2d	Epicanthusoperation	A.
<input type="radio"/> 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht)	A.
<input type="radio"/> 2f	Einfache Tenotomie (Schielopoperation)	A.
<input type="radio"/> 2g	Operation des Pterygium	A.
<input type="radio"/> 2h	Abrasio corneae	A.
<input type="radio"/> 2i	Tätowierung der Cornea	A.
<input type="radio"/> 2k	Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o.ä.	A.
<input type="radio"/> 2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
<input type="radio"/> 2m	Nadeldiscission bei angeborener Katarakta	A.
<input type="radio"/> 2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

<input type="radio"/> 3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
<input type="radio"/> 3b	Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
<input type="radio"/> 3c	Exstirpation des Tränensackes	A.
<input type="radio"/> 3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
<input type="radio"/> 3e	Trichiasisoperation	A.
<input type="radio"/> 3f	Sklerotomie	A.
<input type="radio"/> 3h	Discission bei Katarakta secundaria	A.
<input type="radio"/> 3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 3k	Transfixation der Iris	A.
<input type="radio"/> 3l	Iridotomie	A.
<input type="radio"/> 3n	Tenotomie.....	A.

Gruppe IV

<input type="radio"/> 4a	Schielopoperation mit Vorlagerung und Tenotomie	A.
<input type="radio"/> 4b	Einfache Ptosisoperation.....	A.
<input type="radio"/> 4f	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti.....	A.
<input type="radio"/> 4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik	A.
<input type="radio"/> 4k	Iridektomie	A.
<input type="radio"/> 4l	Enucleatio bulbi	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und NEUROCHIRURGIE

Bei unfallbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des Operationsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeführten Eingriffes zu verrechnen.

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C.O.
<input type="radio"/> 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
<input type="radio"/> 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
<input type="radio"/> 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
<input type="radio"/> 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
<input type="radio"/> 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
<input type="radio"/> 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
<input type="radio"/> 8h	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Excision), z.B. Angiom, Nävus, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm einschließlich Naht- und Wundversorgung	
<input type="radio"/> 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
<input type="radio"/> 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
<input type="radio"/> 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
<input type="radio"/> 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
<input type="radio"/> 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
<input type="radio"/> 8o	Amnionpflanzung nach Filatow	C.G.
<input type="radio"/> 8p	Probeexcision mit Naht	
<input type="radio"/> 8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	

Gruppe II

<input type="radio"/> 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
<input type="radio"/> 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	C.O.
<input type="radio"/> 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
<input type="radio"/> 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	C.
<input type="radio"/> 9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
<input type="radio"/> 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
<input type="radio"/> 9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
<input type="radio"/> 9h	Operative Entfernung (inkl. Naht) einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser (Excision) z.B. Fibrom, Nävus, Atherom, Lipom, Schloffer-tumor, Angiom, Epitheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom	

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
O 9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
O 9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
O 9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
O 9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
O 9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
O 9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
O 9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
O 9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
O 9s	Drüsenimplantation	

Gruppe III

O 10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
O 10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
O 10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung	C.NC.O.
	(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
O 10d	Sehennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O 10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger, u.ä.)	C.D.H.O.
O 10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
O 10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C.O.
O 10h	Operative Entfernung (inkl. Naht und erforderlichenfalls Anästhesie) einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser (Excision), z.B. Lipom, Fibrom, Nävus, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket, Adenoma mammae, Angiom, Rectalpolypen	C.D.O.
O 10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
O 10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
O 10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis	C.
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis	C.I.NC.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
O 10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.U.
O 10r	Radikaloperation von Varicen	C.D.O.
	(mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	
O 10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.

Gruppe IV

O 11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C.O.
O 11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C.O.
O 11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.NC.O.
O 11d	Sehennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C.NC.O.
O 11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
O 11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	C.G.O.U. NC.
O 11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	C.O.
O 11h	Tracheotomie	An.C.H. K. NC.
O 11i	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C.NC.
O 11r	Nodulixstirpation nach Whitehaed	C.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.NC.O.
<input type="radio"/> 11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikozele, Operation des Kryptorchismus	C.U.
<input type="radio"/> 11x	Reamputation	C.O.
<input type="radio"/> 11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.

Gruppe V

<input type="radio"/> 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C.H.
<input type="radio"/> 12c	Neurolyse mit Naht	C.NC.O.
<input type="radio"/> 12d	Sehnenplastik	C.O.
<input type="radio"/> 12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C.H.
<input type="radio"/> 12h	Scalenotomie	C.O.
<input type="radio"/> 12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.D.H.O.
<input type="radio"/> 12v	Amputation oder Enukeation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.O.
<input type="radio"/> 12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
<input type="radio"/> 12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.NC.O.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 16a	Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumores	C.D.
<input type="radio"/> 16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.

Gruppe II

<input type="radio"/> 17a	Excision einer Sklerose	C.D.G.U.
<input type="radio"/> 17b	Exstirpation eines Epithelioms	A.C.D.G.H.

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
<input type="radio"/> 18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
<input type="radio"/> 18c	Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
<input type="radio"/> 18d	Strichabrasio	G.
<input type="radio"/> 18e	Abtragung eines Cervicalpolypen	G.
<input type="radio"/> 18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
<input type="radio"/> 19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
<input type="radio"/> 19b	Dammnaht I. Grades	G.
<input type="radio"/> 19c	Auffüllung der Placenta nach Gabastou	G.

Gruppe II

<input type="radio"/> 20a	Exstirpation des Hymens	G.
<input type="radio"/> 20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
<input type="radio"/> 20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
<input type="radio"/> 20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation).....	G.
<input type="radio"/> 20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
<input type="radio"/> 20f	Skarifikation der Portio	G.
<input type="radio"/> 20g	Discission der Cervix, Cervixdilatation mit Hegarstiften	G.
<input type="radio"/> 20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	G.
<input type="radio"/> 20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
<input type="radio"/> 20k	Pertubation	G.
<input type="radio"/> 20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
<input type="radio"/> 21a	Credé in Narkose	G.
<input type="radio"/> 21b	Dammnaht II. Grades	G.
<input type="radio"/> 21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 21d	Ausgedehnte introitusnahe Scheidennaht	G.
<input type="radio"/> 21e	Kopfschwartenzange	G.
<input type="radio"/> 21f	Muttermundincision	G.
<input type="radio"/> 21g	Hystereuryse	G.
<input type="radio"/> 21h	Episiotomie und Naht	G.

Gruppe III

<input type="radio"/> 22a	Labienresektion	G.
<input type="radio"/> 22b	Exstirpation der Bartholin'schen Drüse	C.G.U.
<input type="radio"/> 22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probe-	
<input type="radio"/> 22d	punktion	G.
<input type="radio"/> 22e	Portioamputation und -plastik	G.
<input type="radio"/> 22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors (Schloffertumor).....	G.
<input type="radio"/> 22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen) R	G.
<input type="radio"/> 22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
<input type="radio"/> 23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
<input type="radio"/> 23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
<input type="radio"/> 23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
<input type="radio"/> 23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
<input type="radio"/> 23e	Zange, Vacuumextraction	G.

Gruppe IV

<input type="radio"/> 25a	Kombinierte Wendung	G.
<input type="radio"/> 25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht	G.
<input type="radio"/> 25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta.....	G.
<input type="radio"/> 25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt.....	G.
<input type="radio"/> 25e	Hohe Zange	G.

Gruppe VI

<input type="radio"/> 29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
---------------------------	---	----

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
<input type="radio"/> 31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
<input type="radio"/> 31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
<input type="radio"/> 31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle	H.K.
<input type="radio"/> 31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
<input type="radio"/> 31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
<input type="radio"/> 31g	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses	C.H.
<input type="radio"/> 31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
<input type="radio"/> 31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
<input type="radio"/> 31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

<input type="radio"/> 32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)	H.
<input type="radio"/> 32b	Intubation	C.H.I.K.
<input type="radio"/> 32c	Kleine plastische Operationen	C.H.
<input type="radio"/> 32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen	H.K.
<input type="radio"/> 32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen	H.K.
<input type="radio"/> 32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck	H.
<input type="radio"/> 32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	H.
<input type="radio"/> 32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung ..	H.
<input type="radio"/> 32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	H.

Gruppe III

<input type="radio"/>	33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	H.
<input type="radio"/>	33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
<input type="radio"/>	33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
<input type="radio"/>	33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
<input type="radio"/>	33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1,7fach)	H.
<input type="radio"/>	33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
<input type="radio"/>	33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
<input type="radio"/>	33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

<input type="radio"/>	34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
<input type="radio"/>	34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
<input type="radio"/>	34c	Größere plastische Operationen	C.H.
<input type="radio"/>	34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
<input type="radio"/>	34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus	H.
<input type="radio"/>	34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
<input type="radio"/>	34h	Operation der Deviatio septi nach Killian	H.
<input type="radio"/>	34l	Ozaena-Operation	H.
<input type="radio"/>	34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.

INNERE MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE, ANAESTHESIOLOGIE

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet	
<input type="radio"/>	38a	Pneumothorax-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
<input type="radio"/>	38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
<input type="radio"/>	38c	Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Encephalographie) 11/2fach	An.C.H.I.N.
<input type="radio"/>	38d	Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
<input type="radio"/>	38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 11/2fach	An.C.I.N.
<input type="radio"/>	38f	Nucleographie	

Gruppe II

<input type="radio"/>	39a	Pneumothorax-Erstanlage	An.I.K.L.
<input type="radio"/>	39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage	I.K.L.
<input type="radio"/>	39c	Liquorausblasung	C.I.K.L.N.
<input type="radio"/>	39d	Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV

<input type="radio"/>	41b	Winterschlaf (Hibernation), (als Hausbehandlung) einschließlich Betreuung	An.N.
-----------------------	-----	---	-------

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Das Material für fixierende Verbände ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.

Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet	
<input type="radio"/>	42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
<input type="radio"/>	42c	Subcutane Tenotomie	C.O.
<input type="radio"/>	42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'schen Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
<input type="radio"/>	42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C.O.

Pos.-Nr.		Fachgebiet
O 42f	Halskrawatte	C.O.
O 42g	Modellverband: Oberschenkel (11/2fach)	C.O.

Gruppe II

O 43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
O 43c	Offene Tenotomie	C.O.
O 43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O 43e	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
O 43f	Abmeißelung von Exostosen	C.O.
O 43g	Operation des Calcaneussporns	C.O.
O 43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.O.
O 43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe III

O 44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
O 44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O 44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.
O 44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44e	Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44f	Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
O 44g	Gipshose	C.O.
O 44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
O 44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
O 44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
O 44l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O 44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O 44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.O.
O 44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C.O.
O 44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe IV

O 45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
O 45b	Gipsbett.....	C.O.
O 45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
O 45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren.....	C.O.
O 45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
O 45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
O 45g	Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O 45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
O 45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk.....	C.O.
O 45m	Plastik kleiner Gelenke	C.O.
O 45n	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
O 45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

Pos.-Nr.		Fachgebiet
<input type="radio"/> 46a	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
<input type="radio"/> 46g	Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
<input type="radio"/> 46l	Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
<input type="radio"/> 46m	Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniskusoperation)	C.O.

UROLOGIE

Gruppe I

<input type="radio"/> 48a	Endourethrale Elektrocoagulation	D.U.
<input type="radio"/> 48b	Meatotomie	D.U.

Gruppe II

<input type="radio"/> 49a	Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
<input type="radio"/> 49b	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
<input type="radio"/> 49c	Urethrotomia interna	U.
<input type="radio"/> 49d	Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.
<input type="radio"/> 49e	Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
<input type="radio"/> 49f	Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

<input type="radio"/> 50a	Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge	U.
	Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen	
<input type="radio"/> 50b	Steinen	U.
<input type="radio"/> 50c	Urethrotomia externa	U.
<input type="radio"/> 50d	Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.
<input type="radio"/> 50e	Probeexcision aus der Blase	U.

Gruppe V

<input type="radio"/> 52a	Lithotripsie	U.
---------------------------	--------------------	----

C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Wenn der Patient zur physikalischen Therapie zugewiesen wird, kann eine erste Untersuchung nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden. Bei Beendigung der jeweiligen Behandlung kann eine Schlussordination nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden.
2. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVA einzuholen.

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Massage	
	P 1a Manuelle Massage	12
	P 1b Apparatmassage	6
	P 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2.	Gymnastik	
	P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6
	P 2g Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	39
	P 2h Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 20 Min.)	26
	P 2i Bewegungstherapie-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	10

P 2j	Unterwasserheilgymnastik-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	43
P 2k	Unterwasserheilgymnastik-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	12
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
P 3b	Quarzbestrahlung	8
P 3c	Heißluft	8
P 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
P 3e	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
P 3f	Zellenbad	11
P 3g	Iontophorese	10
P 3h	Diathermie	10
P 3i	Kurzwele	12
P 3k	Ultraschall	16
P 3l	Anwendung der elektrischen Lunge	18
4.	Inhalationen	
P 4a	Dampfinhalation	5
P 4b	Aerosolinhalation	10
6.	Klimakammer	
P 6a	Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
P 7a	Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
P 7b	Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Fachärzten für nichtklinische Medizin durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtung verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ringversuchen sowie der internen Qualitätssicherung.

Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Mit Wirkung ab 1.1.2019 können Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie Leistungen dieses Abschnittes nicht mehr abrechnen. Für sie gelten ab diesem Zeitpunkt die Regelungen nach Abschnitt A. XIV. der Honorarordnung.

4. Für Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie, deren Einzelvertrag nach dem 01.03.2016 in Kraft tritt, gilt die Einschränkung gemäß Punkt 3. bereits mit Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages.
5. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
6. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
7. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
8. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
10. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
11. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
12. Notwendige Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.
13. Vertragsfachärzte für Pathologie können ausschließlich Leistungen der Gruppen 51 bis 54 abrechnen. Ärzte für Allgemeinmedizin und andere Vertragsfachärzte sind zur Abrechnung von Leistungen der Gruppen 51 bis 54 nicht berechtigt. Weiters gilt:
 - a) Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der SVA nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
 - b) Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
 - c) Leistungen der Gruppen 51 (gynäkologische Zytologie) und 52 (extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztesgesetz in Verbindung mit der Ausbildungsordnung) verrechenbar.
 - d) Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
1.01 Blutbild L	3,5
1.04 Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes.....	10,0
1.09 Retikulozyten-Zählung	6,0
o 1.11 Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
o 1.12 Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13 Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung.....	200,0
1.14 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG).....	1,5

Pos.Nr.	Punkte
o 1.16 HLA-B 27	20,0
<i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i>	
o 1.17 Leukozytendifferenzierung < 5 Typ.....	20,0
<i>Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i>	
o 1.18 Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80,0
<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	
o 1.19 Leukozytendifferenzierung > 10 Typ.....	150,0
<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	

Gruppe 2: Blutgerinnung

Pos.Nr.	Punkte
o 2.01 Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit Bestimmung	10,0
+ 2.03 Thrombozyten-Zählung	3,5
+ 2.04 Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“	4,0
<i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	
+ 2.05 Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	4,0
<i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	
+ 2.06 Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4,0
o 2.07 Thrombinzeit (TZ).....	4,0
o 2.08 Fibrinogen	4,5
2.09 Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
o 2.10 Antithrombin III-Bestimmung.....	10,0
o 2.11 APC-Resistenz.....	8,0
<i>nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening</i>	
o 2.12 Protein C	15,0
<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
o 2.13 Protein S	15,0
<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
o 2.14 Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je.....	15,0
<i>einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar</i>	
o 2.15 Lupusantikoagulans	14,0
<i>Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habituellem Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT</i>	

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
+ 3.01 Blutzucker-Bestimmung U	1,0
o 3.02 Fruktosamine	4,0
<i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>	
o 3.03 HbA1 oder HbA1c	9,0
<i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i>	
+ 3.04 Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN U	1,0
+ 3.05 Kreatinin U	1,0
+ 3.06 Harnsäure U, O	1,0
+ 3.07 Gesamtbilirubin	1,0
+ 3.08 Direktes und indirektes Bilirubin.....	1,0
+ 3.09 Gesamteiweiß-Bestimmung.....	1,0
o 3.10 Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	9,0
+ 3.11 Triglyceride (Neutralfette)	1,0
+ 3.12 Gesamtcholesterin	1,0
+ 3.13 HDL-Cholesterin.....	1,3
+ 3.14 LDL-Cholesterin	1,3
o 3.15 Natrium.....	1,0
+ 3.16 Kalium	1,0
o 3.17 Kalzium	1,0
o 3.18 Chloride.....	1,0

Pos.Nr.	Punkte
o 3.19 Phosphor.....	1,5
o 3.20 Magnesium.....	1,5
o 3.21 Lithium.....	2,0
<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	
o 3.22 Kupfer.....	5,0
o 3.23 Eisen.....	2,0
o 3.24 Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung.....	5,5
<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	
o 3.25 Ferritin.....	2,5
o 3.26 Albumin.....	1,3
o 3.27 Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter.....	25,0
o 3.28 Transferrin.....	2,5
<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
o 3.29 Ammoniak.....	2,5
<i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	
o 3.30 Laktat.....	2,5
<i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	
o 3.31 LP a.....	9,3
<i>nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend</i>	

Gruppe 4: Enzyme

Pos.Nr.	Punkte
o 4.01 Aldolase.....	2,5
+ 4.02 Alkalische Phosphatase U.....	1,0
+ 4.03 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,8
+ 4.04 Cholinesterase.....	1,0
+ 4.05 CK (Creatin-Kinase).....	1,1
+ 4.06 CK-MB-Isoenzym.....	2,5
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
+ 4.07 GOT (ASAT) U.....	1,0
+ 4.08 GPT (ALAT) U.....	1,0
+ 4.09 Gamma-GT U.....	1,0
o 4.12 Lipase-Bestimmung.....	1,6
o 4.13 LDH.....	1,0
o 4.15 Angiotensin-converting-Enzym (ACE).....	9,0
o 4.16 Myoglobin.....	5,0
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
4.20 Troponin T oder Troponin AM, I, L.....	7,2

Die Positionen 4.07, 4.08 und 4.09 können von Fachärzten für Urologie nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) verrechnet werden.

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
5.01 Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez.Gewicht und photometrische Auswertung.....	1,0
<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02 Streifentest im Harn (visuelle Auswertung).....	1,0
<i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	
5.03 Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) G, U.....	3,0
5.04 Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten.....	3,0
o 5.06 Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine).....	10,0
o 5.07 Porphobilinogen.....	10,0
o 5.08 Deltaaminolaevulinsäure (ALA).....	15,0
o 5.09 5-Hydroxyindolessigsäure.....	15,0
+ 5.10 Mikroalbumin.....	1,0
o 5.11 Gesamteiweißbestimmung.....	1,0
+ 5.13 Glukose.....	1,0

Pos.Nr.	Punkte
o 5.15 Kreatinin	1,0
o 5.17 Natrium.....	1,0
o 5.18 Kalium	1,0
o 5.19 Kalzium	1,0
o 5.20 Chloride.....	1,0
o 5.21 Phosphor.....	1,0
o 5.22 Kupfer.....	25,0
+ 5.23 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,5
Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
o 6.01 Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15,0

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
+ 7.01 Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	9,0
7.02 Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen).....	2,0
o 7.03 Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9,0
o 7.04 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung.....	9,0
o 7.05 Pankrease-Elastase im Stuhl..... <i>bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz</i>	20,0

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
+ 8.01 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung L..... <i>nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar</i>	5,0
+ 8.02 Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung L..... <i>nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar</i>	8,0
o 8.05 Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit G, U.....	15,0

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
9.01 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung..... <i>nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar</i>	5,0
9.02 Sediment nativ und Färbepreparat	5,0
<i>nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar</i>	
9.03 Bestimmung der Zellzahl	5,0
9.04 Mikroskopischer Kristallnachweis	5,0
9.05 Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	5,0
o 9.06 Albumin	2,0
o 9.07 Gesamteiweiß-Bestimmung.....	2,0
o 9.08 Glukose	2,0
o 9.09 Harnsäure O.....	2,0
o 9.10 LDH	2,0
o 9.11 CRP (C-reaktives Protein) quantitativ.....	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

Pos.Nr.	Punkte
o 10.01 Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor..... <i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i>	15,0
o 10.02 3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest	15,0
o 10.03 Coombstest direkt	7,0
o 10.04 Coombstest indirekt	15,0
o 10.05 Kälteagglutinationsreaktion.....	6,0
o 10.06 Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren..... <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>	11,0
o 10.07 Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration)..... <i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i>	13,0
o 10.08 Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02)	24,0
o 10.09 Dw	11,0
o 10.10 Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problem- konstellationen.....	12,4

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
o 11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation..... <i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar</i>	25,0
o 11.02 Kappa- und Lambdaketten.....	14,0
o 11.03 Haptoglobine	7,0
o 11.04 Coeruloplasmin	10,0
o 11.05 Alpha-1-Antitrypsin.....	4,0
o 11.06 Alpha-2-Makroglobulin	7,0
o 11.07 Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42)	13,0
<i>nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar</i>	
o 11.08 Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
o 11.09 HBs-Antigen	9,0
o 11.10 HBs-Antikörper	9,0
o 11.11 HBc-Antikörper	9,0
o 11.12 HBc-IgM-Antikörper.....	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.13 HBe-Antigen.....	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.14 HBe-Antikörper.....	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
o 11.15 HAV-Antikörper	10,0
o 11.16 HAV-IgM-Antikörper	11,5
<i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>	
o 11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0
o 11.18 TPHA-Test.....	5,0
o 11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS).....	12,5
o 11.20 19 S (IgM) FTA-ABS-Test.....	12,5
o 11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5
+ 11.23 Antistreptolysin-O-Objektträger-test qual.	2,5
o 11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung.....	2,5
+ 11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qual.L	2,5
o 11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
+ 11.30 Mononukleosetest als Objektträger-test.....	5,0
o 11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,0
o 11.33 IgE	7,0
o 11.34 Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
<i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>	
o 11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
o 11.36 Anti-DNS	13,0
o 11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10,0
o 11.38 Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je.....	15,0

Pos.Nr.		Punkte
o 11.39	Mitochondriale Antikörper	13,0
o 11.40	Mikrosomale Antikörper	11,5
o 11.41	Thyreoglobulin Antikörper	11,5
o 11.42	PSA	7,0
	<i>verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	
	<i>Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom</i>	
	<i>(erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung)</i>	
	<i>Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-</i>	
	<i>Mutation</i>	
	<i>Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution</i>	
	<i>Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich)</i>	
	<i>Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom</i>	
	<i>Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer</i>	
	<i>Knoten)</i>	
o 11.43	freies PSA	5,0
	<i>in max. 10% der Pos. 11.42</i>	
o 11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
	<i>nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische</i>	
	<i>Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist</i>	
o 11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
o 11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK).....	11,5
	<i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose</i>	
	<i>anforder- und verrechenbar</i>	
o 11.47	C3-Komplement	10,0
o 11.48	C4-Komplement	10,0
o 11.49	ANA-Subsets.....	9,0
	<i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	
o 11.50	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je	11,3
	<i>max. 3 AK</i>	
o 11.51	c-ANCA oder p-ANCA	12,0
	<i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i>	
o 11.52	Gliadin-AK	10,0
	<i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal</i>	
	<i>anforder- und verrechenbar</i>	
o 11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper.....	10,0
	<i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i>	
o 11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3	14,0
	<i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i>	
o 11.55	Vitamin B12	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
o 11.56	Folsäure	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
o 11.57	Apolipoproteine	5,7
	<i>nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar</i>	
o 11.58	C1 Esterase Inhibitor.....	6,9
o 11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Auto-	
	antikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je	7,9
	<i>max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>	

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat	3,0
+ 12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc L	5,0
+ 12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung L	5,0
o 12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Myko-	
	plasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest.....	20,0
o 12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller	
	Färbepreparate.....	9,0
o 12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller	
	Färbepreparate D	9,0
o 12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D..	9,0
o 12.08	Kultur auf Mykoplasmen.....	11,0

Pos.Nr.	Punkte
o 12.10 Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je..... <i>höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar</i>	7,0
o 12.11 Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate.....	20,0
+ 12.12 Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) D, U	4,0
o 12.13 Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger.....	14,0
o 12.16 Brucella AK KBR	8,0
o 12.17 Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
o 12.18 Echinokokken KBR.....	8,0
o 12.19 Gruber-Widal (O- u. H-Antigene).....	8,0
o 12.20 HIV-AK (Elisa)	9,0
o 12.21 HIV-Western-Blot oder IFT..... <i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	35,0
o 12.23 Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
o 12.24 Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je..... <i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	13,5
o 12.25 Toxoplasmose IIFT	15,0
o 12.27 Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
<i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	
o 12.28 Zystizerkosen KBR	8,0
o 12.29 Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20,0
o 12.31 Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je.....	11,5
o 12.32 Amöben-AK	15,0
o 12.33 Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA.....	15,0
o 12.34 Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
o 12.37 Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je.....	15,0
o 12.38 Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
o 12.40 Echinokokken HAT.....	10,0
o 12.41 Enteroviren KBR.....	8,0
o 12.44 Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je.....	15,0
o 12.46 FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
o 12.47 Gonokokken-Antigen (EIA).....	15,0
o 12.48 Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.50 Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
o 12.52 Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
o 12.53 Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
o 12.55 Listerien KBR.....	8,0
o 12.56 Leishmaniose KBR, HAT.....	10,0
o 12.58 Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.59 Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.62 Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
o 12.63 Picorna Virus KBR.....	8,0
o 12.64 Qu-Fieber KBR	8,0
o 12.65 Rota Viren KBR	8,0
o 12.66 Trichinose KBR.....	8,0
o 12.67 Trichinose IFT, EIA.....	15,0
o 12.68 Tularämie (KBR, Agg. T)	15,0
o 12.70 Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je.....	15,0
o 12.71 Yersinia KBR	8,0
o 12.73 Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.74 Zystizerkosen IFT	10,0
o 12.75 Helicobacter pylori AK-Nachweis C..... <i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	15,0
o 12.76 Borrelien IgG oder IgM AK	12,0
o 12.77 Borrelien-Westernblot IgG oder IgM	15,0
<i>bei positiven Borrelien</i>	
o 12.78 HCV-RNS quantitativ..... <i>nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV- PCR anforder- und verrechenbar</i>	100,0

Pos.Nr.	Punkte
o 12.79 HCV-PCR qualitativ	35,0
<i>grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar</i>	
o 12.80 HPV-Typisierung	41,0
<i>bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernruhe) anforder- und verrechenbar</i>	
o 12.81 Cytomegalie-PCR.....	70,0
<i>nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)</i>	
o 12.82 Heliobacter pylori AG im Stuhl	30,0
<i>nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therpiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i>	
o 12.83 Bordetella pertussis PCR	28,0
o 12.84 Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	5,0
<i>nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	
o 12.85 HIV PCR quantitativ	80,0
<i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	
o 12.86 Stuhlkultur.....	17,0
<i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
o 12.87 Clostridientoxin	20,0
<i>Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	
o 12.88 Bartonella henselae-AK.....	10,5
o 12.89 Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4
o 12.90 LCM Virus AK.....	11,4
o 12.91 Ornithose-Antikörpernachweis je	11,4
o 12.92 Mycoplasmen AK je.....	11,4
o 12.93 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K.....	6,9
<i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar</i>	
o 12.94 Parainfluenza-Antikörpernachweis je.....	11,4
o 12.95 Parvovirus AK (Ringelröteln) je	11,4
o 12.96 Legionelle IgG oder IgM.....	11,4
o 12.98 Tetanus-Antikörper.....	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

Pos.Nr.	Punkte
o 13.01 Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)	10,0
<i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar; Lithium - siehe Gruppe 3</i>	
o 13.02 Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	10,0
o 13.06 Theophyllin.....	10,0
o 13.07 Drogennachweis, quantitativ im Harn, je	6,0
<i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>	
o 13.08 Antibiotika, Zytostatika	13,0
o 13.09 Schwermetalle	20,0
<i>bei dringendem Vergiftungsverdacht</i>	

Gruppe 14: Hormone

Pos.Nr.	Punkte
o 14.01 Gesamt-T4 oder freies T4	6,0
<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	

Pos.Nr.	Punkte
o 14.02 Gesamt-T3 oder freies T3	6,0
<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
o 14.03 TSH	5,4
<i>TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)</i>	
o 14.04 Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG).....	10,0
o 14.05 Aldosteron	20,0
o 14.06 Cortisol	10,0
o 14.07 Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7,0
o 14.08 Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	25,0
<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
o 14.09 Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandel- säure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
o 14.12 Luteinisierendes Hormon (LH)	7,0
o 14.14 Östradiol	8,0
o 14.16 Parathormon.....	19,5
o 14.19 Progesteron.....	8,0
o 14.20 Prolaktin	7,0
o 14.21 Testosteron	8,0
o 14.22 Wachstumshormon (STH).....	20,0
o 14.23 17-Hydroxy-Progesteron	21,0
o 14.24 SHBG	11,0
o 14.25 DHEA-S.....	10,0
o 14.26 ACTH.....	18,0
o 14.27 Androstendion	13,0
o 14.28 c-Peptid	12,6
<i>nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar</i>	
o 14.29 Insulin	12,6
<i>zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II</i>	
o 14.30 Osteocalcin.....	10,7
o 14.31 Gastrin	12,6
o 14.32 Crosslabs	10,7
o 14.33 pro-BNP.....	15,2
<i>1 x pro Fall und Jahr abrechenbar</i>	

Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

Gruppe 15: Funktionsproben

Pos.Nr.	Punkte
+ 15.01 Oraler Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindesten drei Blut- und Harn- zuckerbestimmungen)	5,0
+ 15.02 Kreatinin-Clearance endogen U.....	5,0
o 15.03 TRH Test (TSH basal und nach Stimulation).....	18,0

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

Pos.Nr.	Punkte
o 16.01 Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02*) Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
<i>zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9</i>	
16.03*) Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
o 16.04 Gefrierschnitt	5,0

*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

Pos.Nr.		Punkte
o 18.01	Blutentnahme aus der Vene.....	2,5
o 18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5,0
o 18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt..... <i>1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar</i>	5,0
o 18.04	Abstrich je Abnahmestelle	3,0
o 18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	3,0
o 18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	3,0
o 18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	10,0

Gruppe 51: Gynäkologische Zytologie

Pos.Nr.		Euro
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	7,45
	<i>verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der SVA bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben</i>	
51.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze).....	2,32
	<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar</i>	
51.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen	3,29
	<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	
51.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	6,18
55.03	HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“ humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko.....	43,60
	<i>in 1% der honorierten Pos.Nrn. 51.01 und VZYT1 verrechenbar</i>	

Gruppe 52: Extragenitale Zytologie

Pos.Nr.		Euro
52.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	10,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.02 verrechenbar</i>	
52.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	13,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.01 verrechenbar</i>	
52.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	5,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung verrechenbar</i>	

Pos.Nr.	Euro
52.04 Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	6,00
<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar</i>	
52.05 Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02.....	10,00
<i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar</i>	
52.07 Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	21,45
<i>maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar</i>	

Erläuterungen:

- a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen
- b) Pos.Nr. 52.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- c) Pos.Nr. 52.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- d) Hinsichtlich der Pos.Nrn. 52.01/52.02 und 52.04/52.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 53: Mikrobiologie

Pos.Nr.	Euro
53.01 Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung	12,93
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar</i>	
53.02 Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	6,86
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.03 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung.....	6,86
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.04 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung	5,96
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.06 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze).....	2,32
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar</i>	
53.07 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen	3,29
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	
53.08 Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial	9,77
53.09 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.Ä)	3,29
<i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	
53.10 Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis.....	2,32
<i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	
53.11 Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,75

Pos.Nr.	Euro
53.14 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10</i>	1,86
53.15 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbpräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	2,80
53.16 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate (zB Harnkultur) <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar</i>	8,96
53.17 Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	11,21
53.19 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	11,21
53.20 Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	13,12
53.21 Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	13,18
53.22 Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbpräparate je Kultur <i>maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)</i>	8,01
53.23 Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	15,01
53.24 Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	23,59
53.25 Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult) <i>nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen</i>	3,50
53.26 Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers <i>bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i>	10,37

Gruppe 54: Histologie

Pos.Nr.	Euro
54.01 Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	26,55
54.02 Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden <i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	26,55
54.05 Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	3,00

Pos.Nr.	Euro
54.06 Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	7,00
54.07 Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	13,00
54.09 Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02 <i>maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar</i>	44,00
54.10 Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	8,40

Erläuterungen:

- a) Pos.Nr. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- b) Pos.Nr. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrere Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- c) Zu den Pos.Nrn. 54.01 und 54.02:
werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:
- Entnahme mehrerer Lymphknoten
 - Entnahme mehrerer Naevi
 - mehrere Magenbiopsien
 - Entnahme aus paarigen Organen
- d) hinsichtlich der Pos.Nrn. 54.01/54.02, sowie 54.06/54.07 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig
die Pos.Nrn. 54.05 bzw. 54.10 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

2. Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifikatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.
3. Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.
4. Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifes (Pos.Nr. R 101 bis R 808) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.
5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.
6. Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.
7. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigelegt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der SVA abgerechnet werden.
8. Untersuchungen auf Rechnung der SVA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die SVA hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.
9. Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:
 - a. Familiäre erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits);
Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;
Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Nefte, Halbschwester, Halbbruder;
Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

Hohes Risiko (das bedeutet: 10-Jahres-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

Moderates Risiko (das bedeutet 10-Jahrs-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weiblichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männlichen Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 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 sein); 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.
Moderates Risiko liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor.
 - b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ

Anmerkung: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf

- c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie
Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.
 - d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
 - e. Mastodynie einseitig
 - f. Histologisch definierte Risikoläsionen
Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.
 - g. Sekretion aus Mamille
Anmerkung: Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss
 - h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
Anmerkung: jährlich Mammographie und Ultraschall beidseits, MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
 - i. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle
 - j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiothikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
 - k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangenhaut, Plateaubildung, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie
 - l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle
10. Keine kurative Mammographie darf bei folgenden Indikationen verrechnet werden: Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organtarif

Von den im Organtarif ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 50% als Honorarteil und 50% als Unkosten

Schädel

Pos.-Nr.		Punkte
R101	Schädel	76,9
R102	Gesichtsschädel	33,0
R103	Schädelbasis	33,0
R104	Sella	29,3
R105	Schläfenbein, pro Seite	91,6
R106	Nasennebenhöhlen	84,1
R107	Nasenbein	29,3
R108	Kiefergelenk, pro Seite	54,8
R109	Gesamter Oberkiefer	55,5
R110	Gesamter Unterkiefer	55,5
R111	Zahnstatus	107,4
R112	Zähne, 1-3 benachbarte	29,3

(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

Pos.-Nr.		Punkte
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)	91,6
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)	160,9
R203	Brustwirbelsäule (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	75,1
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	120,0
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	76,9
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl. (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)	136,9
R207	Rippen, einseitig	49,6
R208	Sternum	76,9

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

Pos.-Nr.		Punkte
R301	Clavicula, pro Seite	37,7
R302	Scapula, pro Seite	76,9
R303	Oberarm, pro Seite	71,6
R304	Unterarm, pro Seite	71,6
R305	Hand, pro Seite	76,9
R306	Navicularserie, pro Seite (gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)	29,3
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen (mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)	54,8
R308	Oberschenkel, pro Seite	84,7
R309	Unterschenkel, pro Seite	71,6
R310	Ganzer Fuß, pro Seite	76,9
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite (mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)	62,3
R312	Calcaneus, pro Seite	54,8
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	37,7
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	86,3
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	54,8
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	54,8
R317	Becken	49,6
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.) (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)	88,2
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)	40,3
R320	Kniegelenk, pro Seite	73,9
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite (nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)	95,9
R322	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	80,4
R323	Sprunggelenk, pro Seite	62,3
R324	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	140,4
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	136,9

Halsorgane, Herz und Lunge

Pos.-Nr.		Punkte
R401	Thorax	95,5
R402	Halsorgane	103,6
R403	Tomographie der Lunge, bds.	140,4

Magen – Darmtrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R501	Oesophagus	121,7
R502	Magen-Duodenum in Doppelkontrast	228,5
R503	Dünndarmpassage	78,4
R504	Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	78,4
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	393,2
R506	Abdomen, nativ	49,6

Harntrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R701	Harntrakt, Nativaufnahme	49,6
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i>	
R702	i.v. Pyelographie	307,0
R703	Inf. Pyelographie	332,2
R704	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	347,6
R705	Tomographie der Nieren, bds.	140,4

Spezialuntersuchungen

Pos.-Nr.		Punkte
R801	Mammographie, beidseits	172,5
R802	Mammographie, einseitig	88,1
R803	Galaktographie	191,4
R804	Hystero- Salpingographie	159,6
R805	Pneumocystographie	96,4
R806	Phlebographie, pro Extremität	190,8
R807	Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung)	103,6
R808	Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen.....	195,9

Formatetarif

1. Grundhonorar

Pos.-Nr.		Punkte
R 1a	Erste röntgenologische Leistung	16,3
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tag	10,9

2. Sonderleistungen

Pos.-Nr.		Punkte
R 2a	Darmeinlauf mit Kontrastmittel	8,1
R 2e	Intramuskuläre Injektion	4,1

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos.-Nr.		Punkte
R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	16,6
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	19,3
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos.Nr. R 3b + 3 x Pos.Nr. R 3e).....	41,8
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	25,4
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	7,5
R 3f	Zuschlag zur Pos. R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	12,0
R 3g	Zuschlag zur Pos. R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	14,5

4. Aufnahmen		Punkte
Pos.-Nr.		
R 4a	Format 9x12	10,7
R 4b	Format 13x18	15,7
R 4c	Format 18x24	20,0
R 4d	Format 15x40	25,4
R 4e	Format 24x30	28,4
R 4f	Format 30x40	32,9
R 4g	Format 35x35	35,9
R 4h	Zahnfilm	6,5
R 4i	Format 35x43	39,0
R 4j	Format 30x90	62,8
R 4k	Format 20x40	29,3

5. Mehrphasenaufnahmen		Punkte
Pos.-Nr.		
R 5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	20,0
R 5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	28,4

RÖNTGENTHERAPIE

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten.

Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit * gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.

- a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes,
- b) „Stelle“ ist das erkrankte Organ.

Beispielsweise gilt als Stelle:

Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus).

Jedes große Gelenk, eine Hand, ein Fuß u.ä.

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).

Bei herdförmigen Erkrankungen, z.B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.

2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorare und Unkosten im Verhältnis der darüber hinaus durchgeführten Sitzungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Wird bei Positionen aus der Tarifgruppe I und II aus medizinischer Indikation eine zweite oder weitere Serie angeschlossen, so muss die vorangegangene Serie mit der Maximalzahl der vorgesehenen Sitzungen erfüllt sein.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I: 80 Punkte			
R 9a	Akne	2-6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R 9d	Ekzem, chronisch und mykotisch	2-6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	2-6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R 9g	Epididymitis	2-6	4
R 9h	Epilepsie	2-6	4
R 9i	Erysipel	2-6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin	2-6	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 9l	Furunkel, unspezifische Lymphadenitis	2-6	4
R 9m	Intertrigo	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus	2-6	4
R 9o	Migräne	2-6	4
R 9p	Mikulicz'sche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodonitis	2-6	4
R 9t	Periones	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scrophuloderma	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
----------	--	-------------------------------	-------------------------------

10. Tarifgruppe II: 130 Punkte

R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke ..	4-6	3
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneus- sporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4-6	3
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen) .. Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	1 6*)	1 2
R 10h	Mastitis acuta	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata acuminata	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3

Bei den Positionen R 10m, R 10o, R 10q gelangt die 11/4fache Punkteanzahl zur Verrechnung.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
----------	--	-------------------------------	-------------------------------

11. Tarifgruppe III: 180 Punkte

R 11a	Aktinomykose mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster, Neurodermatitis	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-8	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4
R 11t	Schloffertumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3-4	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
12. Tarifgruppe IV: 280 Punkte			
R 12a	Hirndrucksymptome Plexus (chorioideusbestrahlung)	3	3
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahyperthrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
13. Tarifgruppe V: 310 Punkte			
R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4*)	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4*)	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4*)	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
14. Tarifgruppe VI: 340 Punkte			
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut, ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2-10	3 (4)
R 14b	Kraurosis vulvae	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhäangiome	6-10*)	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte			
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	8–12	4 (5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10–20	3 (4)
R 15c	Fraktionierte Bestrahlung der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen	8–12*)	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte			
R 16	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	13–24	3 (4)

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte			
R 17	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	25–40	2 (3)

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte			
R 18	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	41–75	1 (2)

Die bei R 14a, 15–18 in Klammer angegebene Maximalzahl der Serien wird nur bei entsprechender medizinischer Begründung anerkannt.

Bei der Abrechnung der Pos. R 15–18 ist vom Arzt die verabfolgte Gesamtdosis anzugeben.

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) bis X (R18) erfolgen folgende Zuschläge:

- a) Bei Gitterbestrahlung 25%
- b) bei Bewegungsbestrahlung 50%
- c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung 75%
- d) bei Kombination von b) und c) 125%

Pos.-Nr.	20. Buckybestrahlung:	
R 20a	Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40 Punkte

21. Radiumtherapie:

Die Honorierung der Radiumtherapie wird in einer besonderen Vereinbarung zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Österreichischen Ärztekammer festgesetzt.

R 22a	Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z.B. Kontrolle nach Röntgen-[Radium-]therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen[Radium-]therapie	15 Punkte
-------	--	-----------

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

MU 1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI 1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 11,55
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN 1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU 1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU 2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU 3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU 4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU 5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU 6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU 7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU 8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO 1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH 1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
	<i>Im Zeitraum 1.1.2002 bis 1.1.2004 auch im Rahmen der KU 2 zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat durchführbar.</i>	
KA 1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA 2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS 1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshöften in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS 2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshöften zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 12. und 16. Lebenswoche durchführbar.</i>	

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

Sondervereinbarungen zur Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen, die entsprechend der Empfehlung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen sind, können mit Fachärzten für Innere Medizin abgeschlossen werden. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset. Das Honorar je Untersuchung, einmal pro Patient verrechenbar in drei Monaten, beträgt

ERGO inkl. EKG	Punkte 138
----------------------	---------------

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte

Abschnitte der Honorarordnung	Punktwerte ab			
	1.1.2012	01.03.2016	01.01.2017	01.01.2018
A. I (ohne 1j)	€ 0,6813	€ 0,6990	€ 0,7112	€ 0,7254
A. I 1j	€ 0,6813	€ 0,6813	€ 0,6932	€ 0,7071
A. II TA	€ 0,6813	€ 0,6983	€ 0,7105	€ 0,7105
A. III bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f und 36a bis 36f)	€ 0,6813	€ 0,6983	€ 0,7105	€ 0,7247
A. VIII (34a bis 34f)	€ 0,5321	€ 0,5321	€ 0,5374	€ 0,5428
A. IX (35b, 35e, 35f und 36a bis 36f)	€ 0,6499	€ 0,6499	€ 0,6613	€ 0,6745
A. Xb		€ 1,0600	€ 1,3000	€ 1,5000
A. XI und C.	€ 0,5115	€ 0,5243	€ 0,5243	€ 0,5295
A. XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5218	€ 0,5348	€ 0,5348	€ 0,5450
Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218	€ 0,5218	€ 0,5218	€ 0,5218
A. XIII	€ 0,4690	€ 0,4807	€ 0,4855	€ 0,490
A. XIV		€ 1,7480 ²⁾	€ 1,7480 ²⁾	€ 1,7480 ²⁾
B. Operationen	€ 0,6813	€ 0,6990	€ 0,7112	€ 0,7112
D. Labor	€ 1,6264 ¹⁾	€ 1,3425 ¹⁾	€ 1,2888 ¹⁾	€ 1,2372 ¹⁾
E. (R1a-R2e)	€ 0,5880	€ 0,6226	€ 0,6288	€ 0,6351
E. (R3a-R5b)	€ 0,4690	€ 0,4966	€ 0,5016	€ 0,5066
E. (ohne R1a-R5b)	€ 0,5157	€ 0,5460	€ 0,5515	€ 0,5570

- 1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 1.3.2016 folgende Ausnahmen:
Werden die Pos.Nrn. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik, die Pos.Nr 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde oder Urologie bzw. die Pos.Nrn. 1.01, 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Punktwert von 1,7480 € zur Anwendung.
- 2) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 1.3.2016 folgende Ausnahmen:
- Werden die Pos.Nrn. 1.01, 4.20, 5.03, 7.02 und 12.93 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.16, 4.20 und 7.02 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.