

44 / 2020 Rundschreiben

Ergeht per E-Mail an:

1. den Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer
2. alle Obleute und Obleute-Stellvertreter der Landeskurien niedergelassene Ärzte
3. die Präsidenten jener Landesärztekammer, die aufgrund ihrer Berufsausübung Angehörige der Kurie niedergelassen Ärzte sind:
Präs. Dr. Jonas, Präs. Dr. Reisner, Präs. Dr. Wechselberger
4. den Obmann der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte
5. den geschäftsführenden Obmann der Bundessektion Fachärzte sowie die drei Bündessprecher
6. den Obmann der Bundessektion Turnusärzte
7. Dr. Ludwig Gruber als BKAA-Vertreter

sowie zur Information an:

8. alle Landesärztekammern

Wien, 2. Juli 2020
Mag. JS/MM/BeS

Betrifft: COVID-19 Maßnahmenpaket für Ärzte bei den Sonderversicherungsträgern

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer informiert, dass mit den Sonderversicherungsträgern ein COVID-19 Maßnahmenpaket für Ärzte ausverhandelt werden konnte. Die folgenden Maßnahmen gelten für den Zeitraum vom 01.07.2020 bis 31.12.2020.

Der Brief-Gegenbrief mit der BVAEB sieht folgende Änderungen vor:

Limiterhöhungen:

- Um die pandemiebedingten Leistungen, die vom ersten Halbjahr ins zweite verschoben wurden, schrittweise nachholen zu können, wurden Erhöhungen von Limitierungen bei den entsprechenden Honorarpositionen ausverhandelt. Übersichtshalber haben wir die besprochenen Leistungen in einer beigelegten Datei angefügt (s. blg. Tabelle).

Änderungen bei den Degressionsregelungen:

- Zusätzlich wurden Änderungen bei den Degressionsregelungen im Abschnitt XII. **Sonographische Leistungen** der Honorarordnung durchgeführt. Die Sonographie-Schwellenwerte wurden um 20 % erhöht und sind folgendermaßen definiert:

„Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:

<i>BVAEB-Öffentlich Bedienstete</i>	<i>BVAEB-Eisenbahn Bergbau</i>
<i>Fachärzte für Gynäkologie</i>	<i>von 27 auf 33</i>
<i>Fachärzte für Innere Medizin</i>	<i>von 45 auf 54</i>
<i>Fachärzte für Urologie</i>	<i>von 109 auf 131</i>

- Die Degressionsregelungen kommen für die **Fachgruppe Radiologie** in diesem Zeitraum **nicht** zur Anwendung.

Zuschlagsposition bei der Durchführung von Krankenbesuchen im Alters- u. Pflegeheim:

- Werden bei einem Krankenbesuch in einem Alters- oder Pflegeheim mehrere Anspruchsberchtigte der BVAEB behandelt, kann das Besuchshonorar nur einmal verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Zusätzlich zum Ordinationshonorar ist für Corona-bedingt länger dauernde Krankenbesuche die Position C1 „Zuschlag für Zeitversäumnis“ abrechenbar.

Weitere Ordination bei der Durchführung einer Gastroskopie u. Coloskopie:

- Bei der Durchführung einer Gastroskopie oder Koloskopie (Pos. 19x, 19y bzw. 19z) kann zusätzlich die Position E3 „weitere Ordination“ verrechnet werden.

Der Brief-Gegenbrief mit der SVS sieht folgende Änderungen vor:

Limiterhöhungen:

- Um die pandemiebedingten Leistungen, die vom ersten Halbjahr ins zweite verschoben wurden, schrittweise nachholen zu können, wurden Erhöhungen von Limitierungen bei den entsprechenden Honorarpositionen ausverhandelt. Übersichtshalber haben wir die besprochenen Leistungen in einer beigelegten Datei angefügt (s. blg. Tabelle).

Änderungen bei den Degressionsregelungen:

- Zusätzlich wurden Änderungen bei den Degressionsregelungen im Abschnitt XII. **Sonographische Leistungen** der Honorarordnung durchgeführt. Die Sonographie-Schwellenwerte wurden um 20 % erhöht und sind folgendermaßen definiert:

„In Abschnitt XII. Sonographische Untersuchungen lautet Z 5 der Besonderen Bestimmungen wie folgt:

Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie und Innere Medizin, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

<i>Fachärzte für Gynäkologie</i>	<i>von 32 auf 39</i>
<i>Fachärzte für Innere Medizin</i>	<i>von 69 auf 83“</i>

- Die Degressionsregelungen kommen für die **Fachgruppe Radiologie** in diesem Zeitraum **nicht** zur Anwendung.

Zuschlagsposition bei der Durchführung von Krankenbesuchen im Alters- u. Pflegeheim:

- Werden bei einem Krankenbesuch in einem Alters- oder Pflegeheim mehrere Anspruchsberchtigte der SVS behandelt, kann das Besuchshonorar nur einmal verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Zusätzlich zum Ordinationshonorar ist für Corona-bedingt länger dauernde Krankenbesuche die Position 3a „Zuschlag für Zeitversäumnis“ abrechenbar.

Weitere Ordination bei der Durchführung einer Gastroskopie u. Koloskopie:

- Bei der Durchführung einer Gastroskopie oder Koloskopie (Pos. 19s, 19sp bzw. 19r) kann zusätzlich die Position E3 „weitere Ordination“ verrechnet werden.

Einführung einer Telefonordination:

- Des Weiteren konnte nunmehr auch für die SVS ein Pilotprojekt für die Einführung der „Telefonordination“ beschlossen werden:
 - Tarif: „OEK – Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel“ → € 13,-

„Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar: Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt muss persönlich erfolgen. Die Kommunikation muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Notwendigkeit einer Untersuchung oder um eine Befundbesprechung handelt und wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist.“

Beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen.

Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).

Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.

Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.

Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.

Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin und Radiologie.“

- Im **Zeitraum vom 1.7.2020 – 31.12.2020** sind die Positionen J1, HMG, TA und PS zu den Bedingungen der beigefügten Tabelle additiv zur OEK abrechenbar. Voraussetzungen für die grundsätzliche Verrechenbarkeit dieser Positionen zusätzlich zur „Teleordination“ sind, dass die verrechneten Leistungen tatsächlich persönlich vom Vertragsarzt erbracht und dass die in der

Honorarordnung jeweils genannten Vorgaben (wie zB Gesprächsdauer) erfüllt wurden.

- Das Pilotprojekt „Telefonordination“ ist vorerst bis zum 31.12.2021 befristet.

Ausgabengrenzen bei den Brief-Gegenbrief-Vereinbarungen mit BVAEB und SVS:

- Die Ausgabenbegrenzungen beziehen sich auf die Honorarverluste März/April/Mai 2020 und sind mit 15 Mio. (BVAEB) bzw. 6 Mio. (SVS) festgelegt. Die Kostenentwicklung wird gemeinsam zwischen der ÖÄK und den bundesweiten Trägern laufend beobachtet. Im Falle einer Überschreitung werden zeitnah Gespräche dazu aufgenommen.

Weitere Details entnehmen Sie bitte den beigefügten Unterlagen (s. Anlagen). Mit der Bitte um Weiterleitung in Ihrem Wirkungskreis.

Mit freundlichen Grüßen

VP MR Dr. Johannes Steinhart e.h.
Obmann

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

Anlagen



Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
1010 Wien

02.07.2020

Brief/Gegenbrief

Sehr geehrte Damen und Herren!

Bezugnehmend auf das Schreiben der Österreichischen Ärztekammer vom 11.05.2020 und die darauf aufbauenden Gespräche werden nachstehende Änderungen bzw. Ergänzungen der Honorarordnung vereinbart.

I. Limitänderungen

- 1j Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt 23
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 50 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.

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.

	Euro
HMG Heilmittelberatungsgespräch	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

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER SELBSTÄNDIGEN
GESCHÄFTSBEREICH LEISTUNG UND PRÄVENTION

Wiedner Hauptstraße 84-86, A-1051 Wien

Tel. 050 808 808 9010 | E-Mail: generaldirektion@svs.at

- d) Empfehlung von heilmittelersetzenenden 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 50% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 50% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 50% 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.

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 50% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 10% der Behandlungsfälle pro Quartal und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 40% 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 gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
 - f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräches 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 75 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- 19bf flexible Endoskopie der oberen Atemwege 60+RI
Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar.
- 30j Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr
maximal in 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches 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. 19

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
	<i>verrechenbar in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung</i>	
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur in maximal 50 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	25
	in maximal 75% der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat	
32i	Otoakustische Emissionen	25
	in maximal 25% der Fälle verrechenbar	
34d	Langzeit EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	
	In maximal 30% 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 SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.	168
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring.....	
	Indikationen der Verrechenbarkeit:	
a)	Nicht klärbarer Hypertonieverdacht: Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung	65
b)	Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei Sekundärer Hypertonie Praeklampsie 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 SVS auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert.

34q	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe	60
	maximal zweimal pro Tag verrechenbar	
	alle Untersuchungen zusammen können in maximal 45% der Fälle pro	
	Arzt und Quartal abgerechnet werden	
34s	Bodyplethysmographie K	27
	verrechenbar in maximal 50% der Fälle pro Arzt und Quartal	
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung	19
	Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar;	
	verrechenbar in maximal 50% der Fälle pro Arzt und Quartal	
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	einmal pro Fall und Quartal in maximal 25% der Fälle verrechenbar	
	nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar	
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	in maximal 20% der Fälle im Quartal verrechenbar	
	nicht gemeinsam mit Pos.34t, 34u und 34v verrechenbar	
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie)	108
	Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 25% der Fälle eigener Patienten pro	
	Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbil-	
	dung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.	
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Aller- gieerkrankung K, H, L,	22
	Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der	
	Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 25%	
	der Positionen 37a bis 37e.	
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in	15
	höchstens 75% der Behandlungsfälle verrechenbar)	
37h	Dreigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung	
	des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40 % der Behand-)	
	lungsfälle verrechenbar)	
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten	10
	und nichtpigmentierten Hautumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation	
	und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D ...	6

höchstens verrechenbar in 75 % 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)

40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video) 1x/Diagnose; max. 20 % der Patienten	364,32
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik 2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 20% der Patienten	182,16
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung bei max. 50% der Patienten	182,16
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) 1x pro Jahr	182,16
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Abrechenbar in maximal 25% der Fälle pro Quartal.	18,3
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten In maximal 40 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	36,7
DS 5	Transcranielle Dopplersonographie der intracranialen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung – N. <i>In maximal 25% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	106

II. Degressionsregelungsänderung

In Abschnitt XII. Sonographische Untersuchungen lautet Z 5 der Besonderen Bestimmungen wie folgt:

5. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie und Innere Medizin, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Gynäkologie	39
Fachärzte für Innere Medizin	83

III. Ergänzungen zu Positionen

Wenn bei einem Krankenbesuch in einem Altersheim mehrere bei der SVS Versicherte behandelt werden, kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Bei Krankenbesuchen, die Corona-bedingt länger dauern, ist zusätzlich die Position 3a „Zuschlag für Zeitversäumnis“ abrechenbar.

Die gleichzeitige Abrechnung der Position E3 „weitere Ordination“ wird in Verbindung mit einer Koloskopie (Pos. 19s bzw. 19sp) bzw. einer Gastroskopie (Pos. 19r) akzeptiert.

IV. Ausgabenbegrenzung

Es ist davon auszugehen, dass die aus den Punkten I. bis III. dieser Vereinbarung entstehenden Mehrkosten maximal 50% der Umsatzeinbußen der Vertragsärzte für die Monate März bis Mai 2020 ausmachen werden. ÖÄK und SVS beobachten diese Kostenentwicklung gemeinsam und nehmen für den Fall, dass diese 50%-Obergrenze überschritten wird, umgehend Gespräche auf.

V. Teleordination

(1) Einführung einer Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel:

„Pos. Nr.	Euro
OEK Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel	13,00

Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar: Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt muss persönlich erfolgen. Die Kommunikation muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Notwendigkeit einer Untersuchung oder um eine Befundbesprechung handelt und wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist.

Beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen.

Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).

Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.

Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.

Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.

Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin und Radiologie.“

(2) Abweichend von der grundsätzlich in Abs 1 enthaltenen Vorgabe, wonach die Teleordination am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar ist, können zur Teleordination gemäß Abs 1 folgende Gesprächspositionen im Ausmaß des Punktes I. verrechnet werden:

- J1: Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt
- HMG: Heilmittelberatungsgespräch
- TA: Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil
- PS: Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

Voraussetzungen für die grundsätzliche Verrechenbarkeit dieser Positionen zusätzlich zur „Teleordination“ gem Abs 1 sind, dass die verrechneten Leistungen tatsächlich persönlich vom Vertragsarzt erbracht und dass die in der Honorarordnung jeweils genannten Vorgaben (wie zB Gesprächsdauer) erfüllt wurden.

VI. Beginn und Ende dieser Vereinbarung

Diese Vereinbarung tritt mit 01.07.2020 in Kraft. Die Punkte I. bis IV. und V. Abs 2 treten mit 31.12.2020 und Punkt V. Abs 1 tritt mit 31.12.2021 außer Kraft.

Freundliche Grüße

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Der Leitende Angestellte

Der Obmann

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

Obmann

Präsident