



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

- 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 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 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 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 ..... 19  
*maximal in 15% 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.*

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) .....	168
	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.	
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring.....	
	Indikationen der Verrechenbarkeit:	
	a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:	
	Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung	65
	b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei Sekundärer Hypertonie	
	Praeeklampsie	
	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	
	<b>Medizinische Erläuterungen:</b>	
	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 ..... maximal zweimal pro Tag verrechenbar alle Untersuchungen zusammen können in maximal 45% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden	60
34s	Bodyplethysmographie K ..... verrechenbar in maximal 50% der Fälle pro Arzt und Quartal	27
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung ..... Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar; verrechenbar in maximal 50% der Fälle pro Arzt und Quartal	19
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... einmal pro Fall und Quartal in maximal 25% der Fälle verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar	22
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... in maximal 20% der Fälle im Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos.34t, 34u und 34v verrechenbar	22
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie) ..... 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.	108
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Aller- gieerkrankung 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 25% der Positionen 37a bis 37e.	22
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 75% der Behandlungsfälle verrechenbar) .....	15
37h	Dreigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40 % der Behand- lungsfälle verrechenbar) .....	10 6
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D ...	

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 intracraniellen 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