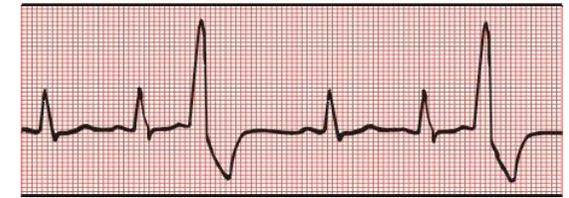


Ausbildungs- und Gerätenachweise sind für folgende Leistungen notwendig:

Name, Ordinationsadresse:

Sonographien  
 Ergometrien  
 Echokardiographien  
 Gastroskopien Coloskopien



### ABDOMEN UND RETROPERITONEUM

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	US 1 (R, C, I, K)	US 1 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 2 (R, C, I, K)	US 2 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie des Pankreas	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 3 (R, C, I, K)	US 3 (R, C, I, K)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 4 (R, C, I, K, UC)	US 4 (R, C, I, K, UC)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Milz	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 5 (R, C, I, K, U)	US 5 (R, C, I, K, U)	590, 591, 592 (I, K, C)	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat * Bei FÄ f. Innere Medizin kein Ausbildungsachweis erforderlich <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	MS 1 MS 2, MS 3 (R, G)	MS 1 MS 2, MS 3 (R, G)	595 (G)	Sonographie bei Schwangerschaft	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	US 7 (G)	US 7 (G)	353 (G)	Gynäkologischer Ultraschall	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 8 (C, I, K)	US 8 (C, I, K, U)		Sonographie des Unterbauches	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 10 (G, R)	US 10 (G, R, U)		Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	US 11 (U, R)	US 11 (U, R)	456 (U)	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<b>SMALL-PARTS-DIAGNOSTIK</b>					
	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	SP 1 (R, C, I, K)	SP 1 (R, C, I, K)	594 (I)	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <i>Bei I-ADD Endokrinologie u. Diabetologie keine Bestätigung notwendig.</i> <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 2 (R, H)	SP 2 (R, H)	436 (H)	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 3 (H)	SP 3 (H)	435	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 5 (R)	SP 5 (R)		Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 6 (R, C)	SP 6 (R, C)		Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 7 (R, O, UC)	SP 7 (R, O, UC)	246 (O)	Diagnostische Unersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste. Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	KS 1 KS 2 (R, K, O)	KS 1 KS 2 (R, K, O)	994 (K) 999 (K)	Sonographie der kindlichen Hüften im Rahmen des Mutter-Kind-Paß-Untersuchungsprogrammes.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 9 (R, K, O)	SP 9 (R, K, O)	205 (O, K)	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	SP 10 (R, K, U, C)	SP 10 (R, K, U, C)		Sonographie des Scrotalinhaltes.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>

## DOPPLER-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	DS 1 (C(G), D, I)	DS 1 (C(G), D, I)		Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	DS 2 (C, D, I)	DS 2 (C, D, I)	312 (D)	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	DS 3 (I, N, C(G))	DS 3 (I, N, C(G))		Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems, sowie der perorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. Pos. DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	DS 4 (R, I, N)	DS 4 (R, I, N)	593 (N)	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)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	DS 5 (N)	DS 5 (N)		Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>

## FARBDUPLEX-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	FD 1 (R, I, N, C(G))	FD 1 (R, I, N, C(G))	847 (N)	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems^ Die Positionen DS 3 und DS 1 sind gemeinsam nicht verechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	FD 2 (R, C(G), I, K)	FD 2 (R, C(G), I, K)		Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>

## FARBDUPLEX-DIAGNOSTIK

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	FD 3 (R, C, I)	FD 3 (R, C, I)		Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	FD 4 (D, I, C(G), R)	FD 4 (D, I, C(G), R)		Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	FD 5 (D, I, C(G), R)	FD 5 (D, I, C(G), R)		Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen. Auch bei Messung aller Extremitäten ist die Position nur einmal verrechenbar.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK- Sonographiezertifikat * oder Nw d. Anzahl lt. Richtlinie ÖÄK-Zertifikat <b>*Gerätenachweis:</b>

## ECHOKARDIOGRAPHIE

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	EK 1 (I)	EK 1 (I) (Kinderkardiologe)	507 (I)	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK-Zertifikat Echokardiographie * Prüfung in Echokardiographie * Additivfach Kardiologie <b>*Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	EK 2 (I)	EK 2 (I) (Kinderkardiologe)	583 (I)	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler - I.S 1.000,-- Verrechenbar in folgender Indikation: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.	<b>Bestätigung:</b> * ÖÄK-Zertifikat Echokardiographie * Prüfung in Echokardiographie * Additivfach Kardiologie <b>*Gerätenachweis:</b>

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	34g (I)	ERGO inkl. EKG (I)	506 (I)	<b>ERGOMETRIEN</b>	<b>Gerätenachweis:</b> Ausstattung - Sichtergometer, Defibrillator, Reanimationsset

	BVAEB, KFA-G	SVS	ÖGK	Leistung	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	19r (I, C)	19r (I, C)	201(C, I)	<b>GASTROSKOPIEN</b>	* <b>Bestätigung:</b> über durchgeführte Gastroskopien (Rasterzeugnis) Bei I-ADD Gastroenterologie u. Hepatologie sowie Chir-ADD Allgemein- u. Viszeralchirurgie keine Bestätigung notwendig. * <b>Gerätenachweis:</b>
<input type="checkbox"/>	19s, O 10h (I, C)		202, 206 (C, I)	<b>COLOSKOPIEN mit u. ohne Polypektomie</b> (Kurative Behandlung)	* <b>Bestätigung:</b> über durchgeführte Coloskopien (Rasterzeugnis) Bei I-ADD Gastroenterologie u. Hepatologie sowie Chir-ADD Allgemein- u. Viszeralchirurgie keine Bestätigung notwendig. * <b>Gerätenachweis:</b>

<input type="checkbox"/>	34Y (I)	34d (I)	580 (I)	<b>LANGZEIT-EKG</b>	* <b>Gerätenachweis:</b>
--------------------------	------------	------------	------------	---------------------	--------------------------

**Legende:**

C= Chirurgie  
I= Innere Medizin  
O= Orthopädie  
N= Neurologie

C(G)= Gefäßchirurgie  
D= Dermatologie  
R= Radiologie

UC= Unfallchirurgie  
G= Frauenheilkunde  
U= Urologie

H= Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten  
K= Kinder- und Jugendheilkunde  
G= Frauenheilkunde

**Das Ansuchen ist an die Ärztekammer für Steiermark, Kaiserfeldgasse 29, 8010 Graz zu senden!**

**E-mail: [nглаerzte@ekstmk.or.at](mailto:nглаerzte@ekstmk.or.at)**

**Fax.: (0316) 8044-135**

Erledigungsvermerk der Ärztekammer für Steiermark: