

Honorarordnung
für
Ärzt*innen für Allgemeinmedizin
und
Fachärzt*innen

gemäß § 34 des Gesamtvertrags der

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien

(KFA)



Inhaltsübersicht

Honorarordnung	4
Abkürzungsschlüssel	4
Allgemeine Bestimmungen	5
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	9
I. Grundleistungen	9
II. Diagnose-, Therapiegespräche und Telemedizin	11
III. Allgemeine Sonderleistungen	14
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	19
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	20
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	22
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin	23
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde	24
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten	25
XI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	25
XII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	27
XIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie	28
XIV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Psychiatrie	29
XV. Physikalische Behandlung durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen	31
XVI. Sonographische Untersuchungen	32
XVII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen (mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Radiologie)	35
XVIII. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen (mit Ausnahme der Fachärzt*innen für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzt*innen für Mikrobiologie und Serologie)	36
B. Operationstarif für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen	38
Operationshonorar	38
Augenheilkunde	40
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	41
Haut- und Geschlechtskrankheiten	46
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	46
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	48
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesiologie	49
Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	50
Urologie	52
C. Physikalische Behandlung durch Fachärzt*innen für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation	54
D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzt*innen für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Fachärzt*innen für Mikrobiologie und Serologie	56
D1. Tarif für Vertragsärzt*innen für Pathologie	65
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzt*innen für Radiologie	72
Röntgendiagnostik	73
Röntgentherapie	77
F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden die in der Ordination des*der Ärzt*in oder in der Wohnung des*der Kranken angelegt werden (M)	80

Anhang 1 zur Honorarordnung	
Festsetzung des Punktwertes.....	82
Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass.....	83
Anhang 2 zur Honorarordnung	
Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie	84
Anhang 3 zur Honorarordnung	
Tarife Vorsorgeuntersuchung	87
Anhang 4 zur Honorarordnung	
Sonderbedarf.....	88

Honorarordnung

für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen

(gemäß § 34 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang 1 zur Honorarordnung, Seite 82)

Abkürzungsschlüssel

A	= Augenheilkunde	L	= Lungenkrankheiten
AM	= Allgemeinmedizin	N	= Neurologie- und Psychiatrie, Neurologie
An	= Anästhesiologie	NC	= Neurochirurgie
C	= Chirurgie	O	= Orthopädie
C(G)	= Gefäßchirurgie	PMR	= Physikalische Medizin
D	= Haut- und Geschlechtskrankheiten	P	= Psychiatrie
G	= Frauenheilkunde und Geburtshilfe	R	= Radiologie
H	= Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	U	= Urologie
I	= Innere Medizin	UC	= Unfallchirurgie
K	= Kinder- und Jugendheilkunde		
KNP	= Kinderheilkunde (Kinderneuropsychiatrie)	R	= Regiezuschlag
KJP	= Kinder- und Jugendpsychiatrie	M	= Materialzuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann bei dem*der selben Vertragsärzt*in in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss von dem*der Ärzt*in begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei der KFA versicherte Familienangehörige oder in einer Krankenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der KFA behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für eine*n Versicherte*n oder Angehörige*n verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzt*innen, die in einer Krankenanstalt oder in einer anderen der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung dort untergebrachte*r Versicherte*r und Angehörige*r der KFA grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.
3. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen, die von berufstätigen Versicherten der KFA für ihre Dienstgeber*innen benötigt werden, sind von dem*der Ärzt*in ohne Anrechnung einer Gebühr auszufertigen, wenn von dem*der Versicherten eine Drucksorte beigebracht wird, in der nur die Krankheit und die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzutragen ist.
4. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
5. Soweit Positionen des Tarifes dem*der Fachärzt*in vorbehalten sind, dürfen sie von dem*der Ärzt*in für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der KFA. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 1, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzt*innen des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der KFA.
6. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach lit b nichts Anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzt*innen (Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohner*innen** 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 einzelstehenden Häusern und in nicht geschlossenen Ortschaften ist der Wohnsitz des*der Kranken auf der Arzthilfeanzeige möglichst genau zu bezeichnen.

Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind auf der Arzthilfeanzeige 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*der Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des*der Ärzt*in zum Krankenbesuch auf der Arzthilfeanzeige 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.

Der*die Gemeindeärzt*in (Distrikts-, Kreis-, Sprengelärzt*in) hat, wenn er*sie Vertragsärzt*in der KFA Wien ist, innerhalb seines*ihres Sanitätssprengels nach Maßgabe der sonstigen Bestimmungen der Honorarordnung Anspruch auf Bezahlung der vollen Wegegebühren durch die KFA Wien. Dabei gilt als Ausgangspunkt für die Bemessung der Wegegebühren der Amtssitz seiner*ihrer Ordination als Gemeindeärzt*in (Distrikts-, Kreis-, Sprengelärzt*in).

Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines*einer zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsärzt*in entstehen, verrechnet der*die Ärzt*in mit dem*der Anspruchsberechtigten unmittelbar.

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohner*innen**, die nicht unter sublit. ba angeführt sind, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des*der Vertragsärzt*in 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 Orte mit mehr als 5.000 Einwohner*innen eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

ba)

Burgenland:

Eisenstadt

Kärnten:

Klagenfurt

Spittal

St. Veit

Villach

Wolfsberg

Niederösterreich:

Amstetten

Bad Vöslau

Baden bei Wien

Berndorf

Brunn/Gebirge

Gloggnitz

Herzogenburg

Horn

Klosterneuburg

Korneuburg

Krems a. D.

Langenzersdorf

Maria Enzersdorf

Mödling

Neunkirchen

Perchtoldsdorf

Schwechat

Stockerau

St. Pölten

Ternitz

Waidhofen/Ybbs

Wr. Neustadt

Oberösterreich:

Ansfelden

Attnang-Puchheim

Bad Ischl

Braunau

Ebensee

Enns

Gmunden

Linz

Marchtrenk

Ried

Steyr

Traun

Vöcklabruck

Wels

Salzburg:

Hallein

Saalfelden

Salzburg

Steiermark:

Bruck a. d. Mur

Eisenerz

Fohnsdorf

Graz

Judenburg

Kapfenberg

Knittelfeld

Köflach

Leoben

Mürzzuschlag

Voitsberg

Tirol:

Hall i. Tirol

Innsbruck

Kufstein

Lienz

Schwaz

Wörgl

Vorarlberg:	Dornbirn
Bludenz	Feldkirch
Bregenz	Lustenau

In diesen Orten gilt für die Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin bezüglich Entfernungszuschlag und Wegegebühren folgende Regelung:

- baa) Bei Krankenbesuchen innerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes wird für den Krankenbesuch ein Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet, doch darf der*die Vertragsärzt*in dem*der im einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebiet besuchten Anspruchsberechtigten, auch wenn er*sie zur Behandlung nicht verpflichtet ist, keine Wegegebühren in Rechnung stellen.
- bbb) Bei Krankenbesuchen außerhalb des einvernehmlich festgelegten verbauten Ortsgebietes hat der*die Vertragsärzt*in Anspruch auf jene Wegegebühren, die bei Inanspruchnahme des*der nächsterreichbaren, zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzt*in für Allgemeinmedizin der KFA aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Wegegebühren verrechnet der*die Ärzt*in mit dem*der Anspruchsberechtigten unmittelbar.
- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonntagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinie für alle Bundesländer:

Der*die im Sonntagsdienst (§ 15 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsärzt*in ist berechtigt, Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen. In den durch die Sonderregelung in Punkt 6 sublit ba erfassten Orten wird ihm*ihre für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne dieser Vorschriften nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

Diese Regelung gilt auch für Krankenbesuche, die in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr durchgeführt werden. Sonstige, in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr vorgenommene ärztliche Leistungen werden jedoch nicht nach dem Tarif für Sonntagsleistungen honoriert.

- d) Für **Wien** gilt folgende Regelung:
- Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin** gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des*der Ärzt*in und der Wohnung des*der Versicherten mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. B6 oder B7 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Ortsgebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Ärzt*innen für Allgemeinmedizin Wegegebühren für die im unverbauten Gebiet zurückgelegte Wegstrecke verrechnen, wenn diese mehr als 500 m beträgt.
- Vertragsfachärzt*innen** gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des*der Fachärzt*in und der Wohnung des*der Versicherten bzw. der von diesem*dieser aufgesuchten Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. F7 oder F8 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Gebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Wegegebühren nach den für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin geltenden Bestimmungen verrechnet werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb von Wien können von den Vertragsfachärzt*innen darüber hinaus von der Stadtgrenze an die Wegegebühren für die zurückgelegte Wegstrecke verrechnet werden, wobei Teilstrecken bis 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

7. Bei physikalisch-therapeutischen Behandlungen können Ordinationen bzw. Besuche verrechnet werden:

Von **Fachärzt*innen für physikalische Medizin**:

Wenn der*die Patient*in zur Untersuchung zugewiesen wird, eine Erstordination zu Beginn der Behandlung nach Pos. E1 und E2; wenn die Zuweisung zur Durchführung einer bestimmten physikalischen Therapie erfolgt oder das Institut direkt aufgesucht wird, nach Pos. E1; bei Beendigung der Behandlung eine Schlussordination nach Pos. E3.

Von **den übrigen Vertragsärzt*innen**:

Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 bei dem*der Ärzt*in für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 bei dem*der Fachärzt*in;

wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung aus ärztlichen Gründen erforderlich ist. In diesem Falle ist die Notwendigkeit der Leistung auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe zu begründen. Bei Fehlen der Begründung wird nur die Erstordination und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.

8. Alle durchgeführten Grundleistungen nach Abschnitt I der Honorarordnung sind nach dem auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe angegebenen Zeichenschlüssel bzw., wenn durch diesen eine besondere Qualität der Grundleistung (z. B. Ordination außerhalb der Sprechstunde) nicht zum Ausdruck kommt, mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen. Alle getätigten Sonderleistungen nach den Abschnitten II-XVIII der Honorarordnung sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen. In Zweifelsfällen wird die jeweils niedrigere Position honoriert.
9. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem*der Vertragsärzt*in zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der KFA von dem*der Ärzt*in zu begründen (§7 Abs 2 des Gesamtvertrages). Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit der KFA nicht verrechnet werden; ebenso Leistungen, die nicht bewilligt wurden und mit nicht bewilligten Leistungen im Zusammenhang stehende Ordinationen und Besuche, es sei denn, dass diese auch ohne Durchführung der nicht bewilligten Leistungen notwendig waren.
10. Röntgenleistungen können nur von jenen Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit der KFA hiezu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzt*innen können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.
11. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XVIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
12. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, bei welchen die Verrechnung eines Regiezuschlages durch den Beisatz „R“ mit römischer Ziffer vorgesehen ist, kann entsprechend der beigesetzten römischen Ziffer der Regiezuschlag laut Operationstarif verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des*der Ärzt*in oder in der Wohnung des*der Kranken erfolgte.
13. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, die durch den Beisatz des Buchstaben „M“ gekennzeichnet sind, kann für das Material der aus dem Abschnitt „F“ der Honorarordnung ersichtliche Betrag verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des*der Ärzt*in oder in der Wohnung des*der Kranken erfolgte.
14. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind drei Jahre aufzubewahren.
15. Hinsichtlich des allgemeinen Ordinationsbedarfes und des Sonderbedarfes („Z-Positionen“) gilt die Regelung wie sie in Anhang 4 ersichtlich ist.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
A. Ordination (Ärzt*in für Allgemeinmedizin)	
A1 Erste Ordination	20
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>	
A2 Weitere Ordination	11,5
A3 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	4
A4 Zuschlag für Ordination an Sams-, Sonn- und Feiertagen	8
<i>Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
A5 Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	8
<i>Die Positionen A3 bis A5 sind nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
B. Krankenbesuch (Ärzt*in für Allgemeinmedizin)	
B1 Erster Krankenbesuch.....	46
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>	
B2 Weiterer Krankenbesuch	35
B3 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	15
<i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand -wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
B4 Zuschlag für Krankenbesuch an Sams-, Sonn- und Feiertagen	15
B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	30
<i>Die Positionen B3 bis B5 sind nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
B6 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	3
B7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	4
B8 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Tag (Punkt 6 sublit ba Allg. Bestimmungen)	4
B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (Punkt 6 sublit ba Allg. Bestimmungen).....	5
C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Ärzt*in für Allgemeinmedizin)	
Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
C1 bei Tag	8
C2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	12
<i>Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	
D. Zuschlag für Konsilium (Ärzt*in für Allgemeinmedizin)	
D1 bei Tag	15
D2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	20
<i>Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Ärzt*in anzuführen.</i>	
E. Ordination (Fachärzt*in)	
E1 Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung.....	20
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.</i>	
E2 schriftlicher Befundbericht an den*die zuweisenden Ärzt*in.....	9
E3 Weitere Ordination	11
E31 Weitere Ordination	13
<i>verrechenbar nur durch Fachärzt*innen für Innere Medizin und Urologie</i>	
E4 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde.....	4
E5 Zuschlag für Ordination an Sams-, Sonn- und Feiertagen	8
<i>Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	

Pos. Nr.	Punkte
E6	8
Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	
<i>Die Positionen E4 bis E6 sind nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
E7	3
Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	
<i>einmal pro Fall und Monat verrechenbar</i>	
<i>nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar</i>	
<i>verrechenbar nur durch Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	

F. Krankenbesuch (Fachärzt*in)

F1	46
Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2	9
schriftlicher Befundbericht an den*die zuweisenden Ärzt*in.....	
F3	35
Weiterer Krankenbesuch	
F4	15
Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzt*innen der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind	
F41	6,5
Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den*die Fachärzt*in für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	
F42	4,5
Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den*die Fachärzt*in für Kinderheilkunde	
<i>Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
F5	15
Zuschlag für Krankenbesuch an Sams-, Sonn- und Feiertagen durch Fachärzt*innen der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind	
F51	11,5
Zuschlag für Krankenbesuch an Sams-, Sonn- und Feiertagen durch den*die Fachärzt*in für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....	
F52	9
Zuschlag für Krankenbesuch an Sams-, Sonn- und Feiertagen durch den*die Fachärzt*in für Kinderheilkunde.....	
F6	30
Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzt*innen der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind.....	
F61	26,5
Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den*die Fachärzt*in für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....	
F62	24
Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den*die Fachärzt*in für Kinderheilkunde.....	
<i>Die Positionen F4 bis F62 sind nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
F7	7
Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	
F8	8
Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	
F9	4
Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Tag (<i>Punkt 6 sublit ba Allg. Bestimmungen</i>)	
F10	5
Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (<i>Punkt 6 sublit ba Allg. Bestimmungen</i>)....	
F11	3
Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	
<i>einmal pro Fall und Monat verrechenbar</i>	
<i>nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar</i>	
<i>verrechenbar nur durch Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	

G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Fachärzt*in)

Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:

G1	8
bei Tag	
G2	12
bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	
Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. <i>Diese Zuschläge sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	

H. Zuschlag für Konsilium (Fachärzt*in)

H1	30
bei Tag	
H2	40
bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	
Bei den Positionen H1 und H2 ist der*die berufende Ärzt*in anzuführen.	

I. Wegegebühren

- I1 Ein Doppelkilometer bei Tag€ 2,4929
I2 Ein Doppelkilometer bei Nacht€ 3,7394
Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden.

J. Koordination

- J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den*die behandlungsführenden Ärzt*in€ 17,5352

*Verrechenbar von Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen (ausgenommen Fachärzt*innen für Radiologie und Fachärzt*innen für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzt*innen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringer*innen bedürfen, insgesamt in höchstens 20 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.*

Erläuterungen zum Positionstext:

- 1. Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patient*innen.*
- 2. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.*
- 3. Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringer*innen im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patient*innenbetreuung.*
- 4. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes.*
- 5. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation.*
- 6. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.*

II. DIAGNOSE- , THERAPIEGESPRÄCHE UND TELEMEDIZIN

1.

- TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärzt*in und Patient*in als integrierter Therapiebestandteil€ 19,06

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese bzw. das im Zuge einer Vorsorgeuntersuchung gemäß Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag geführte ausführliche Abschlussgespräch.
- Zur Verrechnung sind die Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzt*innen, mit Ausnahme der Vertragsfachärzt*innen für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- Der*die Ärzt*in hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patient*innen gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig (Apoplexiepatient*innen) ist zulässig.
- Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- 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.
- Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzt*innen für Innere Medizin in höchstens 33,3% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzt*innen für physikalische Medizin in höchstens 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal und von den übrigen Vertragsärzt*innen (ausgenommen Vertragsfachärzt*innen für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar. Für die Vertragsfachärzt*innen für Kinderheilkunde besteht keine Limitierung. Die Aufhebung dieser wird Ende 2025 evaluiert.

- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patient*innen verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patient*innen kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzt*innen für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patient*innen keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzt*innen für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patient*innen innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats 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 nicht am selben Tag verrechenbar.

2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch € 24,40

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Ärzt*in-Patient*in-Interaktion. Es dient einerseits der differenzialdiagnostischen 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 Vertragsärzt*innen (mit Ausnahme der Vertragsfachärzt*innen 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*die Vertragsärzt*in 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.XI. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzt*innen in höchstens 50% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

3.

HMG Heilmittelberatungsgespräch.....€ 13,7688

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des*der Patient*in mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der*die Patient*in 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 Leistung ist nicht verrechenbar bei ausschließlicher Ausstellung von Rezepten.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzt*innen, mit Ausnahme der Vertragsfachärzt*innen für Labormedizin, physikalische Medizin und Radiologie berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch ist von Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzt*innen für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzt*innen in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum verrechenbar.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos. Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
4. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der*die Vertragsärzt*in 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

4.

RB Raucherberatung mit Ziel der Entwöhnung€ 15,00
nicht am selben Tag mit der Pos. TA verrechenbar. L.
In max. 20% der Fälle pro Quartal verrechenbar.

5.

OEK Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel€ 10,845

Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar:

- a) Die Kommunikation zwischen dem*der Patient*n und dem*der Ärzt*in muss persönlich erfolgen.
- b) 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*der Patient*in zu veranlassen.
- c) Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patient*innendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
- d) Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).
- e) Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den*die Vertragsärzt*in und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.
- f) Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.
- g) Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.
- h) Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen, mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Labormedizin und Radiologie.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene <i>nur einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar</i>	4
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren <i>nur einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar</i>	8
10c Aderlass (mindestens 250 ccm)	8
10d Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene <i>nicht gemeinsam mit Pos 10a verrechenbar, Wegfall der Ringversuche nur einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar</i>	7
10e Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren..... <i>nicht gemeinsam mit Pos 10b verrechenbar</i>	11
11. Injektionen	
11a Subcutane, intracutane Injektion	2
11b Intramuskuläre Injektion	2
11c Intravenöse Injektion	3
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	8
11e Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	6
11f Intraarterielle Injektion	8
11g Intracardiale Injektion	8
11h Subconjunctivale Injektion	3
11i Paracardiale Injektion	3
11k Endoneurale oder epineurale Injektion	8

11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten20 (z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri38	+ R II
11n	Injektion ans Peritoneum8	
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion12	
11p	Intrasinuöse Injektion12	
11q	Krampfaderverödung: erste Injektion6	
11r	jede weitere Injektion.....4 <i>höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal</i>	
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion8	
11t	jede weitere Injektion.....4 <i>höchstens 4 Injektionen pro Quartal</i>	
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke.....10	
11v	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte).....23	+ R € 6,3400
11w	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke.....15 (auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	+ R € 6,3400

12. Infiltrationen

12a	Subcutane Infiltration.....4	
12b	Intramuskuläre Infiltration4	
12c	Praesacrale Infiltration (n. Pendl)38	+ R II
12d	Paravertebralblockade28	An.C.NC.N.O.I.

13. Infusionen

13a	Subcutane Infusion.....10	
13b	Intravenöse Infusion20	
13c	Intraperitoneale Infusion.....20	
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion6	
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion.....22	
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je8	

14. Implantationen

14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart10	
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht.....23	

15. Impfung

15a	Diagnostische Impfung.....2 (Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. Ä. Allergieproben)	
15b	Therapeutische Impfung.....2 (Cutivaccine, Paspal o. ä.)	

16. Punktion (diagnostisch)

Pos. Nr.		Punkte
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervenadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie).....10	
16b	Aus Gelenken.....20	
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle15	+ R I
16d	Aus dem Herzbeutel.....20	+ R I
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)20	
16f	Suboccipitalpunktion20	
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas).....20	

16h	Sternalpunktion	20	
			+ R I
16i	Punktion der Prostata	20	
17. Punktion (therapeutisch)			
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	15	
			+ R I
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	23	
			+ R I
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	38	
			+ R II
17d	Aus dem Herzbeutel	38	
			+ R II
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	23	
			+ R I
17f	Suboccipitalpunktion	23	
			+ R I
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	23	
			+ R I
17h	Aus dem Wasserbruch	10	
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	23	
			+ R I
17k	Aus der Harnblase	23	
			+ R I

18. Betäubung, Wiederbelebung

18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	2	
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	10	
18c	Infiltrationsanästhesie	6	
18d	Leitungsanästhesie	10	
18e	Intravenöse Narkose	10	
18f	Sacralanästhesie	12	
18g	Lumbalanästhesie	23	
			+ R I
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren toten Kinde (Neugeborenen)	15	
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	22	
18k	Intubationsnarkose	29	
			An.

19. Endoskopien

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.

Pos. Nr.		Punkte	
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	10	
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	15	
			+ R I
			C.H.
19bf	flexible Endoskopie der oberen Atemwege	45	
	<i>in max. 10% der Fälle im Monat verrechenbar</i>		+ R I
	<i>nicht gemeinsam mit Pos. 19b verrechenbar</i>		H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	15	
			+ R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	23	
			+ R I
			C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	23	
			+ R I
			C.G.U.

19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	23	
			+ R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicoskopie)	23	
			+ R I
			C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie).....	23	
			+ R I
			C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	35	
			+ R I
			C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktions- prüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	53	
			+ R II
			C.G.U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens.....	53	
	(R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)		+ R III
			C.U.
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	87	
			+ R III
			An.C.H.I.L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	83	
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)		+ R IV
			C.U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie).....	83	
			+ R III
			C.I.O.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	190	
			An.C.I.L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	190	
			C.G.I.L.
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörper- extraktion oder Tumorabtragung	340	
			An.C.H.I.L.
Pos. Nr.			Punkte
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)	340	
			An.C.H.I.L.
19x	Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie	172	
	<i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen</i>		+RIII
	<i>Pos.Nr. 34a (in max. 10 % der Pos.Nr. 19x im Kalendermonat) sowie Pos.Nrn 19y oder 19z und SED</i>		C.I.
19y	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie	235	
	<i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a</i>		+ RIII
	<i>(in max. 10 % der Pos.Nr. 19y im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x und SED</i>		C.I.
19z	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie	298	
	<i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a</i>		+ RIII
	<i>(in max. 10 % der Pos.Nr. 19z im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x und SED</i>		C.I.

SED Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel) EUR 114,0339
 verrechenbar einmal pro Patient*in und Tag
 nur gemeinsam verrechenbar mit Pos. 19x, 19y, 19z.

Diese Position inkludiert:

- Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)
- Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich EKG-Monitoring.
- Der*die Patient*in ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.
- Ausführliche und dokumentierte Aufklärung des*der Patient*in über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation.

Die Position 34a (EKG) ist verrechenbar, sofern vor Beginn des Eingriffes ein solches durchgeführt werden muss. Die Dokumentation (Papierstreifen) ist gemäß den geltenden gesetzlichen Regelungen aufzubewahren und auf Verlangen der KFA Wien vorzulegen, wobei sich die KFA Wien das Recht vorbehält, stichprobenartige Kontrollen jederzeit durchzuführen.

Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:

Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nm 19x, 19y und 19z sind die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung und eine kontinuierliche endoskopische Tätigkeit. Der*die Vertragspartner*in hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten. Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch zu erfolgen. Der*die Vertragspartner*in hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er*sie hat den von der KFA beauftragten Personen Einsicht in alle die Patient*innen betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies auf Grund der der KFA rechtlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Ärztegesetzes und des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist. Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten. Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistent-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

Pos. Nr.		Punkte
20a	Bougierung der Speiseröhre.....	8
20b	Aushebung des Magens.....	8
20c	Ausspülung des Magens	10
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren	12
20f	Duodenalsondierung	15
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	3

Pos. Nr.		Punkte
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	4
20i	Aufblähung des Mastdarmes.....	6
20k	Sphinkterdehnung	10

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	3
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	12
		C.D.I.O.PMR.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht.....	4
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	10
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	4
21g	Modellierender Kompressionsverband	5
		C.D.O.
21h	Abstrich	3

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.	Punkte
22. Untersuchungen	
22a Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	6
	A.
22b Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	6
	A.
22c Untersuchung mit dem Refraktometer	6
	A.
22d Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	6
	A.
22e Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	2
22f Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	4
	A.
22g Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	10
22h Untersuchung mit rotfreiem Licht	2
	A.
22i Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	3
22j Applanationstonometrie	
<i>nicht neben 22i verrechenbar</i>	10
	A.
22k Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	2
	A.
22l Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	5
22m Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	4
	A.N.
22n Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut	10
<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>	A.
22o Schirmertest	4
	A.
22p Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie	43
<i>1x pro Patient*in im Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	A.
<i>bei medizinischer Begründung (z.B. bei der Diagnose Glaukom) öfter pro Patient*in im Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	
<i>nicht gemeinsam mit Pos. 22g verrechenbar</i>	

Pos. Nr.	Punkte
OCT Optische Kohärenztomographie der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen inkl. Befundung, wobei zumindest bei Untersuchungen zur Diagnostik oder bei Vorliegen von Makulaerkrankungen jedenfalls mehrere Schnittbilder, welche den gesamten Makulabereich abdecken, durchzuführen sind	95
<i>Die Diagnose ist bei jeder Abrechnung verpflichtend anzugeben.</i>	A.

*maximal einmal pro Quartal und Patient*in verrechenbar, darüber hinaus nur mit besonderer medizinischer Begründung*

*Nur von Vertragsfachärzt*innen für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kammer und KFA nach Vorlage eines Gerätenachweises hierzu berechtigt wurden. Das gemeldete Gerät hat zumindest ein spectral domain-Verfahren zu ermöglichen.*

Erläuterung:

Indikationen für die Leistungserbringung: Diagnostik, Ausschluss- und Verlaufskontrolle bei

- *Netzhaut- und/oder Sehnervenerkrankungen*
- *zur Abklärung unklarer Sehbeschwerden*

Im niedergelassenen Bereich ist die laufende Betreuung von Patient*innen, die in wiederkehrender IVOM-Behandlung stehen, derzeit keine Indikation.

23. Fremdkörperentfernung

23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut.....	7
-----	---	---

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation.....	6
24b	Kauterisation der Hornhaut.....	23
		+ R I
		A.
24c	Spaltung des Hordeolums	2
24d	Kanthotomie (ohne Naht)	10

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

25. Wundversorgung

Pos. Nr.		Punkte
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde.....	8
25b	Abtragung einer großen Brandblase	5
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	10
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode	38
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>	
25e	Naht- und Klammernentfernung	4
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>	

26. Kleine operative Eingriffe

26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung).....	10
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	10
26c	Abtragung einer Eiterblase	4
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze.....	5
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung.....	10

Pos. Nr.		Punkte
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	10
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	10
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe.....	4

27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband.....	12
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität.....	20
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum.....	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes.....	23
		+ R I
		+ M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte.....	38
		+ R II
		+ M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax	83

		+ R III
		+ M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	5
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	10
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	5
	<i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.</i>	
	<i>Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema</i>	
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage bis Knie	20
		AM.C.D.O.
27ll	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage über Knie.....	20
		AM.C.D.O.
27lll	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Leiste.....	20
		AM.C.D.O.
27m	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Knie; Voraussetzung: Verrechnung der 27l	30
		AM.C.D.O.
27mm	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur über Knie; Voraussetzung: Verrechnung der 27ll.....	30
		AM.C.D.O.
27mmm	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Leiste; Voraussetzung: Verrechnung der 27lll	30
		AM.C.D.O.
28. Versorgung mit Heilbehelfen		
28a	Gipsmodelle für Einlagen	40
	<i>verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder Bettungseinlagen.</i>	
		+ R I + M 4a
28b	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle	18
	<i>in maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
		O.
29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)		
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	6
29b	Alle übrigen Knochen	10

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde

Pos. Nr.		Punkte
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung.....	12
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	3
30e	Zellentnahme für cytologische Untersuchung.....	4
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle.....	2
	<i>1x pro Patient*in und Tag verrechenbar</i>	
30g	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	2
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat.....	4
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat.....	2
30j	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung.....	4
	<i>HPV nur bei auffälligem PAP-Abstrich/Befund verrechenbar, Begründung ist anzugeben</i>	
		G.
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	15

	<i>einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr verrechenbar.</i>	G.
	<i>nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar.</i>	
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.....	10
	<i>in max. 6% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	G.
	<i>nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptaussstellung</i>	
30m	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	15
	<i>in max. 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	G.
	<i>nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar</i>	
TUM	Tumornachsorge	23
	<i>in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar</i>	G.
	<i>Entsprechende Diagnose als Voraussetzung erforderlich.</i>	
	<i>Inkludiert Befunderhebung, Befundinterpretation, Beratung und Befundbericht (Übermittlung des Befundberichts kann von der KFA eingefordert werden)</i>	
Pos. Nr.		Euro
BKFMl	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP nur einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren für Frauen ab dem vollendeten 40. Lebensjahr verrechenbar	3,00

31. Geburtshilfe

Pos. Nr.		Punkte
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	6
31b	Beistand bei der Entbindung <i>Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 24 Abs 1 des Gesamtvertrages.</i>	
31c	Manuelle Muttermunddilatation	16
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	16

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

32. Untersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	10
32b	Tonschwellenaudiometrie.....	20
Pos. Nr.		Punkte
32c	Sprachaudiometrie	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>	
32d	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	23
		+ R I
32g	Otomikroskopische Untersuchung.....	8
	<i>höchstens in 35% der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	H.
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	18
	<i>in max. 35 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient*in und Monat</i>	H.
32i	Otoakustische Emissionen	19
	<i>in maximal 9 % der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	H.

33. Therapeutische Verrichtungen

33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	4
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren.....	6
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	8
33d	Nasentamponade nach Bellocq.....	23
		+ R I

33e	Cerumenentfernung je Ohr.....	4
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	4
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	23
	<i>maximal 2x pro Monat verrechenbar</i>	+ R I
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig.....	6
		+ R I
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10
33k	Attic-Spülung	5
33l	Vordere Nasentamponade	5
		+ R I

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN

Pos. Nr.		Euro
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6).....	50,8757
	<i>für Fachärzt*innen für Lungenheilkunde in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	AM.C.I.K.L.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	9,7422
		I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	9,7422
		I.K.

Pos. Nr.		Punkte
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett.....	10
	<i>Die Positionen 34a bis 34c werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn von dem*der zuweisenden Arzt*in nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	

Pos. Nr.		Euro
34g	Belastungs-EKG (Ergometrie)	113,9015
	<i>maximal einmal pro Patient*in und Quartal und nicht gemeinsam mit Pos 34a, 34b und 34c verrechenbar</i>	I.
	<i>durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft verrechenbar nur von Fachärzt*innen für Innere Medizin, die von der KFA im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung einer Verrechnungsberechtigung ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtigometer, Defibrillator und Reanimationsset erforderlich.</i>	

Pos. Nr.		Euro
34x	24-Stunden Blutdruckmonitoring	60,0394
		AM.I.

*verrechenbar in 10 % der Fälle für AM und in 25 % der Fälle für Internist*innen bei Vorliegen folgender Indikationen:*

a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:

- bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung*

b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei

- sekundärer Hypertonie*
- Praeeklampsie - Schlafapnoe*
- hypertoner Herzhypertrophie*

*c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatient*innen unter antihypertensiver Therapie:*

- bei Patient*innen 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*

34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je.....	3
	<i>maximal 2x pro Sitzung</i>	
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung	15
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums).....	15
		An.I.K.L.
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	19
		L.
34p	Messung der Atemwegswiderstände.....	5
		L.
34q	Blutgasanalyse in Ruhe.....	60
		L.
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	60
	<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient*in und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	L.
	<i>Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.</i>	
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina.....	20,5
	<i>in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	L.

XI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit.....	10
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration;	31
	<i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	N., KNP.
	<i>Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren.</i>	
	<i>Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines*einer psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319) / neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3).....	21
	<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i>	N., KNP., K.
	<i>Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.</i>	Modul II oder III
	<i>Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.</i>	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation;.....	31
	<i>maximal 1x im Quartal pro Patient*in verrechenbar</i>	N., P., K.
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala.....	15
	<i>maximal 1x pro Patient*in und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	N.
35h	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala.....	31
	<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	N.

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.;	27
	<i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie allen Gesprächsleistungen verrechenbar</i>	N., K.
		Modul II oder III
	1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention	
	2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigungen bei Kindern	
	<i>Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.</i>	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention);	76
	<i>nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. – kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)</i>	

36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.; <i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i>	77	N., KNP. Modul II oder III
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.; <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	77	Modul III
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.; <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	39	Modul III
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patient*innen); je Patient*in und Therapieeinheit <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	8	Modul III

Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:

Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles 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.

Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:

*Eine Eintragung in die Psychotherapeut*innenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der*die betreffende Arzt*in in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.*

37a	Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden <i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	64	K., N.
37b	ENG	56	N.
Pos. Nr.			Punkte
37c	EMG	56	N.
37d	ENG + EMG <i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patient*innen pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	91	N.
37e	Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP), je Untersuchungsart <i>in maximal 10% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	64	N.

XII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

38. Therapeutische Verrichtungen

Pos. Nr.			Punkte
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	4	
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	2	
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	6	
38d	Blasenspülung	2	
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre <i>nur einmal pro Patient*in und Monat verrechenbar</i>	10	
38f	Weitere Strikturdehnung	5	
38i	Tiefe Instillation <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 39d ist nicht möglich.</i>	2	

38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion	18	
	<i>höchstens verrechenbar in 50% der Fälle pro Quartal,</i>		
	<i>höchstens einmal pro Patient*in und Quartal und nicht am selben Tag mit Pos. 39c verrechenbar</i>		D.
38k	Kühlsonde	5	
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	10	
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen.....	10	
	(siehe Position 26d und 26e)		
38n	Elektrolyse.....	10	
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose.....	5	
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht.....	23	
			+ R I
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	53	
			+ R II
38r	Kryotherapie je Sitzung	10	
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	4	
38t	Prostatamassage	3	
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde.....	6	
			D.
38v	Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung.....	9	
			D.
38vv	ab 17. Behandlung	6	
			D.
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung	13	
			D.
38ww	ab 17. Behandlung	10	
			D.
Pos. Nr.			Euro
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	21	
	<i>höchstens in 30% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>		U.
38y	Therapeutische Instillation der Harnblase	45	
	<i>nicht gemeinsam mit endoskopischen Leistungen und den Pos. 38a, 38b, 38c, 38i und 39d verrechenbar</i>		U.
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters	10	
			U.
39a	Evakuierung einer Blasentamponade.....	30	
			+ R I
			U.
39b	Allergologische Exploration	8	
	<i>In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>		AM.D.K.H.L
39c	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinözelluläres Karzinom).....	22	
	<i>maximal einmal pro Patient*in und Quartal verrechenbar und nicht gemeinsam mit Pos 38j verrechenbar</i>		D.
39d	Urologische Schleimhautanästhesie	5	
	<i>nur gemeinsam mit Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38z</i>		U.
	<i>verrechenbar</i>		
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich.</i> 39e Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln).....	133	
	<i>einmal pro Tag und Patient verrechenbar</i>		U.

XIII. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pos. Nr.		Euro
40.	Diagnostik	
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung.....	230,9597
	<i>1x pro Behandlungszyklus verrechenbar, nicht neben Pos. 40c und 40d verrechenbar</i>	KJP.
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	58,0701
		KJP.
40c	Diagnostische Außenanamnese.....	43,5525
		KJP.
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	58,0701
		KJP.
40e	Neurologischer Status	36,9603
		KJP.
40f	Entwicklungsneurologischer Status	85,7723
	<i>max. 2x pro Jahr bei Kindern von 0-6 Jahren verrechenbar und</i>	KJP.
	<i>max. 1x pro Jahr bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr verrechenbar</i>	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	85,7723
		KJP.
40h	Somatischer Status	14,5296
		KJP.
40i	Somatogramm.....	14,5296
		KJP.
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	461,9193
	<i>1x pro Diagnose in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	230,9597
	<i>2x pro Diagnose max. alle 2 Jahre in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
41.	Behandlung	
41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument	87,1052
		KJP.
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	230,9597
	<i>max. in 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
Pos. Nr.		Euro
41c	Psychoedukation bei Patient*innen (Eltern oder Patient*in).....	43,5525
		KJP.
42.	Vernetzungsleistung	
42a	Koordination bei Patient*innen	29,0231
		KJP.
42b	Koordinationstreffen (Helfer*innenkonferenz)	230,9597
	<i>1x pro Jahr in max. 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	58,0701
	<i>1x pro Jahr verrechenbar, nicht neben Pos. 42d verrechenbar</i>	KJP.
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan.....	14,5296
	<i>nicht neben Pos. 42c verrechenbar</i>	KJP.

Die Pos. Nrn. 40a bis 42d sind im selben Abrechnungszeitraum nicht neben Leistungen nach anderen Abschnitten der Honorarordnung verrechenbar.

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den*die gleiche*n Patient*in keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung verrechenbar.

Ausgenommen davon sind folgende Positionen:

E2 (durchschnittlich 1x pro Patient*in und Jahr), F9, F10, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.

Pos. Nr.

Euro

45. Untersuchungen

45a Erstuntersuchung/-behandlung57,7258
P.

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*der Patient*in 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*der Patient*in

4. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

*Die Position 45a kann insgesamt 4x pro Patient*in pro Jahr verrechnet werden, wobei zu Beginn der Behandlung einmal eine Doppelverrechnung möglich ist. Die Maximalanzahl ändert sich durch die Möglichkeit der Doppelverrechnung nicht. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

Pos. Nr.

Euro

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten43,2664
P.

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 (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;
inklusive Telefonkontakten mit Patient*innen

*Einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten76,3903

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 (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;

inklusive Telefonkontakten mit Patient*innen

*Einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten 152,7924

P.

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 Patient*innen

*Einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten 11,7077

P.

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*der Patient*in (Angehörige, Hausärzt*in, Psychotherapeut*in, Psycholog*in, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter*in, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten

Uhrzeit und Verhältnis zu dem*der Patient*in sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der KFA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

*Durchschnittlich 4 mal pro Patient*in und Quartal verrechenbar*

Pos. Nr.

Euro

45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten
(durchschnittlich 4-5 Patient*innen) je Patient*in und Therapieeinheit 24,0518

*Pro Patient*in und Tag maximal zweimal verrechenbar.*

P.

45g Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala,
Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 23,3554

P.

Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test,

Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.

Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.

45h Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest,
Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 23,3554

Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. In maximal 12% der Fälle pro Quartal verrechenbar.

P.

45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	46,7107	P.
	<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>		
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten.....	172,8535	P.
	<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 (Helfer*innenkonferenz)	210,1380	P.
	<i>In maximal 10% der Fälle verrechenbar; maximal 2x pro Patient*in und Jahr verrechenbar.</i>		
45l	Hausbesuch	21,6383	P.
	<i>verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j</i>		

XV. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden in der Regel nur dann honoriert, wenn sie eigene Patient*innen betreffen.
2. Wenn am Orte ein*e Fachärzt*in für physikalische Medizin oder ein behördlich konzessioniertes, von einem*einer Ärzt*in geführtes Institut für physikalische Therapie vertraglich nicht zur Verfügung steht, können physikalische Behandlungen auch von Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen (von letzteren nur im Rahmen ihres Fachgebietes) auf Zuweisung durch eine*n andere*n Ärzt*in durchgeführt werden.
3. Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr. Euro

1. Massage

p1a	Manuelle Massage	4,2760
p1b	Apparatemassage	3,8757
p1c	Pneumomassage des Trommelfells	3,8756

2. Gymnastik

p2a	Einzelheilgymnastik.....	5,0447
p2b	Extensionsbehandlung, Quengeln.....	5,0339
p2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe.....	3,3343

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

Pos. Nr. Euro

p3a	Anwendung von Wärmelampen	3,2587
	<i>(Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)</i>	
p3b	Quarzbestrahlung.....	3,2587
p3c	Heißluft.....	4,2760
p3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je.....	3,5615
p3e	Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten.....	5,4883
p3f	Vierzellenbad nach Schnee.....	6,0624
p3g	Iontophorese	5,4128
p3h	Diathermie.....	4,2760
p3i	Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen	5,7590
p3k	Ultraschall.....	6,9826

4. Inhalationen

p4a	Dampfinhalation	2,8580
p4b	Aerosolinhalation	3,5615

5. Buckybestrahlung

p5a	Buckybestrahlung	14,4196
	<i>pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder</i>	D.

XVI. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der KFA von Vertragsärzt*innen verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der KFA gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die von dem*der Vertragsärzt*in 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. Vertragsfachärzt*innen für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
3. Vertragsärzt*innen 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 KFA 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. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
6. Die erbrachten Untersuchungen sind von dem*der Vertragsärzt*in mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der KFA vorzulegen.
7. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem*der zuweisenden Vertragsärzt*in zur Verfügung zu stellen.
8. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzt*innen: Zuweisende Vertragsärzt*innen haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Abdomen und Retroperitoneum

Pos. Nr.		Euro
US1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	28,4186
	<i>nicht verrechenbar mit US 3</i>	R.C.I.K.
US2	Sonographie des Pankreas	34,7451
	<i>nicht verrechenbar mit US 3</i>	R.C.I.K.
US3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	52,6433
		R.C.I.K.
US4	Sonographie der Milz	23,6939
	<i>nicht verrechenbar mit US 3</i>	
US5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl.	

R.C.I.K.UC.

	der Bauchorta).....	34,7451	R.C.I.K.U.
US7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation	36,7708	G.
	<i>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, Zervixlängenmessung</i>		
US8	Sonographie des Unterbauches	34,7451	C.I.K.
US10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	37,8983	G.R.
	<i>auch bei Vorsorgeuntersuchungen verrechenbar, keine Honorierung, wenn es sich um keine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn handelt (z.B. Kinderwunsch, Familienplanung)</i>		
US11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	40,5104	U.R.
	<i>Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raum- forderungen</i>		
Small-parts-Diagnostik			
SP1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse.....	34,2147	R.I.C.K.
SP2	Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speichel- drüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	50,5311	R.H.
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>		
SP3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	8,9491	H.
SP5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	17,8980	R.
SP6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten).....	15,7962	R.C.
SP7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehne und Bakerzyste	29,4799	R.O.UC.
	<i>Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.</i>		
SP9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht.....	42,1128	R.K.O.
SP9a	Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax.....	42,1128	K.
	<i>in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>		
Pos. Nr.			Euro
SP10	Sonographie des Scrotalinhaltes.....	34,2147	R.K.U.C.
Doppler-Diagnostik			
DS1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung	21,0511	C(G).D.I.
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		
DS2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz.....	21,0511	C.D.I.
	<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>		

DS3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arterien-systems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	31,5817	
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>		I.N.C(G).
DS4	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).....	12,1123	
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patient*innen bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>		R.I.N.
DS5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung	69,5647	
	<i>in maximal 20% der Fälle pro Quartal verrechenbar; Fälle, die ausschließlich zur Transcraniellen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung, in diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung</i>		N.
Farbduplexdiagnostik			
FD1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems.....	61,5923	
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>		R.I.N.C(G).
FD2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	10,5307	
			R.C(G).I.K.
FD3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	26,3269	
			R.C.I.
FD4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	52,6433	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		D.I.C(G).R.
FD5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen.....	52,6433	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		D.I.C(G).R.
Echokardiographie			
EK1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	53,7661	
			I.
EK2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler	116,8790	
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>		I.
	- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;		
	- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;		
	- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.		

XVII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN
durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen
(mit Ausnahme der Fachärzt*innen für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen KFA und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein*e Vertragsfachärzt*in für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patient*innen verrechnet werden.
5. Wenn am Orte kein*e Vertragsärzt*in für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen KFA und zuständiger Ärztekammer Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzt*innen für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Position A1 und von Fachärzt*innen nach Position E3 verrechnet werden.
6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.

Pos. Nr.	Honorar und Unkosten Euro
Durchleuchtungen und Zuschläge	
r4a Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	12,7673
r4b Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen).....	14,0731
r4c Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage.....	16,6949
r4d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf.....	19,7875
r4e Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten).....	6,2821
r4f Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	7,8979
r4g Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	9,4925
Aufnahmen	
r5a Aufnahme 9 x 12	7,3307
r5b Aufnahme 13 x 18	9,4713
r5c Aufnahme 18 x 24	11,9433
r5d Aufnahme 15 x 40	14,7258
r5e Aufnahme 24 x 30	16,0099
r5f Aufnahme 30 x 40	18,4392
r5g Aufnahme 35 x 35	19,9483
r5h Zahnfilm	4,9335
r5i Aufnahme 20 x 40	16,3630

XVIII. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen

(mit Ausnahme der Fachärzt*innen für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzt*innen für
Mikrobiologie und Serologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen können nur dann honoriert, wenn sie eigene Patient*innen 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 § 9 Abs 1 des Gesamtvertrages für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 4, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Ärzt*innen des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Werden die Pos. Nr. 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, Kinderheilkunde oder Urologie bzw. die Pos. Nr. 1.01., 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebiets Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert für Akutparameter zur Anwendung.
5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
6. Sofern in einzelnen Positionen nichts Anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis XII der Honorarordnung für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen verrechenbar sind.
7. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) 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 und die verwendeten Gerätschaften sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der KFA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos. Nr.	Punkte
1.01 Blutbild	3,4
	AM. I.K.L.
2.04 Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest"	4,0
<i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	AM.I.K.
2.05 Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle).....	4,0
<i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	AM.I.K.
2.09 Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
3.01 Blutzucker-Bestimmung	0,93
	AM.I.K.U.
3.07 Gesamtbilirubin	0,93
	K.
3.08 Direktes und indirektes Bilirubin	0,93
	K.
3.15 Natrium.....	0,93
	I.
3.16 Kalium	0,93
	I.

Pos. Nr.	Punkte
4.07 GOT (ASAT).....	0,93
	K.
4.08 GPT (ALAT).....	0,93
	K.
4.09 Gamma-GT	0,93
	I.
4.20 Troponin T oder Troponin I.....	7,2
	AM.I.L.
5.01 Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung	0,93
<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02 Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	0,93
<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)	0,93
	AM.K.U.G.
7.02 Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen).....	2,0
	AM.K.I.
11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgerqual.	2,5
	AM.I.K.L.
12.01 Nativpräparat.....	3,0
	D.
12.07 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate.....	9,0
	D.
12.12 Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
	U.
12.93 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	6,9
<i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04</i>	
	AM.K.
15.01 Orale-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen).....	5
	AM.G.I.

B. Operationstarif für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzt*innen nur von Fachärzt*innen der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der KFA nur honoriert, wenn eine Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind mit Angabe der Positionsnummer zu verrechnen, ansonsten werden in Zweifelsfällen nur die jeweils niedrigeren Positionen honoriert.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des*der Ärzt*in durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung 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.
7. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Verrechnung von Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
8. Bei Operationen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten erfolgt die Abrechnung der ärztlichen Leistungen in der allgemeinen Gebührenklasse ausschließlich über die Krankenanstalten. Allfällige Leistungen der Sonderklasse werden seitens der KFA Wien nicht übernommen.
9. Regiezuschläge dürfen von dem*der Ärzt*in nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des*der Ärzt*in oder in der Wohnung des*der Patient*in durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird den diese Leistungen erbringenden Vertragsärzt*innen auf Grund der von dem*der Operateur*in auf der Honorarliste durchzuführenden Verrechnung unmittelbar von der KFA überwiesen. Von dem*der operierenden Ärzt*in ist daher in jedem Falle der Name und die Anschrift des*der Assistent*in bzw. Narkotiseur*in anzugeben.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der*die Fachärzt*in für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	55
II	110
III	190
IV	340
V	660
VI	940
VII	1330
VIII	1710

2. Erste Assistenz

Gruppe	Punkte
I	18
II	23
III	29
IV	56
V	131
VI	160
VII	263
VIII	338

3. Zweite Assistenz

Gruppe	Punkte
I	--
II	--
III	--
IV	29
V	56
VI	75
VII	131
VIII	169

4. Narkose

(außer durch Fachärzt*innen für Anästhesiologie)

Gruppe	Punkte
I	--
II	23
III	29
IV	56
V	66
VI	85
VII	131
VIII	188

Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.

5. Narkose

durch den*die Fachärzt*in für Anästhesiologie

Gruppe	Punkte
I	29
II	29
III	29
IV	56
V	150
VI	235
VII	329
VIII	423

V - VIII nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i. v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 4. anzuwenden.

Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.

6. Regiezuschlag

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

Gruppe	Euro
I	10,0121
II	14,9512
III	19,9238
IV	29,8624
V	57,9682
VI	82,5608
VII	116,8147
VIII	150,1903

OPERATIONSGRUPPENSHEMA

für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos. Nr.	Fachgebiet
O1a Incision bei Dakryocystitis	A.
O1b Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D.
O1c Operation des Chalazion	A.
O1d Elektrokoagulation von Geschwülsten..... (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	A.
O1e Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig).....	A.
O1f Kanthoplastik mit Naht	A.
O1g Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege.....	A.
O1h Operation am Tränenröhrchen	A.
O1i Quetschung von Trachomkörnern	A.
O1k Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion..... (jede weitere 1/2 Gruppe I)	A.
O1l Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

O2a Tarsorrhaphie	A.
O2b Tränendrüsenschichelung	A.
O2c Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
O2d Epicanthusoperation.....	A.
O2e Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium..... (Snellensche Naht)	A.
O2f Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
O2g Operation des Pterygium.....	A.
O2h Abrasio corneae +	A.
O2i Tätowierung der Cornea +.....	A.
O2k Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. Ä.....	A.
O2l Punktion der vorderen Kammer.....	A.
O2m Nadeldiscission bei angeborener Cataracta.....	A.
O2n Retrobulbäre Alkoholinjektion.....	A.

Gruppe III

O3a Einfache Symblepharonoperation	A.
O3b Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
O3c Exstirpation des Tränensackes	A.
O3d Exstirpation der Tränendrüse	A.
O3e Trichiasisoperation	A.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O3f Sklerotomie +	A.
O3g Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes	A.
O3h Discission bei Cataracta secundaria	A.
O3i Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.
O3k Transfixion der Iris	A.
O3l Iridotomie.....	A.
O3m Glaskörperabsaugung	A.
O3n Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	A.

Gruppe IV

O4a Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
O4b Einfache Ptosisoperation.....	A.
O4c Symblepharonoperation mit Plastik	A.
O4d Scleral- oder Cornealnaht	A.
O4e Vogtsche Stichelung.....	A.
O4f Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	A.
O4g Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer	A.
O4h Linearextraktion.....	A.
O4i Abtragung des Irisprolapses mit Plastik	A.
O4k Iridektomie.....	A.
O4l Eucleatio bulbi	A.
O4m Exenteratio bulbi.....	A.

Gruppe V

O5a Große plastische Operation an den Lidern.....	A.
O5b Komplizierte Ptosisoperationen	A.
O5c Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse)	A.
O5d Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode	A.

Gruppe VI

O6a Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie).....	A.
O6b Entfernung intraoculärer Fremdkörper	A.
O6c Evisceratio orbitae	A.
O6d Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae.....	A.

Gruppe VII

O7a Hornhautplastik, Linsenimplantation.....	A.
O7b Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung.....	A.
O7c Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein).....	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, 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
O8a Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke.....	C.O.
O8b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
O8c Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O8d Incision eines Panaritium subcutaneum	
O8e Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
O8f Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O8g Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	

O8h	Extirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
O8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
O8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
O8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
O8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
O8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
O8o	Amnionpflanzung nach Filatow	C.G.
O8p	Probeexcision mit Naht	

Gruppe II

O9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
O9b	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 Band-rupturen an Knie und Sprunggelenken	C.O.
O9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
O9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum +	C.
O9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
O9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
O9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
O9h	Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)	
O9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
O9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
O9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
O9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
O9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
O9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
O9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
O9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
O9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
O9s	Drüsenimplantation	
O9t	Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie	C.
O9u	Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes	C.I.K.

Gruppe III

O10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
O10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
O10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	C.NC.O.
O10d	Sehennahrt (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. Ä.)	C.D.H.O.
O10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern C.O.
O10h	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom)C.G.O.
O10i	Radikaloperation einer Hydrocele C.U.
O10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung C.G.
O10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis..... C.
O10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler CavakatheterAn.C.I.
O10n	Extirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
O10o	Operation nach Doppler C.
O10p	Phrenicusexhairese C.L.
O10q	Vasektomie oder Vasoligatur..... C.U.
O10r	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich) C.O.
O10s	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck C.
O10t	Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der AortaC.O.R.
O10u	Exhairese eines peripheren Trigeminusastes..... C.NC.

Gruppe IV

O11a	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.
O11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke..... C.O.
O11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen C.NC.O.
O11d	Sehennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)..... C.NC.O.
O11e	Extirpation eines Karbunkels C.O.
O11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen C.G.NC.O.U.
O11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke C.O.
O11h	TracheotomieAn.C.H.K.NC.
O11i	Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux..... C.I.K.L.O.
O11k	Pneumolyse..... C.L.
O11l	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis C.NC.
O11m	Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie..... C.U.
O11n	Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes + + C.
O11o	Adhaesiolyse C.G.
O11p	Appendektomie + + C.
O11q	Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht C.
O11r	Nodulixstirpation nach Whitehead C.
O11s	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff C.
O11t	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung..... C.
O11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche C.NC.O.
O11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus C.U.
O11w	ProbelaaparotomieC.G.U.
O11x	Reamputation C.O.
O11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt) C.U.
O11z	Radikaloperation von Varicen pro Extremität C.O.

Gruppe V

Pos. Nr.	Fachgebiet
O12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes..... C.H.
O12b	Nervenplastik..... C.NC.
O12c	Neurolyse mit Naht..... C.NC.O.
O12d	Sehnenplastik..... C.O.
O12e	Exstirpation eines Parotistumors C.H.
O12f	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk C.O.
O12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx C.H.
O12h	Scalenotomie..... C.O.
O12i	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen C.L.
O12k	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch..... C.G.
O12l	Gastroenterostomie..... C.
O12m	Enteroanastomose C.
O12n	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie) C.
O12o	Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation) C.G.
O12p	Appendektomie bei perforiertem Appendix C.
O12q	Intraperitonealer Kolostomieverschluss..... C.
O12r	Mehrfache Darmnaht..... C.G.
O12s	Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption..... C.
O12t	Vagusresektion..... C.
O12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik..... C.D.H.O.
O12v	Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes..... C.O.
O12w	Knochen transplantation..... C.O.
O12x	Osteosynthese kleiner Knochen..... C.O.
O12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung..... C.NC.O.
O12z	Kompletter Schrittmachereinbau C.
O12 ¹	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses C.
O12 ²	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparatomiam C.

Gruppe VI

O13a	Strumektomie C.
O13b	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx..... C.H.
O13c	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe C.NC.O.
O13d	Schedoplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung C.L.
O13e	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie C.L.
O13f	Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle C.
O13g	Gallenblasenoperation oder Gallengangsoperation (Choledochotomie) einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie C. <i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.</i>
O13h	Anastomosenoperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie C. <i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.</i>
O13i	Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode..... C.
O13k	Milzexstirpation..... C.
O13l	Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenräumung C.G.H.U.
O13m	Amputatio recti (sacrals Methoden)..... C.
O13n	Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen) C.

O13o	Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes).....	C.
O13p	Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes	C.
O13q	Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten	C.
O13r	Knochentransplantation an Diaphysenknochen	C.O.
O13s	Osteosynthese großer Röhrenknochen.....	C.O.
O13t	Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese	C.NC.O.
O13u	Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastik- ausgießung u. Ä.	C.NC.O.
O13v	Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn	C.NC.O.
O13w	Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege.....	C.U.

Gruppe VII

O14a	Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikel- drainage mit direkter ICP-Messung	C.NC.
O14b	Operation des Hypophysentumors	C.NC.
O14c	Resectio mandibulae, maxillae, linguae	C.H.
O14d	Zenkersches Speiseröhrendivertikel	C.H.
O14e	Operation am Pericard	C.
O14f	Operation der Mitralstenose	C.
O14g	Herzverletzungen und Steckschüsse	C.
O14h	Pneumektomie	C.L.
O14i	Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Sternumspaltung oder transthorakal.....	C.
O14k	Decortication der Lunge wegen subacutem Empyem oder Hämatothorax.....	C.L.
O14l	Zwerchfellhernie	C.
O14m	Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepticum jejuni	C.
O14n	Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes	C.
O14o	Große Leberoperationen (Teilresektion)	C.
O14p	Nebennierenexstirpation	C.U.
O14q	Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden	C.
O14r	Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolektomie aus den großen Schlagadern mit Ausnahme der Aorta.....	C.
O14s	Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente.....	C.
O14t	Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn.....	C.NC.
O14u	Gallenblasenoperation mit Gallengangsoperation (Choledochotomie), inkl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C.
O14v	Operation einer Rezidiv-Struma, auch mehrfaches Rezidiv	C.
O14w	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per thorakotomiam	C.
O14x	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat	C.NC.

Gruppe VIII

O15a	Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation	C.NC.
O15b	Oesophagusresektion	C.H.
O15c	Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum	C.
O15d	Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße	C.
O15e	Lobektomie.....	C.L.
O15f	Segmentresektion der Lunge	C.L.
O15g	Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem	C.L.
O15h	Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation)	C.
O15i	Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile.....	C.

Pos. Nr.		Fachgebiet
O15k	Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	C.
O15l	Operation nach Brunswich	C.G.
O15m	Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln	C.
O15n	Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie	C.
O15o	Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion	C.
O15p	Intrahepatale Gallenganganastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	C.
O15q	Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB)	C.NC.
O15r	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfazikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate	C.NC.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

Pos. Nr.		Fachgebiet
O16a	Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren	C.D.
O16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.

Gruppe II

O17a	Dermoabrasio bis 10 cm ² nach Methode Schreus	C.D.
------	--	------

Gruppe III

O17b	Dermoabrasio von 10 cm ² bis 50 cm ² nach Methode Schreus	C.D.
------	---	------

Gruppe IV

O17c	Dermoabrasio über 50 cm ² nach Methode Schreus	C.D.
------	---	------

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

O18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
O18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
O18c	Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
O18d	Strichabrasio	G.
O18e	Abtragung eines Cervikalpolypen	G.
O18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
O18g	Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode	
O19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
O19b	Dammnaht I. Grades	G.
O19c	Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	G.

Gruppe II

O20a	Extirpation des Hymens	G.
O20b	Extirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
O20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
O20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	G.
O20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
O20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose +	G.
O20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
O20k	Pertubation	G.
O20l	Dammplastik als selbständige Operation	G.
O20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
O21a	Crede in Narkose	G.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O21b	Dammnaht II. Grades G.
O21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile..... G.
O21d	Introitusnahe Scheidennaht..... G.
O21e	Kopfschwartenzange..... G.
O21f	Muttermundincision..... G.
O21g	Hystereuryse..... G.

Gruppe III

O22a	Labienresektion..... G.
O22b	Exstirpation der Bartholinschen Drüse C.G.U.
O22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars G.
O22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion G.
O22e	Portioamputation und -plastik..... G.
O22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors G.
O22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)..... G.
O22h	Vordere Scheidenplastik G.
O22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat..... G.
O23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)..... G.
O23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt G.
O23c	Naht eines frischen Cervixrisses G.
O23d	Cervixnahe Scheidennaht G.
O23e	Zange, Vacuumextraktion + G.
O23f	Konisation..... G.
O23g	Cerclage nach Shirodkar..... G.

Gruppe IV

O24a	Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels Sectio caesarea vaginalis..... G.
O24b	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung..... G.
O24c	Kolporrhaphie mit Perineoplastik + +..... G.
O24d	Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation G.
O24e	Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung G.
O24f	Salpingotomie + + G.
O24g	Ovariectomie, Ovarrektomie..... G.
O24h	Konservative Myomoperation..... G.
O24i	Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik..... G.
O25a	Kombinierte Wendung..... G.
O25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht G.
O25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta..... G.
O25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt G.
O25e	Hohe Zange..... G.

Gruppe V

O26a	Abdominelle Nervenresektion (Cotte)..... C.G.U.
O26b	Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbständige Operation) G.
O26c	Kolpoplexis G.
O26d	Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe)..... G.
O26e	Tubenimplantation..... G.
O26f	Salpingo-Oophorektomie..... G.
O26g	Operation einer Graviditas extrauterina..... C.G.
O26h	Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae G.
O27a	Sectio caesarea..... G.
O27b	Hebosteotomie, Symphyseotomie..... G.

Gruppe VI

Pos. Nr.	Fachgebiet
O28a	Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri G.
O28b	Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren G.
O28c	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominal G.
O28d	Exstirpation des Cervixstumpfes G.
O28e	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen) G.
O28f	Fisteloperation G.
O28g	Operative Behandlung der Uterusruptur G.
O28h	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen G.
O28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn) G.
O29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation) G.
O29b	Wiederholte sectio caesarea G.

Gruppe VII

O30a	Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri G.
O30b	Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung G.U.
O30c	Bildung einer künstlichen Scheide G.
O30d	Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie G.

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

O31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung) H.
O31b	Abtragung von Ohrpolypen H.
O31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen H.
O31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle H.K.
O31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel H.
O31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie H.
O31g	Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses C.H.
O31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus H.
O31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen C.H.
O31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung H.

Gruppe II

O32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) + H.
O32b	Intubation + An.C.H.I.K.
O32c	Kleine plastische Operationen C.H.
O32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen + H.K.
O32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen + H.K.
O32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck + H.
O32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz + H.
O32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung H.
O32i	Speichelsteinentfernung C.H.
O32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens H.

Gruppe III

O33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen + H.
O33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe + H.
O33c	Unterbindung der Vena jugularis C.H.
O33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen H.
O33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) + H.
O33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff C.H.
O33g	Rhynophym C.D.H.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O33h	Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion..... C.D.H.
O33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung..... H.

Gruppe IV

O34a	Tränensackplastik nach West..... A.H.
O34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endoesophogale Oesophagusvaricensclerosierung C.H.I.
O34c	Größere plastische Operationen C.H.
O34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel..... C.H.
O34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus..... H.
O34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle H.
O34h	Operation der Deviatio septi nach Killian + H.
O34i	Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr..... H.
O34k	Radikaloperation des Mittelohres H.
O34l	Ozaena-Operation H.
O34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms H.
O34n	Collare Mediastinotomie C.H.
O34o	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger H.

Gruppe V

O35a	Stirnhöhlen-Radikaloperation nach Killian-Riedel..... H.
O35b	Radikaloperation mit anschließender Labyrinthoperation..... H.
O35c	Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen von Nebenhöhleneiterungen H.
O35d	Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten (mit Laryngofissur, Thyreotomie oder mittels mikrolaryngoskopischen Eingriffes)..... H.
O35e	Plastik von Narbenstenosen des Kehlkopfes mit Laryngofissur H.
O35f	Myringoplastik H.

Gruppe VI

O36a	Radikaloperation von malignen Tumoren der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes C.H.
O36b	Radikaloperation eines Nasen-Rachenfibroms mit Voroperation H.
O36c	Arypexie oder Arydektomie bei doppelseitiger Rekurrensparese H.
O36d	Plastische Operation einer Choanalatresie, auch beiderseits C.H.
O36e	Trachealplastik C.H.

Gruppe VII

O37a	Gehirnoperation..... C.H.
O37b	Sinusoperation H.
O37c	Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stirnplastik, Aufbauplastik der Trachea H.
O37d	Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration H. <i>nur einmal verrechenbar</i>
O37e	Halsauräumung bei malignen Tumoren..... C.H.
O37f	Operative Entfernung des Ganglion Gasseri..... C.H.
O37g	Facialisdekompression H.
O37h	Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere) H.

INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE- und PSYCHIATRIE, ANÄSTHESIOLOGIE

Gruppe I

Pos. Nr.	Fachgebiet
O38a	Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)..... I.L.
O38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)..... I.L.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O38c Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalographie) 1 1/2fach	An.C.H.I.N.
O38d Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
O38e Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 1 1/2fach	An.C.I.N.
O38f Nucleographie	

Gruppe II

O39a Pneumothorax-Erstanlage +.....	An.I.K.L.
<i>Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit besonderer Begründung verrechenbar</i>	
O39b Pneumoperitoneum-Erstanlage +.....	I.K.L.
O39c Liquorausblasung +.....	C.I.K.L.N.
O39d Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV

O41a Cavernostomie	C.L.
O41b Winterschlaf einschl. Betreuung +.....	An.N.

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

*Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten.
Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt „F“
festgelegten Sätzen vergütet.*

Gruppe I

Pos. Nr.	Fachgebiet
O42a Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
O42c Subcutane Tenotomie	C.O.
O42d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
O42e Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C.O.
O42f Halskrawatte.....	C.O.
O42g Oberschenkel (1 1/2fach)	C.O.

Gruppe II

O43a Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenks- kontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen).....	C.O.
O43c Offene Tenotomie.....	C.O.
O43d Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O43e Modellverbände: obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
O43f Abmeißelung von Exostosen.....	C.O.
O43g Operation des Calcaneussporns	C.O.
O43h Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft dysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen).....	C.K.O.
O43i Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe III

O44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation.....	C.O.
O44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes.....	C.O.
O44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.
O44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O44e Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O44f Gipsmieder, Gipschale	C.O.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O44g Gipshose	C.O.
O44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
O44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
O44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
O44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O44n 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.K.O.
O44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat).....	C.O.
O44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe IV

O45a Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes	C.O.
<i>sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen</i>	
O45b Gipsbett	C.O.
O45c Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C.O.
O45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C.O.
O45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
O45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode.....	C.O.
O45g Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O45h Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis	C.O.
O45i Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen	C.O.
O45k Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
O45l Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenke	C.O.
O45m Plastik kleiner Gelenke	C.O.
O45n Operation der Luxatio acromio - clavicularis.....	C.O.
O45o Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

O46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
O46b Bolzung großer Röhrenknochen.....	C.O.
O46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O46e Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes.....	C.O.
O46f Operation der Bandscheibenhernie	C.NC.O.
O46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
O46h Abbotsche Operation.....	C.O.
O46i Laminektomie	C.NC.O.
O46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	C.O.
O46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
O46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)	C.O.
O46n Keilresektion aus dem Tarsus	C.O.
O46o Operation der habituellen Schulterluxation.....	C.O.

Gruppe VI

O47b Blutige Reposition der angeborenen oder traumatischen Hüftgelenksverrenkung	C.O.
O47c Albeesche Operation	C.O.
O47d Herdausräumung bei Tbc oder Tumoren der Wirbelsäule	C.O.
O47e Plastik großer Gelenke	C.O.

UROLOGIE

Gruppe I

Pos. Nr.	Fachgebiet
O48a Endourethrale Elektrocoagulation	D.U.
O48b Meatotomie.....	D.U.

Gruppe II

O49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren +	U.
O49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
O49c Urethrotomia interna +	U.
O49d Operation eines einfachen Urethralprolapses +	G.U.
O49e Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
O49f Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

O50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge.....	U.
O50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen	U.
O50c Urethrotomia externa.....	U.
O50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.

Gruppe IV

O51a Eröffnung eines paranephritischen Abszesses.....	C.U.
O51b Sectio alta, einschl. Stein- oder Fremdkörperentfernung (Zystotomie).....	U.
O51c Urethralplastik	U.
O51d Epididymektomie	C.U.

Gruppe V

O52a Lithotripsie	U.
O52b Sectio alta mit Sphinkterplastik.....	U.
O52c Nephropexie	C.U.
O52d Nephrotomie (erstmalig)	U.
O52e Eröffnung eines Prostataabszesses mit Ablösung des Rectums.....	C.U.
O52f Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel.....	G.U.
O52g Suprasymphysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste	U.
O52h Epi- oder Hypospadioplastik.....	C.U.
O52i Transurethrale Teilresektion der Prostata	U.
O52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors.....	G.U.

Gruppe VI

O53a Teilresektion der Harnblase (Geschwulstentfernung, Divertikelexstirpation).....	G.U.
O53b Einseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm.....	C.G.U.
O53c Nephrektomie	C.U.
O53d Sekundäre Nephrotomie	U.
O53e Pyelotomie.....	C.U.
O53f Dekapsulation der Niere.....	C.U.
O53g Prostatektomie nach jeder Methode.....	U.
O53h Totale Ureterektomie.....	U.
O53i Ureterotomia anterior mit Steinentfernung	U.
O53k Abschließende plastische Operation zum Aufbau einer neuen Harnröhre bei angeborener Epi- oder Hypospadiapenis, scrotalis oder perinealis.....	U.
O53l Versorgung eines traumatischen Harnröhrenabszesses.....	U.C.

Gruppe VII

O54a Totale Prostatektomie mit Drüsenausträumung	U.
O54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm.....	C.G.U.
O54c Entfernung bösartiger Nierentumoren	C.U.
O54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken.....	C.U.

Gruppe VIII

Pos. Nr.

Fachgebiet

O55a Cystektomie (Totalexstirpation der Harnblase einschließlich Ureterenimplantation) U.

C. Physikalische Behandlung

durch Fachärzt*innen für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation.

Die Leistungen dieses Abschnittes sind bewilligungsfrei.

Pos. Nr.		Euro
TP	Tagsatzpauschale <i>einmal pro Patient*in und Tag verrechenbar</i>	37,9604

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.		Zeit (Min.)	Therapeut*in
Gruppe 1 – Teilmassage			
PM1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
PM2	Druckstrahlmassage z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage, (Hydrojet oder glw.)	10-12	MM, HM, MTF, PT
PM3	Manuelle Druck/Triggerpunktmassage <i>Ausbildungsnachweis ist der KFA vorzulegen</i>	10	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie			
PB1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
PB3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
PB4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
PB5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB6	Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen)	30	PT
PB7	Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen) <i>Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: z.B. Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. z.B. Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, z.B. Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.</i>	20-30	PT, SpoWi, MTF
PB8	Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB9	Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB10	Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, Psy, ET
PB11	Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT, SpoWi, ET
PB12	Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, ET
PB13	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel (z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT, SpoWi
PB14	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe (max. 8 Personen) z.B. Stepper	30	PT, SpoWi
PB15	Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT, SpoWi
PB16	Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT, SpoWi, MTF, ET, Psy
P4651	Extensionsbehandlung manuell	15	
P4611	Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung	15	
P90V	Heilgymnastik Gruppe pro Person	20	
P4631	Zuschlag für Hausbesuch		

Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der KFA laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

Pos. Nr.		Zeit (Min.)	Therapeut*in
Gruppe 3 – Thermotherapie			
PT1	Wärmetherapie trocken	10	MM, HM, MTF, PT
PT2	Wärmetherapie feucht	15	MM, HM, MTF, PT
PT3	Lokale Kältetherapie	10	MM, HM, MTF, PT
PT4	Hochfrequenztherapie (z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 4 – Elektrotherapie			
PE1	Niederfrequenzstromtherapie (z.B. Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM, HM, MTF, PT
PE2	Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz)	10	MM, HM, MTF, PT
P4717	Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert		
Gruppe 5 – Ultraschalltherapie			
PU1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie			
PH1	Medizinalbad (z.B. CO ² Bad, Moorschwebstoffbad, etc.)	15	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 7 – Sonstige Therapie			
P4652	Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten	15	
P90L	Glisson- oder Extensionsbett		
P4720	Inhalationstherapie (ohne Medikament)		
P90M	Aerosolinhalation (ohne Medikament)		

Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. mit der Tagessatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

*Im Einzelfall können an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch von dem*der Arzt*in oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patient*innenschutzes hierbei streng auszulegen.*

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	Physiotherapeut*in
ET	Ergotherapeut*in
MTF	Medizinisch-Technischer Fachdienst
MM	Medizinische*r Masseur*in
HM	Heilmasseur*in
SpoWi	Sportwissenschaftler*in
Psy	Psychotherapeut*in, Klinische*r Psycholog*in, Gesundheitspsycholog*in

D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzt*innen für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzt*innen für Mikrobiologie und Serologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Vertragsfachärzt*innen für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzt*innen für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die von dem*der zuweisenden Ärzt*in auf dem von der KFA aufgelegten Arzthilfeschein (Ersatz-Arzthilfeschein) 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 § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen in der eigenen Ordination erbracht werden.
2. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung durchgeführt. Die KFA kann den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts Anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 verrechenbar sind.
6. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang 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 (Einzeluntersuchungen) 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 und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der KFA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der KFA und der Ärztekammer für Wien im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos. Nr.	Punkte
1.01 Blutbild	3,4
1.04 Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09 Retikulozyten-Zählung.....	6,0
1.11 Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
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
1.16 HLA-B 27	20,0
<i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i>	
1.17 Leukozytendifferenzierung < 5 Typ	20,0
<i>Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i>	
1.18 Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80,0
<i>bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung</i>	
1.19 Leukozytendifferenzierung >10 Typ	150,0
<i>bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung</i>	

Gruppe 2: Blutgerinnung

Pos. Nr.	Punkte
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
2.07 Thrombinzeit (TZ).....	4,0
2.08 Fibrinogen	4,5
2.09 Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
2.10 Antithrombin III-Bestimmung	10,0
2.11 APC-Resistenz	8,0
<i>nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening</i>	
2.12 Protein C	15,0
<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
2.13 Protein S	15,0
<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
2.14 Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
<i>einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar</i>	
2.15 Lupusantikoagulans	14,0
<i>Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT</i>	

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

3.01 Blutzucker-Bestimmung	0,93
3.02 Fruktosamine	4,0
<i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>	
3.03 HbA1 oder HbA1c	9,0
<i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient*in und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i>	
3.04 Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN.....	0,93
3.05 Kreatinin	0,93
3.06 Harnsäure.....	0,93
3.07 Gesamtbilirubin	0,93
3.08 Direktes und indirektes Bilirubin	0,93
3.09 Gesamteiweiß-Bestimmung	0,93
3.10 Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	8,0
3.11 Triglyceride (Neutralfette).....	0,95
3.12 Gesamtcholesterin	0,93
3.13 HDL-Cholesterin	1,1
3.14 LDL-Cholesterin	1,1
3.15 Natrium.....	0,93
3.16 Kalium	0,93
3.17 Kalzium	0,93
3.18 Chloride	0,93
3.19 Phosphor	1,4
3.20 Magnesium.....	1,4
3.21 Lithium.....	2,0
<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	
3.22 Kupfer	5,0
3.23 Eisen	2,0
3.24 Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung.....	5,5
<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	
3.25 Ferritin	2,5
3.26 Albumin	1,3

Pos. Nr.	Punkte
3.27 Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter.....	25,0
3.28 Transferrin.....	2,5
<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
3.29 Ammoniak.....	2,5
<i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	
3.30 Laktat.....	2,5
<i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	
3.31 LP a.....	9,3
<i>nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend</i>	

Gruppe 4: Enzyme

4.01 Aldolase.....	2,5
4.02 Alkalische Phosphatase.....	0,93
4.03 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,8
4.04 Cholinesterase.....	0,95
4.05 CK (Creatin-Kinase).....	1,1
4.06 CK-MB-Isoenzym.....	2,5
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
4.07 GOT (ASAT).....	0,93
4.08 GPT (ALAT).....	0,93
4.09 Gamma-GT.....	0,93
4.12 Lipase-Bestimmung.....	1,6
4.13 LDH.....	0,93
4.15 Angiotensin-converting-Enzym (ACE).....	9,0
4.16 Myoglobin.....	5,0
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
4.20 Troponin T oder Troponin I.....	7,2

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

5.01 Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung.....	0,93
<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02 Streifentest im Harn (visuelle Auswertung).....	0,93
<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).....	0,93
5.04 Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten.....	3,0
5.06 Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine).....	10,0
5.07 Porphobilinogen.....	10,0
5.08 Deltaaminolävulinsäure (ALA).....	15,0
5.09 5-Hydroxyindolessigsäure.....	15,0
5.10 Mikroalbumin.....	1,0
5.11 Gesamteiweißbestimmung.....	0,93
5.13 Glukose.....	0,93
5.15 Kreatinin.....	0,93
5.17 Natrium.....	0,93
5.18 Kalium.....	0,93
5.19 Kalzium.....	0,93
5.20 Chloride.....	0,93
5.21 Phosphor.....	0,93
5.22 Kupfer.....	25,0
5.23 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase.....	1,5
Katecholamine – siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

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

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

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
7.03 Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9,0
7.04 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9,0
7.05 Pankreas-Elastase im Stuhl	20,0
<i>bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz</i>	

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

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

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

9.01 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	5,0
<i>nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar</i>	
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
9.06 Albumin	2,0
9.07 Gesamteiweiß-Bestimmung	2,0
9.08 Glukose	2,0
9.09 Harnsäure.....	2,0
9.10 LDH	2,0
9.11 CRP (C-reaktives Protein) quantitativ.....	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

10.01 Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor.....	15,0
<i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i>	
10.02 3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest.....	15,0
10.03 Coombstest direkt	7,0
10.04 Coombstest indirekt.....	15,0
10.05 Kälteagglutinationsreaktion	6,0
10.06 Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren.....	11,0
<i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>	
10.07 Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration).....	13,0
<i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i>	
10.08 Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02)	24,0
10.09 Dw	11,0
10.10 Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellationen	12,4

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung

11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation	25,0
<i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar</i>	
11.02 Kappa- und Lambdaketten	14,0
11.03 Haptoglobine	7,0

Pos. Nr.	Punkte
11.04 Coeruloplasmin	10,0
11.05 Alpha-1-Antitrypsin	4,0
11.06 Alpha-2-Makroglobulin	7,0
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*in und pro Quartal verrechenbar</i>	
11.08 Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBc-Antikörper).....	18,0
11.09 HBs-Antigen	9,0
11.10 HBs-Antikörper.....	9,0
11.11 HBc-Antikörper.....	9,0
11.12 HBc-IgM-Antikörper.....	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
11.13 HBe-Antigen	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
11.14 HBe-Antikörper.....	13,0
<i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	
11.15 HAV-Antikörper	10,0
11.16 HAV-IgM-Antikörper	11,5
<i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>	
11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0
11.18 TPHA-Test.....	5,0
11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS).....	12,5
11.20 19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch.....	2,5
11.23 Antistreptolysin-O-Objektträger-test qual.....	2,5
11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung.....	2,5
11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qual.	2,5
11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
11.30 Mononukleosetest als Objektträger-test	5,0
11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM).....	4,0
11.33 IgE	7,0
11.34 Suchtest auf mind. 6 Allergene.....	32,0
<i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>	
11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
11.36 Anti-DNS	13,0
11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM).....	10,0
11.38 Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	15,0
11.39 Mitochondriale Antikörper.....	13,0
11.40 Mikrosomale Antikörper.....	11,5
11.41 Thyreoglobulin Antikörper	11,5
11.42 PSA	7,0
<i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient*in und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>	
11.43 Freies PSA	5,0
<i>in max. 10 % der Pos. 11.42</i>	
11.44 AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid.....	10,0
<i>nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist</i>	
11.45 AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46 TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
<i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar</i>	
11.47 C3-Komplement	10,0
11.48 C4-Komplement	10,0
11.49 ANA-Subsets.....	9,0
<i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	

Pos. Nr.	Punkte
11.50 Leberspezifische Antikörper (z. B. SLK, LKM), je <i>max. 3 AK</i>	11,3
11.51 c-ANCA oder p-ANCA <i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i>	12,0
11.52 Gliadin-AK <i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar</i>	10,0
11.53 Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper <i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i>	10,0
11.54 1,25-Dihydroxy-Vitamin D3 <i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i>	14,0
11.55 Vitamin B12 <i>nur zur Anämieabklärung</i>	11,0
11.56 Folsäure <i>nur zur Anämieabklärung</i>	11,0
11.57 Apolipoproteine <i>nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar</i>	5,7
11.58 C1 Esterase Inhibitor	6,9
11.59 Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je <i>max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>	7,9

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

12.01 Nativpräparat	3,0
12.02 Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03 Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	5,0
12.04 Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20,0
12.05 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.06 Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.07 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.08 Kultur auf Mykoplasmen	11,0
12.10 Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je <i>höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar</i>	7,0
12.11 Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	20,0
12.12 Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
12.13 Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
12.16 Brucella AK KBR	8,0
12.17 Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18 Echinokokken KBR	8,0
12.19 Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20 HIV-AK (Elisa)	9,0
12.21 HIV-Western-Blot oder IFT <i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	35,0
12.23 Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24 Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je <i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	13,5
12.25 Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27 Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA) <i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	15,0
12.28 Zystizerkosen KBR	8,0
12.29 Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20,0
12.31 Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32 Amöben-AK	15,0

Pos. Nr.	Punkte
12.33 Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
12.34 Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
12.37 Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
12.38 Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
12.40 Echinokokken HAT	10,0
12.41 Enteroviren KBR	8,0
12.44 Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
12.46 FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
12.47 Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
12.48 Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.50 Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.52 Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.53 Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
12.55 Listerien KBR	8,0
12.56 Leishmaniose KBR, HAT	10,0
12.58 Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.59 Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.62 Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
12.63 Picorna Virus KBR	8,0
12.64 Qu-Fieber KBR	8,0
12.65 Rota Viren KBR	8,0
12.66 Trichinose KBR	8,0
12.67 Trichinose IFT, EIA	15,0
12.68 Tularämie (KBR, Agg. T)	15,0
12.70 Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.71 Yersinia KBR	8,0
12.73 Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.74 Zystizerkosen IFT	10,0
12.75 Helicobacter pylori AK-Nachweis	15,0
<i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	
12.76 Borrelien IgG oder IgM-AK	12,0
12.77 Borrelien-Westernblot IgG oder IgM	15,0
<i>bei positiven Borrelien</i>	
12.78 HCV-RNS quantitativ	100,0
<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>	
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>	
12.80 HPV-Typisierung	41,0
<i>bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar</i>	
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 der Vorbefunde)</i>	
12.82 Helicobacter pylori AG im Stuhl	30,0
<i>nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i>	
12.83 Bordetella pertussis PCR	28,0
12.84 Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	5,0
<i>nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	
12.85 HIV PCR quantitativ	80,0
<i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	

Pos. Nr.	Punkte
12.86 Stuhlkultur	17,0
<i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
12.87 Clostridientoxin.....	20,0
<i>nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	
12.88 Bartonella henselae-AK.....	10,5
12.89 Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4
12.90 LCM Virus AK.....	11,4
12.91 Ornithose-Antikörpernachweis je.....	11,4
12.92 Mycoplasmen AK je.....	11,4
12.93 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	6,9
<i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04</i>	
12.94 Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11,4
12.95 Parvovirus AK (Ringelröteln) je	11,4
12.96 Legionelle IgG oder IgM	11,4
12.98 Tetanus-Antikörper.....	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

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

Gruppe 14: Hormone

14.01 Gesamt-T4 oder freies T4	6,0
<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.02 Gesamt-T3 oder freies T3	6,0
<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.03 TSH.....	5,4
TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)	
14.04 Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	10,0
14.05 Aldosteron	20,0
14.06 Cortisol	10,0
14.07 Follikelstimulierendes Hormon (FSH).....	7,0
14.08 Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	25,0
<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
14.09 Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
14.12 Luteinisierendes Hormon (LH).....	7,0
14.14 Östradiol	8,0
14.16 Parathormon.....	19,5
14.19 Progesteron.....	8,0
14.20 Prolaktin	7,0
14.21 Testosteron	8,0
14.22 Wachstumshormon (STH).....	20,0
14.23 17-Hydroxy-Progesteron	21,0
14.24 SHBG	11,0
14.25 DHEA-S.....	10,0

Pos. Nr.	Punkte
14.26 ACTH	18,0
14.27 Androstendion	13,0
14.28 c-Peptid	12,6
<i>nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar</i>	
14.29 Insulin	12,6
<i>zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II</i>	
14.30 Osteocalcin.....	10,7
14.31 Gastrin.....	12,6
14.32 Crosslabs	10,7
14.33 pro-BNP	15,2
<i>zur Risikostratifizierung 1 x pro Jahr</i>	

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

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01 Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzuckerbestimmungen).....	5,0
15.02 Kreatinin-Clearance endogen.....	5,0
15.03 TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,0

Gruppe 16: Histologie - Zytologie

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
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. Fachärzt*innen für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzt*innen für Pathologie, Fachärzt*innen für Lungenkrankheiten und Fachärzt*innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzt*innen, 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

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

Abschnitt D1. Tarif für Vertragsärzt*innen für Pathologie

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Es sind grundsätzlich nur jene Leistungen (Untersuchungen) verrechenbar, die in der Honorarordnung enthalten sind. Im Einzelfall ist bei nachweislicher vorheriger Zustimmung der KFA eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen zulässig. Erbrachte Leistungen (Untersuchungen) werden nur honoriert, wenn sie durch die Zuweisung ihrer Art nach und dem Umfang nach gedeckt sind und die Verdachtsdiagnose (Ausnahme: gynäkologische Zytologie) auf der Zuweisung angegeben ist. Die Leistungen (Untersuchungen) sind in den Ordinationsräumen des*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie zu erbringen.
2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der KFA nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
3. Der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die KFA leistungszuständig ist, weder von dem*der Anspruchsberechtigten noch von einem*einer Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.
4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die KFA besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchungen zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der angestrebten Diagnose stehen. Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar. Werden solche Untersuchungen von einem*einer Zuweiser*in verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.
5. Die KFA ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn von dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.
6. Hat die KFA die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie die Kosten auch dem*der Anspruchsberechtigten oder einem*einer Dritten nicht in Rechnung stellen.
7. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. 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.
8. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der im Leistungskatalog enthaltenen pathologischen Untersuchungen nötigen Geräte und Materialien (inklusive der Kosten für sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien) abgegolten. Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen, Porto, Abholdienste, etc. können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
9. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

B) BESONDERE BESTIMMUNGEN MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

1. Der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.
2. In begründeten Fällen steht der KFA nach Verständigung der Wiener Ärztekammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie festzusetzen; dieser wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach 4 Wochen – gerechnet vom Einlangen des Briefes – zulassen.
3. Leistungen der Gruppen 19 (Gynäkologische Zytologie) und 20 (Extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzt*innen für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar. In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen KFA und Wiener Ärztekammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn von dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.
4. Der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er*sie vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er*sie verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker*innen) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker*innen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen; für zytologische Untersuchungen ist zusätzlich eine besondere Ausbildung und eine entsprechende Erfahrung notwendig. Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (insbes. dipl. medizinisch-technische Fachkräfte und Laborgehilf*innen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz igF. verfügen. Auf Verlangen ist der KFA über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.
6. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
7. Untersuchungen auf Rechnung der KFA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie wird der KFA die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen der KFA auch während des aufrechten Vertragsverhältnisses bekannt geben. Der KFA steht das Recht zu, hinsichtlich dieser von dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt für Pathologie zu verlangen.
8. Der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser*innen nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender*innen sind einschlägig zu beraten. Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden. Der*die

Vertragsfachärzt*in für Pathologie kann der KFA wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser*innen betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des*der Patient*inn oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zu dem*der Patient*in garantieren. Jede*r Vertragsfachärzt*in für Pathologie soll regelmäßig auf seine*ihre Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilnehmen, sofern diese State-of-the-art sind, und von den Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Zytologie und Österreichische Gesellschaft für Pathologie) empfohlen sowie im Rahmen der Europäischen Union angeboten werden. Die Befunde müssen das Wesen des Präparates erfassen und zur klinischen Frage Stellung nehmen. Das Untersuchungsergebnis ist dem*der zuweisenden Ärzt*in und gegebenenfalls dem*der Patient*in in geeigneter Form mitzuteilen. Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliare Gutachten enthalten. Die Befunde sind der KFA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

9. Histologie

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen. Zu jedem Fall erstellt der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie eine Enddiagnose. Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der KFA Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patient*innen, Einsender*innen, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

10. Zytologie

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen. Zu jedem Fall erstellt der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie eine Enddiagnose. Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der KFA Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patient*innen, Einsender*innen, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

11. Sonderbestimmungen für gynäkologische Zytologie

Die vorbegutachtende Fachkraft hat das gesamte Präparat mikroskopisch zu erfassen, auffällige Stellen zu kennzeichnen und zur Qualität des Abstrichs Stellung zu nehmen. Auffällige Präparate sind dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie samt Kommentar vorzulegen. Die Befundung der weiblichen Genitalzytologie und insbesondere die Nomenklatur richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften.

10 % der von der genitalzytologischen Fachkraft vorbegutachteten und als unauffällig eingestuften Fälle (Pap I + II) müssen von dem*der Vertragsfachärzt*in für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie alle von den vorbegutachtenden Fachkräften als auffällig eingestuften Präparaten, ebenso alle Präparate von Frauen mit auffälligen Vorbefunden oder auffälligen klinischen Angaben.

Nachzubefunden sind bei auffälligen Befunden auch frühere, als unauffällig eingestufte Präparate (so genannte negative Vorbefunde). Die Musterungsarbeit der genitalzytologischen Fachkraft darf 80 Präparate pro Tag nicht überschreiten; dementsprechend beträgt das Jahresmaximalpensum 16.000 Präparate. Für halbtags beschäftigte Fachkräfte beträgt das maximale Tagespensum 50 Präparate. Für den*die Vertragsfachärzt*in für Pathologie ergibt sich eine Durchschnittskontrolle von ca. 20 % des Einlaufmaterials. Die unter Qualitätsaspekten vertretbare Jahresmaximalkapazität der Ordination beträgt 80.000 Präparate (maximal 5 Fachkräfte). Jede zytodiagnostische Untersuchungen durchführende Ordination soll in der Lage sein, eine zumindest jährliche statistische Auswertung der eingelangten Präparate durchzuführen, entsprechend den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der KFA Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patient*innen, Einsender*innen, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

12. Mikrobiologie

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils die für Vertragsfachärzt*innen für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen allgemeinen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

Gruppe 19: Gynäkologische Zytologie

Pos. Nr.	Euro
19.01 Gynäkologische Zytodiagnostik, pro Patient*in (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger).....	9,7873
<i>verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzt*innen für Pathologie, die der KFA 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>	
19.02 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (z.B. Trichomonaden, Pilze).....	2,7308
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 21.05 und 21.11 verrechenbar.</i>	
19.03 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen	3,8782
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 21.05, 21.06, 21.11 und 21.12 verrechenbar.</i>	
19.04 Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patient*in (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger).....	7,2745
19.05 HPV-DNA (Bestimmung von "Low-risk-Typen" und "High-risk-Typen" humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko	51,3577

Gruppe 20: Extragenital Zytologie

20.01 Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient*in (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	11,7839
<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.02 verrechenbar.</i>	

20.02 Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient*in (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	15,3178
<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.01 verrechenbar</i>	
20.03 Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. 20.01 oder 20.02	5,8861
<i>maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar</i>	
20.04 Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. 20.01 oder 20.02	7,0680
<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.05 verrechenbar</i>	
20.05 Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. 20.01 oder 20.02	11,7839
<i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. 20.04 verrechenbar</i>	
20.06 Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos. 20.01 oder 20.02	25,2658
<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. 20.01 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. 20.02 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. 20.01/20.02 und 20.04/20.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 21: Mikrobiologie

21.01 Stuhlkultur einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung	15,2261
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. 21.18 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar</i>	
21.02 Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	8,0777
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.03 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung	8,0777
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.04 Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung	7,0221
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.05 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (z.B. Trichomonaden, Pilze)	2,7308
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.02, 21.11 verrechenbar</i>	
21.06 Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen	3,8782
<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar</i>	
21.07 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	11,5084

Pos. Nr.	Euro
21.08 Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (z.B Gram u.Ä.)	3,8782
<i>nicht neben Pos. 21.11, 21.12 verrechenbar</i>	
21.09 Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	2,7308
21.10 Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten	3,2357
<i>Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät</i>	
21.11 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpreparat unter Angabe des Materials ..	2,1916
<i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.05 und 21.06; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos. 21.08 und 21.09</i>	
21.12 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien).....	3,2931
<i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.06; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. 21.08, 21.09, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.13 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (z.B. Harnkultur)	10,5561
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos. 21.21 (z.B. Uricult) verrechenbar</i>	
21.14 Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate.....	13,2066
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.15 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	13,2066
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.16 Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate.....	15,4555
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.17 Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15,5243
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.18 Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, je Kultur	9,4371
<i>maximal 2x pro Untersuchung verrechenbar (falls erforderlich für Pos. 21.01, 21.13 bis 21.17 und 21.19 bis 21.20 verrechenbar)</i>	
21.19 Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	17,6815
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.20 Kultur auf Mykobakterien (z.B. Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate.....	27,7901
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.21 Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (z.B. Uricult).....	4,1191
<i>nicht neben Pos. 21.13 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. 21.18 zu verrechnen</i>	
21.22 Antibiotogramm: 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.....	12,2198
<i>beim Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i>	

Gruppe 22: Histologie

22.01 Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden.....	32,6321
<i>maximal einmal je Präparat verrechenbar</i>	
22.02 Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden.....	32,6321
<i>maximal einmal je Präparat verrechenbar</i>	

22.03 Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	5,3010
22.04 Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. 22.01 oder 22.02.....	8,2498
<i>nicht neben Pos. 22.05 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	
22.05 Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. 22.01 oder 22.02	15,3178
<i>nicht neben Pos. 22.04 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	
22.06 Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos. 22.01 oder 22.02	51,8281
<i>maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar</i>	
22.07 Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	11,3134

Erläuterungen:

a) Pos. 22.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:

- Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
- Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
- Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes

b) Pos. 22.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:

- Makroskopische Beurteilung
- Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
- Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes

Erläuterungen:

a) Hinsichtlich der Pos. 22.01/22.02, sowie 22.04/22.05 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig.

b) Die Pos. 22.03 bzw. 22.07 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung.

E. für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie

durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Inanspruchnahme eines*ener Vertragsfachärzt+in für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch eine*n Vertragsärzt*in erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der*die zuweisende Ärzt*in hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

Die Vertragsärzt*innen für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der*die zuweisende Vertragsärzt*in angefordert hat und die im Tarifkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem*der zuweisenden Vertragsärzt*in herzustellen.

Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifs (Pos. Nrn. R 101 bis R 809) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.

Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.

Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.

Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigelegt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der KFA abgerechnet werden.

Untersuchungen auf Rechnung der KFA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die KFA hat das Recht dies von Expert*innen überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem*der Vertragsärzt*in für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des*der Vertragsärzt*in ein*e Vertreter*in der Ärztekammer beizuziehen.

Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiär 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 zw. 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-Jahres-Risiko zw. dem 40. und dem 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weibl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandte*r ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandte*r ersten Grades UND 1 Verwandte*r zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandte*r ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandte*r ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein*e Verwandte*r 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: jährl. Mammographie und Ultraschall bds., 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 Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
- k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangerhaut, Plateaubildungen, 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 Radiolog*in) an die Regionalstelle*

Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig bedürfen keiner kurativen Abklärung und können daher nicht auf Kosten der KFA verordnet werden.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organtarif

Pos. Nr.	Euro
Schädel	
R101 Schädel	52,3303
R102 Gesichtsschädel	22,4668
R103 Schädelbasis	22,4668
R104 Sella	19,9211
R105 Schläfenbein, pro Seite	62,3210
R106 Nasennebenhöhlen	57,2415
R107 Nasenbein	19,9211
R108 Kiefergelenk, pro Seite	37,3085
R109 Gesamter Oberkiefer	37,8008

Pos. Nr.	Euro
R110 Gesamter Unterkiefer	37,8008
R111 Zahnstatus.....	73,0919
R112 Zähne, 1-3 benachbarte	19,9211
<i>(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)</i>	

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

R201 Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	62,3210
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>	
R202 Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	109,5359
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>	
R203 Brustwirbelsäule	51,1055
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R204 Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke.....	81,6776
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R205 Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	52,3303
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R206 Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	93,1692
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>	
R207 Rippen, einseitig.....	33,7301
R208 Sternum.....	52,3303

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

R301 Clavicula, pro Seite	25,6248
R302 Scapula, pro Seite	52,3303
R303 Oberarm, pro Seite.....	48,7521
R304 Unterarm, pro Seite	48,7521
R305 Hand, pro Seite	52,3303
R306 Navicularserie, pro Seite	19,9211
<i>(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)</i>	
R307 1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	37,3085
<i>(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)</i>	
R308 Oberschenkel, pro Seite	57,6499
R309 Unterschenkel, pro Seite	48,7521
R310 Ganzer Fuß, pro Seite.....	52,3303
R311 Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite.....	42,3998
<i>(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)</i>	
R312 Calcaneus, pro Seite	37,3085
R313 Sternoclaviculargelenk, pro Seite	25,6248
R314 Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite.....	58,7426
R315 Ellenbogengelenk, pro Seite.....	37,3085
R316 Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	37,308
R317 Becken	33,7301
R318 Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	60,0274
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)</i>	
R319 Hüftgelenk, axial, pro Seite.....	27,4141
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)</i>	
R320 Kniegelenk, pro Seite	50,3131
R321 Kniegelenk mit Patella, pro Seite.....	65,2988
<i>(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)</i>	
R322 Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	54,7079
R323 Sprunggelenk, pro Seite.....	42,3998
R324 Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	95,5467

Pos. Nr.	Euro
R325 Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	93,1692

Halsorgane, Herz und Lunge

R401 Thorax	64,9747
R402 Halsorgane	70,4982
R403 Tomographie der Lunge, bds.	95,5467

Magen – Darmtrakt

R501 Oesophagus	82,8424
R502 Magen-Duodenum in Doppelkontrast	155,5142
R503 Dünndarmpassage	53,3629
R504 Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	53,3629
R505 Irrigoskopie in Doppelkontrast	267,5717
R506 Abdomen, nativ	33,7301

Gallentrakt

R601 Gallenblase, nativ	22,4668
<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)</i>	
R602 Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	62,3210
R603 i.v. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	165,0965
R604 Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	182,2677
R605 Tomographie der Gallenwege	95,5467

Harntrakt

R701 Harntrakt, Nativaufnahme	33,7301
<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i>	
R702 i.v. Pyelographie	208,9492
R703 Inf. Pyelographie	226,0844
R704 Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	236,5673
R705 Tomographie der Nieren, bds.	95,5467

Spezialuntersuchungen

R801 Mammographie, beidseits	117,4251
R802 Mammographie, einseitig	59,9674
R803 Galaktographie	130,2735
R804 Hystero- Salpingographie	108,6233
R805 Pneumocystographie	65,5871
R806 Phlebographie, pro Extremität	129,8173
R807 Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	70,4982
R808 Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen	133,3115
R809 Knochendichtemessung	39,3499
periphere quantitative Computertomographie (pQCT) oder Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) <i>verrechenbar maximal einmal pro Patient*in und Jahr, nicht als Screening-Untersuchung verrechenbar nur von Fachärzt*innen für Radiologie, die von der KFA im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>	

**RÖNTGENDIAGNOSTIK
Formatetarif**

Honorar

Pos. Nr.	Punkte
1. Grundhonorar	
R1a Erste röntgenologische Leistung	12
R1b Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage.....	8
2. Sonderleistungen	
R2a Darmeinlauf mit Kontrastmittel	6
R2e Intravenöse Injektion	3

Unkosten

Pos. Nr.	Euro
3. Durchleuchtungen und Zuschläge	
R3a Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	10,2844
R3b Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	11,9706
R3c Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e)	25,8673
R3d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf.....	15,7077
R3e Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	4,6218
R3f Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels Elektronischer Geräte.....	7,4427
R3g Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	8,6519
4. Aufnahmen	
R4a Format 9 x 12	6,6410
R4b Format 13 x 18	9,7326
R4c Format 18 x 24	12,3872
R4d Format 15 x 40	15,7077
R4e Format 24 x 30	17,5810
R4f Format 30 x 40	20,3502
R4g Format 35 x 35	22,2134
R4h Zahnfilm	3,9973
R4i Format 35 x 43	24,1703
R4j Format 30 x 90	38,8994
R4k Format 20 x 40	18,1538
5. Mehrphasenaufnahmen:	
R5a Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24).....	12,3872
R5b Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30).....	17,5810

RÖNTGENTHERAPIE

Anmerkung:

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten. Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit x) 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 etc.).
 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 Honorar und Unkosten zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
----------	------------	-------------------------------	-------------------------------

9. Tarifgruppe I: € 45,6031

R9a	Akne	2-6	4
R9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch	2-6	4
R9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)	2-6	4
R9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R9g	Epididymitis	2-6	4
R9h	Epilepsie.....	2-6	4
R9i	Erysipel	2-6	4
R9k	Erythema induratum Bazin	2-6	4
R9l	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom	2-6	4
R9m	Intertrigo	2-6	4
R9n	Lichen Vidal und Ruber planus.....	2-6	4
R9o	Migräne	2-6	4
R9p	Mikuliczsche Erkrankung.....	2-6	4
R9q	Mykosis fungoides.....	2-6	4
R9r	Paronychie	2-6	4
R9s	Periodontitis.....	2-6	4
R9t	Perniones	2-6	4
R9u	Poliomyelitis	2-6	4
R9v	Pruritus.....	2-6	4
R9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R9x	Scropholuderm	2-6	4
R9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4

10. Tarifgruppe II: € 68,3517

R10a	Agranulocytose.....	6	3
R10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	4
R10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe	4-6	3
	(Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)		
R10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6	2
R10i	Mastitis acuta	3-6	3
R10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R10l	Morbus Werlhof	3	2
R10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R10p	Tbc der Haut	3-4	4
R10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R10u	Thrombophlebitis	4-6	3
R10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R10w	Condylomata accuminata	3-4	3
R10x	Alopecia areata	5	3
R10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3

Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.

11. Tarifgruppe III: € 83,4326

R11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R11b	Asthma bronchiale	6	3
R11c	Clavus	2	3
R11d	Herpes zoster	4-6	3
R11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-3	3
R11m	Osteomyelitis	4-6	4
R11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R11p	Tbc des Darmes	6	4
R11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck)	3	3
R11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4

12. Tarifgruppe IV: € 136,6713

R12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus)	3	3
R12b	Lymphogranulomatose	3-6	4
R12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R12d	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R12e	Tbc peritonei	2	4

13. Tarifgruppe V: € 167,0347

R13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4	3
R13b	Kastrationsbestrahlung	4	2
R13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	6	3
R13e	Myoma uteri, Endometriose.....	4	3
R13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R13g	Polycythämie	8	2
R13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2

14. Tarifgruppe VI: € 174,5857

R14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes).....	2-10	3(4)
R14b	Kraurosis vulvae.....	3	3
R14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R14d	Wirbelhaemangiome	6-10	4

es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung

15. Tarifgruppe VII: € 250,4356

R15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	8-12	4(5)
R15b	Melanoblastoma mal.	10-20	3(4)

16. Tarifgruppe VIII: € 417,3856

R16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	13-24	3(4)
------	---	-------	------

17. Tarifgruppe IX: € 607,1792

R17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	25-40	2(3)
------	---	-------	------

18. Tarifgruppe X: € 834,9086

R18a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	41-75	1(2)
------	---	-------	------

Anmerkung:

Die bei den Tarifgruppen VI (R 14) - X (R 18) in Klammer angegebenen Maximalzahlen der Serien pro Jahr sind nur bei entsprechender medizinischer Begründung verrechenbar.

Nachsatz:

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) - X (R 18) gelten folgende Zuschläge:

a) bei Gitterbestrahlung	25%
b) bei Bewegungsbestrahlung	50%
c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung.....	75%
d) bei Kombination von b) und c).....	125%

20. Buckybestrahlung

Pos. Nr.	Euro
R20a	Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder

13,9601

21. Radiumtherapie

Pos. Nr.	Punkte
R21a	Einmalige Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z. B. Kontrolle nach Röntgen (Radium)therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen(Radium)therapie).....

12

F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

die in der Ordination des*der Ärzt*in oder in der Wohnung
des*der Kranken angelegt werden (M).

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.

Euro

1. Zu 27d (therap. Verbände), O 43i, O 44p

Hand und Unterarm:

M1a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	7,7711
M1b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	12,4314

Fuß und Unterschenkel:

M1c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	11,5622
M1d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	17,7163

Kniegelenk:

M1e	Kniegelenk.....	42,2339
-----	-----------------	---------

2. Zu 27e (therap. Verbände), O 43i, O 44p

Hand, Unter-, Oberarm:

M2a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	15,6646
M2b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	22,3766

Fuß, Unter-, Oberschenkel:

M2c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	25,9890
M2d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	55,1001

Hals:

M2e	Halskrawatte.....	19,0764
-----	-------------------	---------

3. Zu 27f (therap. Verbände)

M3a	Obere Extremität mit Schultergürtel	79,6508
M3b	Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel)	89,8301
M3c	Schiefhalsgips mit Thorax	55,9919

Zu B. OPERATIONSTARIF

4. Zu O 42e (Modellverbände)

M4a	Hand oder Fuß	2,9544
M4b	Hand und Unterarm.....	5,8310
M4c	Fuß und Unterschenkel	5,8310

Hand, Unter-, Oberarm:

M4d	Kinder bis zu 12 Jahren.....	5,8310
M4e	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	8,8637

5. Zu O 42f (Modellverband)

M5a	Halskrawatte.....	8,8637
-----	-------------------	--------

6. Zu O 42g (Modellverband)

M6a	Oberschenkel	8,8637
-----	--------------------	--------

7. Zu O 43e (Modellverbände)

M7a	Obere Extremität mit Schultergürtel	17,6379
M7b	Untere Extremität mit Becken.....	28,0964

Oberkörper:

M7c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	17,6379
M7d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	28,0964

8. Zu O 44f und O 45o

Gipsmieder:

M8a	Kinder bis zu 7 Jahren.....	45,3775
M8b	Kinder von 7 bis zu 12 Jahren	59,9722

Pos. Nr.		Euro
M8c	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	83,4192
Gipsschale:		
M8d	Kinder bis 1/2 Jahr	14,0702
M8e	Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	21,2170
M8f	Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	35,1983

9. Zu O 44g und O 45o

Gipshose:

M9a	bei Coxitis und Little	95,7730
M9b	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	119,5764
bei Hüftgelenksluxation:		
M9c	Kinder bis 1/2 Jahr	35,1091
M9d	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	43,8613
M9e	Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	42,1668
M9f	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	52,7364
M9g	Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	58,4002
M9h	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	72,8610

10. Zu O 45b

Gipsbett:

M10a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	56,8615
M10b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	113,5892

ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 34 Abs 4 des Gesamtvertrages wird vereinbart:

Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:

a) Abschnitt A.I. bis A.XII. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e)	€ 1,1613
b) Grundleistungen durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin	€ 1,2921
c) Grundleistungen durch Fachärzt*innen für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie.....	€ 1,3747
d) Grundleistungen durch Fachärzt*innen für Innere Medizin.....	€ 1,7022
e) Grundleistungen durch Fachärzt*innen für Kinderheilkunde, Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	€ 1,4580
f) Abschnitt B. Operationstarif.....	€ 1,1613
g) Abschnitt D. Labor.....	€ 1,2892
h) Abschnitt A.XVIII Labor-Akutparameter.....	€ 1,8957
i) Abschnitt E. Röntgen.....	€ 01,0575
j) Abschnitt A.XVIII Labor.....	€ 1,2892

2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

(gem. § 6 des Gesamtvertrages vom 1.4.1974 in der Fassung des jeweils gültigen Zusatzprotokolles)

Pos. Nr.		Euro ab 1.1.2023
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche.....	€ 31,55
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche.....	€ 31,55
MI1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche.....	€ 20,22
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34.Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche.....	€ 31,30
KU1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 38,16
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat.....	€ 38,16
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat.....	€ 38,16
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat.....	€ 38,16
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat.....	€ 38,16
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 38,16
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat.....	€ 38,16
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat.....	€ 38,16
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 20,22
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat.....	€ 31,42
KA1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 31,42
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 38,16
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche.....	€ 42,63
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche.....	€ 42,63

ANHANG 2 ZUR HONORARORDNUNG

Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzt*innen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und vom Krankenversicherungsträger auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer*innen werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit vom Krankenversicherungsträger informiert.

1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
- b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
- c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
- d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter*innen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10).

2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiolog*in. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein*e Radiolog*in eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er*sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger*innen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger*innen ins Programm, die als Erstbefunder*in tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der untenstehenden Bestimmung in den dem Beginn der Programmteilnahme vorangegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß Pkt. I Abs. 2 auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31.7. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbieter*innen derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

- 2a.) Ein neuer Standort ist ein Standort der nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen hat. Er muss in den ersten 24 Monaten der Programmteilnahme die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Die Vertragspartner*innen bekennen sich dazu, dass die Vorsorgemammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der BVAEB und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des*der Radiolog*in, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der BVAEB und der ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der*die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiolog*in hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiolog*innen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter*innen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung von dem*der Radiolog*in nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder*in zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 1a.) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.
- 2.) Das Datenflussmodell gemäß „*Kompendium Mammographie*“, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
 - e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

III. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

IV. Kompendium Mammographie

Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)

Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)

Teil 3: Anlage 5, 2. ZP VU-GV

Teil 4: Datenflussmodell (Anm.: nur der relevante Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV).

Anhang 3: Tarife Vorsorgeuntersuchung

Honorierung

Es gelten nachfolgende Tarife (in Eurobeträgen):

VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm inkl. Labor)	88,0000
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor)	73,0000
VB	Laborblock (für Frauen und Männer)	15,0000
VPSA	PSA Untersuchung als Vorsorgemaßnahme	13,8187
BKFM	Brustkrebsfrüherkennungsmammographie beiderseits	102,7443
BKFS	Brustkrebsfrüherkennungssonographie je Seite, bei Dichtegrad ACR 3 und ACR 4, sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes <i>verrechenbar in maximal 35% der Mammographien im Rahmen des BKFP</i>	13,5616
BKFRS	Brustkrebsfrüherkennungs-Rescreen-Sonographie, je Seite	13,5616
BKFMI	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP nur einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren für Frauen ab dem vollendeten 40. Lebensjahr verrechenbar; abrechenbar von Vertragsärzt*innen für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzt*innen für Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	3,0000
VG	bestehendes Gyn-Programm	18,2409
VP	PAP-Abstrich	5,8184
VZ	Zellenentnahme für zytologische Untersuchung	3,2308
VUCO	VU-Coloskopie (Gesamttarif)	249,0508
VUCOP	VU-Coloskopie inkl. Polypenabtragung (Gesamttarif)	311,1625
VUSED	Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel) <i>nur gemeinsam mit den Positionen VUCO oder VUCOP verrechenbar</i>	99,3845

II. VU-Coloskopie

1. Mit dem Gesamttarif VU-Coloskopie (VUCO und VUCOP) sind jedenfalls die Kosten der VU-Coloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der VU-Coloskopie notwendigen Medikamente (zB Abführmittel etc), die Insufflation (unabhängig vom verwendeten Mittel), die Überwachung samt Monitoring, die Nachbetreuung, sowie die Dokumentation abgegolten.

Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der*die Proband*in seine*ihre Zustimmung erteilt hat. Im Fall einer Polypenabtragung ist die Position VUCOP zu verrechnen.

2. Die Position VUSED umfasst:

- Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)
- Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und -soweit erforderlich - EKG-Monitoring.
- Der*die Patient*in ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.
- Ausführliche und dokumentierte Aufklärung des*der Patient*in über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation.

3. Das Ausstellen von Honorarnoten für vom Gesamttarif VUCO/VUCOP bzw. vom Tarif VUSED umfassten Leistungen ist unzulässig.

4. Sind am gleichen Tag neben der VU-Coloskopie auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese Leistungen nicht im Zusammenhang mit der VU-Coloskopie stehen.

5. Der*die Vertragspartner*in verpflichtet sich, Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen weder zu fordern noch entgegenzunehmen.

Anhang 4: Sonderbedarf

Allgemeiner Ordinationsbedarf

Es wird pro Fachgruppe folgender Pauschalbetrag zur Abgeltung des allgemeinen Ordinationsbedarfs vereinbart, der pro Ärzt*in-Patient*in-Kontakt (ausgenommen Fachärzt*innen für Radiologie) im Nachhinein monatlich honoriert wird:

Fachgruppe	Pauschalbetrag
FG 01 – Ärzt*in für Allgemeinmedizin	0,25 €
FG 03 – FA für Augenheilkunde	0,25 €
FG 04 – FA für Chirurgie	0,30 €
FG 05 – FA für Dermatologie	0,25€
FG 06 – FA für Gynäkologie	0,30€
FG 07 – FA für Innere Medizin	0,20€
FG 08 – FA für Kinderheilkunde	0,25€
FG 09 – FA für HNO	0,25€
FG 10 – FA für Lungenkrankheiten	0,20 €
FG 12 – FA für Orthopädie	0,30 €
FG 15 – FA für Unfallchirurgie	0,30 €
FG 16 – FA für Urologie	0,30 €

Damit ist der allgemeine Ordinationsbedarf für alle niedergelassenen Ärzt*innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt*innen, die in einem Vertragsverhältnis zur KFA stehen, grundsätzlich abgedeckt (ausgenommen siehe Punkt IV.).

Mit der Honorierung des hier angeführten Pauschalbetrages ist auch die Notfallmedikation abgedeckt, aus diesem Titel heraus bestehen ebenso keine weiteren Ansprüche. Sonderregelung Fachärzt*innen für Radiologie:

Die Fachgruppe der Radiolog*innen kann den Pauschalbetrag als Position PROORD 1x pro Patient*in und Tag im Zuge der elektronischen Abrechnung melden.

Fachgebiet	Pauschalbetrag
FG 14 – FA für Radiologie	0,30 €

Damit ist der allgemeine Ordinationsbedarf für alle niedergelassenen Fachärzt*innen für Radiologie, die in einem Vertragsverhältnis zur KFA stehen, grundsätzlich abgedeckt (ausgenommen siehe Punkt IV.).

Mit der Honorierung des hier angeführten Pauschalbetrages ist auch die Notfallmedikation abgedeckt, aus diesem Titel heraus bestehen ebenso keine weiteren Ansprüche.

Sonderbedarf („Z-Position“)

Um einen allfällig höheren Ordinationsbedarf (Sonderbedarf) als den allgemeinen Ordinationsbedarf abzudecken, wird zwischen Ärztekammer und KFA festgelegt, dass bei Erbringung bestimmter, taxativ aufgezählter Leistungen eine „Z-Position“ zusätzlich zur Leistung verrechnet werden kann. Die Leistungen bzw. die Höhe der Z-Position ergeben sich in der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Die Z-Position ist nur gemeinsam verrechenbar mit einer der folgenden Positionen:

19x, 19y, 19z, 25a, 25b, 25c, 25d, 25e, 26a, 26b, 26c, 26d, 26e, 26f, 26g, 26h, 27a, 27b, 27l, 27ll, 27lll, 27m, 27mm, 27mmm, 38l, 38m, 38r, 38v, 38vv, 38w, 38ww, DS1, DS2, R502, R505, R702, R803, R804, R806, DEFG, O8c, O8f, O8g, O8h, O8l, O8p, O9h, O9i, O9l, O9r.

Die Z-Position steht zu, sofern und in jener Anzahl, in der die taxativ aufgezählte Hauptleistung von dem*der jeweiligen Vertragsärzt*in erbracht wurde. Die Auszahlung erfolgt monatlich, also gemeinsam mit der Hauptleistung und ist gesondert zu verrechnen.

Die Verrechnung der Z-Position gebührt ausschließlich Vertragsärzt*innen der KFA Wien (Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich). Explizit ausgeschlossen ist die Verrechnung bzw. Honorierung im Wahlarzt- und/oder im stationären Bereich.

Weitere Voraussetzung ist, dass eine der taxativ aufgezählten Hauptleistungen in der eigenen Ordination oder bei einem Hausbesuch/Visite erbracht wurde. Die Verrechenbarkeit der Z-Position bedingt auch, dass die dazugehörige Hauptleistung für die jeweilige Fachgruppe laut aktuell geltender Honorarordnung abrechenbar ist.

Des Weiteren ist bei der Verrechnung der Z-Position die erbrachte Leistung/das verbrauchte Material genau zu dokumentieren und die Rechnungen der Materialien aufzubewahren. Bei Aufforderung durch die KFA Wien sind sowohl die Dokumentationen als auch die Rechnungen jederzeit der KFA Wien vorzulegen.

Seitens der KFA Wien wird eine laufende Evaluierung durchgeführt.

Position	Langtext	Sonderbedarf-Punkteanzahl
19xZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie	34,56 P
19yZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. Zumindest Pulsoxymetrie	35,60 P
19zZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie	75,70 P
25aZ	Zuschlag zu Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde	7,87 P
25bZ	Zuschlag zu Abtragung einer großen Brandblase	4,87 P
25cZ	Zuschlag zu Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	9,87 P
25dZ	Zuschlag zu Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgischer Versorgung nach jeder Methode	11,49 P

25eZ	Zuschlag zu Naht- und Klammernentfernung	3,86 P
26aZ	Zuschlag zu Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung)	2,53 P
26bZ	Zuschlag zu Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	6,23 P
26cZ	Zuschlag zu Abtragung einer Eiterblase	3,86 P
26dZ	Zuschlag zu Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	4,87 P
26eZ	Zuschlag zu Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	9,87 P
26fZ	Zuschlag zu Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	9,87 P
26gZ	Zuschlag zu Entfernung eines Daumennagels oder Nagels d. großen Zehe	9,87 P
26hZ	Zuschlag zu Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	3,86 P
27aZ	Zuschlag zu Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	8,37 P
27bZ	Zuschlag zu Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität	19,86 P
27IZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Knie	19,86 P
27IIIZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage über Knie	39,87 P
27IIIIZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Leiste	59,86 P
27mZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Knie Voraussetzung: Verrechnung der 27I nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	19,86 P
27mmZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur über Knie Voraussetzung: Verrechnung der 27II nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	39,87 P
27mmmZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Leiste Voraussetzung: Verrechnung der 27III nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	59,86 P
38IZ	Zuschlag zu Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	6,77 P
38mZ	Zuschlag zu Kaustik der Haut	2,38 P
38rZ	Zuschlag zu Kryotherapie je Sitzung	0,90 P
38vZ	Zuschlag zu Phototherapie, 1. - 16. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
38vvZ	Zuschlag zu Phototherapie, ab 17. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
38wZ	Zuschlag zu Photochemotherapie, 1. - 16. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
38wwZ	Zuschlag zu Photochemotherapie, ab 17. Behandlung, je Behandlung	1,07 P

DS1Z	Zuschlag zu Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	0,21 P
DS2Z	Zuschlag zu Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung der Beinveneninsuffizienz	0,21 P
R502Z	Zuschlag zu Magen-Duodenum in Doppelkontrast	12,38 P
R505Z	Zuschlag zu Irrigoskopie in Doppelkontrast	14,70 P
R702Z	Zuschlag zu i.v. Pyelographie	60,34 P
R803Z	Zuschlag zu Galaktographie	10,17 P
R804Z	Zuschlag zu Hystero- Salpingographie	25,13 P
R806Z	Zuschlag zu Phlebographie, pro Extremität	60,34 P
DEFGZ	Zuschlag zu Defäkographie	73,90 P
O8cZ	Zuschlag zu Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	9,19 P
O8fZ	Zuschlag zu Incision einer oberflächlichen Phlegmone	4,15 P
O8gZ	Zuschlag zu Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	23,50 P
O8hZ	Zuschlag zu Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschl. Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	23,50 P
O8iZ	Zuschlag zu Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen m. Präparation	23,50 P
O8pZ	Zuschlag zu Probeexcision mit Naht	23,50 P
O9hZ	Zuschlag zu Techn. einfache Operation gr. Geschwülste (gr. Fibrome, Atherom, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, e. Ganglions d. Sehne o.d. Gelenkes o.e. Hygroms)	33,95 P
O9iZ	Zuschlag zu Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	33,95 P
O9IZ	Zuschlag zu Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation	33,95 P
O9rZ	Zuschlag zu Einfache Krampfaderoperation nach Moskowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	33,95 P

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin:
Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien,
Wien 8., Schlesingerplatz 5.