

**VERSICHERUNGSANSTALT
ÖFFENTLICH BEDIENSTETER,
EISENBAHNEN UND BERGBAU**

WAHLARZTRÜCKERSÄTZE

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Stand 01.01.2020

**A. Ärztlicher Honorartarif für
allgemeine Leistungen und Sonderleistungen**

I. GRUNDLEISTUNGEN

A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)

A1	Erste Ordination	18,68
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>	
A2	Weitere Ordination	10,74
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	3,74
	<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	7,47
	<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. 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)	7,47

B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)

B1	Erster Krankenbesuch	42,97
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar</i>	
B2	Weiterer Krankenbesuch	32,70
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	14,01
	<i>Nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	14,01
	<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar. Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) ...	31,14
B6	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	2,80
B7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	7,47
B8	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag	7,47

- B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) 4,67

C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)

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

- C1 bei Tag 7,47
 C2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 11,21

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.

D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)

- D1 bei Tag 14,01
 D2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 18,68

Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen.

E. Ordination (Facharzt)

- E1 Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung 17,75
Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar
- E2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt 7,99
- E3 Weitere Ordination 9,76
- E31 Weitere Ordination 11,54
 verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin
- E4 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde..... 3,55
Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.
- E5 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen..... 7,10
*Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.
 Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.*
- E6 Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) 7,10
Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.
- E7 Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten

6. Lebensjahr 3,34
einmal pro Fall und Monat verrechenbar
nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar
verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

F. Krankenbesuch (Facharzt)

F1 Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich
 eingehender Untersuchung..... 40,82
Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.
Nr. E1 verrechenbar.

F2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt 7,99

F3 Weiterer Krankenbesuch 31,06

F4 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der
 Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht
 unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind 13,31

F41 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der
 Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie,
 Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie 6,83
 Innere Medizin 8,45

F42 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der
 Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde 3,99
Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebe
verrechenbar.

F5 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen
 durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den
 Positionen F51 oder F52 angeführt sind 13,31

F51 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und
 Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie,
 Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie 10,20
 Innere Medizin 14,96

F52 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen
 durch den Facharzt für Kinderheilkunde 10,03
Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu
begründen.

F6 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)
 durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den
 Positionen F61 oder F62 angeführt sind 26,62

F61 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)
 durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten,
 Neurologie und Psychiatrie 27,84
 Innere Medizin 34,47

F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde.....	26,74
F7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	6,21
F8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	7,10
F9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag	3,55
F10	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	4,44
F11	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	3,34
	<i>einmal pro Fall und Monat verrechenbar</i>	
	<i>nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar</i>	
	<i>verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	

G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)

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

G1	bei Tag	7,10
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	10,65

Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen.

Diese Zuschläge sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.

H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)

H1	bei Tag	26,62
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	35,49

Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen.

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	1,91
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht	2,87

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
behandlungsführenden Arzt 12,40

*Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und
Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und
Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und
Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit
anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern
bedürfen, ins gesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die
Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.*

Erläuterungen zum Positionstext:

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

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1.

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

ab 1.4.2019 11,97

- a) 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.

- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin, berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.

h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten 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 innerhalb eines Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen.

2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch
ab 1.4.2019 17,93

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der 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 Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom-psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b. Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.

- c. Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d. Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e. Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f. Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A.IX. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g. Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

10. Blutabnahme

10a Blutabnahme aus der Vene	3,55
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren.....	7,10
10c Aderlass (mindestens 250 ccm)	7,10

11. Injektionen

11a Subcutane, intracutane Injektion	1,77
11b Intramuskuläre Injektion.....	1,77
11c Intravenöse Injektion	2,66
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	7,10
11e Eigenblutinjektion	5,32
(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f Intraarterielle Injektion	7,10
11g Intracardiale Injektion.....	7,10
11h Subconjunctivale Injektion	2,66
11i Parabulbäre Injektion	2,66
11k Endoneurale oder epineurale Injektion	7,10
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknötchen....	17,75
(z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri.....	45,18
11n Injektion ans Peritoneum	7,10
11o Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	10,65
11p Intrasinuöse Injektion	10,65
11q Krampfaderverödung: erste Injektion	5,32
11r jede weitere Injektion	3,55
(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten:	
erste Injektion	7,10
11t jede weitere Injektion	3,55
(höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11 u Periarticuläre Gelenkssumpspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke	8,87
11v Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	25,26
11w Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke	18,16

12. Infiltrationen

12a Subcutane Infiltration	3,55
12b Intramuskuläre Infiltration	3,55
12c Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	45,18
12d Paravertebralblockade	24,84

An.C.NC.N O. I.

13. Infusionen

13a Subcutane Infusion	8,87
13b Intravenöse Infusion	17,75
13c Intraperitoneale Infusion	17,75
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	5,32
13e Erste intravenöse Novocain-Infusion	19,52
13f Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	7,10

14. Implantationen

14a Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	8,87
14b Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	20,41

15. Impfung

15a Diagnostische Impfung	1,77
(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. Ä. Allergieproben)	
15b Therapeutische Impfung	1,77
(Cutivaccine, Paspap o. ä.)	

16. Punktion (diagnostisch)

16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Hämatomen, fraglichen Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	8,87
16b Aus Gelenken	17,75
16c Aus der Brust- oder Bauchhöhle	20,99
16d Aus dem Herzbeutel	25,42
16e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	17,75
16f Suboccipitalpunktion	17,75
16g Vaginale Probepunktion (Douglas)	17,75
16h Sternalpunktion	25,42
16i Punktion der Prostata	17,75

17. Punktion (therapeutisch)

17a Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	20,99
--	-------

17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	28,08
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	45,18
17d	Aus dem Herzbeutel	45,18
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	28,08
17f	Suboccipitalpunktion	28,08
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	28,08
17h	Aus dem Wasserbruch	8,87
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	28,08
17k	Aus der Harnblase	28,08

18. Betäubung, Wiederbelebung

18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	1,77
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	8,87
18c	Infiltrationsanästhesie	5,32
18d	Leitungsanästhesie	8,87
18e	Intravenöse Narkose	8,87
18f	Sacralanästhesie	10,65
18g	Lumbalanästhesie	28,08
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen)	13,31
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	19,52
18k	Intubationsnarkose	25,73

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.

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	8,87
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	20,99
		C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20,99
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	28,08
		C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	28,08
		C.G.U.

19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	28,08	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicoskopie)	28,08	C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	28,08	C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	38,73	C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	58,49	C.G.U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens	62,30	C.U.
	(R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)		
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	92,47	An .C.H. I .L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	96,46	C.U.
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)		
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	88,92	C.I.O.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	168,59	An .C. I .L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	168,59	C.G.I.L.

- 19v Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung 301,68
An.C.H. I .L.
- 19w Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie) 301,68
An.C.H. I .L.
- 19x Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie167,89
nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a (in max. 10 % der Pos.Nr. 19x im Kalendermonat) sowie Pos.Nrn 19y oder 19z C.I.
- 19y Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie223,79
nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a (in max.10 % der Pos.Nr. 19y im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x 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.....279,69
nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a (in max.10 % der Pos.Nr. 19z im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x C.I.

Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:

Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nrn 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 coloskopische Tätigkeit.

Der Vertragspartner 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 Vertragspartner hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er hat den von der BVAEB beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden

Unterlagen zu gewähren, soweit dies auf Grund der der BVAEB gesetzlich 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 Endoskopieassistentz-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

20a	Bougierung der Speiseröhre	7,10
20b	Aushebung des Magens	7,10
20c	Ausspülung des Magens	8,87
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren...	10,65
20f	Duodenalsondierung	13,31
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes.....	2,66
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	3,55
20i	Aufblähung des Mastdarmes	5,32
20k	Sphinkterdehnung.....	8,87

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel <i>Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.</i>	
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	2,66
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	10,65

C.D.I.O.PMR.

21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	3,55
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	8,87
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	3,55
21g	Modellierender Kompressionsverband	4,44
		C.D.O.
21h	Abstrich	2,66

IV. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
AUGENHEILKUNDE

22. Untersuchungen

22a Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	5,32
	A.
22b Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	5,32
	A.
22c Untersuchung mit dem Refraktometer	5,32
	A.
22d Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	5,32
	A.
22e Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	1,77
22f Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	3,55
	A.
22g Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie).....	8,87
22h Untersuchung mit rotfreiem Licht	1,77
	A.
22i Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	2,66
22j Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar	8,87
	A.
22k Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	1,77
	A.
22l Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	4,44
22m Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	3,55
	A.N.
22n Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut	8,87
<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>	A.
22o Schirmertest	3,55
	A.

22p Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie ... 38,15
1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar

A.

23. Fremdkörperentfernung

23a Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut 6,21

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a Wimpernepilation 5,32

24b Kauterisation der Hornhaut 28,08

A.

24c Spaltung des Hordeolums 1,77

24d Kanthotomie (ohne Naht) 8,87

V. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE

25. Wundversorgung

25a Reinigung /Wundtoilette einer kleinen Wunde 7,10

25b Abtragung einer großen Brandblase 4,44

25c Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung 8,87

25d Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode 33,72
einmal pro Region verrechenbar

25e Naht- und Klammerentfernung 3,55
einmal pro Region verrechenbar

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) 8,87

26b Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung 8,87

26c Abtragung einer Eiterblase 3,55

26d Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze 4,44

26e Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung 8,87

26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	8,87
26g	Entfernung eines Daumnagels oder Nagels der großen Zehe	8,87
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	3,55

27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband.....	10,65
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität.....	17,75
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	13,31
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	28,08
		+M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	45,18
		+M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax.....	88,92
		+M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	4,44
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder).....	8,87
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes.....	4,44
	<i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.</i>	
	Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema	
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	17,75
		AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l	7,10
		AM.C.D.O.

28. Versorgung mit Heilbehelfen

28a	Gipsmodelle für Einlagen.....	45,43
	<i>Verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder bettungseinlagen</i>	

28b Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und
 Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle15,97
In maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar O.

29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)

29a Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)5,32
 29b Alle übrigen Knochen 8,87

**VI. SONDERLEISTUNGEN
 aus dem Gebiete der
 FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE**

30. Frauenheilkunde

30a Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung10,65
 30b Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars
 (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung) 2,66
 30e Zellentnahme für cytologische Untersuchung 3,55
 30f Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane,
 1. Stelle 1,77
 30g Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechts-
 organe, jede weitere Stelle 1,77
 30h Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder
 sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit
 einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat..... 3,55
 30i Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder
 sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit
 einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere
 Präparat 1,77
 30j Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und
 Chlamydiennachweis, pro Sitzung3,55
in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar G.

31. Geburtshilfe

31a Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der
 Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn
 ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet 5,32
 31 b Beistand bei der Entbindung
*Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit Ober eine halbe
 Stunde - bis höchstens 5 Stunden - können gesondert
 verrechnet werden.
 Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.*

31c Manuelle Muttermünddilataion	14,20
31d Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14,20

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

32. Untersuchungen

32a Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	
32b Tonschwellenaudiometrie	17,75
32c Sprachaudiometrie	26,62
<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	28,08
32g Otomikroskopische Untersuchung	7,10
<i>höchstens in 35% der Behandlungsfälle verrechenbar H.</i>	
32h Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	15,97
<i>in max. 35 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat H.</i>	
32i Otoakustische Emissionen	16,86
<i>In maximal 9 % der Behandlungsfälle verrechenbar H.</i>	

33. Therapeutische Verrichtungen

33a Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	3,55
33b Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	5,32
33c Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	7,10
33d Nasentamponade nach Bellocq.....	28,08
33e Cerumenentfernung je Ohr	3,55

33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	3,55
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	28,08
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	13,00
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	8,87
33k	Attic-Spülung	4,44
33l	Vordere Nasentamponade	12,11

**VIII. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
INNEREN MEDIZIN**

34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, I; AVR, AVL, AVF; V1-6)	39,01 I.K.L.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten).....	7,47 I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	7,47 I.K.
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	8,87
	<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 vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	
34g	Belastungs-EKG (Ergometrie)	87,33
	<i>maximal einmal pro Patient und Quartal und nicht gemeinsam mit Pos 34a, 34b und 34c verrechenbar durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung einer Verrechnungsberechtigung ist eine Ordinationsausstattung mit Sichertergometer, Defibrillator und Reanimationsset erforderlich.</i>	

34x 24-Stunden Blutdruckmonitoring 38,23
verrechenbar in 10 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:

AM,I

a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:

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

b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender

Blutdruckerhöhungen bei

- sekundärer Hypertonie
- Praeeklampsie - Schlafapnoe
- hypertoner Herzhypertrophie

c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter
antihypertensiver Therapie:

- bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg
diastolisch)
- nach Schlaganfall, Herzinfarkt
- mit Herzinsuffizienz
- mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie
- mit Diabetes mellitus
- mit fehlender Rückbildung von Organschäden
- mit Wechselschichtdienst
- mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer
Schwindel)
- zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei
antihypertensiver Therapie
- bei Schwangeren mit EPH-Gestose

für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;

verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für
Innere Medizin, die von der BVA im Einvernehmen der Ärztekammer
hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der

Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

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

34y Langzeit-EKG..... 76,46
(Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung,

Computerauswertung und Befunderstellung)
verrechenbar in 20 % der Fälle;
für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;
verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVA
im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die
Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis
erforderlich.

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDERHEILKUNDE

- 34h Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria..... 8,87
Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.
- 34t Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation..... 28,39
nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar
nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar
- 34u Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) 15,08
einmal pro Monat verrechenbar
nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar
- 34v Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) 15,08
einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar
nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar
- 34w Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) 15,08
in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar
nicht gemeinsam mit Pos. 34t, 34u und 34v verrechenbar
- 34z Somatogramm7,99
In maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar

**VIIIb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
LUNGENKRANKHEITEN**

34k	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	56,79
	<i>in maximal 9 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
	<i>Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten:</i>	
	<i>Respiratory disturbance Index (RDI),</i>	
	<i>Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung.</i>	
	<i>Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungs Nächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.</i>	
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	2,66
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung	13,31
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums)	13,31
		An.I.K.L.
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	16,86
34p	Messung der Atemwegswiderstände	4,44
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	53,24
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	53,24
	<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	
	<i>Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.</i>	
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina	18,19
	<i>in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	

**IX. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE**

35. Untersuchungen

35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit	8,87
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration;	27,51
	<i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.N., KNP.</i>	

Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.

- 35e Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/ neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3) 18,63
nicht neben Ordination/Visite verrechenbar.....N., KNP.
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.

Modul II oder III

Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.

- 35f Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation; 27,51
höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar..... N, P.,K.
- 35g Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala 13,31
maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar
N.
- 35h Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala 27,51
in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar
N.

36. Therapeutische Verrichtungen

- 36a Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.; 23,96
nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar..... N, K.

Modul II oder III

- 1) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention
- 2) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.

- 36b Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention);67,44
*nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei
 Psychosen verrechenbar (unter 45 min. - kein Zuschlag für
 Zeitversäumnis verrechenbar)*
- 36c Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn
 der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min ... 68,32
*im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos.
 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar N., KNP., Modul II oder III*
- 36d Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.;68,32
*nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11.
 Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und
 Prognose*
- 36e Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;34,61
*nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11.
 Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und
 Prognose*
- 36f Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min.
 (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit 7,10
nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar
- 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 Psychotherapeutenliste gemäß §17
 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul !!!
 gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die
 Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.*
- 37a Elektroenzephalographische Untersuchung
 einschließlich Provokationsmethoden56,79
*Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung
 gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer
 gebunden. K, N.*
- 37b ENG49,69
 N.

37c	EMG	49,69
		N.
37d	ENG + EMG.....	80,75
	<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden.</i>	N.
	<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	

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

38. Therapeutische Verrichtungen

38a	Katheterismus der männlichen Harnblase.....	3,55
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	1,77
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	5,32
38d	Blasenspülung	1,77
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre.....	8,87
38f	Weitere Strikturdehnung	4,44
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	1,77
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre.....	2,66
38i	Tiefe Instillation	1,77
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion	2,66
	<i>höchstens verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro Patient und Jahr</i>	D.
38k	Kühlsonde.....	4,44
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen.....	8,87
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen.....	8,87
	(siehe Position 26d und 26e)	
38n	Elektrolyse.....	8,87

38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	4,44
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht.....	28,08
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	58,49
38r	Kryotherapie je Sitzung	8,87
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	3,55
38t	Prostatamassage	2,66
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	5,32
38v	Phototherapie, je Behandlung	
	1.-16. Behandlung	7,99
38vv	ab 17. Behandlung	5,32
38w	Photochemotherapie, je Behandlung	
	1.-16. Behandlung	11,53
38ww	ab 17. Behandlung	8,87
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	18,63
	<i>höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	U.
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika	8,87
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters	8,87
39a	Evakuierung einer Blasentamponade	34,30
39b	Allergologische Exploration	7,10
	<i>In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	D.K.
39c	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom)	19,51
	<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht am selben Tag mit Pos. 38j verrechenbar</i>	D.

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

40. Diagnostik

40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung.....	177,08
	<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/	

Entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	44,52
40c Diagnostische Außenanamnese.....	33,30
40d Ausführliche diagnostische Außenanamnese.....	44,52
40e Neurologischer Status.....	28,34
40f Entwicklungsneurologischer Status.....	65,76
<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente.....	65,76
40h Somatischer Status.....	11,14
40i Somatogramm.....	11,14
<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	354,18
<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	177,08
<i>2x/Diagnose; max. alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten</i>	
41. Behandlung	
41a Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument.....	66,79
41b Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	177,08
<i>Bei 10 % der Patienten</i>	
41c Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	33,30
42. Vernetzungsleistung	
42a Koordination bei Patienten.....	22,26
42b Koordinationstreffen (Helferkonferenz).....	177,08
<i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	
42c Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan).....	44,52
<i>1x pro Jahr</i>	
42d Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlung.....	11,14

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungs-zeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung verrechenbar.

Ausgenommen davon sind folgende Positionen:

E2, F9, F10, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.

45. Untersuchungen

45a Erstuntersuchung/-behandlung 181,13

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)

zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes
(Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen)

2. Psychiatrischer Längsschnitt

Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-) somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose

3. Behandlungsplan

Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten

4. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Verrechenbar einmal pro Patient innerhalb von 12 Monaten.

Neuerliche Verrechnung möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte.

Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten 35,15

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 Patienten

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

45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten 58,57

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 Patienten

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

45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten 117,17

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)

Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik);
Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;
inklusive Telefonkontakten mit Patienten

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

45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten 8,97

Mindestinhalt:

1. Außenanamnese mit Bezugspersonen

Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch

2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten

Uhrzeit und Verhältnis zum Patienten sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar

45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit 18,44
Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.

45g Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 17,91

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..... 17,91

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

45i Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten 35,81
In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar

45j Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen
70 Minuten 132,53

*Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen
verrechenbar.*

Ausführliche Begründung erforderlich.

*Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 45j sind am
selben Tag nicht verrechenbar.*

45k Koordinationstreffen (Helferkonferenz) 161,13

*in maximal 10% der Fälle verrechenbar; maximal 2x pro Patient und Jahr
verrechenbar;*

45l Hausbesuch 16,59

verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j