

Honorarordnung
für
Ärzte für Allgemeinmedizin
und
Fachärzte

gemäß § 27 des Gesamtvertrags der

VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENSTETER,
EISENBAHNEN UND BERGBAU
(BVAEB)

nach dem Stand vom 1.5.2024

in der Fassung der 7. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag

Inhaltsübersicht

Honorarordnung	3
Abkürzungsschlüssel	3
Allgemeine Bestimmungen	4
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	7
I. Grundleistungen	7
II. Diagnose- und Therapiegespräche	9
III. Allgemeine Sonderleistungen	12
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	16
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	17
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	19
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin	20
VIIIa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde	21
VIIIb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten	21
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	22
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	23
Xa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie	25
Xb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Psychiatrie	26
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	29
XII. Sonographische Untersuchungen	30
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)	33
XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie)	34
B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	36
Operationshonorar	36
Augenheilkunde	38
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	39
Haut- und Geschlechtskrankheiten	44
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	46
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesiologie	47
Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	48
Urologie	49
C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden	51
D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie	53
D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie	63
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	70
Röntgendiagnostik	72
Röntgentherapie	75
F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M)	78

Anhang 1 zur Honorarordnung	
Festsetzung des Punktwertes.....	80
Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass.....	80
Medizinische Hauskrankenpflege	81
Anhang 2 zur Honorarordnung	
Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie	82

Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 27 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang 1 zur Honorarordnung, Seite 80)

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 in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei der BVAEB versicherte Familienangehörige oder in einer Krankenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der BVAEB behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzte, die in einer Krankenanstalt oder in einer anderen der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung dort untergebrachter Versicherter und Angehöriger der BVAEB grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.
3. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen, die von berufstätigen Versicherten der BVAEB für ihre Dienstgeber benötigt werden, sind vom Arzt ohne Anrechnung einer Gebühr auszufertigen, wenn vom 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 Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVAEB. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 1, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVAEB.
6. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohner** 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 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 Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des Arztes 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 Gemeindefacharzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt) hat, wenn er Vertragsarzt der BVAEB ist, innerhalb seines Sanitätssprengels nach Maßgabe der sonstigen Bestimmungen der Honorarordnung Anspruch auf Bezahlung der vollen Wegegebühren durch die BVAEB. Dabei gilt als Ausgangspunkt für die Bemessung der Wegegebühren der Amtssitz seiner Ordination als Gemeindefacharzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt).

Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes 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 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonntagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinie für alle Bundesländer:

Der im Sonntagsdienst (§ 17 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen. In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 2 lit. c und lit. f des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm 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:

Vertragsärzten für Allgemeinmedizin gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Arztes und der Wohnung des Versicherten mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte 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, Ärzte für Allgemeinmedizin Wegegebühren für die im unverbauten Gebiet zurückgelegte Wegstrecke verrechnen, wenn diese mehr als 500 m beträgt.

Vertragsfachärzten gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Facharztes und der Wohnung des Versicherten bzw. der von diesem aufgesuchten Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte 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 Ärzte für Allgemeinmedizin geltenden Bestimmungen verrechnet werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb von Wien können von den Vertragsfachärzten 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 der BVAEB sind auf Grund der derzeit geltenden Vereinbarungen alle ärztlichen Leistungen bewilligungsfrei.**

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

Von **Fachärzten für physikalische Medizin** und von behördlich konzessionierten Instituten für physikalische Medizin, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden:

Wenn der Patient 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 Vertragsärzten:**

Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 beim Arzt für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 beim Facharzt;

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-XIII 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 wieder hergestellt, 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 Vertragsarzt 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 BVAEB vom Arzt zu begründen (§ 8 Abs. 2 des Gesamtvertrages). Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit der BVAEB 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 Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit der BVAEB hierzu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.
11. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII 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 Arztes oder in der Wohnung des 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 Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
14. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind durch drei Jahre aufzubewahren.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
A. Ordination (Arzt 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
<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
A4 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen.....	8
<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).....	8
B. Krankenbesuch (Arzt 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 Sonn- und Feiertagen	15
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
<i>Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	30
B6 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	3
B7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	4
B8 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag.....	4
B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5
C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)	
<i>Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:</i>	
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 (Arzt 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 Arzt anzuführen.</i>	
E. Ordination (Facharzt)	
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 zuweisenden Arzt	9
E3 Weitere Ordination	11
E31 Weitere Ordination	13
<i>verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin und Urologie</i>	
E4 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde.....	4
<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
E5 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen.....	8
<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	

Pos. Nr.	Punkte
E6	8
<i>Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
<i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
E7	3
<i>Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr</i>	
<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>	

F. Krankenbesuch (Facharzt)

F1	46
<i>Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung</i>	
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2	9
<i>schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt.....</i>	
F3	35
<i>Weiterer Krankenbesuch.....</i>	
F4	15
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte</i>	
<i>der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind</i>	
F41	6,5
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt</i>	
<i>für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie</i>	
F42	4,5
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den</i>	
<i>Facharzt für Kinderheilkunde.....</i>	
<i>Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand –</i>	
<i>wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
F5	15
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer,</i>	
<i>die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind</i>	
F51	11,5
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für</i>	
<i>Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....</i>	
F52	9
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für</i>	
<i>Kinderheilkunde.....</i>	
<i>Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
F6	30
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der</i>	
<i>Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind.....</i>	
F61	26,5
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für</i>	
<i>Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....</i>	
F62	24
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für</i>	
<i>Kinderheilkunde.....</i>	
F7	7
<i>Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag</i>	
F8	8
<i>Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
F9	4
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f</i>	
<i>des Gesamtvertrages) bei Tag</i>	
F10	5
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f</i>	
<i>des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>	
F11	3
<i>Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr</i>	
<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	8
<i>bei Tag</i>	
G2	12
<i>bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
<i>Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Diese Zuschläge sind nicht</i>	
<i>verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	

H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)

H1	30
<i>bei Tag</i>	
H2	40
<i>bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
<i>Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen.</i>	

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	€ 2,5018
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht	€ 3,7525

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 behandelnden Arzt	€ 17,5352
----	---	-----------

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, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit 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 1.5.2024 € 19,0600

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 Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- 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.
- 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 Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal und von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für

Labormedizin und Radiologie) in höchstens 18% 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 „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages nicht am selben Tag verrechenbar.

2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

ab 1.5.2024€ 24,4000

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.

3.

HMG Heilmittelberatungsgespräch € 14,13

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation bereits verfügt)
- c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss
- d) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. *Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, physikalische Medizin und Radiologie berechtigt.*
2. *Das Heilmittelberatungsgespräch ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten 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 Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.*

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene	4
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	8
10c Aderlass (mindestens 250 ccm)	8
10d Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene	7
<i>nicht gemeinsam mit Pos 10a verrechenbar</i>	
10e Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren.....	11
<i>nicht gemeinsam mit Pos 10b verrechenbar</i>	
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	6
<i>(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)</i>	
11f Intraarterielle Injektion	8
11g Intracardiale Injektion	8
11h Subconjunctivale Injektion	3
11i Paracutane Injektion	3
11k Endoneurale oder epineurale Injektion.....	8
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten	20
<i>(z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)</i>	
11m Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	38
+ R II	
11n Injektion ans Peritoneum	8
11o Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12
11p Intrasinuöse Injektion	12
11q Krampfadernverödung: erste Injektion	6
11r jede weitere Injektion.....	4
<i>(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)</i>	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion	8
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 € 6,34	
11w Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke.....	15
<i>(auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)</i>	
+ R € 6,34	
12. Infiltrationen	
12a Subcutane Infiltration.....	4
12b Intramuskuläre Infiltration	4
12c Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	38
+ R II	
12d Paravertebralblockade	28
An.C.NC.N.O.I.	
13. Infusionen	
13a Subcutane Infusion.....	10
13b Intravenöse Infusion	20
13c Intraperitoneale Infusion.....	20
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	6
13e Erste intravenöse Novocain-Infusion.....	22

Pos. Nr.	Punkte
13f Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	8
14. Implantationen	
14a Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	10
14b Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht.....	23
15. Allergologische Untersuchungen	
15b Allergologische Impfung (Hyposensibilisierung)	2
15c Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest)	40
<i>beinhaltet bis zu 20 Tests</i>	AM.D.K.H.L.
<i>pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15d verrechenbar</i>	
15d Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest)	54
<i>beinhaltet mehr als 20 Tests</i>	AM.D.K.H.L.
<i>pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15c verrechenbar</i>	
15f Epicutan-Standardtest.....	38
<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar</i>	D.
15g Epicutantest Kontrollsituation (Nach- und Ergänzungstestung zu Pos 15f).....	10
<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar</i>	D.
15h Allergologische Exploration	8
<i>In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	AM.D.K.H.L.
16. Punktion (diagnostisch)	
16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (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 Bauchhöhle	15
	+ R I
16d Aus dem Herzbeutel	20
	+ R I
16e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	20
16f Suboccipitalpunktion	20
16g Vaginale Probepunktion (Douglas).....	20
16h Sternalpunktion	20
	+ R I
16i Punktion der Prostata (inkl. Punktionsnadeln);.....	20
<i>maximal dreimal und nicht gemeinsam mit Pos 39e verrechenbar</i>	
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

Pos. Nr.	Punkte
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 Wiederbelebungversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen).....	15
18i Wiederbelebungversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwands- entschädigung.....	22
18k Intubationsnarkose.....	29
	An.
19. Endoskopien	
<i>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.</i>	
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 maximal 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.

Pos. Nr.	Punkte
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 Nierenbecken83 (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 Tumorabtragung340 An.C.H.I.L.
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. Pulsoxymetrie263 <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</i> C.I.
19y	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie326 <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</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 Pulsoxymetrie389 <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</i> C.I.

Anmerkung zu Coloskopie und Gastroskopie (Pos. Nr. 19x, 19y, 19z):

Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Coloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie notwendigen Medikamente (zB Abführmittel, Sedativa etc.), die Sedierung, die Insufflation (unabhängig vom verwendeten Mittel), die Überwachung samt Monitoring, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten.

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 endoskopische 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 Endoskopieassistenten-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

Pos. Nr.	Punkte
20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre.....8
20b	Aushebung des Magens.....8
20c	Ausspülung des Magens10
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren12
20f	Duodenalsondierung15
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes3
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel4
20i	Aufblähung des Mastdarmes.....6
20k	Sphinkterdehnung10
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 Saugapparaten3
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur12
	C.D.I.O.PMR.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht.....4
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall10
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens4
21g	Modellierender Kompressionsverband5
	C.D.O.
21h	Abstrich3

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

22. Untersuchungen	
22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal).....6
	A.
22b	Skioskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung6
	A.
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer.....6
	A.
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer6
	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, beidseitig3
22j	Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar10
	A.
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe2
	A.
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)5
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens4
	A.N.

Pos. Nr.	Punkte
22n	10
	A.
22o	4
	A.
22p	43
	A.
23. Fremdkörperentfernung	
23a	7
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	6
24b	23
	+ R I
	A.
24c	2
24d	10

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

25. Wundversorgung	
25a	8
25b	5
25c	10
25d	38
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>
25e	4
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>
26. Kleine operative Eingriffe	
26a	10
26b	10
26c	4
26d	5
26e	10
26f	10
26g	10
26h	4
27. Verbände	
27a	12
27b	20
27c	15
27d	23
	+ R I
	+ M

Pos. Nr.	Punkte
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte38 + R II + M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax83 + R III + M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes5
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder) 10
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes5 <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). Erstanlange bzw. vollständige Neuanlage pro Behandlungsfall und Extremität20 AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l8 AM.C.D.O.
 28. Versorgung mit Heilbehelfen	
28a	Gipsmodelle für Einlagen40 <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 Kontrolle18 <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 Knochen10

VI. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde

30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung12
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)3
30e	Zellentnahme für cytologische Untersuchung4
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle2
30g	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle2
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat4
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat2
30j	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung4 <i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</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 Therapie15 <i>einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr</i> <i>verrechenbar. Nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar.</i> G.
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 Harninkontinenz10 <i>in maximal 6 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> G. <i>nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung</i>

Pos. Nr.	Punkte
30m	15
Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	
	G.
<i>in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
<i>nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar</i>	
<i>Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.</i>	

31. Geburtshilfe

31a	6
Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	
31b	16
Beistand bei der Entbindung	
<i>Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.</i>	
31c	16
Manuelle Muttermunddilataion	
31d	16
Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	

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

32. Untersuchungen

32a	10
Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	
32b	20
Tonschwellenaudiometrie	
32c	30
Sprachaudiometrie	
<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	23
Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	
	+ R I
32g	8
Otomikroskopische Untersuchung	
	H.
<i>höchstens in 35% der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	
32h	18
Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	
	H.
<i>in max. 35 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat</i>	
32i	19
Otoakustische Emissionen	
	H.
<i>in maximal 9 % der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	

33. Therapeutische Verrichtungen

33a	4
Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	
33b	6
Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	
33c	8
Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	
33d	23
Nasentamponade nach Bellocq	
	+ R I
33e	4
Cerumentenentfernung je Ohr	
33f	4
Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	
33g	23
Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	
	+ R I
33h	6
Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	
	+ R I
33i	10
Incision eines Gehörgangfurunkels	
33k	5
Attic-Spülung	

Pos. Nr.	Punkte
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).....	51,0548
<i>für Fachärzte für Lungenheilkunde in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	I.K.L.
34b Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	9,7764
	I.K.
34c Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	9,7764
	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 vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	

Pos. Nr.	Euro
34g Belastungs-EKG (Ergometrie).....	114,3024
<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 Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset erforderlich.</i>	I.
34x 24-Stunden Blutdruckmonitoring	50,0344
<i>verrechenbar in 10 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:</i>	AM.I.
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 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	
<i>für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung; verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>	
<i>Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</i>	

Pos. Nr.		Euro
34y	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung) <i>verrechenbar in 20 % der Fälle;</i> <i>für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;</i> <i>verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>	100,0688 I.

**VIIIa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDERHEILKUNDE**

Pos. Nr.		Punkte
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kinder bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria <i>einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.</i>	13 K.
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	32 K.
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Monat verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	17 K.
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	17 K.
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar</i> <i>nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	17 K.
34z	Somatogramm <i>in maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	9 K.

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

34k	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung <i>in maximal 15 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> <i>Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung.</i> <i>Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungsächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.</i>	75 L.H.N.
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je.....	3
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. unspesz. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	19 L.

Pos. Nr.	Punkte
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 und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i> L.
	Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina..... 20,5
	<i>in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> L.

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

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.
	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)..... 21
	<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i> 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; 31
	<i>maximal 1x pro Fall und Quartal verrechenbar</i> N., P., K.
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala..... 15
	<i>maximal 1x pro Patient 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 TA 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 Beeinträchtigung 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); 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.; 77
	<i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i> N., KNP.
	Modul II oder III
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.; 77
	<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i> Modul III

Pos. Nr.	Punkte
36e	39
<i>Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;</i>	
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung</i>	
	Modul III
36f	8
<i>Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min.</i>	
<i>(max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit</i>	
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	
	Modul III
<i>Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:</i>	
<i>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.</i>	
<i>Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:</i>	
<i>Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.</i>	
37a	64
<i>Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden</i>	
	K., N.
<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	
37b	56
<i>ENG</i>	
	N.
37c	56
<i>EMG</i>	
	N.
37d	91
<i>ENG + EMG</i>	
	N.
<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	
37e	64
<i>Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP), je Untersuchungsart</i>	
	N.
<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	

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

38. Therapeutische Verrichtungen

38a	4
<i>Katheterismus der männlichen Harnblase</i>	
38b	2
<i>Katheterismus der weiblichen Harnblase</i>	
38c	6
<i>Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies</i>	
38d	2
<i>Blasenspülung</i>	
38e	10
<i>Erste Strikturedehnung der Harnröhre</i>	
38f	5
<i>Weitere Strikturedehnung</i>	
38i	2
<i>Tiefe Instillation</i>	
38j	18
<i>Aufflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Untersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe</i>	
	D.
<i>höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, grundsätzlich einmal pro Patient und Jahr, mit besonderer medizinischer Begründung zweimal pro Jahr und nicht am selben Tag mit Pos 39c verrechenbar</i>	
38k	5
<i>Kühlsonde</i>	
38l	10
<i>Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen</i>	
38m	10
<i>Kaustik, ausgenommen Warzen</i>	
<i>(siehe Position 26d und 26e)</i>	
38n	10
<i>Elektrolyse</i>	

Pos. Nr.	Punkte
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.
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.
39c Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom).....	22
<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht am selben Tag mit Pos 38j verrechenbar</i>	D.
39d Urologische Schleimhutanästhesie	5
<i>nur gemeinsam mit Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38z verrechenbar</i>	U.
<i>nicht gemeinsam mit Pos 38i verrechenbar</i>	U.
39e Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln)	133
<i>einmal pro Patient und Tag verrechenbar</i>	U.

Xa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pos. Nr.	Euro
40. Diagnostik	
40a Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung.....	231,77
<i>1x pro Behandlungszyklus verrechenbar, nicht neben Pos. 40c und 40d verrechenbar</i>	KJP.
40b Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	58,28
	KJP.
40c Diagnostische Außenanamnese.....	43,71
	KJP.
40d Ausführliche diagnostische Außenanamnese	58,28
	KJP.
40e Neurologischer Status	37,10
	KJP.
40f Entwicklungsneurologischer Status	86,07
<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	86,07
	KJP.
40h Somatischer Status	14,59
	KJP.
40i Somatogramm.....	14,59
	KJP.
40j Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	463,55
<i>1x pro Diagnose in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
40k Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	231,77
<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	87,41
	KJP.
41b Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	231,77
<i>max. in 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
41c Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient)	43,71
	KJP.
42. Vernetzungsleistung	
42a Koordination bei Patienten	29,13
	KJP.
42b Koordinationstreffen (Helferkonferenz).....	231,77
<i>1x pro Jahr in max. 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	KJP.
42c Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	58,28
<i>1x pro Jahr verrechenbar, nicht neben Pos. 42d verrechenbar</i>	KJP.
42d Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan.....	14,59
<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.

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum 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.

Pos. Nr.

Euro

45. Untersuchungen

45a Erstuntersuchung/-behandlung237,06
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 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 Minuten46,00
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 Patienten

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

Pos. Nr.		Euro
45c	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten	76,65 P.
	<p>Mindestinhalt:</p> <p>1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung</p> <p>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</p> <p><i>Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i></p>	
45d	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten	153,33 P.
	<p>Mindestinhalt:</p> <p>1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung</p> <p>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</p> <p><i>Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i></p>	
45e	Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten	11,75 P.
	<p>Mindestinhalt:</p> <p>1. Außenanamnese mit Bezugspersonen Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch</p> <p>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</p> <p>Uhrzeit und Verhältnis zum Patienten sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p> <p><i>Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar</i></p>	
45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	24,14 P.
	<p><i>Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.</i></p>	

Pos. Nr.	Euro
45g	
Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	23,44
	P.
Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.	
<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
45h	
Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	23,44
	P.
<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. In maximal 12% der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	
45i	
Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	46,87
	P.
<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
45j	
Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten.....	173,47
	P.
<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich.</i>	
<i>Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45k	
Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	210,88
	P.
<i>in maximal 10% der Fälle verrechenbar; maximal 2x pro Patient und Jahr verrechenbar;</i>	
45l	
Hausbesuch	21,71
	P.
<i>verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j</i>	

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG
durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden in der Regel nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Wenn am Orte ein Facharzt für physikalische Medizin oder ein behördlich konzessioniertes, von einem Arzt geführtes Institut für physikalische Therapie vertraglich nicht zur Verfügung steht, können physikalische Behandlungen auch von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (von letzteren nur im Rahmen ihres Fachgebietes) auf Zuweisung durch einen anderen Arzt durchgeführt werden.
3. Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr.	Euro
1. Massage	
p 1a Manuelle Massage	4,2910
p 1b Apparatmassage	3,8892
p 1c Pneumomassage des Trommelfells	3,8892
2. Gymnastik	
p 2a Einzelheiligymnastik	5,0624
p 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	5,0517
p 2c Heiligymnastik in der kleinen Gruppe	3,3461
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
p 3a Anwendung von Wärmelampen	3,2701
(Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)	
p 3b Quarzbestrahlung	3,2701
p 3c Heißluft	4,2910
p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je	3,5741
p 3e Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	5,5077
p 3f Vierzellenbad nach Schnee	6,0837
p 3g Iontophorese	5,4319
p 3h Diathermie	4,2910
p 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	5,7793
p 3k Ultraschall	7,0071
4. Inhalationen	
p 4a Dampfinhalation	2,8681
p 4b Aerosolinhalation	3,5741
5. Buckybestrahlung	
p 5a Buckybestrahlung	14,4705
<i>pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder</i>	
	D.

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der BVAEB von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der BVAEB gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt 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. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
3. Vertragsärzte 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 BVAEB 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 vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der BVAEB vorzulegen.
7. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
8. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Pos. Nr.		Euro
Abdomen und Retroperitoneum		
US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	28,5186 R.C.I.K.
US 2	Sonographie des Pankreas	34,8674 R.C.I.K.
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	52,8285 R.C.I.K.
US 4	Sonographie der Milz	23,7772 R.C.I.K.UC.
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta).....	34,8674 R.C.I.K.U.
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation	36,9003 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</i>	
US 8	Sonographie des Unterbauches	34,8674 C.I.K.
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	38,0317 G.R.

Pos. Nr.	Euro
US 11 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	40,6529
<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>	U.R.
Small-parts-Diagnostik	
SP 1 Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse.....	34,3352
	R.I.C.K.
SP 2 Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speichel- drüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	50,7089
<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	R.H.
SP 3 Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis.....	8,9805
	H.
SP 5 Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	17,9611
	R.
SP 6 Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten).....	15,8518
	R.C.
SP 7 Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	29,5836
<i>Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.</i>	R.O.UC.
SP 9 Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht.....	42,2608
	R.K.O.
SP9a Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax.....	42,2608
<i>in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	K.
SP 10 Sonographie des Scrotalinhaltes.....	34,3352
	R.K.U.C.
Doppler-Diagnostik	
DS 1 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung	21,1253
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	C(G).D.I.
DS 2 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz.....	21,1253
<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	C.D.I.
DS 3 Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arterien- systems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	31,6929
<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	I.N.C(G).
DS 4 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).....	12,1550
<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	R.I.N.
DS 5 Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung	69,8095
<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

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems..... <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>	61,8091 R.I.N.C(G).
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	10,5678 R.C(G).I.K.
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	26,4195 R.C.I.
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	52,8285 D.I.C(G).R. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen.....	52,8285 D.I.C(G).R. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	53,9554 I.
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler	117,2903 I.
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	
	- <i>Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;</i>	
	- <i>Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;</i>	
	- <i>Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.</i>	

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN
durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte
(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen BVAEB 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 Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
5. Wenn am Orte kein Vertragsarzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen BVAEB und zuständiger Ärztekammer Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Position A1 und von Fachärzten 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		
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	12,8121
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen).....	14,1226
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	16,7537
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf.....	19,8572
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten).....	6,3042
r 4f	Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	7,9256
r 4g	Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	9,5259
Aufnahmen		
r 5a	Aufnahme 9 x 12	7,3565
r 5b	Aufnahme 13 x 18	9,5044
r 5c	Aufnahme 18 x 24	11,9855
r 5d	Aufnahme 15 x 40	14,7776
r 5e	Aufnahme 24 x 30	16,0662
r 5f	Aufnahme 30 x 40	18,5042
r 5g	Aufnahme 35 x 35	20,0185
r 5h	Zahnfilm	4,9509
r 5i	Aufnahme 20 x 40	16,4206

**XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für
Allgemeinmedizin und Fachärzte**
(mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für
Mikrobiologie und Serologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen können nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten 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 § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 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 3, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Ärzten 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 X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 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 BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos. Nr.		Punkte
1.01	Blutbild	3,4
		AM.I.K.L.U.
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.
3.05	Kreatinin.....	0,93
		AM.I.
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
		AM.I.
4.07	GOT (ASAT).....	0,93
		I.K.
4.08	GPT (ALAT)	0,93
		I.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-Objektträger-test qual.	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	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzuckerbestimmungen)	5
		AM.G.I.

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der BVAEB 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 Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch 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. Wird die Operation in einer Krankenanstalt durchgeführt, so ist diese unter Angabe der Verpflegsklasse in der hierfür vorgesehenen Rubrik der Anzeige über geleistete Arzthilfe anzuführen.
9. Regiezuschläge dürfen vom Arzt nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird den diese Leistungen erbringenden Ärzten auf Grund der vom Operateur auf der Honorarliste durchzuführenden Verrechnung unmittelbar von der BVAEB überwiesen. Vom operierenden Arzt ist daher in jedem Falle der Name und die Anschrift des Assistenten bzw. Narkotiseurs anzugeben.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50%, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden.

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 Fachärzte 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 Facharzt 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 Arztes oder in der Wohnung des Kranken vorgenommen werden, wird ein Regiezuschlag in folgendem Ausmaß geleistet:

Gruppe	Euro
I	10,0474
II	15,0038
III	19,9940
IV	29,8624

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 1a Incision bei Dakryocystitis	A.
O 1b Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D.
O 1c Operation des Chalazion	A.
O 1d Elektrokoagulation von Geschwülsten	A.
(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
O 1e Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig)	A.
O 1f Kanthoplastik mit Naht	A.
O 1g Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	A.
O 1h Operation am Tränenröhrchen	A.
O 1i Quetschung von Trachomkörnern	A.
O 1k Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion	A.
(jede weitere 1/2 Gruppe I)	
O 1l Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

O 2a Tarsorrhaphie	A.
O 2b Tränendrüsenstichelung	A.
O 2c Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
O 2d Epicanthusoperation	A.
O 2e Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium	A.
(Snellensche Naht)	
O 2f Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
O 2g Operation des Pterygium	A.
O 2h Abrasio corneae +	A.
O 2i Tätowierung der Cornea +	A.
O 2k Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. Ä.	A.
O 2l Punktion der vorderen Kammer	A.
O 2m Nadeldiscission bei angeborener Cataracta	A.
O 2n Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

O 3a Einfache Symblepharonoperation	A.
O 3b Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
O 3c Exstirpation des Tränensackes	A.
O 3d Exstirpation der Tränendrüse	A.
O 3e Trichiasisoperation	A.
O 3f Sklerotomie +	A.
O 3g Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes	A.
O 3h Discission bei Cataracta secundaria	A.
O 3i Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 3k Transfixion der Iris.....	A.
O 3l Iridotomie.....	A.
O 3m Glaskörperabsaugung.....	A.
O 3n Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium.....	A.

Gruppe IV

O 4a Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
O 4b Einfache Ptosisoperation.....	A.
O 4c Symblepharonoperation mit Plastik.....	A.
O 4d Scleral- oder Cornealnaht.....	A.
O 4e Vogtsche Stichelung.....	A.
O 4f Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti.....	A.
O 4g Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer.....	A.
O 4h Linearextraktion.....	A.
O 4i Abtragung des Irisprolapses mit Plastik.....	A.
O 4k Iridektomie.....	A.
O 4l Enucleatio bulbi.....	A.
O 4m Exenteratio bulbi.....	A.

Gruppe V

O 5a Große plastische Operation an den Lidern.....	A.
O 5b Komplizierte Ptosisoperationen.....	A.
O 5c Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse).....	A.
O 5d Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode.....	A.

Gruppe VI

O 6a Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie).....	A.
O 6b Entfernung intraoculärer Fremdkörper.....	A.
O 6c Evisceratio orbitae.....	A.
O 6d Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae.....	A.

Gruppe VII

O 7a Hornhautplastik, Linsenimplantation.....	A.
O 7b Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung.....	A.
O 7c 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

O 8a Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke.....	C.O.
O 8b 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.
O 8c Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O 8d Incision eines Panaritium subcutaneum	
O 8e Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels.....	C.G.
O 8f Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O 8g Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
O 8h Extirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
O 8i Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose.....	C.K.U.
O 8k Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung.....	C.D.G.
O 8l Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	

- O 8m Percutane Bluttransfusion mit Konserve
- O 8n Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe C.D.O.
- O 8o Amnionpflanzung nach Filatow C.G.
- O 8p Probeexcision mit Naht

Gruppe II

- O 9a Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation C.O.
- O 9b 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 Bandrupturen an Knie und Sprunggelenken..... C.O.
- O 9c Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette)
(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)
- O 9d Incision eines Panaritium tendineum oder osseum + C.
- O 9e Buelausche Heberdrainage C.I.K.L.
- O 9f Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation..... C.G.NC.U.
- O 9g Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper
- O 9h 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)
- O 9i Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose C.D.U.
- O 9k Spaltung einer Fistula ani C.G.
- O 9l Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)
- O 9m Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode
- O 9n Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene
- O 9o Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung..... C.O.
- O 9p Amputation oder Enucleation von Phalangen C.O.
- O 9q Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur
- O 9r Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich
(Ligatur, Verödung der Saphena) C.D.O.
- O 9s Drüsenimplantation
- O 9t Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie..... C.
- O 9u Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes C.I.K.

Gruppe III

- O 10a Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband..... C.O.
- O 10b Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis C.O.
- O 10c Excision großer Wunden und Wundversorgung C.NC.O.
(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)
- O 10d Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen) C.O.
- O 10e Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. Ä.) C.D.H.O.
- O 10f Resektion eines kleinen Gelenkes C.O.
- O 10g Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern C.O.
- O 10h Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom) C.G.O.
- O 10i Radikaloperation einer Hydrocele C.U.
- O 10k Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung C.G.

O 10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis.....	C.
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter	An.C.I.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
O 10o	Operation nach Doppler	C.
O 10p	Phrenicusexhairese.....	C.L.
O 10q	Vasektomie oder Vasoligatur.....	C.U.
O 10r	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C.O.
O 10s	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.
O 10t	Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der Aorta	C.O.R.
O 10u	Exhairese eines peripheren Trigeminasastes.....	C.NC.

Gruppe IV

O 11a	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.
O 11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke.....	C.O.
O 11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.NC.O.
O 11d	Sehennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne).....	C.NC.O.
O 11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
O 11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen	C.G.NC.O.U.
O 11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	C.O.
O 11h	Tracheotomie	An.C.H.K.NC.
O 11i	Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux.....	C.I.K.L.O.
O 11k	Pneumolyse.....	C.L.
O 11l	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C.NC.
O 11m	Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie.....	C.U.
O 11n	Radikaloperation einer Hernie, Erstopoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes + +	C.
O 11o	Adhaesiolyse	C.G.
O 11p	Appendektomie + +	C.
O 11q	Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht	C.
O 11r	Nodulixstirpation nach Whitehead	C.
O 11s	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff	C.
O 11t	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung.....	C.
O 11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.NC.O.
O 11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikozele, Operation des Kryptorchismus	C.U.
O 11w	Probelaparotomie	C.G.U.
O 11x	Reamputation	C.O.
O 11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.
O 11z	Radikaloperation von Varicen pro Extremität	C.O.

Gruppe V

O 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes.....	C.H.
O 12b	Nervenplastik.....	C.NC.
O 12c	Neurolyse mit Naht.....	C.NC.O.
O 12d	Sehnenplastik.....	C.O.
O 12e	Exstirpation eines Parotistumors	C.H.
O 12f	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk	C.O.
O 12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C.H.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 12h	Scalenotomie..... C.O.
O 12i	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen C.L.
O 12k	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch C.G.
O 12l	Gastroenterostomie..... C.
O 12m	Enteroanastomose C.
O 12n	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie) C.
O 12o	Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation) C.G.
O 12p	Appendektomie bei perforiertem Appendix C.
O 12q	Intraperitonealer Kolostomieverschluss..... C.
O 12r	Mehrfache Darmnaht..... C.G.
O 12s	Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption..... C.
O 12t	Vagusresektion..... C.
O 12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik..... C.D.H.O.
O 12v	Amputation oder Euklektion großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes C.O.
O 12w	Knochentransplantation..... C.O.
O 12x	Osteosynthese kleiner Knochen..... C.O.
O 12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung..... C.NC.O.
O 12z	Kompletter Schrittmachereinbau C.
O 12 ¹	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses C.
O 12 ²	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparatomiam C.

Gruppe VI

O 13a	Strumektomie C.
O 13b	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx..... C.H.
O 13c	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe C.NC.O.
O 13d	Schedeplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung C.L.
O 13e	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie C.L.
O 13f	Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle C.
O 13g	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>
O 13h	Anastomosoperation 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>
O 13i	Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode..... C.
O 13k	Milzexstirpation..... C.
O 13l	Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung C.G.H.U.
O 13m	Amputatio recti (sacrale Methoden)..... C.
O 13n	Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen) C.
O 13o	Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes)..... C.
O 13p	Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes C.
O 13q	Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten C.
O 13r	Knochentransplantation an Diaphysenknochen C.O.
O 13s	Osteosynthese großer Röhrenknochen..... C.O.
O 13t	Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese C.NC.O.

- O 13u Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastik-
ausgießung u. Ä. C.NC.O.
- O 13v Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn C.NC.O.
- O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege C.U.

Gruppe VII

- O 14a Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikel-
drainage mit direkter ICP-Messung C.NC.
- O 14b Operation des Hypophysentumors C.NC.
- O 14c Resectio mandibulae, maxillae, linguae C.H.
- O 14d Zenkersches Speiseröhrendivertikel C.H.
- O 14e Operation am Pericard C.
- O 14f Operation der Mitralstenose C.
- O 14g Herzverletzungen und Steckschüsse C.
- O 14h Pneumektomie C.L.
- O 14i Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Sternumspaltung oder
transthorakal..... C.
- O 14k Decortication der Lunge wegen subacutem Empyem oder Hämatothorax..... C.L.
- O 14l Zwerchfellhernie C.
- O 14m Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepticum jejuni C.
- O 14n Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes C.
- O 14o Große Leberoperationen (Teilresektion) C.
- O 14p Nebennierenexstirpation C.U.
- O 14q Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden C.
- O 14r Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des
Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolektomie aus den großen Schlagadern
mit Ausnahme der Aorta..... C.
- O 14s Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente..... C.
- O 14t Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn..... C.NC.
- O 14u Gallenblasenoperation mit Gallengangoperation (Choledochotomie), inkl. evtl.
Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie C.
- O 14v Operation einer Rezidiv-Struma, auch mehrfaches Rezidiv C.
- O 14w Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma
per thorakotomiam C.
- O 14x Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfazikulärer
Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat..... C.NC.

Gruppe VIII

- O 15a Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation C.NC.
- O 15b Oesophagusresektion C.H.
- O 15c Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum C.
- O 15d Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße C.
- O 15e Lobektomie..... C.L.
- O 15f Segmentresektion der Lunge C.L.
- O 15g Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem C.L.
- O 15h Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation) C.
- O 15i Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile..... C.
- O 15k 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.
- O 15l Operation nach Brunswich C.G.
- O 15m Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln..... C.
- O 15n Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie..... C.
- O 15o Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion..... C.
- O 15p Intrahepatale Gallengangs-anastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g C.
- O 15q Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB) C.NC.

- O 15r Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfazikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate C.NC.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

- O 16a Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren C.D.
O 16b Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata D.

Gruppe II

- O 17a Dermoabrasio bis 10 cm² nach Methode Schreus C.D.

Gruppe III

- O 17b Dermoabrasio von 10 cm² bis 50 cm² nach Methode Schreus C.D.

Gruppe IV

- O 17c Dermoabrasio über 50 cm² nach Methode Schreus C.D.

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

- O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis C.G.
O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome
O 18c Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision C.D.G.U.
O 18d Strichabrasio G.
O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen G.
O 18f Abtragung vaginaler Granulationen G.
O 18g Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode
O 19a Äußere Wendung bei Querlage G.
O 19b Damrnaht I. Grades G.
O 19c Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes G.

Gruppe II

- O 20a Exstirpation des Hymens G.
O 20b Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva D.G.U.
O 20c Abtragung eines Urethralpolypen C.D.G.U.
O 20d Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation) G.
O 20e Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation) G.
O 20h Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose + G.
O 20i Vollständige Abrasio mucosae uteri G.
O 20k Pertubation G.
O 20l Dammplastik als selbständige Operation G.
O 20m Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat G.
O 21a Crede in Narkose G.
O 21b Damrnaht II. Grades G.
O 21c Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile G.
O 21d Introitusnahe Scheidennaht G.
O 21e Kopfschwartzange G.
O 21f Muttermundincision G.
O 21g Hystereuryse G.

Gruppe III

- O 22a Labienresektion G.
O 22b Exstirpation der Bartholinschen Drüse C.G.U.
O 22c Entfernung eines eingewachsenen Pessars G.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion G.
O 22e	Portioamputation und -plastik G.
O 22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors G.
O 22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen) G.
O 22h	Vordere Scheidenplastik G.
O 22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat G.
O 23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe) G.
O 23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt G.
O 23c	Naht eines frischen Cervixrisses G.
O 23d	Cervixnahe Scheidennaht G.
O 23e	Zange, Vacuumextraktion + G.
O 23f	Konisation G.
O 23g	Cerclage nach Shirodkar G.

Gruppe IV

O 24a	Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels Sectio caesarea vaginalis G.
O 24b	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung G.
O 24c	Kolporrhaphie mit Perineoplastik + + G.
O 24d	Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation G.
O 24e	Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung G.
O 24f	Salpingotomie + + G.
O 24g	Ovariectomie, Ovarrektomie G.
O 24h	Konservative Myomoperation G.
O 24i	Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik G.
O 25a	Kombinierte Wendung G.
O 25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht G.
O 25c	Manuelle Placentallösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta G.
O 25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt G.
O 25e	Hohe Zange G.

Gruppe V

O 26a	Abdominelle Nervenresektion (Cotte) C.G.U.
O 26b	Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbständige Operation) G.
O 26c	Kolpokleisis G.
O 26d	Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe) G.
O 26e	Tubenimplantation G.
O 26f	Salpingo-Oophorektomie G.
O 26g	Operation einer Graviditas extrauterina C.G.
O 26h	Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae G.
O 27a	Sectio caesarea G.
O 27b	Hebosteotomie, Symphyseotomie G.

Gruppe VI

O 28a	Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri G.
O 28b	Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren G.
O 28c	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominal G.
O 28d	Exstirpation des Cervixstumpfes G.
O 28e	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen) G.
O 28f	Fisteloperation G.
O 28g	Operative Behandlung der Uterusruptur G.
O 28h	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen G.
O 28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn) G.

- O 29a Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation) G.
 O 29b Wiederholte sectio caesarea G.

Gruppe VII

- O 30a Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri G.
 O 30b Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung G.U.
 O 30c Bildung einer künstlichen Scheide G.
 O 30d Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie G.

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

- O 31a Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung) H.
 O 31b Abtragung von Ohrpolypen H.
 O 31c Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen H.
 O 31d Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle H.K.
 O 31e Galvanokautik der unteren und mittleren Nasenmuschel H.
 O 31f Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie H.
 O 31g Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses C.H.
 O 31h Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus H.
 O 31i Probeexcision aus Nase oder Rachen C.H.
 O 31j Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung H.

Gruppe II

- O 32a Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) + H.
 O 32b Intubation + An.C.H.I.K.
 O 32c Kleine plastische Operationen C.H.
 O 32d Punktion eines Antrums bei Säuglingen + H.K.
 O 32e Entfernung von adenoiden Vegetationen + H.K.
 O 32f Punktion der Stirnhöhle nach Beck + H.
 O 32g Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz + H.
 O 32h Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung H.
 O 32i Speichelsteinentfernung C.H.
 O 32j Anlegen eines Paukendrainageröhrchens H.

Gruppe III

- O 33a Nasale Entfernung eines Choanenpolypen + H.
 O 33b Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe + H.
 O 33c Unterbindung der Vena jugularis C.H.
 O 33d Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen H.
 O 33e Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) + H.
 O 33f Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff C.H.
 O 33g Rhynophym C.D.H.
 O 33h Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion C.D.H.
 O 33i Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung H.

Gruppe IV

- O 34a Tränensackplastik nach West A.H.
 O 34b Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endoesophogale
 Oesophagusvaricenschlerosierung C.H.I.
 O 34c Größere plastische Operationen C.H.
 O 34d Vollständige Entfernung der Ohrmuschel C.H.
 O 34f Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von
 der Nase aus H.
 O 34g Radikaloperation einer Kieferhöhle H.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 34h Operation der Deviatio septi nach Killian +	H.
O 34i Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr.....	H.
O 34k Radikaloperation des Mittelohres	H.
O 34l Ozaena-Operation.....	H.
O 34m Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.
O 34n Collare Mediastinotomie.....	C.H.
O 34o Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger.....	H.

Gruppe V

O 35a Stirnhöhlen-Radikaloperation nach Killian-Riedel.....	H.
O 35b Radikaloperation mit anschließender Labyrinthoperation.....	H.
O 35c Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen von Nebenhöhleneiterungen	H.
O 35d Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten (mit Laryngofissur, Thyreotomie oder mittels mikrolaryngoskopischen Eingriffes).....	H.
O 35e Plastik von Narbenstenosen des Kehlkopfes mit Laryngofissur	H.
O 35f Myringoplastik	H.

Gruppe VI

O 36a Radikaloperation von malignen Tumoren der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes	C.H.
O 36b Radikaloperation eines Nasen-Rachenfibroms mit Voroperation	H.
O 36c Arypexie oder Arydektomie bei doppelseitiger Rekurrensparese	H.
O 36d Plastische Operation einer Choanalatresie, auch beiderseits	C.H.
O 36e Trachealplastik	C.H.

Gruppe VII

O 37a Gehirnoperation.....	C.H.
O 37b Sinusoperation	H.
O 37c Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stimplastik, Aufbauplastik der Trachea	H.
O 37d Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration	H.
<i>nur einmal verrechenbar</i>	
O 37e Halsauräumung bei malignen Tumoren.....	C.H.
O 37f Operative Entfernung des Ganglion Gasseri.....	C.H.
O 37g Facialisdekompression	H.
O 37h Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere)	H.

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

Gruppe I

O 38a Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.).....	I.L.
O 38b Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.).....	I.L.
O 38c Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalographie) 1 1/2fach.....	An.C.H.I.N.
O 38d Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
O 38e Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 1 1/2fach	An.C.I.N.
O 38f Nucleographie	

Gruppe II

O 39a Pneumothorax-Erstanlage +.....	An.I.K.L.
<i>Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit besonderer Begründung verrechenbar</i>	
O 39b Pneumoperitoneum-Erstanlage +.....	I.K.L.
O 39c Liquorausblasung +.....	C.I.K.L.N.
O 39d Liquortransfusion.....	C.I.K.L.N.

Gruppe IV

- O 41a Cavernostomie C.L.
 O 41b 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

- O 42a Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen C.O.
 O 42c Subcutane Tenotomie C.O.
 O 42d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung
 (als vorbereitende oder wiederholte Operation) C.O.
 O 42e Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter-
 und Oberarm C.O.
 O 42f Halskrawatte C.O.
 O 42g Oberschenkel (1 1/2fach) C.O.

Gruppe II

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

Gruppe III

- O 44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation C.O.
 O 44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes C.O.
 O 44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers C.O.
 O 44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen) C.O.
 O 44e Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen) C.O.
 O 44f Gipsmieder, Gipsschale C.O.
 O 44g Giphose C.O.
 O 44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis C.O.
 O 44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation C.O.
 O 44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen C.O.
 O 44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen) C.O.
 O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke C.O.
 O 44n 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.
 O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro
 Kalendermonat) C.O.
 O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei
 Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation C.O.

Gruppe IV

- O 45a Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes C.O.
sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen
- O 45b Gipsbett C.O.
- O 45c Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren C.O.
- O 45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren C.O.
- O 45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen C.O.
- O 45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode C.O.
- O 45g Operation des hohen Calcaneus C.O.
- O 45h Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis C.O.
- O 45i Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen C.O.
- O 45k Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur C.O.
- O 45l Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenke C.O.
- O 45m Plastik kleiner Gelenke C.O.
- O 45n Operation der Luxatio acromio - clavicularis C.O.
- O 45o Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation C.O.

Gruppe V

- O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband C.O.
- O 46b Bolzung großer Röhrenknochen C.O.
- O 46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre C.O.
- O 46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre C.O.
- O 46e Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes C.O.
- O 46f Operation der Bandscheibenhernie C.NC.O.
- O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation C.O.
- O 46h Abbotsche Operation C.O.
- O 46i Laminektomie C.NC.O.
- O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule) C.O.
- O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen C.O.
- O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation) C.O.
- O 46n Keilresektion aus dem Tarsus C.O.
- O 46o Operation der habituellen Schulterluxation C.O.

Gruppe VI

- O 47b Blutige Reposition der angeborenen oder traumatischen Hüftgelenksverrenkung C.O.
- O 47c Albeesche Operation C.O.
- O 47d Herdausräumung bei Tbc oder Tumoren der Wirbelsäule C.O.
- O 47e Plastik großer Gelenke C.O.

UROLOGIE**Gruppe I**

- O 48a Endourethrale Elektrocoagulation D.U.
- O 48b Meatotomie D.U.

Gruppe II

- O 49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren + U.
- O 49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste G.U.
- O 49c Urethrotomia interna + U.
- O 49d Operation eines einfachen Urethralprolapses + G.U.
- O 49e Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses C.U.
- O 49f Retroperitoneale Luftfüllung C.I.U.

Gruppe III

- O 50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge..... U.
 O 50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen U.
 O 50c Urethrotomia externa..... U.
 O 50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses U.

Gruppe IV

- O 51a Eröffnung eines paranephritischen Abszesses..... C.U.
 O 51b Sectio alta, einschl. Stein- oder Fremdkörperentfernung (Zystotomie)..... U.
 O 51c Urethralplastik U.
 O 51d Epididymektomie C.U.

Gruppe V

- O 52a Lithotripsie..... U.
 O 52b Sectio alta mit Sphinkterplastik..... U.
 O 52c Nephropexie C.U.
 O 52d Nephrotomie (erstmalig)..... U.
 O 52e Eröffnung eines Prostataabszesses mit Ablösung des Rectums..... C.U.
 O 52f Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel..... G.U.
 O 52g Suprasympophysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste U.
 O 52h Epi- oder Hypospadiplastik..... C.U.
 O 52i Transurethrale Teilresektion der Prostata U.
 O 52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors..... G.U.

Gruppe VI

- O 53a Teilresektion der Harnblase (Geschwulstentfernung, Divertikel-
 exstirpation)..... G.U.
 O 53b Einseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den
 Dickdarm C.G.U.
 O 53c Nephrektomie C.U.
 O 53d Sekundäre Nephrotomie U.
 O 53e Pyelotomie..... C.U.
 O 53f Dekapsulation der Niere..... C.U.
 O 53g Prostataektomie nach jeder Methode..... U.
 O 53h Totale Ureterektomie..... U.
 O 53i Ureterotomia anterior mit Steinentfernung U.
 O 53k Abschließende plastische Operation zum Aufbau einer neuen Harnröhre bei angeborener
 Epi- oder Hypospadi penis, scrotalis oder perinealis..... U.
 O 53l Versorgung eines traumatischen Harnröhrenabszesses..... U.C.

Gruppe VII

- O 54a Totale Prostataektomie mit Drüsenausträumung U.
 O 54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm..... C.G.U.
 O 54c Entfernung bösartiger Nierentumoren C.U.
 O 54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken..... C.U.

Gruppe VIII

- O 55a Cystektomie (Totalexstirpation der Harnblase einschließlich Ureterenimplantation)..... U.

C. Physikalische Behandlung

**durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie in behördlich
konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte
Fachkräfte verwendet werden.**

Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr.		Euro
TP	Tagsatzpauschale <i>einmal pro Patient und Tag verrechenbar</i>	38,10

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
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 BVAEB 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 BVAEB laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

	Zeit (Min.)	Therapeut
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 Tagatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Im Einzelfall können an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt 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 Patienten-schutzes hierbei streng auszulegen.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	Physiotherapeut
ET	Ergotherapeut
MTF	Medizinisch-Technischer Fachdienst
MM	Medizinischer Masseur
HM	Heilmasseur
SpoWi	Sportwissenschaftler
Psy	Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe

D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Für Vertragsfachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der BVAEB 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 Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination erbracht werden.
2. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung durchgeführt. Die BVAEB 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 BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der BVAEB und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

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

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 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

Pos. Nr.		Punkte
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
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	Deltaaminolaevulinsäure (ALA).....	15,0

Pos. Nr.		Punkte
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

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	Spermiogramm: 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

Pos. Nr.		Punkte
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..... <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>	11,0
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
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 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-Objektträgeretest qual.	2,5
11.24	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	2,5
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgeretest qual.	2,5
11.26	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch.....	2,5
11.30	Mononukleosetest als Objektträgeretest	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

Pos. Nr.		Punkte
11.42	PSA..... <i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>	7,0
11.43	Freies PSA..... <i>in max. 10 % der Pos. 11.42</i>	5,0
11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid..... <i>nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthrit, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist</i>	10,0
11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA).....	13,0
11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)..... <i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar</i>	11,5
11.47	C3-Komplement.....	10,0
11.48	C4-Komplement.....	10,0
11.49	ANA-Subsets..... <i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	9,0
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. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger.....	14,0
12.16	Brucella AK KBR.....	8,0

Pos. Nr.		Punkte
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	35,0
	<i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	
12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar).....	8,0
12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
	<i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	
12.25	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA).....	15,0
	<i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	
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
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	Picornavirus 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>	

Pos. Nr.		Punkte
12.79	HCV-PCR qualitativ..... <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>	35,0
12.80	HPV-Typisierung..... <i>bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernruhe) anforder- und verrechenbar</i>	41,0
12.81	Cytomegalie-PCR..... <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>	70,0
12.82	Helicobacter pylori AG im Stuhl..... <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>	30,0
12.83	Bordetella pertussis PCR.....	28,0
12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota..... <i>nur bei Kinder bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	5,0
12.85	HIV PCR quantitativ..... <i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	80,0
12.86	Stuhlkultur..... <i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	17,0
12.87	Clostridientoxin..... <i>nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	20,0
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..... <i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04</i>	6,9
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)..... <i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar</i> Lithium - siehe Gruppe 3	10,0
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin.....	10,0
13.06	Theophyllin.....	10,0
13.07	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je..... <i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>	6,0
13.08	Antibiotika, Zytostatika.....	13,0
13.09	Schwermetalle..... <i>bei dringendem Vergiftungsverdacht</i>	20,0

Gruppe 14: Hormone

14.01	Gesamt-T4 oder freies T4..... <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3..... <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0

Pos. Nr.		Punkte
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, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
	<i>höchstens 2 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
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 *)	Zytdiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
	zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9	
16.03 *)	Gynäkologische Zytdiagnostik (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. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zyto-diagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.*

Pos. Nr.

Punkte

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..... <i>1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar</i>	5,0
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

D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie

PRÄAMBEL

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

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 BVAEB 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 Vertragsfacharztes für Pathologie zu erbringen.
2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der BVAEB nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
3. Der Vertragsfacharzt für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die die BVAEB leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.
4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die BVAEB 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 Zuweiser verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.
5. Die BVAEB ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt 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 BVAEB die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt für Pathologie die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem 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 Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.
2. In begründeten Fällen steht der BVAEB nach Verständigung der Österreichischen Ärztekammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem Vertragsfacharzt 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 Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar.
In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen BVAEB und Österreichischer Ärztekammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.
4. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker) 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 Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz iGF. verfügen.
Auf Verlangen ist der BVAEB 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 BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt für Pathologie wird der BVAEB die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen der BVAEB auch während des aufrechten Vertrags-verhältnisses bekannt geben.

Der BVAEB steht das Recht zu, hinsichtlich dieser vom Vertragsfacharzt 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 Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden.

Der Vertragsfacharzt für Pathologie kann der BVAEB wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Jeder Vertragsfacharzt für Pathologie soll regelmäßig auf seine 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 zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliare Gutachten enthalten.

Die Befunde sind der BVAEB 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 Vertragsfacharzt 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 BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, 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 Vertragsfacharzt 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 BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, 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 Vertragsfacharzt 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 eingestuft Fälle (Pap I + II) müssen vom Vertragsfacharzt für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der Vertragsfacharzt für Pathologie alle von den vorbegutachtenden Fachkräften als auffällig eingestuft 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 Vertragsfacharzt 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 BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

12. Mikrobiologie

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils die für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

Pos. Nr.

Euro

Gruppe 19: Gynäkologische Zytologie

19.01	Gynäkologische Zytodiagnostik , pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger).....	9,78
	<i>Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Pathologie, die der BVAEB 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)	2,73
	<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	3,88
	<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 Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	7,28
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	51,36

Gruppe 20: Extragenital Zytologie

20.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.02 verrechenbar.</i>	11,79
20.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.01 verrechenbar</i>	15,31
20.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. 20.01 oder 20.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar</i>	5,89
20.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. 20.01 oder 20.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.05 verrechenbar</i>	7,07
20.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. 20.01 oder 20.02 <i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. 20.04 verrechenbar</i>	11,79
20.06	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos. 20.01 oder 20.02 <i>maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar</i>	25,27

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, Zytocentrifuge 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 einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung.... <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>	15,23
21.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	8,08
21.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	8,08
21.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	7,02
21.05	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (z.B. Trichomonaden, Pilze) <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.02, 21.11 verrechenbar</i>	2,73
21.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar</i>	3,88
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.....	11,51
21.08	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (z.B Gram u.Ä.)..... <i>nicht neben Pos. 21.11, 21.12 verrechenbar</i>	3,88

Pos. Nr.	Euro
21.09 Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	2,73
21.10 Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten.....	3,23
<i>Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät</i>	
21.11 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	2,19
<i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.05 und 21.06;</i>	
<i>ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH)</i>	
<i>siehe Pos. 21.08 und 21.09</i>	
21.12 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbpräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien)	3,30
<i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.06;</i>	
<i>ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. 21.08, 21.09,</i>	
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.13 Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate (z.B. Harnkultur)	10,55
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar,</i>	
<i>nicht neben Pos. 21.21 (zB Uricult) verrechenbar</i>	
21.14 Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	13,21
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.15 Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	13,21
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.16 Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	15,45
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.17 Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	15,52
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.18 Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbpräparate, je Kultur	9,44
<i>maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. 21.01, 21.13 bis 21.17</i>	
<i>und 21.19 bis 21.20 verrechenbar)</i>	
21.19 Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	17,68
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.20 Kultur auf Mykobakterien (z.B. Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbpräparate	27,78
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
21.21 Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (z.B. Uricult)	4,12
<i>nicht neben Pos. 21.13 verrechenbar, eventuell notwendige</i>	
<i>Subkulturen nur unter Pos. 21.18 zu verrechnen</i>	
21.22 Antibiogramm: 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	12,22
<i>beim Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen</i>	
<i>Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i>	

Gruppe 22: Histologie

22.01 Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden	32,63
<i>maximal einmal je Präparat verrechenbar</i>	
22.02 Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexzision (Biopsie), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden	32,63
<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)	5,30
22.04 Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. 22.01 oder 22.02	8,25
<i>nicht neben Pos. 22.05 verrechenbar,</i>	
<i>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	15,31
<i>nicht neben Pos. 22.04 verrechenbar,</i>	
<i>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	51,83
<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.....	11,31
--	-------

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 Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tariffkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt 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 BVAEB abgerechnet werden.

Untersuchungen auf Rechnung der BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die BVAEB hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter 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 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder 2 Verwandte ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter 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, Orangenhaut, 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 Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle

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

RÖNTGENDIAGNOSTIK
Organtarif

Pos. Nr.		Euro
Schädel		
R101	Schädel	52,51
R102	Gesichtsschädel	22,55
R103	Schädelbasis	22,55
R104	Sella	19,99
R105	Schläfenbein, pro Seite	62,53
R106	Nasennebenhöhlen	57,45
R107	Nasenbein	19,99
R108	Kiefergelenk, pro Seite	37,44
R109	Gesamter Oberkiefer	37,94
R110	Gesamter Unterkiefer	37,94
R111	Zahnstatus.....	73,36
R112	Zähne, 1-3 benachbarte	19,99
	<i>(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)</i>	
Wirbelsäule, knöcherner Thorax		
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	62,53
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>	
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	109,92
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>	
R203	Brustwirbelsäule	51,29
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke.....	81,96
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	52,51
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	93,49
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>	
R207	Rippen, einseitig.....	33,85
R208	Sternum.....	52,51
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
R301	Clavicula, pro Seite	25,71
R302	Scapula, pro Seite	52,51
R303	Oberarm, pro Seite.....	48,91
R304	Unterarm, pro Seite	48,91
R305	Hand, pro Seite	52,51
R306	Navicularserie, pro Seite	19,99
	<i>(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)</i>	
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	37,44
	<i>(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)</i>	
R308	Oberschenkel, pro Seite	57,85
R309	Unterschenkel, pro Seite	48,91
R310	Ganzer Fuß, pro Seite.....	52,51
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite.....	42,54
	<i>(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)</i>	
R312	Calcaneus, pro Seite	37,44
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	25,71
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite.....	58,95
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite.....	37,44
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	37,44

Pos. Nr.	Euro
R317 Becken	33,85
R318 Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	60,24
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)</i>	
R319 Hüftgelenk, axial, pro Seite	27,51
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)</i>	
R320 Kniegelenk, pro Seite	50,48
R321 Kniegelenk mit Patella, pro Seite	65,53
<i>(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)</i>	
R322 Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	54,91
R323 Sprunggelenk, pro Seite	42,54
R324 Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	95,89
R325 Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	93,49
 Halsorgane, Herz und Lunge	
R401 Thorax	65,20
R402 Halsorgane	70,75
R403 Tomographie der Lunge, bds.	95,89
 Magen – Darmtrakt	
R501 Oesophagus	83,14
R502 Magen-Duodenum in Doppelkontrast	156,06
R503 Dünndarmpassage	53,55
R504 Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	53,55
R505 Irrigoskopie in Doppelkontrast	268,51
R506 Abdomen, nativ	33,85
 Gallentrakt	
R601 Gallenblase, nativ	22,55
<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)</i>	
R602 Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	62,53
R603 i.v. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	165,67
R604 Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	182,91
R605 Tomographie der Gallenwege	95,89
 Harntrakt	
R701 Harntrakt, Nativaufnahme	33,85
<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i>	
R702 i.v. Pyelographie	209,69
R703 Inf. Pyelographie	226,88
R704 Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	237,40
R705 Tomographie der Nieren, bds.	95,89
 Spezialuntersuchungen	
R801 Mammographie, beidseits	117,84
R802 Mammographie, einseitig	60,18
R803 Galaktographie	130,74
R804 Hystero- Salpingographie	109,00
R805 Pneumocystographie	65,83
R806 Phlebographie, pro Extremität	130,28
R807 Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	70,75
R808 Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen	133,77

Pos. Nr.	Euro
R809 Knochendichtemessung	39,49
periphere quantitative Computertomographie (pQCT) oder Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) <i>verrechenbar maximal einmal pro Patient und Jahr, nicht als Screening-Untersuchung verrechenbar nur von Fachärzten für Radiologie, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>	

RÖNTGENDIAGNOSTIK Formatetarif

Honorar

Pos. Nr.	Punkte
1. Grundhonorar	
R 1a Erste röntgenologische Leistung	12
R 1b Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage	8
2. Sonderleistungen	
R 2a Darmeinlauf mit Kontrastmittel	6
R 2e Intravenöse Injektion	3

Unkosten

Pos. Nr.	Euro
3. Durchleuchtungen und Zuschläge	
R 3a Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	10,3206
R 3b Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	12,0128
R 3c Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e)	25,9584
R 3d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	15,7630
R 3e Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	4,6380
R 3f Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels Elektronischer Geräte	7,4691
R 3g Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	8,9835
4. Aufnahmen	
R 4a Format 9 x 12	6,6645
R 4b Format 13 x 18	9,7669
R 4c Format 18 x 24	12,4308
R 4d Format 15 x 40	15,7630
R 4e Format 24 x 30	17,6429
R 4f Format 30 x 40	20,4219
R 4g Format 35 x 35	22,2916
R 4h Zahnfilm	4,0113
R 4i Format 35 x 43	24,2553
R 4j Format 30 x 90	39,0363
R 4k Format 20 x 40	18,2176
5. Mehrphasenaufnahmen:	
R 5a Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	12,4308
R 5b Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	17,6429

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: € 45,7635			
R 9a	Akne	2-6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R 9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch	2-6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)	2-6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R 9g	Epididymitis	2-6	4
R 9h	Epilepsie	2-6	4
R 9i	Erysipel	2-6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin	2-6	4
R 9l	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom	2-6	4
R 9m	Intertrigo	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und Ruber planus	2-6	4
R 9o	Migräne	2-6	4
R 9p	Mikuliczsche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodontitis	2-6	4
R 9t	Perniones	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scropholudermia	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4
10. Tarifgruppe II: € 68,5923			
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	4
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe	4-6	3
	(Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)		
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6	2
R 10i	Mastitis acuta	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata accuminata	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	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: € 83,7263

R 11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-3	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck)	3	3
R 11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4

12. Tarifgruppe IV: € 137,1523

R 12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus)	3	3
R 12b	Lymphogranulomatose	3-6	4
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

13. Tarifgruppe V: € 167,6226

R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	6	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4	3

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2
 14. Tarifgruppe VI: € 175,2001			
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes).....	2-10	3(4)
R 14b	Kraurosis vulvae	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhaemangiome	6-10	4
	<i>es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung</i>		
 15. Tarifgruppe VII: € 251,3168			
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	8-12	4(5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10-20	3(4)
 16. Tarifgruppe VIII: € 418,8543			
R 16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	13-24	3(4)
 17. Tarifgruppe IX: € 609,3160			
R 17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	25-40	2(3)
 18. Tarifgruppe X: € 837,8467			
R 18a	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%

Pos. Nr.		Euro
----------	--	------

20. Buckybestrahlung

R 20a Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder		14,0094
--	--	---------

Pos. Nr.		Punkte
----------	--	--------

21. Radiumtherapie

R 21a 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 Arztes oder in der Wohnung
des Kranken angelegt werden (M).

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.

Euro

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

Hand und Unterarm:

M 1a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	7,7984
M 1b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	12,4751

Fuß und Unterschenkel:

M 1c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	11,6025
M 1d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	17,7786

Kniegelenk:

M 1e	Kniegelenk.....	42,3826
------	-----------------	---------

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

Hand, Unter-, Oberarm:

M 2a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	15,7197
M 2b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	22,4553

Fuß, Unter-, Oberschenkel:

M 2c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	26,0805
M 2d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	55,2940

Hals:

M 2e	Halskrawatte.....	19,1435
------	-------------------	---------

3. Zu 27f (therap. Verbände)

M 3a	Obere Extremität mit Schultergürtel	79,9309
M 3b	Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel).....	90,1462
M 3c	Schiefhalsgips mit Thorax	56,1890

Zu B. OPERATIONSTARIF

4. Zu O 42e (Modellverbände)

M 4a	Hand oder Fuß	2,9649
M 4b	Hand und Unterarm.....	5,8515
M 4c	Fuß und Unterschenkel	5,8515

Hand, Unter-, Oberarm:

M 4d	Kinder bis zu 12 Jahren.....	5,8515
M 4e	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	8,8949

5. Zu O 42f (Modellverband)

M 5a	Halskrawatte.....	8,8949
------	-------------------	--------

6. Zu O 42g (Modellverband)

M 6a	Oberschenkel	8,8949
------	--------------------	--------

7. Zu O 43e (Modellverbände)

M 7a	Obere Extremität mit Schultergürtel.....	17,6999
M 7b	Untere Extremität mit Becken	28,1953

Oberkörper:

M 7c	Kinder bis zu 12 Jahren	17,6999
M 7d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre.....	28,1953

8. Zu O 44f und O 45o

Gipsmieder:

M 8a	Kinder bis zu 7 Jahren.....	45,5373
M 8b	Kinder von 7 bis zu 12 Jahren	60,1834

Pos. Nr.	Euro
M 8c Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	83,7127
Gipsschale:	
M 8d Kinder bis 1/2 Jahr	14,1198
M 8e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	21,2918
M 8f Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	35,3223

9. Zu O 44g und O 45o

Gipshose:

M 9a bei Coxitis und Little	96,1100
M 9b dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	119,9972
bei Hüftgelenksluxation:	
M 9c Kinder bis 1/2 Jahr	35,2327
M 9d dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	44,0156
M 9e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	42,3152
M 9f dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	52,9220
M 9g Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	58,6057
M 9h dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	73,1173

10. Zu O 45b

Gipsbett:

M 10a Kinder bis zu 12 Jahren.....	57,0616
M 10b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	113,9890

ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 27 Abs. 3 des Gesamtvertrages wird vereinbart:

Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:

a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e)	€ 1,1613
b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin	€ 1,2921
c) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie	€ 1,3747
d) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin	€ 1,7022
e) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde	€ 1,4580
f) Abschnitt B. Operationstarif	€ 1,1613
g) Abschnitt D. Labor	€ 1,2892
h) Abschnitt A.XIV Labor-Akutparameter	€ 1,8957
i) Abschnitt E. Röntgen	€ 1,0575
j) Abschnitt A.XIV 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
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	€ 34,0252
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 34,0252
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. Schwangerschaftswoche	€ 34,0252
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

Pos. Nr.	Euro
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

4. Medizinische Hauskrankenpflege

(Gemäß der Gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 31.3.1993;
nicht verrechenbar für Vertragsärzte in Kärnten und Vorarlberg)

Pos. Nr.	Euro
H1 Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	€ 72,6728
Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage	
H2 bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes	€ 43,6037
H3 bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes	€ 65,4056
H4 Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen	€ 32,7028
<i>Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der „krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege“ ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage. Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.</i>	
H5 Legen einer Ernährungssonde	€ 10,9009
<i>Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.</i>	
H6 Chirurgische Intervention bei Dekubitus	€ 10,9009
H7 Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und Ähnlichem)	€ 7,2673

ANHANG 2 ZUR HONORARORDNUNG

Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen 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 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/Mitarbeiterinnen, 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 Radiologen/Radiologin. 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 Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger / Neueinsteigerinnen ins Programm, die als Erstbefunder / Erstbefunderin 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 Anbietern 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 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 Radiologen/ der Radiologin, 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 Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 vom Radiologen/von der Radiologin 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/Befunderin 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).

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Josefstädter Straße 80, 1080 Wien