

**WAHLARZTTARIFE**  
für  
**Ärzte für Allgemeinmedizin**  
und  
**Fachärzte**

**Stand 01.01.2018**

Versicherungsanstalt öffentlich  
Bediensteter

---



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

**I. GRUNDLEISTUNGEN**

**A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)**

- A1 Erste Ordination ..... 18,26  
*Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1  
verrechenbar.*
- A2 Weitere Ordination ..... 10,50
- A3 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde ..... 3,65  
*Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.*
- A4 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen ..... 7,31  
*Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.  
Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur  
betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.*
- A5 Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) ..... 7,31

**B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)**

- B1 Erster Krankenbesuch ..... 42,01  
*Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1  
verrechenbar*
- B2 Weiterer Krankenbesuch ..... 31,96
- B3 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der  
Sprechstunde..... 13,70  
*Nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen  
Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. -  
verrechenbar.*
- B4 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen ..... 13,70  
*Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.  
Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.*
- B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) ... 27,40
- B6 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag ..... 2,74
- B7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 3,65
- B8 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der  
Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des  
Gesamtvertrages) bei  
Tag ..... 3,65
- B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der  
Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des  
Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 4,57

**C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)**

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

C1	bei Tag .....	7,31
C2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	10,96

Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen.  
*Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.*

#### **D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)**

D1	bei Tag .....	13,70
D2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	18,26

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

#### **E. Ordination (Facharzt)**

E1	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung .....	18,26
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar</i>	
E2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt .....	8,22
E3	Weitere Ordination .....	10,05
E31	Weitere Ordination .....	11,87
	verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin	
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde .....	3,65
	<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen .....	7,31
	<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>	
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) .....	7,31
	<i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
E7	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr .....	2,74
	<i>einmal pro Fall und Monat verrechenbar nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde</i>	

#### **F. Krankenbesuch (Facharzt)**

F1	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung .....	39,90
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt .....	7,81
F3	Weiterer Krankenbesuch .....	30,36
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind .....	13,01

F41 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie .....	6,67
Innere Medizin .....	8,26
F42 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde .....	4,90
<i>Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. .Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
F5 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind .....	13,01
F51 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie .....	11,81
Innere Medizin .....	14,62
F52 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde .....	9,80
<i>Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
F6 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind .....	26,02
F61 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie .....	27,21
Innere Medizin .....	33,69
F62 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde.....	26,14
F7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag .....	6,07
F8 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	6,94
F9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag .....	3,47
F10 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	4,34
F11 Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr .....	2,60
<i>einmal pro Fall und Monat verrechenbar nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar</i>	

*verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde*

### **G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)**

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

G1	bei Tag .....	6,94
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	10,41

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

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

### **H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)**

H1	bei Tag .....	26,02
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	34,69

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

### **I. Wegegebühren**

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag .....	1,87
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht .....	2,80

*Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden.*

### **J. Koordination**

J1	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt .....	11,93
----	--	-------

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

*Erläuterungen zum Positionstext:*

- 1. Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.*
- 2. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.*

3. *Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung.*
4. *Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes.*
5. *Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation. 6. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.*

## **II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE**

### **1.**

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

ab 1.4.2011 ..... 11,70

- a) Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:  
Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin, berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen.

## 2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und  
Behandlungsgespräch

ab 1.10.2003 ..... 17,52

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differenzialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z. B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a. Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom-psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b. Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.

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



### III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

#### 10. Blutabnahme

10a Blutabnahme aus der Vene .....	3,47
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren .....	6,94
10c Aderlass (mindestens 250 ccm) .....	6,94

#### 11. Injektionen

11a Subcutane, intracutane Injektion .....	1,73
11b Intramuskuläre Injektion.....	1,73
11c Intravenöse Injektion .....	2,60
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr.....	6,94
11e Eigenblutinjektion .....	5,20
(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f Intraarterielle Injektion .....	6,94
11g Intracardiale Injektion.....	6,94
11h Subconjunctivale Injektion .....	2,60
11i Parabulbäre Injektion .....	2,60
11k Endoneurale oder epineurale Injektion .....	6,94
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknötchen....	17,35
(z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri.....	44,16
11n Injektion ans Peritoneum .....	6,94
11o Intrapleurale, intraperitoneale Injektion .....	10,41
11p Intrasinuöse Injektion .....	10,41
11q Krampfaderverödung: erste Injektion .....	5,20
11r jede weitere Injektion .....	3,47
(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion .....	6,94
11t jede weitere Injektion .....	3,47
(höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11 u Periarticuläre Gelenkssumpsung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke .....	8,67
11v Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte) .....	24,69
11w Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke .....	17,75

#### 12. Infiltrationen

12a Subcutane Infiltration .....	3,47
12b Intramuskuläre Infiltration .....	3,47
12c Praesacrale Infiltration (n. Pendl) .....	44,16

12d Paravertebralblockade .....	24,29
	An.C.NC.N .....O. I.

### 13. Infusionen

13a Subcutane Infusion .....	8,67
13b Intravenöse Infusion .....	17,35
13c Intraperitoneale Infusion .....	17,35
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion .....	5,20
13e Erste intravenöse Novocain-Infusion .....	19,08
13f Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je .....	6,94

### 14. Implantationen

14a Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart .....	8,67
14b Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht.....	19,95

### 15. Impfung

15a Diagnostische Impfung .....	1,73
(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. Ä. Allergieproben)	
15b Therapeutische Impfung .....	1,73
(Cutivaccine, Paspal o. ä.)	

### 16. Punktion (diagnostisch)

16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Hämatomen, fraglichen Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie).....	8,67
16b Aus Gelenken .....	17,35
16c Aus der Brust- oder Bauchhöhle .....	20,51
16d Aus dem Herzbeutel .....	24,85
16e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion) .....	17,35
16f Suboccipitalpunktion .....	17,35
16g Vaginale Probepunktion (Douglas) .....	17,35
16h Sternalpunktion.....	24,85
16i Punktion der Prostata .....	17,35

### 17. Punktion (therapeutisch)

17a Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom.....	20,51
17b Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung .....	27,45
17c Aus der Brust- oder Bauchhöhle .....	44,16
17d Aus dem Herzbeutel .....	44,16
17e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion).....	27,45
17f Suboccipitalpunktion .....	27,45
17g Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle .....	27,45
17h Aus dem Wasserbruch .....	8,67
17i Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung).....	27,45
17k Aus der Harnblase .....	27,45

## 18. Betäubung, Wiederbelebung

18a Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie .....	1,73
18b Rauschnarkose (auch Trilene) .....	8,67
18c Infiltrationsanästhesie .....	5,20
18d Leitungsanästhesie .....	8,67
18e Intravenöse Narkose .....	8,67
18f Sacralanästhesie .....	10,41
18g Lumbalanästhesie .....	27,45
18h Wiederbelebungsversuch beim schein- toten Kinde (Neugeborenen) .....	20,51
18i Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung .....	19,08
18k Intubationsnarkose .....	25,15

An.

## 19. Endoskopien

*Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.*

19a Untersuchung mit dem Kolposkop.....	8,67
19b Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes .....	20,51
	C.H.
19c Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie) .....	20,51
19d Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen.....	27,45
	C.H.
19e Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie).....	27,45
	C.G.U.
19f Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) .....	27,45
19g Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicoskopie) .....	27,45
	C.G.
19h Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie) .....	27,45
	C.G.
19i Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie) .....	37,86
	C.D.U.
19k Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium .....	57,17
	C.G.U.

19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens .....	57,17	
	(R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)		C.U.
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie) .....	90,39	An .C.H. I .L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken .....	94,29	
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)		C.U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie) .....	86,92	C.I.O.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie).....	164,79	An .C. I .L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie).....	164,79	C.G.I.L.
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung.....	294,89	An.C.H. I .L.
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie) .....	294,89	
19x	Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie .....	164,11	
	<i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen</i>		
	<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 Pulsoxymetrie .....	218,76	
	<i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a (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 Pulsoxymetrie.....273,40  
*nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a (in max. 10 % der Pos.Nr. 19z im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x*

C.I.

Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:

Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nrn 19x, 19y und 19z sind die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung und eine kontinuierliche coloskopische Tätigkeit.

Der Vertragspartner hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten. Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.

Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch zu erfolgen. Der Vertragspartner hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er hat den von der BVA beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies auf Grund der der BVA 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.

## **20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt**

20a Bougierung der Speiseröhre .....6,94  
20b Aushebung des Magens .....6,94  
20c Ausspülung des Magens .....8,67  
20d Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren...10,41  
20f Duodenalsondierung.....13,01  
20g Digitaluntersuchung des Mastdarmes.....2,60  
20h Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel .....3,47  
20i Aufblähung des Mastdarmes .....5,20  
20k Sphinkterdehnung .....8,67

## **21. Sonstige ärztliche Verrichtungen**

21a Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel

*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.*

21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten .....	2,60	
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur .....	10,41	C.D.I.O.P.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht.....	3,47	
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall .....	10,41	
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens .....	3,47	
21g	Modellierender Kompressionsverband.....	4,34	C.D.O.
21h	Abstrich .....	2,60	

#### **IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE**

##### **22. Untersuchungen**

22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) .....	5,20	A.
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung .....	5,20	A.
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer .....	5,20	A.
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer .....	5,20	A.
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling) .....	1,73	
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop) .....	3,47	A.
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) .....	8,67	
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht .....	1,73	A.
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig .....	2,60	
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar .....	8,67	A.

22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe .....	1,73	A.
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe).....	4,34	
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens .....	3,47	A.N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut .....	8,67	
	<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>		A.
22o	Schirmertest .....	3,47	A.
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie ... ..	37,30	
	<i>1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos 22g verrechenbar</i>		A.

### 23. Fremdkörperentfernung

23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut.....	6,07	
-----	---	------	--

### 24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation .....	5,20	
24b	Kauterisation der Hornhaut .....	27,45	A.
24c	Spaltung des Hordeolums .....	1,73	
24d	Kanthotomie (ohne Naht).....	8,67	

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

### 25. Wundversorgung

25a	Reinigung /Wundtoilette einer kleinen Wunde .....	6,94	
25b	Abtragung einer großen Brandblase .....	4,34	
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung .....	8,67	
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode .....	32,96	
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>		
25e	Naht- und Klammerentfernung .....	3,47	
	<i>einmal pro Region verrechenbar</i>		

### 26. Kleine operative Eingriffe

26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung) .....	8,67
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung .....	8,67
26c	Abtragung einer Eiterblase .....	3,47
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze .....	4,34
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung.....	8,67
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste .....	8,67
26g	Entfernung eines Daumnagels oder Nagels der großen Zehe .....	8,67
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe .....	3,47

## 27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband .....	10,41	
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität.....	17,35	
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum .....	13,01	
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes .....	27,45	+M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte .....	44,16	+M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax .....	86,92	+M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes .....	4,34	
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder) .....	8,67	
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes.....	4,34	
	<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 pro Behandlungsfall und Extremität.....	17,35	AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l .....	6,94	AM.C.D.O.

## 28. Gipsmodelle für orthopädische Behelfe



28a Gipsmodelle für Einlagen .....42,20  
*Die Erstuntersuchung und weitere Untersuchungen sind gesondert zu vergüten.*

28b Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle .....15,61  
*in maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar O.*

**29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)**

29a Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen) .....5,20

29b Alle übrigen Knochen .....8,67

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

**30. Frauenheilkunde**

30a Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung .....10,41

30b Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung) .....2,60

30e Zellentnahme für cytologische Untersuchung .....3,47

30f Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle ..... 1,73

30g Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle ..... 1,73

30h Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat.....3,37

30i Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat ..... 1,73

30j Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung ..... 3,47  
*in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar G*

**31. Geburtshilfe**

31a Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet .....5,20

31 b Beistand bei der Entbindung  
*Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit Ober eine halbe Stunde - bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden.*

*Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.*

31c Manuelle Muttermünddilataion .....	13,88
31d Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe .....	13,88

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

### **32. Untersuchungen**

32a Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je .....	8,67	
32b Tonschwellenaudiometrie .....	17,35	
32c Sprachaudiometrie.....	26,02	
<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>		
32d Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter.....	27,45	
32g Otomikroskopische Untersuchung.....	6,94	
<i>höchstens in 10% der Behandlungsfälle verrechenbar</i>		
		H.
32h Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung .....	15,61	
<i>in max. 25 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat</i>		
		H.

### **33. Therapeutische Verrichtungen**

33a Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr .....	3,47	
33b Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren .....	5,20	
33c Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut .....	6,94	
33d Nasentamponade nach Bellocq .....	27,45	
33e Cerumenentfernung je Ohr .....	3,47	
33f Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite .....	3,47	
33g Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle .....	27,45	
33h Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig.....	12,71	
33i Incision eines Gehörgangfurunkels .....	8,67	
33k Attic-Spülung .....	4,34	
33l Vordere Nasentamponade .....	11,84	

**VIII. SONDERLEISTUNGEN**  
**aus dem Gebiete der**  
**INNEREN MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE**  
**und LUNGENKRANKHEITEN**

34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III;..... AVR,AVL,AVF;V1-6)	38,13 I.K.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten).....	7,30 I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung .....	7,30 I.K.
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett .....	8,67
	<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>	
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria.....	8,67 <i>Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar. K.</i>
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je.....	2,60
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung .....	13,01
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums) .....	13,01 An.I.K.L.
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse) .....	16,48 L.
34p	Messung der Atemwegswiderstände .....	4,34 L.
34q	Blutgasanalyse in Ruhe .....	52,04 L.
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe .....	51,04 L.
	<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	
	Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.	

- 34s Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina ..... 17,78  
*in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar* L.
- 34t Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf  
 infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten  
 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ..... 27,75  
*nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar*  
*nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar* K.
- 34u Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten  
 zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) ..... 14,74  
*einmal pro Monat verrechenbar* K.  
*nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar*
- 34v Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2.  
 Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive  
 Dokumentation) ..... 14,74  
*einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar* K.  
*nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar*
- 34w Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr  
 (inklusive Dokumentation) ..... 14,74  
*in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar* K.  
*nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar*
- 34x 24-Stunden Blutdruckmonitoring ..... 37,37  
*verrechenbar in 5 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:*  
 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*

*für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;*  
*verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin,*  
*die von der BVA im Einvernehmen der Ärztekammer hiezu berechtigt wurden. Für die*  
*Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.*  
*Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre*  
*aufzubewahren und der BVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.*

34y Langzeit-EKG.....74,74  
(Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, I.  
Computerauswertung und Befunderstellung)  
*verrechenbar in 10 % der Fälle;*  
*für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;*  
*verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVA*  
*im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die*  
*Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis*  
*erforderlich.*

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

**35. Untersuchungen**

- 35a Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit .....8,67
- 35b Ausführliche psychiatrische Exploration; .....26,89  
*bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, höchstens 1x pro Fall*  
*und Kalenderhalbjahr verrechenbar. .... 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) .....18,21  
*nicht neben Ordination/Visite verrechenbar .... N., KNP.*  
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.  
Modul II oder III  
Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.
- 35f Komplette neurologische Stuserhebung mit  
Dokumentation; .....26,89  
*höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.....N, K.*
- 35g Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder

gleichwertige Skala .....	13,01
<i>maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	
	N.
35h Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala .....	26,89
<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
<b>36. Therapeutische Verrichtungen</b>	
36a Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.; .....	23,42
<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 cerebraler Schädigungen bei Kindern. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	
36b Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); .....	65,92
<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 ...	66,78
<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.; .....	66,78
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
36e Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.; .....	33,83
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
36f Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit .....	6,94
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	
Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f: <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>	
Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:	

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

37a	Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden .....	55,81	
	<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>		K, N.
37b	ENG.....	48,57	
			N.
37c	EMG .....	48,57	
			N.
37d	ENG + EMG.....	78,93	
	<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. ....</i>		N.
	<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>		

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

**38. Therapeutische Verrichtungen**

38a	Katheterismus der männlichen Harnblase.....	3,47
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase .....	1,73
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies .....	5,20
38d	Blasenspülung .....	1,73
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre .....	8,67
38f	Weitere Strikturdehnung .....	3,85
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre .....	1,73
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre .....	2,60
38i	Tiefe Instillation .....	1,73
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion .....	2,60
	<i>höchstens verrechenbar in 10% der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro D. Patient und Jahr</i>	
38k	Kühlsonde.....	3,85

38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen.....	8,67
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen..... (siehe Position 26d und 26e)	8,67
38n	Elektrolyse .....	8,67
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose .....	3,85
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht.....	27,45
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie) .....	57,17
38r	Kryotherapie je Sitzung .....	8,67
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina .....	3,47
38t	Prostatamassage .....	2,60
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde.....	5,20
38v	Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung .....	7,81
38vv	ab 17. Behandlung .....	5,20
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung .....	11,28
38ww	ab 17. Behandlung .....	8,67
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung .....	18,21
	<i>höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	U.
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika .....	8,67
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters .....	8,67
39a	Evakuierung einer Blasentamponade.....	33,52
39b	*) Allergologische Exploration .....	6,94
	<i>In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	D.K.



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

**BESONDERE BESTIMMUNGEN**

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

**40. Diagnostik**

40a Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung.....	173,11
<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b Kinderjugendpsychiatrischer Status/ Entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	43,52
40c Diagnostische Außenanamnese.....	32,64
40d Ausführliche diagnostische Außenanamnese.....	43,52
40e Neurologischer Status.....	27,70
40f Entwicklungsneurologischer Status.....	64,29
<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente.....	64,29
40h Somatischer Status.....	10,89
40i Somatogramm.....	10,89
<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j Interaktionsdiagnostik (incl. Video ).....	346,21
<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	173,11
<i>2x/Diagnose; max. alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten</i>	

**41. Behandlung**

41a Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument.....	65,29
41b Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	173,11
<i>Bei 10 % der Patienten</i>	
41c Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	32,64

**42. Vernetzungsleistung**

42a Koordination bei Patienten.....	21,75
42b Koordinationstreffen (Helferkonferenz).....	173,11
<i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	
42c Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan).....	43,52
<i>1x pro Jahr</i>	
42d Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlung.....	10,89

**Xb. SONDERLEISTUNGEN**  
**aus dem Gebiete der**  
**PSYCHIATRIE**  
**ab 1. Juli 2018**

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/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten ..... 88,53  
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 herzustellenen Therapiemotivation des Patienten

4. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

*Verrechenbar zwei Mal pro Patient innerhalb von 12 Monaten.*

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

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

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten ..... 34,35  
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.*

45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten ..... 53,34  
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, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten ..... 101,03  
P.

## Mindestinhalt:

## 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)

Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

## 2. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik);

Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung;

inklusive Telefonkontakten mit Patienten

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

45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten ..... 8,78  
P.

## Mindestinhalt:

## 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen

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

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

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

*Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar*

45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten  
(durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit ..... 18,03  
P.

*Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.*

Pos. Nr.		Euro
45g	Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten .....	17,51
	P.	
	Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.	
	<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
45h	Demenzttest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten .....	17,51
	P.	
	<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i> <i>In maximal 12% der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten .....	35,01
	P.	
	<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten.....	129,56
	P.	
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar.</i> <i>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) .....	157,50
	P.	
	<i>in maximal 10% der Fälle verrechenbar;</i> <i>maximal 2x pro Patient und Jahr verrechenbar;</i>	
45l	Hausbesuch .....	16,22
	P.	
	<i>verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j</i>	