



WAHLARZTRÜCKERSÄTZE

Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Stand 01.04.2019

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Euro
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	15,40
A2	Weitere Ordination	10,66
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	10,66
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	10,66
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	15,99
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	35,24
B2	Weiterer Krankenbesuch	28,43
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar.</i>	18,36
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	18,36
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) <i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	30,80
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	1,78
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	2,96
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin) Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	11,84
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	23,69
3c	ausführlicher Befundbericht <i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden. Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	8,88
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
4a	Konsilium bei Tag	17,76
4b	Konsilium bei Nacht <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	23,69
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenerkrankheiten <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar.</i>	21,91
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar.</i>	18,95

E3	Weitere Ordination	9,48
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	8,29
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	8,29
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	14,21
<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>		
<i>Von den Pos.-Nrn. E4 bis E6 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>		
6.	Krankenbesuch (Facharzt)	
F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	38,50
<i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar.</i>		
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	36,42
<i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar.</i>		
F3	Weiterer Krankenbesuch	26,95
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	15,99
<i>Nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar.</i>		
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	15,99
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>		
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	28,43
<i>Bei den Pos.-Nr. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen.</i>		
6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	1,78
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	2,96
<i>Von den Pos.-Nrn. F4 bis F6 darf am selben Tag bzw. je Visite nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>		
7.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:		
7a	bei Tag	17,76
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	35,53
7c	ausführlicher Befundbericht	8,88
<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.</i>		
<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird. Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers im Feld „VPNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) oder der Name des Arztes, für den der Befund bestimmt ist, im Feld „ZUNUW“ der elektronischen Abrechnung (SART 01) angegeben wird.</i>		
8.	Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
8a	bei Tag	29,61
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	47,38
<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>		
9.	Wegegebühren	
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	1,60
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	2,40
9.1	Koordinierung	
1j	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt	13,28
<i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 3 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>		

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,
2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,
3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,
4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,
5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

9.2 Heilmittelberatungsgespräch

HMG Heilmittelberatungsgespräch

9,60

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der a. Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch kann 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 abgerechnet werden.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.
4. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
5. 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.

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

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

14,51

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) 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 sowie die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie, 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.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals 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 Abrechnungszeitraumes ist ausgeschlossen.

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 differentialdiagnostischen 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. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte 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

Pos.-Nr.	Euro
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene	4,73
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	7,10
10c Aderlass	8,88
<i>(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobuli)</i>	
11. Injektionen	
11a Subcutane, intracutane Injektion	1,18
<i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b intramusculäre Injektion	1,18
11c Intravenöse Injektion	3,55
bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	2,37
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	7,10
11k Endoneurale oder epineurale Injektion	17,75
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Quartal sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	35,50
11q Krampfaderverödung pro Injektion	3,55
<i>maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung</i>	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknoten pro Injektion ..	3,55
11u Periarticuläre Gelenksumspritzung (ein großes oder mehrere kleine Gelenke).....	10,65
11v Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)*	29,58
11w Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)*	17,75
<i>* je Gelenk und Quartal sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)</i>	
12. Infiltrationen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a Subcutane Infiltration	4,14
12b Intramusculäre Infiltration	4,14
12d Perineurale Infiltration	10,65
13. Infusionen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a Subcutane Infusion	11,83
13b Intravenöse Infusion	14,79
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	5,92
14. Implantationen	
14a Kristall-Implantationen mittels Troikart	11,83
14b Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	20,71
15. Impfung	
15b Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspal o.ä.).....	2,96
15c Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch <i>1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	5,92
15d Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch	2,37
<i>Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich</i>	
16. Punktion (diagnostisch)	
16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie	8,28
<i>(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie)</i>	
16b Aus Gelenken	17,75

16i	Punktion der Prostata	17,75
	<i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)</i>	
17.	Punktion (therapeutisch)	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	11,83
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	29,58
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	47,33
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	35,50
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	35,50
17h	Aus dem Wasserbruch	11,83
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	23,67
17k	Aus der Harnblase	26,62
18.	Betäubung – Wiederbelebung	
18a	Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	1,18
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar;</i>	
	<i>nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie</i>	
18c	Infiltrationsanaesthesie	5,92
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar</i>	
18d	Leitungsanaesthesie	10,65
18f	Lumbalanaesthesie	35,50
18g	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwand- entschädigung	17,75
18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	23,67
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	10,06
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes	20,81
19bf	Flexible Endoskopie der oberen Atemwege Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle pro Arzt und Monat limitiert. Nicht am selben Tag mit 19b oder 19j verrechenbar	44,38
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20,81
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	29,58
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	29,58
	<i>nicht am selben Tag mit 19k, 19l und 19p verrechenbar</i>	
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	29,58
	<i>nicht gleichzeitig mit 19m, 19s und 19sp verrechenbar</i>	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	29,58
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	29,58
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	35,50
	<i>nicht am selben Tag mit 19l und 19p verrechenbar</i>	
19j	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20,81
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie)	47,33
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19l und 19p verrechenbar</i>	
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (R111 nur bei Verwen- dung von Einmal-UK; 1 Stück)	59,17
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar</i>	
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	59,17
	<i>Nicht neben Pos. 19f, 19s und 19sp verrechenbar.</i>	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	88,75
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	88,75
	<i>Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.</i>	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und	71,00

	Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	
	<i>nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar</i>	
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	82,84
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums (Gastroskopie, Duodenoskopie)	152,65
	<i>nicht neben Pos. 19o verrechenbar</i>	
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung.....	203,54
19sp	Koloskopie inklusive Polypenabtragung	
	<i>Anmerkung zu Positionen 19r, 19s und 19sp</i>	
	<i>Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskop-waschmaschine“).</i>	
	<i>Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVA übermitteln.</i>	
	<i>Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa etc.), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat. Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen.</i>	
	<i>Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.</i>	254,42
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	156,80
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	292,88
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	8,88
20b	Ausheberung des Magens	8,88
20c	Ausspülung des Magens	17,75
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	2,96
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	3,55
20i	Aufblähung des Mastdarmes	5,92
20k	Sphinkterdehnung	8,88
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel	
	einwurzelig	2,37
	mehrwurzelig	3,55
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	11,83
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	3,55
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	8,88
21h	Abstrich.....	2,37

**IV. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE**

	Euro
22. Untersuchungen	
22b Zentrale Refraktionsbestimmung (subjektiv und/oder objektiv; beinhaltet: Bestimmung von Visus und/oder Brillenglas und/oder Astigmatismus mittels Refraktometer und/oder Messbrille/Phoropter)	8,88
<i>1 x im Monat abrechenbar (in Ausnahmefällen auch öfter mit Begründung)</i>	
22f Untersuchung des Farbsinnes auf pseudoisochromatische Tafeln.....	5,92
22g Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie) N <i>Wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen</i>	11,83
22hx Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille..... <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)</i>	4,73
22hy Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille..... <i>(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)</i>	2,96
22j Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe <i>maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar</i>	8,88
22k Untersuchung mit dem Exophtalmometer	5,92
22l Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	5,92
22m Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens N	2,96
22n Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	8,88
22o Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vital- färbungen)	2,96
22p Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie..... <i>1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar</i>	26,63
22q Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	35,50
<i>1 x pro Quartal verrechenbar</i>	
22r Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern	35,50
22s Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	
<i>Abrechenbar nur in Kombination mit den Positionen 22j, 22q, 22r, 22n, 23a, 24a, 24c sowie der Pos. 221 mit Begründung Blepharospasmus</i>	
	1,18
23. Fremdkörperentfernung	
23a Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder einge- brannter Fremdkörper aus der Bindehaut	11,83
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a Wimpernepilation	8,88
24c Spaltung des Hordeolums	8,88

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

	Euro
25. Wundversorgung	
25a Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde AM, D, K Einmal pro Region verrechenbar	5,92
25b Abtragung einer großen Brandblase AM, D, K	4,73
25c Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung AM, D, K	
<i>Für Wundversorgungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.</i>	
	8,28
25d Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode AM , D, K	29,58

	<i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	
25e	Naht und Klammerentfernung AM, D, K <i>Einmal pro Region verrechenbar</i>	2,96
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hamatoms (pro Sitzung)	8,88
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	8,88
26c	Abtragung einer Eiterblase	2,96
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	4,73
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	8,88
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	8,88
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	8,88
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	3,55
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	10,06
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	17,75
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	8,88
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	29,58
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	53,25
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax.....	88,75
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	4,73
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	8,88
27i	Aufteilung eines Gipsverbandes	8,88
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	5,92
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	17,75
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	5,92
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
27n	Verbandwechsel AM, D, K	3,55
	<i>Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters. Nicht bei Incision von Panaritien aller Art sowie den Pos. 25a, 25c, 25d und 27c.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite.....	17,16
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	7,10
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	
29.	Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	8,88
29b	Alle übrigen Knochen	17,75

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

30.	Frauenheilkunde	Euro
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	23,67

30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	8,88
30c	Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	29,58
30e	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	4,14
30f	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	2,37
30g	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	1,76
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	4,14
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präpa- rat	2,37
	(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)	
30j	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr..... <i>maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar. Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbe- sondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwanger- schaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumen- tieren.</i>	11,24
30k	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapie- erfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie	11,24
	<i>verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65 Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar</i>	
30l	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhal- tet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz	7,10
	<i>verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung</i>	
31.	Geburtshilfe	Euro
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht statt- findet	17,75
31b	Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Ge- burt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	59,17
31c	Manuelle Muttermünddilataion	14,79
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14,79
31e	Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Ein- heit	17,75

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

Die HNO-fachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Ohren, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Ohr“ abgestellt

32.	Untersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Dreh- prüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs- Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je N.....	9,47
32b	Tonschwellenaudiometrie	17,75

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.

32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	29,58
32e	Sprachaudiometrie	23,67
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur in maximal 35 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	8,88
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung..... <i>in maximal 50% der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat</i>	14,79
32i	Otoakustische Emissionen	14,79
	<i>in maximal 9% der Fälle verrechenbar</i>	
33.	Therapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	5,92
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	7,10
33d	Hintere Nasentamponade	29,58
33e	Cerumenentfernung je Seite	3,55
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthetisierung je Seite	4,73
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	26,63
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	11,83
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10,65
33k	Attic-Spülung	4,73
33l	Vordere Nasentamponade	11,83
33m	Speichelgangs Sondierung	5,92

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN

34.	Untersuchungen und Behandlungen	Euro
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6) L, K.....	30,58
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	6,20
34d	Langzeit EKG Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	74,44
	<i>In maximal 15% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.</i>	
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring	28,80
	Indikationen der Verrechenbarkeit:	
a)	Nicht klärbarer Hypertonieverdacht: <i>Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung</i>	
b)	Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei Sekundärer Hypertonie <i>Praeeklampsie Schlafapnoe Hypertoner Herzhypertrophie</i>	
c)	Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie: <i>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)</i>	

zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie Schwangeren mit EPH-Gestose

Medizinische Erläuterungen:

Untersuchungshäufigkeit:

Einmal zur Diagnostik

Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

Weiters gilt:

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

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit 15% der Fälle limitiert.

34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar	7,98
-----	---	------

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

34.	Untersuchungen und Behandlungen	Euro
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je AM, K, I <i>Pos. Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i>	4,14
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung AM, K, I <i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i>	10,06
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m — incl. Inhalation eines Broncholytikums) AM, AN, K, I	10,06
34o	Provokationstest (wie 34m — incl. unspez. oder spez. Provokation, sowie Broncholyse) AM, I	14,20
	<i>Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv</i>	4,14
34p	Messung der Atemwegwiderstände K, I	4,14
34q	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe <i>maximal zweimal pro Tag verrechenbar alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden</i>	35,50
34s	Bodyplethysmographie K	15,98
	<i>verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>	
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung <i>Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar; verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>	11,24

**VIIIb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE**

34.	Untersuchungen und Behandlungen	Euro
ZK	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr	1,76
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	7,69
	<i>einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebralschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	17,75
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	24,85

	<i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar; nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal im Monat verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	13,02
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 maximal 10% der Fälle verrechenbar; nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	13,02
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	13,02

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE

35.	Untersuchungen	
35b	Ausführliche neuropsychiatrische Exploration K (KNP)..... <i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	22,03
35d	Elektroenzephalographie oder Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Gehirnpotenziale (VEP, AEP SSEP) je Untersuchungsart	71,00
35e	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patient auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. – K (KNP)..... <i>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	14,32
35f	Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation – K (KNP), PSY	22,03
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
35g	Neuropsychometrische Skala (z.B. MMSE, EDSS, UPDRS, etc) - AM	11,01
	<i>maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
35h	ENG (Elektroneurographie)	40,23
35i	EMG (Elektromyographie)	39,42
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie).....	63,90
36.	Therapeutische Verrichtungen	
36a	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneserhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	19,27
	1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.	
	2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern.	
	<i>Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar.</i>	
	<i>Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	
	<i>Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	

36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) <i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.</i>	53,96
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten K (KNP) <i>Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e und 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	53,96
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e und 36f ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfallles verrechenbar. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	53,96
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d und 36f ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	26,98
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	6,06

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

37.	Untersuchungen	Euro
37a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	24,85
37b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	7,10
37c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung <i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	27,81
37d	Epicutan-Test, Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c) ... <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	7,10
37e	Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung <i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	55,61
<i>Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e:</i>		
<i>a) Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar.</i>		
<i>b) Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhalten Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich</i>		
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung K, H, L, <i>Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.</i>	13,02
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	8,88

37h	Dreigliederprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	5,92
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) 1. und 2. Biopsie je	88,75
38.	Therapeutische Verrichtungen	
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	5,92
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	2,96
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	5,92
38d	Blasenspülung	2,37
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	9,47
38f	Weitere Strikturdehnung	4,73
38i	Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	1,78
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38q ist nicht möglich.</i>	
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht-pigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D	3,55
	<i>(höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient))</i>	
38k	Kühlsonde	4,73
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	8,88
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e)	8,88
	<i>Nur einmal am Tag verrechenbar</i>	
38n	Elektrolyse	8,88
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	4,73
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	23,67
38q	Urologische Schleimhautanästhesie	2,37
	<i>nur verrechenbar bei Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38x. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 38i ist nicht möglich</i>	
38r	Anwendung von Kohlendioxid je Sitzung	8,88
38t	Prostatamassage	2,96
38w	Therapeutische Instillation der Harnblase	35,50
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung endoskopischer Leistungen und der Pos. 38a bis 38c, 38i, und 38q ist nicht möglich</i>	
38x	Wechsel eines suprabubischen Katheters mit Fixation	9,47
38y	Phototherapie, je Behandlung	6,57

**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.....	145,73
<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	36,64
40c Diagnostische Außenanamnese.....	27,48
40d Ausführliche diagnostische Außenanamnese.....	36,64
40e Neurologischer Status.....	23,30
40f Entwicklungsneurologischer Status.....	54,13
<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente..	54,13
40h Somatischer Status.....	9,16
40i Somatogramm.....	9,16
<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	291,46
<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	145,73
<i>2x/Diagnose; max. alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten</i>	
41. Behandlung	
41a Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument.....	54,96
41b Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	145,73
<i>Bei 10 % der Patienten</i>	
41c Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	27,48
42. Vernetzungsleistung	
42a Koordination bei Patienten.....	18,32
42b Koordinationstreffen (Helferkonferenz).....	145,73
<i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	
42c Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan).....	36,64
<i>1x pro Jahr</i>	
42d Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan.....	9,16

Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind.
 2. 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 abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 6l, 6m, 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.
45. Untersuchungen
- 45a Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten
- Mindestinhalt:
1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen). 61,23
 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 psychosomatischer 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
- Maximal fünfmal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar, an einem oder mehreren Tagen. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45h, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.*
- 45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten 41,64
- 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, psycho-educativ, 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..... 64,66

	Mindestinhalt:	
	1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung	
	2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention	
	<i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, 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</i>	
45d	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten	122,46
	Mindestinhalt:	
	1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung	
	2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention	
	<i>Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, 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.</i>	
45e	Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten	11,27
	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 Einrich- tung Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten. <i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Doku- mentation ist drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.</i>	
45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durch- schnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	23,15
	<i>Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.</i>	
45g	Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind. Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	22,41
	<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhren- test, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	22,41
	<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.</i>	
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnose- spezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	44,94
	<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	166,31
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar Ausführliche Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	

45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)..... <i>2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten</i>	202,19
45l	Hausbesuch <i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d und 45j. Am selben Tag mit 45e nur dann verrechenbar, wenn ein Patientenkontakt nicht möglich ist. Werden bei einem Hausbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Alters(Pflege)heim mehrere SVA-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen Versicherten verrechnet werden.</i>	20,82
45m	Ausstellung eines Kassenrezeptes <i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a — 45l verrechenbar</i>	11,27