

Wahlarztrückersätze bei der VAEB

Zusammenfassung der Bestimmungen nach dem
Stand vom 1. Juni 2019

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)

A1	Erste Ordination	14,76
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>	
A2	Weitere Ordination	8,12
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	2,95
	<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	5,90
	<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
	<i>Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5,90

B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)

B1	Erster Krankenbesuch	32,09
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>	
B2	Weiterer Krankenbesuch	24,35
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	11,07
	<i>Nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	11,07
	<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
	Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.	
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	22,13
B6	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag.....	2,21
B7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	2,95
B8	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag	2,95
B9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) ...	3,69

C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)

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

C1	bei Tag	5,90
C2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	8,85
	Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen.	
	<i>Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	

D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)

D1	bei Tag	11,07
D2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	14,76

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

E. Ordination (Facharzt)

E1	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	14,76
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.</i>	
E2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	6,64
E3	Weitere Ordination	8,12
E31	Weitere Ordination	13,16
	<i>Verrechenbar durch Fachärzte für Innere Medizin und Urologie</i>	
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	2,95
	<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	5,90
	<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
	<i>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)	5,90
	<i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	

F. Krankenbesuch (Facharzt)

F1	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	30,25
	<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	6,64
F3	Weiterer Krankenbesuch	23,61
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41, F42 oder F43 angeführt sind	11,07
F41	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Innere Medizin	6,58
F42	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde	3,92
F43	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	5,44
	<i>Die Positionen F4 bis F43 sind 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 durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51, F52 oder F53 angeführt sind	11,07
F51	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Innere Medizin	11,64
F52	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde	7,84
F53	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	9,62
	<i>Bei den Positionen F5 bis F53 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, F62 oder F63 angeführt sind	22,13
F61	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Innere Medizin	26,82
F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde	20,91

F63	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	22,17
F7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	5,16
F8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5,90
F9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag	2,95
F10	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	3,69

G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)

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

G1	bei Tag	5,90
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	8,85

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	22,13
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	29,51

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

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	1,16
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht	1,74

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	10,07
----	---	-------

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 10 % (ab 1.7.2011) 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

..... 11,08

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, 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% (ab 1.1.2006 in höchstens 25 %) der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11% (ab 1.1.2006 in höchstens 18 %) der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.
Die 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 15,58

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

Pos. Nr.		Euro
10a	Blutabnahme aus der Vene	2,85
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	7,12
10c	Aderlass (mindestens 250 ccm)	5,69

11. Injektionen

11a	Subcutane, intracutane Injektion	0,71
11b	Intramuskuläre Injektion	0,71
11c	Intravenöse Injektion	2,14
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	5,69
11e	Eigenblutinjektion	4,27
	(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f	Intraarterielle Injektion	5,69
11g	Intracardiale Injektion	5,69
11h	Subconjunctivale Injektion	2,14
11i	Parabulbare Injektion	2,14
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	5,69
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten	14,23
	(z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	35,84
11n	Injektion ans Peritoneum	5,69
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	8,54
11p	Intrasinuöse Injektion	8,54
11q	Krampfaderverödung: erste Injektion	4,27
11r	jede weitere Injektion	2,85
	(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion	5,69
11t	jede weitere Injektion	2,85
	(höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke	7,12
11v	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	20,83
11w	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke	15,14
	(auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	
R I a	Regiezuschlag für die Position 11v und 11w.....	4,46

12. Infiltrationen

12a	Subcutane Infiltration	2,85
12b	Intramuskuläre Infiltration	2,85
12c	Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	35,84
12d	Paravertebralblockade	19,93
	An.C.NC.N.O.I.	

13. Infusionen

Pos. Nr.		Euro
13a	Subcutane Infusion	7,12
13b	Intravenöse Infusion	14,23
13c	Intraperitoneale Infusion	14,23
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	4,27
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	15,66
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	5,69

14. Implantationen

14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	7,12
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	16,37

15. Impfung

15a	Diagnostische Impfung (Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. ä. Allergieproben)	1,42
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspas o. ä.)	1,42

16. Punktion (diagnostisch)

16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o. ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	7,12
16b	Aus Gelenken	14,23
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	16,50
16d	Aus dem Herzbeutel	20,06
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	14,23
16f	Suboccipitalpunktion	14,23
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	14,23
16h	Sternalpunktion	20,06
16i	Punktion der Prostata	14,23

17. Punktion (therapeutisch)

17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	16,50
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	2,19
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	35,84
17d	Aus dem Herzbeutel	35,84
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	22,19
17f	Suboccipitalpunktion	22,19
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	22,19
17h	Aus dem Wasserbruch	7,12
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	22,19
17k	Aus der Harnblase	22,19

18. Betäubung, Wiederbelebung

18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	1,42
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	7,12
18c	Infiltrationsanästhesie	4,27
18d	Leitungsanästhesie	7,12
18e	Intravenöse Narkose	7,12
18f	Sacralanästhesie	8,54
18g	Lumbalanästhesie	22,19
18h	Wiederbelebungsversuch beim schein-toten Kinde (Neugeborenen)	10,68
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	15,66
18k	Intubationsnarkose	20,64

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.

Bei zwei oder mehr endoskopischen Untersuchungen pro Patient pro Tag darf insgesamt nur ein Regiezuschlag in Rechnung gestellt werden.

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	7,12
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	16,50 C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	16,50

Nicht neben den Pos. 19f, 19m, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar.

19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	22,19
		C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	22,19
		C.G.U.
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	22,19
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19m, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar.</i>	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanales (Endocervicoskopie)...	22,19
		C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	22,19
		C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	30,73
		C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	46,51
		C.G.U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück).....	49,56
		C.U.
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	46,39
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar.</i>	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	73,65
		An.C.H.I.L.
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoskopie, Gastros) mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop	54,22
		An.C.H.I.L.
	<i>Nicht neben den Pos. 19o1, 19r, 19r1, am selben Tag verrechenbar.</i>	
19o1	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoskopie) mit einem Videoendoskop	67,74
		An.C.H.I.L.
	<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19r und 19r1 am selben Tag verrechenbar.</i>	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	76,69
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)	
		C.U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie).....	76,69
		C.I.O.
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens und des Duodenums (Gastroskopie, Duodenoskopie) mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop.....	119,20
		C.I.
	<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19o1 und 19r1 am selben Tag verrechenbar.</i>	
19r1	Endoskopische Untersuchung des Magens und des Duodenums (Gastroskopie Und Duodenoskopie) mit einem Videoendoskop	149,09
		C.I.
	<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19o1 und 19r am selben Tag verrechenbar.</i>	
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop (Coloskopie) inkl. Polypenabtragung (unabhängig von der Anzahl der Polypen)	159,05
		C.I.
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s1 und 19s2 am selben Tag verrechenbar.</i>	

19s1	Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem Videoendoskop (Coloskopie)	198,91 C.I.
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar.</i>	
19s2	Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem Videoendoskop (Coloskopie) inkl. Polypenabtragung (unabhängig von der Anzahl der Polypen)	249,44 C.I.
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s, 19s1 und 20i am selben Tag verrechenbar.</i>	
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	135,22 An.C.I.L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	135,22 C.G.I.L.
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	241,97 An.C.H.I.L.
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)	241,97 An.C.H.I.L.

Anmerkungen zu den Positionen 19o, 19o1, 19r, 19r1, 19s, 19s1 und 19s2:

- Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung von Endoskopien mit einem **Videoendoskop** 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 coloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“). Die Anschaffung eines Videoendoskops ist der VAEB vor oder zugleich mit der erstmaligen Verrechnung einer Videoendoskopie nachzuweisen.
- Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Coloskopien 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 VAEB übermitteln.
- Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Coloskopie, die „Ordination“ an diesem Tag, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche (inkl. der Pos. TA), die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht bei Zuweisung, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie notwendigen Medikamente (z.B. für die Darmreinigung, Sedativa), Injektionen, Infusionen, Anästhesien bzw. Betäubungen, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.
- Sind am selben Tag neben der Gastroskopie bzw. Coloskopie 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. Coloskopie stehen.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

20a	Bougierung der Speiseröhre	5,69
20b	Ausheberung des Magens	5,69
20c	Ausspülung des Magens	7,12
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren	8,54
20f	Duodenalsondierung	10,68
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	2,14
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	2,85
20i	Aufblähung des Mastdarmes	4,27
20k	Sphinkterdehnung	7,12

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel <i>Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.</i>	
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	2,14
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	8,54 C.D.I.O.P.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	2,85
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	7,12
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	2,85
21g	Modellierender Kompressionsverband	3,56 C.D.O.

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

22. Untersuchungen

22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	4,27 A.
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	4,27 A.
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	4,27 A.
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	4,27 A.
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	1,42
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	2,85 A.
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	7,12
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	1,42 A.
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	2,14
22j	Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar	7,12 A.
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	1,42 A.
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	3,56
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	2,85 A.N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut	7,12

	<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit A.</i>	
22o	Schirmertest	2,85
		A.
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie	37,58
	<i>verrechenbar alle 6 Monate, oder in begründeten Ausnahmefällen öfter A.</i>	

23. Fremdkörperentfernung

23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingeebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	4,99
-----	---	------

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation	4,27
	Pos. Nr. Punkte	
24b	Kauterisation der Hornhaut	22,19
		A.
24c	Spaltung des Hordeolums	1,42
24d	Kanthotomie (ohne Naht)	7,12

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

25. Wundversorgung

25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde	7,12
	<i>nicht neben Pos. 25d am selben Tag bei derselben Wunde verrechenbar</i>	
25b	Abtragung einer großen Brandblase	3,56
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	7,12
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgische Versorgung nach jeder Methode (pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar)	30,60
	<i>nicht neben Pos. 25a am selben Tag bei derselben Wunde verrechenbar</i>	
25e	Naht- und Klammerentfernung	2,85

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)	7,12
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	7,12
26c	Abtragung einer Eiterblase	2,85
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	3,56
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	7,12
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	7,12
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	7,12
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	2,85

27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	8,54
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität	14,23
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	10,68
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	22,19
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	35,84
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax	70,81
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	3,56
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	7,12

27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	3,56
	<i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach dem 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	14,23
		AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l	5,69
		AM.C.D.O.

28. Gipsmodelle für orthopädische Behelfe

28a	Gipsmodelle für Einlagen	36,07
	<i>Die Erstuntersuchung und weitere Untersuchungen sind gesondert zu vergüten.</i>	

29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)

29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	4,27
29b	Alle übrigen Knochen	7,12

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde

30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	8,54
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	2,14
	<i>(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)</i>	
30e	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	2,85
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	1,42
30g	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	1,42
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	2,85
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	1,42

31. Geburtshilfe

31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	4,27
31b	Beistand bei der Entbindung <i>Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde - bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden.</i>	
31c	Manuelle Muttermunddilatation	11,39
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	11,39

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	7,12
32b	Tonschwellenaudiometrie	14,23
32c	Sprachaudiometrie	21,35
	<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	22,19
32g	Otomikroskopische Untersuchung	5,69
	<i>höchstens in 10% der Behandlungsfälle verrechenbar H.</i>	
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	12,81
	<i>in max. 35% der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat H.</i>	

33. Therapeutische Verrichtungen

33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	2,85
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	4,27
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	5,69
33d	Nasentamponade nach Bellocq	22,19
33e	Cerumenentfernung je Ohr	2,85
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	2,85
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	22,19
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	10,09
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	7,12
33k	Attic-Spülung	3,56
33l	Vordere Nasentamponade	9,38

VIII. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
INNEREN MEDIZIN

34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	30,84
		I.K.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	5,70
		I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	5,70
		I.K.
34d	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	78,28
	<i>In maximal 15% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Bei Erbringung von zumindest einem Langzeit EKG pro Monat wird die Position 34d jedenfalls einmal verrechnet. 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 VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.</i>	

34f Zuschlag für EKG am Krankenbett 7,12
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.

34i 24-Stunden Blutdruckmonitoring 30,08

verrechenbar in 30 % der Behandlungsfälle pro Monat bei Vorliegen folgender Indikationen:

a. Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:

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

b. Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei

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

c. Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:

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

Für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung.

*Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und *Kinderkardiologen, die von der VAEB im Einvernehmen der Ärztekammer hierzu berechtigt wurden.*

Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

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

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENKRANKHEITEN

34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	2,14
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung	10,68
34n	Bronchospasmolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums)	10,68
		An.I.K.L.
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	13,52
		L.
34p	Messung der Atemwegswiderstände	3,56
		L.
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	43,41
		L.

34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	42,70
	<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal L. verrechnet werden.</i>	
	<i>Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.</i>	
34s	Bodyplethysmographie	14,59
	<i>In maximal 20% der Fälle pro Quartal und Arzt verrechenbar</i>	L.

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

34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	9,96
	<i>Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.</i>	K.
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar K. nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	22,77
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation)	12,10
	<i>einmal pro Monat verrechenbar K. nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	12,10
	<i>einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar K. nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation). <i>in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar K. nicht gemeinsam mit Pos. 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	12,10
34z	Somatogramm	6,41
	<i>in maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar K.</i>	

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

35. Untersuchungen

35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit	7,12
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration;	22,06
	<i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, höchstens 1x pro Fall N., KNP. und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	
	<i>Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
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)	14,94
	<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i>	N., KNP.
	<i>Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Modul II oder III Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.</i>	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation	22,06
	<i>höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	N., K.

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.	19,21
	<i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar N., K. Modul II oder III</i>	
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);	54,09
	<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.;	54,80
	<i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar..... N., KNP. Modul II oder III</i>	
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.;	54,80
	<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose Modul III</i>	
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;	27,76
	<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose Modul III</i>	
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit	5,69
	<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar Modul III</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: <i>Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.</i>	
37a	Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden	45,55
	<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den K. N. Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	
37b	ENG	39,85
	N.	
37c	EMG	39,85
	N.	
37d	ENG + EMG	64,76
	<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro N. Quartal verrechnet werden. 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 2,85
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase 1,42
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies 4,27
38d	Blasenspülung 1,42
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre 7,12
38f	Weitere Strikturdehnung 3,56
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre 1,42
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre 2,14
38i	Tiefe Instillation 1,42
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion 2,14 <i>höchstens verrechenbar in 10% der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro D. Patient und Jahr</i>
38k	Kühlsonde 3,56
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen 7,12
38m	Kautik, ausgenommen Warzen 7,12 (siehe Position 26d und 26e)
38n	Elektrolyse 7,12
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose 3,56
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht 22,19
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie) 46,51
38r	Anwendung von Kohlendioxid je Sitzung 7,12
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina 2,85
38t	Prostatamassage 2,14
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde 4,27 D.
38v	Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung 6,41 D.
38vv	ab 17. Behandlung 6,41 D.
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung 9,25 D.
38ww	ab 17. Behandlung 7,12 D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung 13,88 <i>höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar U.</i>
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika 7,12 U.
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters 7,12 U.
39a	Evakuierung einer Blasentamponade 27,17 U.

**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.....	152,15
	<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik.....	38,26
40c	Diagnostische Außenanamnese.....	28,69
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese.....	38,26
40e	Neurologischer Status.....	24,35
40f	Entwicklungsneurologischer Status.....	56,52
	<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente.....	56,52
40h	Somatischer Status.....	9,56
40i	Somatogramm.....	9,56
	<i>Bei jedem Kontakt</i>	
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	304,32
	<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	152,15
	<i>2x/Diagnose; max. alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten.</i>	

41. Behandlung

41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument.....	57,41
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung.....	152,15
	<i>Bei 10 % der Patienten</i>	
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	28,69

42. Vernetzungsleistung

42a	Koordination bei Patienten.....	19,14
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz).....	152,15
	<i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan).....	38,26
	<i>1x pro Jahr</i>	
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlung.....	9,56

Xb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE ab 1. Mai 2018

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 laut DVP Kapitel C 1. (Fachärzte für Psychiatrie). Dazu gehören auch die Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie haben die Wahlmöglichkeit zwischen dem bisherigen Tarifikatalog nach Abschnitt „IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE“ und dem Tarifikatalog nach Abschnitt „Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE“ mit einmaliger Rückoption von Abschnitt „Xb“ zurück auf Abschnitt „IX“.
2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für denselben Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: F7, F8, F9, F10, F2, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18i, 35f.
3. Die Frequenz- und Umsatzentwicklungen dieses Abschnittes werden von ÖÄK und VAEB quartalsweise evaluiert. Ergibt sich im Zuge der Evaluierung der Abrechnungsdaten für die ersten drei Quartale eines Jahres ein Quartalsfallwert, der höher als 110 % des SGKK-Quartalsfallwert für Fachärzte für Psychiatrie ist, werden die auf die Positionen dieses Abschnitts anwendbaren Eurobeträge mit 1.1. des folgenden Jahres entsprechend reduziert (wird der SGKK-Fallwert z.B. um 20% überschritten, wird der Eurowert mit darauffolgenden 1.1. eines Jahres um 8,33% gesenkt).

45. Untersuchungen und Behandlungen

45a Erstuntersuchung/Behandlung, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten 41,97

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 Behandlungskonzepts. 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 Syndrom-bezogene Intervention.

Die Erstuntersuchung/Behandlung ist innerhalb von drei Monaten abzuschließen. Pro Patient werden maximal € 236,08 honoriert. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte.

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

Verrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten 28,83

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung.
2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch Syndrom-bezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, sozialpsychiatrisch des akuten Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

*Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben.
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 44,78

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt).
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung.
2. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch Syndrom-bezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, sozial-psychiatrisch des akuten Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

*Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben.
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 84,80

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung.
2. Verbale Intervention.
Therapie eines Krankheitsbildes durch Syndrom-bezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho- edukativ, sozialpsychiatrisch des akuten Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

*Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben.
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	7,80
	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.	
	<i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Durchschnittlich 4 Mal pro Patient und Quartal verrechenbar.</i>	
45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4 bis 5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	16,02
	<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	15,56
	<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination <i>oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest,</i> Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	15,56
	<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal</i>	
45i	Psychiatrische Skala: HAMD-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	31,12
	<i>In maximal 25% der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	115,16
	<i>Nur bei Suizidgefahr oder akute Exazerbation bei Psychosen verrechenbar. Ausreichende Begründung erforderlich.</i>	
	<i>Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	140,00
	<i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. 2x pro Jahr und Patient (12 Monate rollierend); maximal in 10% der Fälle verrechenbar.</i>	
45l	Hausbesuch	14,42
	<i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d, 45e 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-(Pfle)geheim mehrere VAEB-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen VAEB-Versicherte verrechnet werden.</i>	
45m	Ausstellung eines Kassenrezepts	7,21
	<i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a – 45l verrechenbar.</i>	