

“ARBEITSBEHELFF“

**Honorarordnung
für
Ärzte für Allgemeinmedizin
und
Fachärzte**

Zusammenfassung der Bestimmungen nach dem

Stand vom 1. April 2013



Versicherungsanstalt
für Eisenbahnen und Bergbau

Inhaltsübersicht

	Seite	Seite	
Honorarordnung	3	Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	39
Abkürzungsschlüssel	3	Haut- und Geschlechtskrankheiten	45
Allgemeine Bestimmungen	4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	45
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	9	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	48
I. Grundleistungen	9	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Nerven- und Geisteskrankheiten, Anästhesiologie	50
II. Diagnose- und Therapiegespräche	12	Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	51
1. Ausführliche therapeutische Aussprache	12	Urologie	53
2. Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	13	C. Physikalische Behandlung	
III. Allgemeine Sonderleistungen	14	durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden	55
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	19	D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen	56
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	20	E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	69
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	21	Röntgendiagnostik	69
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	22	Honorar	69
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	23	Unkosten	70
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	24	Röntgentherapie	71
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	26	F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden	
Xa. Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen	27	die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M) .	75
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	28	Anhang zur Honorarordnung	
XII. Sonographische Untersuchungen	29	Festsetzung des Punktwertes	77
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)	33	Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass ..	77
B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	34	Medizinische Hauskrankenpflege	79
Operationshonorar	35		
Operationsgruppenschema für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte:			
Augenheilkunde	37		

Honorarordnung

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(gemäß § 33 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang zur Honorarordnung, Seite 77)

SPRACHLICHE GLEICHBEHANDLUNG

Soweit in dieser Honorarordnung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise.

Abkürzungsschlüssel

A = Augenheilkunde	L = Lungenkrankheiten
AM = Allgemeinmedizin	N = Nerven- und Geisteskrankheiten
An = Anästhesiologie	NC = Neurochirurgie
C = Chirurgie	O = Orthopädie
C(G)= Gefäßchirurgie	P = Physikalische Medizin
D = Haut- und Geschlechtskrankheiten	R = Radiologie
G = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	U = Urologie
H = Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	UC = Unfallchirurgie
I = Innere Medizin	
K = Kinderheilkunde	
KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie	
KNP = Kinderheilkunde (Kinderneuropsychiatrie)	R = Regiezuschlag
	M = Materialzuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei der VAEB versicherte Familienangehörige oder in einer Krankenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der VAEB behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzte, die in einer Krankenanstalt oder in einer anderen der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung dort untergebrachter Versicherter und Angehöriger der VAEB grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.
3. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen, die von berufstätigen Versicherten der VAEB für ihre Dienstgeber benötigt werden, sind vom Arzt ohne Anrechnung einer Gebühr auszufertigen, wenn vom Versicherten eine Drucksorte beigebracht wird, in der nur die Krankheit und die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzugetragen ist.
4. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
5. Soweit Positionen des Tarifes dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der VAEB. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 3, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der VAEB.
6. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 12 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohner** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

Bei Krankenbesuchen in einzelstehenden Häusern und in nicht geschlossenen Ortschaften ist der Wohnsitz des Kranken auf dem Patientenschein möglichst genau zu bezeichnen.

Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind auf dem Patientenschein zu begründen. Bei Krankenbesuchen in mehreren Orten am gleichen Tage sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich bei einer Besuchsreihe mit Vermeidung jeden Umweges und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Wird über ausdrückliches Verlangen des Kranken außerhalb dieser Besuchsreihe ein Krankenbesuch durchgeführt, so ist dieser Umstand unter Angabe des Grundes für die dringende Berufung des Arztes zum Krankenbesuch auf dem Patientenschein zu vermerken.

Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu verrechnen sind, ist bei allen Krankenbesuchen von normaler Dauer die Verrechnung des Krankenbesuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgeblich. Nur bei Krankenbesuchen mit Verrechnung des Zuschlages für Zeitversäumnis oder von Operationen ist zu berücksichtigen, zu welcher Tageszeit der Hin- bzw. Rückweg angetreten wird.

Der Gemeindearzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt) hat, wenn er Vertragsarzt der VAEB ist, innerhalb seines Sanitäts Sprengels nach Maßgabe der sonstigen Bestimmungen der Honorarordnung Anspruch auf Bezahlung der vollen Wegegebühren durch die VAEB. Dabei gilt als Ausgangspunkt für die Bemessung der Wegegebühren der Amtssitz seiner Ordination als Ge-

meindearzt (Distrikts-, Kreis-, Sprengelarzt).

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

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 12 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden. Im Übrigen gelten, insbesondere auch bei Gebieten, die in Orte mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.
- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonntagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinie für alle Bundesländer: Der im Sonntagsdienst (§ 20 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen. In den durch die Sonderregelung in § 12 Abs. 2 lit. c

und lit. f des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne dieser Vorschriften nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet. Diese Regelung gilt auch für Krankenbesuche, die in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr durchgeführt werden. Sonstige, in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr vorgenommene ärztliche Leistungen werden jedoch nicht nach dem Tarif für Sonntagsleistungen honoriert.

- d) Für **Wien** gilt folgende Regelung: **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Arztes und der Wohnung des Versicherten mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. B6 oder B7 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Ortsgebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Ärzte für Allgemeinmedizin Wegegebühren für die im unverbauten Gebiet zurückgelegte Wegstrecke verrechnen, wenn diese mehr als 500 m beträgt. Vertragsfachärzten gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Facharztes und der Wohnung des Versicherten bzw. der von diesem aufgesuchten Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. F7

oder F8 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Gebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Wegegebühren nach den für Ärzte für Allgemeinmedizin geltenden Bestimmungen verrechnet werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb von Wien können von den Vertragsfachärzten darüber hinaus von der Stadtgrenze an die Wegegebühren für die zurückgelegte Wegstrecke verrechnet werden, wobei Teilstrecken bis 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

7. **Bei der VAEB sind auf Grund der derzeit geltenden Vereinbarungen alle ärztlichen Leistungen bewilligungsfrei.**

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

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

Wenn der Patient zur Untersuchung zugewiesen wird, eine Erstordination zu Beginn der Behandlung nach Pos. E1 und E2; wenn die Zuweisung zur Durchführung einer bestimmten physikalischen Therapie erfolgt oder das Institut direkt aufgesucht wird, nach Pos. E1;

bei Beendigung der Behandlung eine Schlussordination nach Pos. E3.

Von **den übrigen Vertragsärzten**: Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 beim Arzt für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 beim Facharzt; wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung aus ärztlichen Gründen erforderlich ist. In diesem Falle ist die Notwendigkeit der Leistung auf dem Patientenschein zu begründen. Bei Fehlen der Begründung werden nur die Erstordination und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.

8. Alle durchgeführten Grundleistungen nach Abschnitt I der Honorarordnung sind nach dem auf dem Patientenschein angegebenen Zeichenschlüssel bzw., wenn durch diesen eine besondere Qualität der Grundleistung (z. B. Ordination außerhalb der Sprechstunde) nicht zum Ausdruck kommt, mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen. Alle getätigten Sonderleistungen nach den Abschnitten II-XIII der Honorarordnung sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen. In Zweifelsfällen wird die jeweils niedrigere Position honoriert.
9. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.
10. Röntgenleistungen können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit der VAEB hiezu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.
11. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern

Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der VAEB vom Arzt zu begründen (§ 11 Abs. 2 des Gesamtvertrages). Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit der VAEB nicht verrechnet werden; ebenso Leistungen, die nicht bewilligt wurden und mit nicht bewilligten Leistungen im Zusammenhang stehende Ordinationen und Besuche, es sei denn, dass diese auch ohne Durchführung der nicht bewilligten Leistungen notwendig waren.

nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.

12. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, bei welchen die Verrechnung eines Regiezuschlages durch den Beisatz „R“ mit römischer Ziffer vorgesehen ist, kann entsprechend der beigesetzten römischen Ziffer der Regiezuschlag laut Operationstarif verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
13. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, die durch den Beisatz des Buchstaben „M“ gekennzeichnet sind, kann für das Material der aus dem Abschnitt „F“ der Honorarordnung ersichtliche Betrag verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
14. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind durch drei Jahre aufzubewahren.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)

Pos. Nr.	Punkte
A1 Erste Ordination	20
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>	
A2 Weitere Ordination	11
A3 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde.....	4
<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
A4 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	8
<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.</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)	8

B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)

B1 Erster Krankenbesuch.....	41
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>	
B2 Weiterer Krankenbesuch.....	32
B3 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde.....	15
<i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
B4 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	15
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
<i>Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	30
B6 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	3
B7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	4
B8 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag.....	4
B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5

C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)

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

C1 bei Tag	8
C2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	12
<i>Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen.</i>	
<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)

Pos. Nr.	Punkte
D1 bei Tag	15
D2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	20

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

E. Ordination (Facharzt)

E1 Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	20
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.</i>	
E2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
E3 Weitere Ordination	11
E31 Weitere Ordination	13
<i>Verrechenbar durch Fachärzte für Innere Medizin und Urologie</i>	
E4 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	4
<i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
E5 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	8
<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar.</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)	8
<i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	

F. Krankenbesuch (Facharzt)

F1 Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	41
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
F3 Weiterer Krankenbesuch	32
F4 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41, F42 oder F43 angeführt sind	15
F41 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Innere Medizin	6,5
F42 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde	4,5
F43 Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	6,5
<i>Die Positionen F4 bis F43 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
F5 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51, F52 oder F53 angeführt sind	15
F51 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Innere Medizin	11,5

Pos. Nr.	Punkte
F52	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde 9
F53	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie 11,5 <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 30
F61	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Innere Medizin 26,5
F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde 24
F63	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie 26,5
F7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag 7
F8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 8
F9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag 4
F10	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 12 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... 5

G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)

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

G1	bei Tag 8
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) 12

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 30
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) 40

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

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag € 1,45
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht € 2,18

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

J. Koordination

J1	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt..... € 11,40
----	--

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, 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..... € 13,58

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 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) 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 „Ausführli-

- chen 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 € 19,47

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.	Punkte
10a Blutabnahme aus der Vene.....	4
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren.....	8
10c Aderlass (mindestens 250 ccm).....	8

11. Injektionen

11a Subcutane, intracutane Injektion.....	1
11b Intramuskuläre Injektion.....	1
11c Intravenöse Injektion.....	3
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr.....	8
11e Eigenblutinjektion.....	6
(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f Intraarterielle Injektion.....	8
11g Intracardiale Injektion.....	8
11h Subconjunctivale Injektion.....	3
11i Parabulbare Injektion.....	3
11k Endoneurale oder epineurale Injektion.....	8
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten.....	20
(z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri.....	38
	+ R II
11n Injektion ans Peritoneum.....	8
11o Intrapleurale, intraperitoneale Injektion.....	12
11p Intrasinuöse Injektion.....	12
11q Krampfadernverödung: erste Injektion.....	6
11r jede weitere Injektion.....	4
(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten:	
erste Injektion.....	8
11t jede weitere Injektion.....	4
(höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11u Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke.....	10
11v Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte).....	23
	+ R I a

Pos. Nr.	Punkte
11w Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke	15
(auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	+ R I a

R I a Regiezuschlag für die Positionen 11v und 11w..... € 5,24

12. Infiltrationen

12a Subcutane Infiltration	4
12b Intramuskuläre Infiltration.....	4
12c Praesacrale Infiltration (n. Pendl).....	38
	+ R II
12d Paravertebralblockade	28
	An.C.NC.N.O.I.

13. Infusionen

13a Subcutane Infusion	10
13b Intravenöse Infusion.....	20
13c Intraperitoneale Infusion.....	20
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	6
13e Erste intravenöse Novocain-Infusion.....	22
13f Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	8

14. Implantationen

14a Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart.....	10
14b Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	23

15. Impfung

15a Diagnostische Impfung.....	2
(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. ä. Allergieproben)	
15b Therapeutische Impfung	2
(Cutivaccine, Paspap o. ä.)	

16. Punktion (diagnostisch)

16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o. ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	10
16b Aus Gelenken	20
16c Aus der Brust- oder Bauchhöhle	15
	+ R I
16d Aus dem Herzbeutel.....	20
	+ R I
16e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion).....	20
16f Suboccipitalpunktion	20
16g Vaginale Probepunktion (Douglas)	20
16h Sternalpunktion	20
	+ R I

Pos. Nr.	Punkte
16i	Punktion der Prostata..... 20

17. Punktion (therapeutisch)

17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom 15 + R I
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung 23 + R I
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle 38 + R II
17d	Aus dem Herzbeutel..... 38 + R II
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)..... 23 + R I
17f	Suboccipitalpunktion 23 + R I
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle 23 + R I
17h	Aus dem Wasserbruch..... 10
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung) 23 + R I
17k	Aus der Harnblase 23 + R I

18. Betäubung, Wiederbelebung

18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie..... 2
18b	Rauschnarkose (auch Trilene) 10
18c	Infiltrationsanästhesie 6
18d	Leitungsanästhesie 10
18e	Intravenöse Narkose 10
18f	Sacralanästhesie..... 12
18g	Lumbalanästhesie 23 + R I
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen) 15
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung 22
18k	Intubationsnarkose..... 29 An.

19. Endoskopien

Gewebstnahmen 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
-----	---

Pos. Nr.		Punkte
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	15 + R I C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	15 + R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen.....	23 + R I C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	23 + R I C.G.U.
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	23 + R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikkanales (Endocervicoskopie).....	23 + R I C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)....	23 + R I C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie).....	35 + R I C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium.....	53 + R II C.G.U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens	53 + R III C.U.
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie)	57 + R I
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	87 + R III An.C.H.I.L.
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie).....	87 + R III An.C.H.I.L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken ..	83 + R IV C.U.

Pos. Nr.	Punkte
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie) 83 + R III C.I.O.
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie) 124 + R III C.I.
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglasinstrumentes (Coloskopie)..... 124 + R III C.I.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie) 190 An.C.I.L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)..... 190 C.G.I.L.
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung 340 An.C.H.I.L.
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)..... 340 An.C.H.I.L.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

20a	Bougierung der Speiseröhre 8
20b	Ausheberung des Magens 8
20c	Ausspülung des Magens..... 10
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren 12
20f	Duodenalsondierung..... 15
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes 3
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel 4
20i	Aufblähung des Mastdarmes 6
20k	Sphinkterdehnung..... 10

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..... 3
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermo- elektrischer Messung der Hauttemperatur 12 C.D.I.O.P.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht 4
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall 10
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens..... 4
21g	Modellierender Kompressionsverband..... 5 C.D.O.

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

22. Untersuchungen

Pos. Nr.	Punkte
22a Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal).....	6 A.
22b Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	6 A.
22c Untersuchung mit dem Refraktometer	6 A.
22d Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer.....	6 A.
22e Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	2
22f Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	4 A.
22g Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	10
22h Untersuchung mit rotfreiem Licht	2 A.
22i Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig.....	3
22j Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar	10 A.
22k Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	2 A.
22l Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	5
22m Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	4 A.N.
22n Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut	10 A.
<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>	
22o Schirmertest.....	4 A.
22p Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie.....	€ 44,08 A.
<i>verrechenbar alle 6 Monate, oder in begründeten Ausnahmefällen öfter</i>	

23. Fremdkörperentfernung

23a Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	7
--	---

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a Wimpernepilation	6
----------------------------	---

Pos. Nr.	Punkte
24b	Kauterisation der Hornhaut 23
	+ R I
	A.
24c	Spaltung des Hordeolums 2
24d	Kanthotomie (ohne Naht) 10

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

25. Wundversorgung

25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer) 10
25b	Abtragung einer großen Brandblase 5
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung 10

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) 10
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung 10
26c	Abtragung einer Eiterblase 4
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze 5
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung .. 10
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste 10
26g	Entfernung eines Daumnagels oder Nagels der großen Zehe 10
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe ... 4

27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband 12
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität 20
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum 15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes 23
	+ R I
	+ M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte 38
	+ R II
	+ M

Pos. Nr.	Punkte
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax 83 + R III + M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes..... 5
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)..... 10
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes..... 5 <i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.</i> Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität 20 AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l 8 AM.C.D.O.

28. Gipsmodelle für orthopädische Behelfe

28a	Gipsmodelle für Einlagen 40 <i>Die Erstuntersuchung und weitere Untersuchungen sind gesondert zu vergüten.</i> + R I + M 4a
-----	--

29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)

29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen) 6
29b	Alle übrigen Knochen 10

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

30. Frauenheilkunde

30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung 12
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars 3 (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)
30e	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung... 4
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle 2
30g	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle 2
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat 4
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat 2

31. Geburtshilfe

Pos. Nr.	Punkte
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburts- hilflicher Eingriff nicht stattfindet..... 6
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 Muttermunddilataion 16
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe..... 16

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 10
32b	Tonschwellenaudiometrie 20
32c	Sprachaudiometrie 30 <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 23 + R I
32g	Otomikroskopische Untersuchung 8 <i>höchstens in 10% der Behandlungsfälle verrechenbar</i> H.
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung 18 <i>in max. 35% der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat</i> H.

33. Therapeutische Verrichtungen

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

Pos. Nr.		Punkte
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10
33k	Attic-Spülung	5
33l	Vordere Nasentamponade	5
		+ R I

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

Pos. Nr.		Euro
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	34,95 I.K.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	6,69 I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	6,69 I.K.

Pos. Nr.		Punkte
34d	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	110 I.
	<i>In maximal 10% 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 VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundvergütung, möglich.</i>	
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	10
	<i>Die Positionen 34a bis 34c werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	10 K.
	<i>Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.</i>	
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	3
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung	15
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums)	15
		An.I.K.L.

Pos. Nr.	Punkte
34o	19
	L.
34p	5
	L.
34q	60
	L.
34r	60
	L.
<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	
Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

35a	10
35b	31
	N., KNP.
<i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren.	
Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
35e	21
	N., KNP.
<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i>	
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Modul II oder III	
Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	
35f	31
	N., K.
<i>höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	27
	N., K.
<i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar</i>	
Modul II oder III	
1.)	
Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention	
2.)	
Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern	
Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	

Pos. Nr.	Punkte
36b	76
<i>Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. - kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)</i>	
36c	77
<i>Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.; im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i>	
	N., KNP. Modul II oder III
36d	77
<i>Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.; nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
	Modul III
36e	39
<i>Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.; nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
	Modul III
36f	8
<i>Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	
	Modul III

Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:
Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:
Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.

37a	64
<i>Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	
	K., N.
37b	56
<i>ENG N.</i>	
37c	56
<i>EMG N.</i>	
37d	91
<i>ENG + EMG Die Pos. Nm. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	
	N.

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

38. Therapeutische Verrichtungen

Pos. Nr.	Punkte
38a	4
38b	2
38c	6
38d	2
38e	10
38f	5
38g	2
38h	3
38i	2
38j	3
	D.
	D.
38k	5
38l	10
38m	10
	D.
38n	10
38o	5
38p	23
	+ R I
38q	53
	+ R II
38r	10
38s	4
38t	3
38u	6
	D.
38v	9
	D.
38vv	6
	D.
38w	13
	D.

Pos. Nr.		Punkte
38ww	ab 17. Behandlung.....	10
		D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	18
	<i>höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	U.
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika	10
		U.
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters	10
		U.
39a	Evakuierung einer Blasentamponade.....	30
		+ R I
		U.

Xa. KINDER- und JUGENDPSYCHIATRISCHE LEISTUNGEN

40. Diagnostik

Pos. Nr.		Euro
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	178,50
	<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	KJP.
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	44,88
		KJP.
40c	Diagnostische Außenanamnese	33,66
		KJP.
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	44,88
		KJP.
40e	Neurologischer Status.....	28,56
		KJP.
40f	Entwicklungsneurologischer Status.....	66,30
	<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	KJP.
40g	Anwendung und Auswertung standardisierter Erhebungsinstrumente	66,30
		KJP.
40h	Somatischer Status	11,22
		KJP.
40i	Somatogramm	11,22
	<i>Bei jedem Kontakt</i>	KJP.
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	357,00
	<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	KJP.
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	178,50
	<i>2x/ Diagnose/ max alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten</i>	KJP.

41. Behandlung

41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument.....	67,32
		KJP.
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	178,50
	<i>Bei 10 % der Patienten</i>	KJP.

Pos. Nr.		Euro
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	33,66 KJP.

42. Vernetzungsleistung

42a	Koordination bei Patienten	22,44 KJP.
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) <i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	178,50 KJP.
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)..... <i>1x pro Jahr</i>	44,88 KJP.
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose- u. Behandlungsplan	11,22 KJP.

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

1. Massage

Pos. Nr.		Punkte
p 1a	Manuelle Massage.....	29
p 1b	Apparatemassage	25
p 1c	Pneumomassage des Trommelfells.....	25

2. Gymnastik

p 2a	Einzelheilgymnastik.....	35
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	34
p 2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe.....	22

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

p 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rötlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.).....	22
p 3b	Quarzbestrahlung.....	22

Pos. Nr.	Punkte
p 3c Heißluft.....	29
p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je	24
p 3e Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten.....	35
p 3f Vierzellenbad nach Schnee	40
p 3g Iontophorese	35
p 3h Diathermie.....	29
p 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	37
p 3k Ultraschall	47

4. Inhalationen

p 4a Dampfinhalation	19
p 4b Aerosolinhalation.....	24

5. Buckybestrahlung

p 5a Buckybestrahlung.....	94
<i>pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder</i>	D.

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der VAEB von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der VAEB gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die VAEB weiterleitet.
4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

5. Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:
 - Fachärzte für Gynäkologie 11
 - Fachärzte für Innere Medizin 22
 - Fachärzte für Radiologie 26
 - Fachärzte für Urologie 58
 Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Jahreswertes im Ausmaß des 12fachen Monatswertes.
6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der VAEB vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Abdomen und Retroperitoneum

Pos. Nr.	Euro
US 1 Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege.....	20,17
	R.C.I.K.
US 2 Sonographie des Pankreas.....	24,65
	R.C.I.K.
US 3 Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas).....	37,35
	R.C.I.K.
US 4 Sonographie der Milz	16,81
	R.C.I.K.U.C.
US 5 Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta)	24,65
	R.C.I.K.U.
US 7 Geburtshilfflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation.....	24,65
<i>nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen</i>	G.

Pos. Nr.	Euro
US 8 Sonographie des Unterbauches.....	24,65 C.I.K.
US 10 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	26,90 G.R.
US 11 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	26,90 U.R.
Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.	
Small-parts-Diagnostik	
SP 1 Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	24,29 R.I.C.K.
SP 2 Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen).....	35,86 R.H.
<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	
SP 3 Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis.....	6,35 H.
SP 5 Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite).....	12,70 R.
SP 6 Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	11,21 R.C.
SP 7 Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	20,93 R.O.UC.
Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	
SP 9 Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	29,89 R.K.O.
SP 10 Sonographie des Scrotalinhaltes	24,29 R.K.U.C.
Doppler-Diagnostik	
DS 1 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung.....	14,94 C(G).D.I.
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	

Pos. Nr.	Euro
DS 2 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz.....	14,94
<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	C.D.I.
DS 3 Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	22,42
<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	I.N.
DS 4 Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell).....	8,60
<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	R.I.N.
Farbduplexdiagnostik	
FD 1 Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	43,72
<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	R.I.N.
FD 2 Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	7,48
	R.C(G).I.K.
FD 3 Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta.....	18,68
	R.C.I.
FD 4 Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	37,35
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	D.I.C(G).R.
FD 5 Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	37,35
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	D.I.C(G).R.

Echokardiographie

Pos. Nr.		Euro
EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	34,36 I.
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler	74,73 I.
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	
	- <i>Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;</i>	
	- <i>Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;</i>	
	- <i>Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.</i>	

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen VAEB und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.
5. Wenn am Orte kein Vertragsarzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen VAEB und zuständiger Ärztekammer Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Position A1 und von Fachärzten nach Position E3 verrechnet werden.
6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.

Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos. Nr.		Unkosten
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	Euro 8,69
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	9,52
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	11,41
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	13,43

Pos. Nr.	Unkosten
	Euro
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten) 4,18
r 4f	Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte 5,46
r 4g	Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte 6,55

Aufnahmen

r 5a	Aufnahme 9 x 12 4,99
r 5b	Aufnahme 13 x 18 6,54
r 5c	Aufnahme 18 x 24 8,23
r 5d	Aufnahme 15 x 40 10,14
r 5e	Aufnahme 24 x 30 11,02
r 5f	Aufnahme 30 x 40 12,68
r 5g	Aufnahme 35 x 35 13,67
r 5h	Zahnfilm 3,39
r 5i	Aufnahme 20 x 40 11,18

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der VAEB nur honoriert, wenn eine Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind mit Angabe der Positionsnummer zu verrechnen, ansonsten werden in Zweifelsfällen nur die jeweils niedrigeren Positionen honoriert.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.

7. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Verrechnung von Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
8. Wird die Operation in einer Krankenanstalt durchgeführt, so ist diese unter Angabe der Verpflegsklasse in der hiefür vorgesehenen Rubrik des Patientenscheines anzuführen.
9. Regiezuschläge dürfen vom Arzt nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird den diese Leistungen erbringenden Vertragsärzten auf Grund der vom Operateur auf der Honorarliste durchzuführenden Verrechnung unmittelbar von der VAEB überwiesen. Vom operierenden Arzt ist daher in jedem Falle der Name und die Anschrift des Assistenten bzw. Narkotiseurs anzugeben.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

Gruppe	Punkte
I.....	55
II.....	110
III.....	190
IV.....	340
V.....	660
VI.....	940
VII.....	1330
VIII.....	1710

2. Erste Assistenz

I.....	18
II.....	23
III.....	29
IV.....	56
V.....	131
VI.....	160
VII.....	263
VIII.....	338

3. Zweite Assistenz

Gruppe	Punkte
I.....	--
II.....	--
III.....	--
IV.....	29
V.....	56
VI.....	75
VII.....	131
VIII.....	169

4. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

I.....	--
II.....	23
III.....	29
IV.....	56
V.....	66
VI.....	85
VII.....	131
VIII.....	188

Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.

5. Narkose

durch den Facharzt für Anästhesiologie

I.....	29
II.....	29
III.....	29
IV.....	56
V.....	150
VI.....	235
VII.....	329
VIII.....	423

V - VIII nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i. v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 4. anzuwenden.

Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.

6. Regiezuschlag

Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken vorgenommen werden, wird ein Regiezuschlag in folgendem Ausmaß geleistet:

Gruppe	Euro
I.....	6,83
II.....	10,31
III.....	13,76
IV.....	20,66

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE Gruppe I

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

Gruppe II

O 2a	Tarsorrhaphie.....A.
O 2b	Tränendrüsenstichelung.....A.
O 2c	Spaltung von Strikturen in den TränenwegenA.
O 2d	EpicanthusoperationA.
O 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und EntropiumA. (Snellensche Naht)
O 2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)A.
O 2g	Operation des PterygiumA.
O 2h	Abrasio corneae +A.
O 2i	Tätowierung der Cornea +A.
O 2k	Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. ä.....A.
O 2l	Punktion der vorderen KammerA.
O 2m	Nadeldiscission bei angeborener Cataracta.....A.
O 2n	Retrobulbäre AlkoholinjektionA.

Pos. Nr.

Gruppe III

Fachgebiet

- O 3a Einfache SymblepharonoperationA.
- O 3b Tarsusexstirpation bei TrachomA.
- O 3c Exstirpation des TränensackesA.
- O 3d Exstirpation der TränendrüseA.
- O 3e TrichiasisoperationA.
- O 3f Sklerotomie +A.
- O 3g Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels MagnetesA.
- O 3h Discission bei Cataracta secundariaA.
- O 3i Abtragung eines Irisprolapses ohne PlastikA.
- O 3k Transfixion der IrisA.
- O 3l IridotomieA.
- O 3m GlaskörperabsaugungA.
- O 3n Plastische Operation gegen das Ektropium und EntropiumA.

Gruppe IV

- O 4a Schieloperation mit Vorlagerung und TenotomieA.
- O 4b Einfache PtosisoperationA.
- O 4c Symblepharonoperation mit PlastikA.
- O 4d Scleral- oder CornealnahtA.
- O 4e Vogtsche StichelungA.
- O 4f Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach TotiA.
- O 4g Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen KammerA.
- O 4h LinearextraktionA.
- O 4i Abtragung des Irisprolapses mit PlastikA.
- O 4k IridektomieA.
- O 4l Enuclatio bulbiA.
- O 4m Exenteratio bulbiA.

Gruppe V

- O 5a Große plastische Operation an den LidernA.
- O 5b Komplizierte PtosisoperationenA.
- O 5c Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse)A.
- O 5d Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder MethodeA.

Gruppe VI

- O 6a Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie)A.
- O 6b Entfernung intraoculärer FremdkörperA.
- O 6c Evisceratio orbitaeA.
- O 6d Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinaeA.

Gruppe VII

- O 7a Hornhautplastik, LinsenimplantationA.
- O 7b Operation bei Ablatio retinae mit BulbusverkürzungA.
- O 7c Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein)A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE

Bei unfallbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des Operationsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeführten Eingriffes zu verrechnen.

Gruppe I

Pos. Nr.		Fachgebiet
O 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C.O.
O 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein).....	C.H.NC.O.
O 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
O 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels.....	C.G.
O 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
O 8h	Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
O 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose.....	C.K.U.
O 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung...	C.D.G.
O 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
O 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
O 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
O 8o	Amnioneinpflanzung nach Filatow	C.G.
O 8p	Probeexcision mit Naht	

Gruppe II

O 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenkluxation.....	C.O.
O 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie und Sprunggelenken.....	C.O.
O 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
O 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum +	C.
O 9e	Buelausche Heberdrainage.....	C.I.K.L.
O 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.

- O 9g Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper
- O 9h Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- O 9i Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose C.D.U.
- O 9k Spaltung einer Fistula ani.....C.G.
- O 9l Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)
- O 9m Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode
- O 9n Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene
- O 9o Entfernung eines Nagels nach KnochennagelungC.O.
- O 9p Amputation oder Enucleation von PhalangenC.O.
- O 9q Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur
- O 9r Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)..... C.D.O.
- O 9s Drüsenimplantation
- O 9t Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie C.
- O 9u Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes..... C.I.K.

Gruppe III

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

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

Gruppe IV

- O 11a Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband C.O.
- O 11b Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke C.O.
- O 11c Nervennaht bei frischen Verletzungen C.NC.O.
- O 11d Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne) C.NC.O.
- O 11e Exstirpation eines Karbunkels C.O.
- O 11f Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen C.G.NC.O.U.
- O 11g Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke C.O.
- O 11h Tracheotomie An.C.H.K.NC.
- O 11i Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux C.I.K.L.O.
- O 11k Pneumolyse C.L.
- O 11l Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis C.NC.
- O 11m Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie C.U.
- O 11n Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes + + C.
- O 11o Adhaesiolyse C.G.
- O 11p Appendektomie + + C.
- O 11q Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht C.
- O 11r Nodulieuxstirpation nach Whitehead C.
- O 11s Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff C.
- O 11t Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung C.
- O 11u Periarterielle Sympathektomie nach Leriche C.NC.O.

- O 11v Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus..... C.U.
 O 11w Probelaaparotomie..... C.G.U.
 O 11x Reamputation..... C.O.
 O 11y Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt).... C.U.
 O 11z Radikaloperation von Varicen pro Extremität..... C.O.

Gruppe V

- O 12a Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes C.H.
 O 12b Nervenplastik C.NC.
 O 12c Neurolyse mit Naht..... C.NC.O.
 O 12d Sehnenplastik C.O.
 O 12e Exstirpation eines Parotistumors..... C.H.
 O 12f Arthrollyse und Resektion am Kiefergelenk C.O.
 O 12g Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx C.H.
 O 12h Scalenotomie C.O.
 O 12i Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen..... C.L.
 O 12k Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch..... C.G.
 O 12l Gastroenterostomie..... C.
 O 12m Enteroanastomose C.
 O 12n Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)..... C.
 O 12o Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation) C.G.
 O 12p Appendektomie bei perforiertem Appendix C.
 O 12q Intraperitonealer Kolostomieverschluss C.
 O 12r Mehrfache Darmnaht C.G.
 O 12s Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption C.
 O 12t Vagusresektion C.
 O 12u Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik C.D.H.O.
 O 12v Amputation oder Eukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes..... C.O.
 O 12w Knochentransplantation C.O.
 O 12x Osteosynthese kleiner Knochen C.O.
 O 12y Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung..... C.NC.O.
 O 12z Kompletter Schrittmachereinbau C.
 O 12₁ Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses C.
 O 12₂ Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparotomiam C.

Gruppe VI

Pos. Nr.

Fachgebiet

- O 13a Strumektomie C.
- O 13b Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx.....C.H.
- O 13c Resektion bzw. Exstirpation einer HalsrippeC.NC.O.
- O 13d Schedoplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung C.L.
- O 13e Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie..... C.L.
- O 13f Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle C.
- O 13g Gallenblasenoperation oder Gallengangoperation (Choledochotomie) einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie C.
Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.
- O 13h Anastomoseneroperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie C.
Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.
- O 13i Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode C.
- O 13k Milzexstirpation C.
- O 13l Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausträumung.....C.G.H.U.
- O 13m Amputatio recti (sacrale Methoden) C.
- O 13n Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen) C.
- O 13o Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes)..... C.
- O 13p Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes C.
- O 13q Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten..... C.
- O 13r Knochentransplantation an DiaphysenknochenC.O.
- O 13s Osteosynthese großer Röhrenknochen.....C.O.
- O 13t Resektion oder Arthrodesen großer Gelenke, SpondylodeseC.NC.O.
- O 13u Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastikausgießung u. ä.C.NC.O.
- O 13v Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am GehirnC.NC.O.
- O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege C.U.

Gruppe VII

Pos. Nr.

Fachgebiet

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

Gruppe VIII

- O 15a Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation C.NC.
- O 15b Oesophagusresektion C.H.
- O 15c Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum C.
- O 15d Operation der angeborenen Missbildung des Herzens und der großen
Gefäße C.
- O 15e Lobektomie C.L.
- O 15f Segmentresektion der Lunge C.L.

- O 15g Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem..... C.L.
- O 15h Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation)..... C.
- O 15i Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile C.
- O 15k Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g C.
- O 15l Operation nach BrunswichC.G.
- O 15m Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln..... C.
- O 15n Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie C.
- O 15o Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion..... C.
- O 15p Intrahepatale Gallengangs Anastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13 C.
- O 15q Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB) C.NC.
- O 15r Nerven-Transplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfazikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate..... C.NC.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

- O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atesia ani superficialisC.G.
- O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome
- O 18c Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision.....C.D.G.U.

O 18d Strichabrasio	G.
O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen.....	G.
O 18f Abtragung vaginaler Granulationen	G.
O 18g Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode	
O 19a Äußere Wendung bei Querlage	G.
O 19b Dammnah I. Grades.....	G.
O 19c Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes.....	G.

Gruppe II

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

Gruppe III

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

- O 23f Konisation G.
 O 23g Cerclage nach Shirodkar..... G.

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

- O 28a Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri G.
 O 28b Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren G.
 O 28c Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominell... G.
 O 28d Exstirpation des Cervixstumpfes..... G.
 O 28e Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen) ... G.
 O 28f Fisteloperation G.

- O 28g Operative Behandlung der Uterusruptur G.
 O 28h Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen G.
 O 28i Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn) G.
 O 29a Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)..... G.
 O 29b Wiederholte sectio caesarea..... G.

Gruppe VII

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

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

Pos. Nr.

Fachgebiet

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

Gruppe IV

- O 34a Tränensackplastik nach West A.H.
- O 34b Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endoesophogale Oesophagusvaricenschlerosierung C.H.I.
- O 34c Größere plastische Operationen C.H.
- O 34d Vollständige Entfernung der Ohrmuschel..... C.H.
- O 34f Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus H.
- O 34g Radikaloperation einer Kieferhöhle H.
- O 34h Operation der Deviatio septi nach Killian + H.
- O 34i Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr H.
- O 34k Radikaloperation des Mittelohres H.
- O 34l Ozaena-Operation..... H.
- O 34m Operation eines Nasen-Rachenfibroms H.
- O 34n Collare Mediastinotomie..... C.H.
- O 34o Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger..... H.

Gruppe V

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

Gruppe VI

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

O 36e Trachealplastik C.H.

Gruppe VII

O 37a Gehirnoperation C.H.

O 37b Sinusoperation H.

O 37c Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stirnplastik,
Aufbauplastik der Trachea H.

O 37d Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette,
Fenestration H.
nur einmal verrechenbar

O 37e Halsausträumung bei malignen Tumoren C.H.

O 37f Operative Entfernung des Ganglion Gasseri..... C.H.

O 37g Facialisdekompression..... H.

O 37h Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere) H.

INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NERVEN- und GEISTESKRANKHEITEN, ANÄSTHESIOLOGIE

Gruppe I

O 38a Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ.
Röntgenkontr.) I.L.

O 38b Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ.
Röntgenkontr.) I.L.

O 38c Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalographie)
1 1/2fach An.C.H.I.N.

O 38d Kontrastfüllung bei Bronchographie An.H.L.

O 38e Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie)
1 1/2fach An.C.I.N.

O 38f Nucleographie

Gruppe II

O 39a Pneumothorax-Erstanlage + An.I.K.L.
*Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit
besonderer Begründung verrechenbar*

O 39b Pneumoperitoneum-Erstanlage + I.K.L.

O 39c Liquorausbläsung + C.I.K.L.N.

O 39d Liquortransfusion..... C.I.K.L.N.

Gruppe IV

O 41a Cavernostomie C.L.

O 41b Winterschlaf einschl. Betreuung + An.N.

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

*Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten.
Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt „F“
festgelegten Sätzen vergütet.*

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

O 44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
O 44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O 44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers.....	C.O.
O 44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen).....	C.O.
O 44e Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen).....	C.O.
O 44f Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
O 44g Gipshose.....	C.O.
O 44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis.....	C.O.
O 44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehen- operation	C.O.

- O 44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und ZehenC.O.
- O 44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)C.O.
- O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke.....C.O.
- O 44n Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen) C.K.O.
- O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat) C.O.
- O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich FixationC.O.

Gruppe IV

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

Gruppe V

- O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband.....C.O.
- O 46b Bolzung großer RöhrenknochenC.O.
- O 46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs JahreC.O.
- O 46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre.....C.O.
- O 46e Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes.....C.O.
- O 46f Operation der BandscheibenhernieC.NC.O.
- O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation.....C.O.
- O 46h Abbotsche OperationC.O.
- O 46i Laminektomie.....C.NC.O.

- O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)C.O.
- O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen RöhrenknochenC.O.
- O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation).....C.O.
- O 46n Keilresektion aus dem TarsusC.O.
- O 46o Operation der habituellen SchulterluxationC.O.

Gruppe VI

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

UROLOGIE

Gruppe I

- O 48a Endourethrale ElektrocoagulationD.U.
- O 48b MeatotomieD.U.

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

Pos. Nr.

Fachgebiet

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

Gruppe VI

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

Gruppe VII

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

Gruppe VIII

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

C. Physikalische Behandlung

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

Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

1. Massage

Pos. Nr.	Punkte
P 1a Manuelle Massage.....	31
P 1b Apparatemassage.....	28
P 1c Pneumomassage des Trommelfelles.....	28

2. Gymnastik

P 2a Einzelheilgymnastik.....	37
P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln.....	38
P 2c Heilgymnastik in der kleinen Gruppe.....	23

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

P 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.).....	24
P 3b Quarzbestrahlung.....	24
P 3c Heißluft.....	31
P 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je.....	26
P 3e Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten.....	39
P 3f Vierzellenbad nach Schnee.....	42
P 3g Iontophorese.....	39
P 3h Diathermie.....	31
P 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle.....	42
P 3k Ultraschall.....	50

4. Inhalationen

P 4a Dampfinhalation.....	22
P 4b Aerosolinhalation.....	26

5. Hydrotherapie und Packungen

P 5a Munaripackung, je Sitzung.....	51
-------------------------------------	----

D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Fachärzten für nichtklinische Medizin durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der VAEB aufgelegten Patientenschein (Ersatz-Patientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtungen verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ringversuchen sowie der Durchführung der internen Qualitätssicherung.
Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinderheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der VAEB und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Patientenschein (Ersatz-Patientenschein) vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar sind.
6. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind

(komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

9. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der VAEB und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Pos. Nr.	Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen	Punkte
1.01	Blutbild.....	4,0
	<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D. 1), zur Anwendung</i>	
1.04	Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09	Retikulozyten-Zählung	6,0
1.11 o	Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
1.12 o	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	200,0
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	2,0
1.16 o	HLA-B 27	20,0
	<i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i>	
1.17 o	Leukozytendifferenzierung < 5 Typ.....	20,0
	<i>immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i>	
1.18 o	Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ.....	80,0
	<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	
1.19 o	Leukozytendifferenzierung > 10 Typ.....	150,0
	<i>bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung</i>	

Gruppe 2: Blutgerinnung

2.01 o	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	10,0
2.03 +	Thrombozyten-Zählung	3,0
2.04 +	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest"	5,0
	<i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	
	<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D. 1), zur Anwendung</i>	

Pos. Nr.	Punkte
2.05 +	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 5,0 <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i> <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
2.06 +	Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 5,0
2.07 o	Thrombinzeit (TZ) 5,0
2.08 o	Fibrinogen 4,5
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte 7,5 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
2.10 o	Antithrombin III-Bestimmung..... 10,0
2.11 o	APC-Resistenz 8,0 <i>nur mit medizinischer Begründung zur Abklärung eines familiären und/oder erhöhten Thromboserisikos (kein Screening)</i>
2.12 o	Protein C..... 15,0 <i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>
2.13 o	Protein S..... 15,0 <i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>
2.14 o	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je..... 15,0 <i>nur bei pathologischem Globaltest (max. 5 verrechenbar)</i>
2.15 o	Lupusantikoagulans..... 14,0 <i>Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung aktivierte verlängerte Thromboplastinzeit</i>
Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen	
3.01 + U	Blutzucker-Bestimmung..... 1,2 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
3.02 o	Fruktosamine 4,7 <i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>
3.03 o	HbA1 oder HbA1c 9,4 <i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i>
3.04 + U	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN 1,2
3.05 + U	Kreatinin 1,2
3.06 + U,O	Harnsäure 1,2

Pos. Nr.		Punkte
3.07 +	Gesamtbilirubin	1,2
	<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>	
3.08 +	Direktes und indirektes Bilirubin	1,2
	<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>	
3.09 +	Gesamteiweiß-Bestimmung	1,2
3.10 o	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung).....	10,0
3.11 +	Triglyceride (Neutralfette)	1,2
3.12 +	Gesamtcholesterin	1,2
3.13 +	HDL-Cholesterin	1,7
3.14 +	LDL-Cholesterin	1,7
3.15 o	Natrium	1,2
3.16 +	Kalium	1,2
3.17 o	Kalzium	1,2
3.18 o	Chloride	1,2
3.19 o	Phosphor	1,8
3.20 o	Magnesium	1,8
3.21 o	Lithium	2,5
	<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	
3.22 o	Kupfer	6,0
3.23 o	Eisen	2,5
3.24 o	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung.....	6,0
	<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	
3.25 o	Ferritin	3,0
3.26 o	Albumin	1,5
3.27 o	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28 o	Transferrin	3,0
	<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
3.29 o	Ammoniak.....	2,5
	<i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	
3.30 o	Laktat.....	2,5
	<i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	
Gruppe 4: Enzyme		
4.01 o	Aldolase.....	2,5
4.02 + U	Alkalische Phosphatase.....	1,2
4.03 +	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	2,0
4.04 +	Cholinesterase.....	1,2
4.05 +	CK (Creatin-Kinase).....	2,0

Pos. Nr.	Punkte
4.06 +	CK-MB-Isoenzym..... 3,0 <i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>
4.07 + U	GOT (ASAT) 1,2
4.08 + U	GPT (ALAT) 1,2
4.09 + U	Gamma-GT 1,2
4.12 o	Lipase-Bestimmung 1,8
4.13 o	LDH 1,2
4.15 o	Angiotensin-converting-Enzym (ACE) 9,0
4.16 o	Myoglobin 5,0 <i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i> <i>Die Positionen 4.07, 4.08 und 4.09 können von Fachärzten für Urologie nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) verrechnet werden.</i>

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifen-tests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung 1,0 <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i> <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
5.02	Streifen-test im Harn (visuelle Auswertung) 1,0 <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i> <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) 3,0 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten 3,0
5.06 o	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine) 10,0
5.07 o	Porphobilinogen 10,0
5.08 o	Deltaaminolaevulinsäure (ALA) 15,0
5.09 o	5-Hydroxyindolessigsäure 15,0
5.10 +	Mikroalbumin 1,0
5.11 o	Gesamteiweißbestimmung 1,2
5.13 +	Glukose 1,2
5.15 o	Kreatinin 1,2
5.17 o	Natrium 1,2
5.18 o	Kalium 1,2

Pos. Nr.		Punkte
5.19 o	Kalzium	1,2
5.20 o	Chloride	1,2
5.21 o	Phosphor	1,2
5.22 o	Kupfer	25,0
5.23 +	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,8
	Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

6.01 o	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15,0
--------	--	------

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

7.01 +	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	9,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
7.03 o	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9,0
7.04 o	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9,0

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

8.01 + L	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	5,0
	<i>nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar</i>	
8.02 + L	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	8,0
	<i>nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar</i>	
8.05 o G,U	Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit	15,0

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	5,0
	<i>nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar</i>	
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat	5,0
	<i>nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar</i>	
9.03	Bestimmung der Zellzahl	5,0
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	5,0
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	5,0
9.06 o	Albumin.....	2,0
9.07 o	Gesamteiweiß-Bestimmung.....	2,0
9.08 o	Glukose.....	2,0
9.09 o O	Harnsäure	2,0
9.10 o	LDH	2,0
9.11 o	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

Pos. Nr.	Punkte
10.01 o	Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor 15,0 <i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i>
10.02 o	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest 15,0
10.03 o	Coombstest direkt 7,0
10.04 o	Coombstest indirekt 15,0
10.05 o	Kälteagglutinationsreaktion 6,0
10.06 o	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren 11,0 <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>
10.07 o	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörperbestimmung) 13,0 <i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i>
10.08 o	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02) 24,0
10.09 o	Dw (D ^{weak}) 11,0

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

11.01 o	Immunelektrophorese oder Immunfixation 25,0 <i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar</i>
11.02 o	Kappa- und Lambdaketten 14,0
11.03 o	Haptoglobine 7,0
11.04 o	Coeruloplasmin 10,0
11.05 o	Alpha-1-Antitrypsin 4,0
11.06 o	Alpha-2-Makroglobulin 7,0
11.07 o	Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42) 13,0 <i>nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar</i>
11.08 o	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper) 18,0
11.09 o	HBs-Antigen 9,0
11.10 o	HBs-Antikörper 9,0
11.11 o	HBc-Antikörper 9,0
11.12 o	HBc-IgM-Antikörper 13,0 <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>
11.13 o	HBe-Antigen 13,0 <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>
11.14 o	HBe-Antikörper 13,0 <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>
11.15 o	HAV-Antikörper 10,0
11.16 o	HAV-IgM-Antikörper 11,5 <i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>
11.17 o	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL) 5,0
11.18 o	TPHA-Test 5,0

Pos. Nr.	Punkte
11.19 o	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS) 12,5
11.20 o	19 S (IgM) FTA-ABS-Test 12,5
11.22 o	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch 3,5
11.23 +	Antistreptolysin-O-Objektträgeretest qual. 3,5
11.24 o	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung 3,5
11.25 +	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgeretest qual. 3,0 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als je- nem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlich- keit in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
11.26 o	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch 3,0
11.30 +	Mononukleosetest als Objektträgeretest..... 5,0
11.32 o	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) 5,0
11.33 o	IgE 7,0
11.34 o	Suchtest auf mind. 6 Allergene 32,0 <i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>
11.35 o	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA) 13,0
11.36 o	Anti-DNS 13,0
11.37 o	Hepatitis C AK (IgG oder IgM) 10,0
11.38 o	Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je 15,0
11.39 o	Mitochondriale Antikörper 13,0
11.40 o	Mikrosomale Antikörper 11,5
11.41 o	Thyreoglobulin Antikörper 11,5
11.42 o	PSA 7,0 <i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>
11.43 o	Freies PSA 5,0 <i>Zuweisung vorzugsweise durch Fachärzte für Urologie bei PSA-Werten zwischen 4-10 ng/ml bzw. bei überschreitender altersnormierter Referenz- behandlung</i>
11.44 o	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid 10,0 <i>nur verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist</i>
11.45 o	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA) 13,0
11.46 o	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK) 11,5 <i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun- Hyperthyreose verrechenbar</i>
11.47 o	C3-Komplement 10,0
11.48 o	C4-Komplement 10,0
11.49 o	ANA-Subsets 9,0 <i>nur bei positivem ANA-Screening, max. 6 mal verrechenbar</i>
11.50 o	AMA-Subsets (leberspezifische Autoantikörper) 11,3
11.51 o	c-ANCA oder p-ANCA 12,0 <i>max. 2 Antikörper pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>

Pos. Nr.		Punkte
11.52 o	Gliadin-AK..... <i>maximal 2 Klassen 1 mal pro Quartal verrechenbar</i>	10,0
11.53 o	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper ... <i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1 mal pro Quartal verrechenbar</i>	10,0
11.54 o	25-OH-Vitamin D3 <i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel verrechenbar</i>	14,0
11.55 o	Vitamin B12 <i>nur zur Anämieabklärung</i>	11,0
11.56 o	Folsäure..... <i>nur bei Begründung (z.B. Anämie)</i>	11,0

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

12.01	Nativpräparat	3,0
12.02 + L	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03 + L	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	5,0
12.04 o	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20,0
12.05 o	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.06 o D	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.07 o D	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.08 o	Kultur auf Mykoplasmen	11,0
12.10 o	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je..... <i>höchstens 2 Subkulturen verrechenbar</i>	7,0
12.11 o	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate.....	20,0
12.12 + D,U	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
12.13 o	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger.....	14,0
12.16 o	Brucella AK KBR.....	8,0
12.17 o	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18 o	Echinokokken KBR	8,0
12.19 o	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20 o	HIV-AK (Elisa).....	9,0
12.21 o	HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
	<i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	
12.23 o	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24 o	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
	<i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	
12.25 o	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27 o	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
	<i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	

Pos. Nr.		Punkte
12.28 o	Zystizerkosen KBR	8,0
12.29 o	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepräparate	20,0
12.31 o	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32 o	Amöben-AK	15,0
12.33 o	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA.....	15,0
12.34 o	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT.....	15,0
12.37 o	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je.....	15,0
12.38 o	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	10,0
12.40 o	Echinokokken HAT	10,0
12.41 o	Enteroviren KBR	8,0
12.44 o	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je.....	15,0
12.46 o	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
12.47 o	Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
12.48 o	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.50 o	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.52 o	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.53 o	Leptospiren (KBR, Aggl. T).....	10,0
12.55 o	Listerien KBR.....	8,0
12.56 o	Leishmaniose KBR, HAT	10,0
12.58 o	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je.....	15,0
12.59 o	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.62 o	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.63 o	Picornavirus KBR	8,0
12.64 o	Qu-Fieber KBR	8,0
12.65 o	Rota Viren KBR	8,0
12.66 o	Trichinose KBR.....	8,0
12.67 o	Trichinose IFT, EIA	15,0
12.68 o	Tularämie (KBR, Agg. T).....	15,0
12.70 o	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je.....	15,0
12.71 o	Yersinia KBR	8,0
12.73 o	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.74 o	Zystizerkosen IFT	10,0
12.75 o I,C	Helicobacter pylori AK-Nachweis.....	15,0
	<i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	
12.76 o	Borrelien IgG oder IgM AK.....	15,0
12.77 o	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM	15,0
	<i>bei positivem Elisatest</i>	
12.78 o	HCV-RNS quantitativ	100,0
	<i>nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR qualitativ verrechenbar. Zuweisung nur durch Fachärzte für Innere Medizin</i>	

Pos. Nr.	Punkte
12.79 o	HCV-PCR qualitativ 35,0 <i>grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS quantitativ verrechenbar</i>
12.80 o	HPV-Typisierung..... 41,0 <i>nur den Richtlinien entsprechend verrechenbar (derzeit PAP III oder Status post Konisation, ev. PAP II mit Kernunruhe)</i>
12.81 o	Cytomegalie-PCR 70,0 <i>nicht zur Primärdiagnostik (nur verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. zur Transplantationsdiagnostik ev. Abklärung einer positiven Serologie bei Graviden)</i>
12.82 o	Helicobacter pylori AG im Stuhl 30,0 <i>nicht zur Erstdiagnostik abrechenbar, sondern nur zur Therapiekontrolle 6-8 Wochen nach Helicobacter p. Eradikationstherapie bei Beschwerdepersistenz (z.B. nach Ulcus duodeni, nicht bei Ulcus ventriculi) und im Einzelfall zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist (bei Kindern bis zum 16. Lj.). Zuweisung durch Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Kinderheilkunde und Fachärzte für Chirurgie, bei der oben beschriebenen Therapiekontrolle auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin</i>
12.83 o	Bordetella pertussis PCR..... 28,0
12.84 o	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota 5,0
12.85 o	HIV PCR quantitativ 80,0 <i>nur zur Therapieüberwachung</i>
12.86 o	Stuhlkultur..... 17,0 <i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mind. Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller notwendigen Nährböden</i>
12.87 o	Clostridientoxin 20,0 <i>nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung verrechenbar</i>
Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen	
13.01 o	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung) 10,0 <i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar Lithium - siehe Gruppe 3</i>
13.02 o	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin 10,0
13.06 o	Theophyllin 10,0
13.07 o	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je..... 6,0 <i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>
13.08 o	Antibiotika, Zytostatika 13,0
13.09 o	Schwermetalle 20,0 <i>nur 1 Element mit ausführlicher medizinischer Begründung pro Zuweisung verrechenbar, bei dringendem Vergiftungsverdacht</i>

Gruppe 14: Hormone

Pos. Nr.		Punkte
14.01 o	Gesamt-T4 oder freies T4.....	6,0
	<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapie- verlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.02 o	Gesamt-T3 oder freies T3.....	6,0
	<i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapie- verlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	
14.03 o	TSH	5,4
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) - siehe Gruppe 15	
14.04 o	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	10,0
14.05 o	Aldosteron.....	20,0
14.06 o	Cortisol.....	10,0
14.07 o	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7,0
14.08 o	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je	25,0
	<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
14.09 o	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
	<i>höchstens 2 verrechenbar</i>	
14.12 o	Luteinisierendes Hormon (LH)	7,0
14.14 o	Östradiol	8,0
14.16 o	Parathormon	19,5
14.19 o	Progesteron	8,0
14.20 o	Prolaktin.....	7,0
14.21 o	Testosteron.....	8,0
14.22 o	Wachstumshormon (STH)	20,0
14.23 o	17-Hydroxy-Progesteron.....	21,0
14.24 o	SHBG	11,0
	<i>Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.</i>	
14.25 o	DHEA-S	10,0
	<i>zur Abklärung schwerer endokrinologischer Erkrankungen</i>	
14.26 o	ACTH	18,0
14.27 o	Androstendion.....	13,0

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01 +	Oraler Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	5,0
15.02 + U	Kreatinin-Clearance endogen	5,0
15.03 o	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,0

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

16.01 o	Histologische Untersuchung, Serienschritte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
---------	---	------

Pos. Nr.	Punkte
16.02 *)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate..... 7,0 zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9
16.03 *)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate..... 7,0
16.04 o	Gefrierschnitt 5,0

*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

18.01 o	Blutentnahme aus der Vene 2,5
18.02 o	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr..... 5,0
18.03 o	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt 5,0 <i>1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar</i>
18.04 o	Abstrich je Abnahmestelle 3,0
18.05 o	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra 3,0
18.08 o	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen..... 3,0
18.09 o	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett..... 10,0

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Dieser Tarif gilt nur für Vertragsfachärzte für Radiologie.

Die technische Einrichtung der Vertragsfachärzte für Radiologie muss den jeweils geltenden Bestimmungen der Österreichischen Ärztekammer entsprechen. Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch den Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist; **Ausnahmefälle** (ärztlich notwendige Überschreitungen des Ausmaßes der Leistungen) **sind zu begründen**.

Die Kosten sämtlicher in der Röntgendiagnostik erforderlichen Kontrastmittel sind in den Unkosten nicht inbegriffen, sondern werden von der VAEB getragen. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Bundesland bestehenden Pools in natura beigelegt werden, werden sie vom Radiologen dem Patienten auf Kassenrezept verschrieben oder unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der VAEB abgerechnet.

Zahnaufnahmen werden bis zu fünf Aufnahmen je Behandlungsfall in einem Zeitraum von drei aufeinanderfolgenden Monaten bewilligungsfrei honoriert. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen Vertrags(fach)-arzt die Notwendigkeit der Erstellung eines Zahnröntgenstatus, so ist dies medizinisch zu begründen. Ein Zahnröntgenstatus ist nur einmal jährlich verrechenbar. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Tarif ersichtlichen textlichen Bezeichnung unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen, andernfalls werden in Zweifelsfällen die Leistungen nach der jeweils niedrigeren Position honoriert. Bei Verrechnung von Röntgentherapie ist die Zahl der durchgeführten Sitzungen anzugeben.

Werden mehrere Röntgenleistungen am gleichen Tag durchgeführt, gebührt für die erste röntgenologische Leistung das Honorar nach Pos. Nr. R 1a. Für jede weitere röntgenologische Leistung, wie Aufnahme, Durchleuchtung bzw. Motilitätsprüfung, wird das Honorar nach Pos. Nr. R 1b verrechnet.

Für die Magendurchleuchtung (Pos. Nr. R 3c) wird das Honorar für vier röntgenologische Leistungen vergütet. Mehrphasenaufnahmen bis je 4 Aufnahmen sowie Zahnaufnahmen bis je 3 Aufnahmen werden hinsichtlich des Honorars als eine röntgenologische Leistung gewertet.

RÖNTGENDIAGNOSTIK Honorar

1. Grundhonorar

Pos. Nr.	Punkte
R 1a Erste röntgenologische Leistung.....	12
R 1b Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage.....	8

2. Sonderleistungen

Pos. Nr.	Punkte
R 2a Darmeinlauf mit Kontrastmittel	6
R 2b Fistelfüllung	3
R 2c Füllung der Blase	4
R 2d Intramuskuläre Injektion	1
R 2e Intravenöse Injektion	3
R 2f Subcutane Injektion.....	1
R 2g Zuschlag für Infusionsuntersuchungen (Infusionsurographie, Cholangiographie).....	30
R 2h Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen (i. v. Pyelographie, i. v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie).....	10
<i>Falls andere im Zusammenhang mit der Durchführung einer Röntgenuntersuchung erforderliche Sonderleistungen durch den Facharzt für Radiologie erbracht werden, sind sie nach dem Tarif für praktische Ärzte und Fachärzte verrechenbar.</i>	

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos. Nr.	Euro
R 3a Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	7,16
R 3b Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen).....	8,35
R 3c Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitäts- prüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e).....	18,04
R 3d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	10,99
R 3e Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten).....	3,21
R 3f Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,21
R 3g Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,26
R 3h Zuschlag für die Mammographie (grundsätzlich 4 Aufnahmen im Ab- rechnungszeitraum verrechenbar), pro Aufnahme	6,26

4. Aufnahmen

R 4a Format 9 x 12	4,66
R 4b Format 13 x 18	6,79
R 4c Format 18 x 24	8,63
R 4d Format 15 x 40	10,99
R 4e Format 24 x 30	12,24
R 4f Format 30 x 40	14,18
R 4g Format 35 x 35	15,51
R 4h Zahnfilm	2,76
R 4i Format 35 x 43	16,80
R 4j Format 30 x 90	27,09
R 4k Format 20 x 40	12,64

5. Mehrphasenaufnahmen:

R 5a Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	8,63
R 5b Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30).....	12,24

RÖNTGENTHERAPIE

Anmerkung:

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten. Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit x) gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.
 - a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes.
 - b) „Stelle“ ist das erkrankte Organ.
 Beispielsweise gilt als Stelle:
 Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus).
 Jedes große Gelenk (eine Hand, ein Fuß etc.).
 Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS., BWS., LWS.).
 Bei herdförmigen Erkrankungen, z. B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.
2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorar und Unkosten zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

9. Tarifgruppe I: € 31,72

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 9a	Akne.....	2-6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße.....	2-6	4
R 9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch.....	2-6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)..	2-6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R 9g	Epididymitis.....	2-6	4
R 9h	Epilepsie	2-6	4
R 9i	Erysipel	2-6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin.....	2-6	4
R 9l	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom.....	2-6	4
R 9m	Intertrigo.....	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und Ruber planus	2-6	4
R 9o	Migräne.....	2-6	4
R 9p	Mikuliczsche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides.....	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodontitis	2-6	4
R 9t	Perniones.....	2-6	4

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 9u	Poliomyelitis.....	2-6	4
R 9v	Pruritus.....	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus.....	2-6	4
R 9x	Scropholuderma.....	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie.....	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung.....	2-6	4

10. Tarifgruppe II: € 47,66

R 10a	Agranulocytose.....	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut.....	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke.....	4-6	4
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe.....	4-6	3
	(Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)		
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom.....	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen).....	1	1
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung).....	6	2
R 10i	Mastitis acuta.....	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung).....	3	3
R 10l	Morbus Werlhof.....	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis.....	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung).....	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung.....	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut.....	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten.....	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehenscheiden, Knochen und Gelenke.....	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes.....	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes.....	4	4
R 10u	Thrombophlebitis.....	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple).....	2-6	2
R 10w	Condylomata accuminata.....	3-4	3
R 10x	Alopecia areata.....	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome).....	2-4	3

Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.

11. Tarifgruppe III: € 58,26

R 11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz.....	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale.....	6	3
R 11c	Clavus.....	2	3
R 11d	Herpes zoster.....	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis.....	3	3

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie.....	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew.....	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-3	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung..... (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes.....	6	4
R 11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck).....	3	3
R 11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose.....	4-6	4
12. Tarifgruppe IV: € 95,23			
R 12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus).....	3	3
R 12b	Lymphogranulomatose.....	3-6	4
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation).....	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4
13. Tarifgruppe V: € 116,35			
R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung).....	4	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	6	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie.....	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet.....	10	2
14. Tarifgruppe VI: € 121,74			
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes).....	2-10	3(4)
R 14b	Kraurosis vulvae.....	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form.....	3	4

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 14d	Wirbelhaemangiome <i>es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung</i>	6-10	4

15. Tarifgruppe VII: € 174,57

R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	8-12	4(5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10-20	3(4)

16. Tarifgruppe VIII: € 291,03

R 16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	13-24	3(4)
-------	---	-------	------

17. Tarifgruppe IX: € 423,19

R 17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	25-40	2(3)
-------	---	-------	------

18. Tarifgruppe X: € 581,95

R 18a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	41-75	1(2)
-------	---	-------	------

Anmerkung:

Die bei den Tarifgruppen VI (R 14) - X (R 18) in Klammer angegebenen Maximalzahlen der Serien pro Jahr sind nur bei entsprechender medizinischer Begründung verrechenbar.

Nachsatz:

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) - X (R 18) gelten folgende Zuschläge:

a) bei Gitterbestrahlung	25%
b) bei Bewegungsbestrahlung	50%
c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung	75%
d) bei Kombination von b) und c)	125%

20. Buckybestrahlung

Pos. Nr.	Euro
R 20a Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	9,33

21. Radiumtherapie

Die Honorierung der Radiumtherapie wird in einer besonderen Vereinbarung zwischen der VAEB und der ÖÄK festgesetzt.

22. Einmalige Ordination

R 22a (z. B. Kontrolle nach Röntgen(Radium)therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen(Radium)therapie)	12 Punkte
--	-----------

F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung
des Kranken angelegt werden (M).

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

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

Hand und Unterarm

Pos. Nr. Euro
M 1a Kinder bis zu 12 Jahren 5,54

M 1b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 8,74

Fuß und Unterschenkel

M 1c Kinder bis zu 12 Jahren 8,15

M 1d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 12,44

Kniegelenk

M 1e Kniegelenk 29,61

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

Hand, Unter-, Oberarm

M 2a Kinder bis zu 12 Jahren 11,02

M 2b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 15,77

Fuß, Unter-, Oberschenkel

M 2c Kinder bis zu 12 Jahren 18,17

M 2d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 38,67

Hals

M 2e Halskrawatte 13,39

3. Zu 27f (therap. Verbände)

M 3a Obere Extremität mit Schultergürtel 55,86

M 3b Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel) 63,04

M 3c Schiefhalsgips mit Thorax 39,31

Zu B. OPERATIONSTARIF

4. Zu O 42e (Modellverbände)

M 4a Hand oder Fuß 2,09

M 4b Hand und Unterarm 4,12

M 4c Fuß und Unterschenkel 4,12

Hand, Unter-, Oberarm

M 4d Kinder bis zu 12 Jahren 4,12

M 4e Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 6,22

5. Zu O 42f (Modellverband)

M 5a Halskrawatte 6,22

6. Zu O 42g (Modellverband)

M 6a Oberschenkel 6,22

7. Zu O 43e (Modellverbände)

Pos. Nr.	Euro
M 7a Obere Extremität mit Schultergürtel	12,35
M 7b Untere Extremität mit Becken	19,77
Oberkörper	
M 7c Kinder bis zu 12 Jahren	12,35
M 7d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	19,77

8. Zu O 44f und O 45o

Gipsmieder	
M 8a Kinder bis zu 7 Jahren	31,81
M 8b Kinder von 7 bis zu 12 Jahren	42,09
M 8c Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	58,43
Gipsschale	
M 8d Kinder bis 1/2 Jahr	9,89
M 8e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	14,82
M 8f Kinder von 1 bis 2 Jahren	24,71

9. Zu O 44g und O 45o

Gipshose	
M 9a bei Coxitis und Little	67,14
M 9b dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	84,04
bei Hüftgelenksluxation:	
M 9c Kinder bis 1/2 Jahr	24,65
M 9d dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	30,73
M 9e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	29,55
M 9f dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	37,00
M 9g Kinder von 1 bis 2 Jahren	40,95
M 9h dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	51,24

10. Zu O 45b

Gipsbett	
M 10a Kinder bis zu 12 Jahren	39,92
M 10b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	79,72

ANHANG ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages wird vereinbart:
Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt ab 1.4.2013:

- a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e)
€ 0,7954
- b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin
€ 0,8224
- c) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin
€ 1,1313
- d) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde
€ 0,9738
- e) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten
sowie Neurologie und Psychiatrie
€ 0,9351
- f) Abschnitt A.XI. und C. Physikalische Behandlung
€ 0,1129
- g) Abschnitt B. Operationstarif
€ 0,7954
- h) Abschnitt D. Laboratoriumsuntersuchungen
 - 1) € 1,8165 (für Fachärzte für EEG, Fachärzte für Zytodiagnostik, Fachärzte
für Pathologie und Histologie, Fachärzte für Hygiene und Mikro-
biologie sowie Fachärzte für mikrobiologisch-serologische Labor-
diagnostik)
 - 2) € 1,4532 (für alle anderen Ärzte, soweit bei der jeweiligen Position nichts
Gegenteiliges angemerkt ist)
- i) Abschnitt E. Röntgen
€ 0,7238

2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

(gem. § 6 des Gesamtvertrages vom 1.4.1974 in der Fassung des jeweils
gültigen Zusatzprotokolles)

		ab 1.1.2010
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwanger- schaftswoche	€ 18,02
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02

MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche.....	€ 11,55
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18., 19., 20., 21. oder 22. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 8., 9., 10., 11. oder 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
KA1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche.....	€ 29,07

3. Sonographische Leistungen entfällt.

4. Medizinische Hauskrankenpflege

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

H1	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	€ 72,6728
H2	Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage	
H3	bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes	€ 43,6037
H3	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes.....	€ 65,4056
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen.....	€ 32,7028

Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar.

Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der „krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege“ ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage. Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.

H5	Legen einer Ernährungssonde	€ 10,9009
----	-----------------------------------	-----------

Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.

H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus.....	€ 10,9009
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und ähnlichem).....	€ 7,2673

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
1060 Wien, Linke Wienzeile 48-52.
Layout: Denise M. Krikler
DVR: 24228