

“ARBEITSBEHELFF“

**Honorarordnung
für
Ärzte für Allgemeinmedizin
und
Fachärzte**

Zusammenfassung der Bestimmungen nach dem

Stand vom 1. Juni 2019



**VERSICHERUNGSANSTALT
FÜR EISENBAHNEN & BERGBAU**

Inhaltsübersicht

	Seite		Seite
		Augenheilkunde	45
Honorarordnung	3		
Abkürzungsschlüssel	3		Seite
Allgemeine Bestimmungen	4		
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	9	Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	47
I. Grundleistungen	9	Haut- und Geschlechtskrankheiten	52
II. Diagnose- und Therapiegespräche	12	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	53
1. Ausführliche therapeutische Aussprache	12	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	55
2. Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	13	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesiologie	57
III. Allgemeine Sonderleistungen	14	Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	58
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	20	Urologie	60
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	22	C. Physikalische Behandlung	
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	23	durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden	62
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	24	D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen	63
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin	25	E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	77
VIIIa Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten	26	Röntgendiagnostik	80
VIIIb Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde	27	Honorar	80
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	28	Unkosten	80
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	29	Röntgentherapie	81
Xa. Kinder- und Jugendpsychiatrische Leistungen	31	F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden	
Xb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Psychiatrie	32	die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M) ..	85
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	36	Anhang 1 zur Honorarordnung	
XII. Sonographische Untersuchungen	37	Festsetzung des Punktwertes	88
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)	41	Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass ..	88
B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	42	Medizinische Hauskrankenpflege	90
Operationshonorar	43	Anhang 2 zur Honorarordnung	
Operationsgruppenschema für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte:		1. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie	91
		I. Leistungsvoraussetzungen	91
		II. Dokumentation	94
		III. Evaluierung	95
		IV. Kompendium Mammographie	95

Honorarordnung

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 33 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang 1 zur Honorarordnung, Seite 88)

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	PSY= Psychiatrie
G = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	R = Radiologie
H = Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	U = Urologie
I = Innere Medizin	UC = Unfallchirurgie
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 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 Sanitätssprengels 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 Gemeindearzt (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 konzesionierten 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. 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.
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 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.....	44
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>	
B2 Weiterer Krankenbesuch.....	33,5
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.....	41,5
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt.....	9,5
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 <i>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.</i>

H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)

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

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag € 1,48
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht € 2,30 <i>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.</i>

J. Koordination

- J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt..... € 13,22
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..... € 13,85

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 und Radiologie berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den Vertragsärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten

- (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.
Die 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 € 19,92

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	10
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 Parabulbäre 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 Krampfaderverödung: 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

Pos. Nr.	Punkte
11v Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	23
	+ R I a
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.....	€ 5,86

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

Pos. Nr.	Punkte
16h Sternalpunktion	20
	+ R I
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
17e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion).....	23
	+ R I
17f Suboccipitalpunktion	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

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

Bei zwei oder mehr endoskopischen Untersuchungen pro Patient pro Tag darf insgesamt nur ein Regiezuschlag in Rechnung gestellt werden – davon nicht betroffen sind die Positionen 19b, 19d, 19n, 19v und 19w, für diese Positionen können zusätzliche Regiezuschläge verrechnet werden.

Pos. Nr.		Punkte
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	10
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	15
		+ R I
		C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	15
		+ R I
	<i>Nicht neben den Pos. 19f, 19m, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar</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) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	23
		+ R I
	<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19m, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar</i>	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicoskopie)	23
		+ R I
		C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)....	23
		+ R I
		C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie).....	35
		+ R I
		C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium.....	53
		+ R II
		C.G.U.

Pos. Nr.	Punkte
19l Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens 53 (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	+ R III C.U.
19m Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie) mit allen infrage kommenden Untersuchungsgeräten	57 + R I
<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19s, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar</i>	
19n Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie).....	87 + R III An.C.H.I.L.
19o Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoskopie) mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop	68 + R I An.C.H.I.L.
<i>Nicht neben den Pos. 19o1, 19r, und 19r1 am selben Tag verrechenbar</i>	
19o1 Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoskopie) mit einem Videoendoskop.....	87 + R I An.C.H.I.L.
<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19r, und 19r1 am selben Tag verrechenbar</i>	
19r Endoskopische Untersuchung des Magens, und des Duodenums (Gastroskopie und Duodenoskopie) mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop.....	151 + R III C.I.
<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19o1, und 19r1 am selben Tag verrechenbar</i>	
19r1 Endoskopische Untersuchung des Magens, und des Duodenums (Gastroskopie und Duodenoskopie) mit einem Videoendoskop.....	193 + R III C.I.
<i>Nicht neben den Pos. 19o, 19o1, und 19r am selben Tag verrechenbar</i>	
19s Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem anderen Gerät als einem Videoendoskop (Coloskopie) inkl. Polypenabtragung (unabhängig von der Anzahl der Polypen).....	207 + R III C.I.
<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s1, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar</i>	

Pos. Nr.	Punkte
19s1 Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem Videoendoskop (Coloskopie).....	263
	+ R III
	C.I.
<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s, 19s2 und 20i am selben Tag verrechenbar</i>	
19s2 Endoskopische Untersuchung des Colons mit einem Videoendoskop (Coloskopie) inkl. Polypenabtragung (unabhängig von der Anzahl der Polypen).....	334
<i>Nicht neben den Pos. 19c, 19f, 19m, 19s, 19s1 und 20i am selben Tag</i>	+ R III
<i>verrechenbar</i>	C.I.
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.

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

- Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung von Endoskopien mit einem Videoendoskop ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen coloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“). Die Anschaffung eines Videoendoskops ist der VAEB vor oder zugleich mit der erstmaligen Verrechnung einer Videoendoskopie nachzuweisen.
- Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Coloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der VAEB übermitteln.
- Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Coloskopie, die „Ordnation“ an diesem Tag, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche (inkl. der Pos. TA), die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht bei Zuweisung, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa), Injektionen, Infusionen, Anästhesien bzw. Betäubungen, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.
- Sind am selben Tag neben der Gastroskopie bzw. Coloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden

Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie stehen.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

Pos. Nr.	Punkte
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>	3
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

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.

Pos. Nr.	Punkte
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 Durchleuchtungs- lampe 2
	A.
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) 5
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleich- gewichtes und des Doppelsehens 4
	A.N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut 10
	<i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i> A.
22o	Schirmertest..... 4
	A.
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungspereimetrie € 49,30
	<i>verrechenbar alle 6 Monate, oder in begründeten Ausnahmefällen öfter</i> A.
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
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

Pos. Nr.	Punkte
25a	10
	<i>nicht neben Pos. 25d am selben Tag bei derselben Wunde verrechenbar</i>
25b	5
25c	10
25d	43
	<i>nicht neben den Pos. 25a am selben Tag bei derselben Wunde verrechenbar</i>
25e	4

26. Kleine operative Eingriffe

26a	10
26b	10
26c	4
26d	5
26e	10
26f	10
26g	10
26h	4

27. Verbände

27a	12
27b	20
27c	15
27d	23
	+ R I
	+ M
27e	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
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels 10

Pos. Nr.		Punkte
33k	Attic-Spülung.....	5
33l	Vordere Nasentamponade	5
		+ R I

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN

Pos. Nr.		Euro
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	40,46 I.K.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	7,49 I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung.....	7,49 I.K.

Pos. Nr.		Punkte
34d	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	110 I.
	<i>In maximal 15% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Bei Erbringung von zumindest einem Langzeit EKG pro Monat wird die Position 34d jedenfalls einmal verrechnet. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Geräternachweises 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>	

- 34i 24-Stunden Blutdruckmonitoring € 38,46
 Verrechenbar in 30% der Behandlungsfälle pro Monat bei Vorliegen..... I.K.*
 folgender Indikationen:
- a. Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:
 - bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung
 - b. Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei
 - sekundärer Hypertonie
 - Praeeklampsie – Schlafapnoe
 - Hypertoner Herzhypertonie
 - c. Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
 - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
 - nach Schlaganfall, Herzinfarkt
 - mit Herzinsuffizienz
 - mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertonie
 - mit Diabetes mellitus
 - mit fehlender Rückbildung von Organschäden
 - mit Wechselschichtdienst
 - mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)
 - zur Überprüfung von Wirdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie
 - bei Schwangeren mit EPH-Gestose.

Für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung.

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

Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich. Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der LUNGENKRANKHEITEN

Pos. Nr.	Punkte
34i Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	3
34m Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung.....	15
34n Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums).....	15
	An.I.K.L.
34o Provokationstest (wie 34m - incl. un spez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	19
	L.

Pos. Nr.	Punkte
34p Messung der Atemwegwiderstände	5
	L.
34q Blutgasanalyse in Ruhe	61
	L.
34r Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	60
<i>Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	L.
<i>Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.</i>	
34s Bodyplethysmographie.....	20,5
<i>In maximal 20% der Fälle pro Quartal und Arzt verrechenbar.</i>	L.

VIIIb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiet der KINDERHEILKUNDE

34h Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsi, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria.....	14
<i>Einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	<i>K.</i>
34t Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation).....	32
<i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar</i>	<i>K.</i>
<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34u Weitere Untersuchungen nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation).....	17
<i>einmal pro Monat verrechenbar</i>	<i>K.</i>
<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34v Weitere Untersuchungen nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation).....	17
<i>einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar.....</i>	<i>K.</i>
<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34w Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation).....	17
<i>in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar.....</i>	<i>K.</i>
<i>nicht gemeinsam mit Pos. 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	
34z Somatogramm	9
<i>in maximal 30 % der Fälle im Quartal verrechenbar.....</i>	<i>K.</i>

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

Pos. Nr.	Punkte
35a Elektrische Untersuchungen der Muskeleerregbarkeit.....	10
35b Ausführliche psychiatrische Exploration;.....	31
<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 Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/ neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3).....	21
<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i>	
N., KNP.	
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Modul II oder III	
Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	
35f Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation;.....	31
<i>höchstens 1x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	
N., K.	

36. Therapeutische Verrichtungen

36a Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw.heilpäda- gogische Behandlung bei Kindern, Dauer im allgemeinen 20 min;	27
<i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar</i>	
N., K.	
Modul II oder III	
1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention	
2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern	
Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	
36b Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention);	76
<i>nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. - kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)</i>	
36c Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.;	77
<i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i>	
N., KNP.	
Modul II oder III	
36d Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.;	77
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
Modul III	
36e Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;	39
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
Modul III	

Pos. Nr.	Punkte
36f Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit	8
<i>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 Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden	64
<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	K., N.
37b ENG	56
	N.
37c EMG	56
	N.
37d ENG + EMG	91
<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	N.

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

38. Therapeutische Verrichtungen

38a Katheterismus der männlichen Harnblase	4
38b Katheterismus der weiblichen Harnblase	2
38c Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	6
38d Blasenpflüfung	2
38e Erste Strikturdehnung der Harnröhre	10
38f Weitere Strikturdehnung	5
38g Einspritzung, Einträufeln und Spflüfung der vorderen Harnröhre	2
38h Einspritzung, Einträufeln und Spflüfung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre	3
38i Tiefe Instillation	2

Pos. Nr.	Punkte
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion 3 <i>höchstens verrechenbar in 10% der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro Patient und Jahr</i> D.
38k	Kühlsonde 5
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen 10
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen 10 (siehe Position 26d und 26e)
38n	Elektrolyse 10
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose 5
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht..... 23 + R I
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie) 53 + R II
38r	Anwendung von Kohlendäureschnee je Sitzung 10
38t	Prostatamassage 3
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde 6 D.
38v	Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung..... 9 D.
38vv	ab 17. Behandlung 6 D.
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung..... 13 D.
38ww	ab 17. Behandlung 10 D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung 19,5 <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	199,62
	<i>Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar</i>	KJP.
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	50,19
		KJP.
40c	Diagnostische Außenanamnese	37,64
		KJP.
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	50,19
		KJP.
40e	Neurologischer Status.....	31,95
		KJP.
40f	Entwicklungsneurologischer Status.....	74,16
	<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	KJP.
40g	Anwendung und Auswertung standardisierter Erhebungsinstrumente	74,16
		KJP.
40h	Somatischer Status	12,54
		KJP.
40i	Somatogramm	12,54
	<i>Bei jedem Kontakt</i>	KJP.
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video).....	399,27
	<i>1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten</i>	KJP.
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	199,62
	<i>2x/ Diagnose/ max alle 2 Jahre; max. 10 % d. Patienten</i>	KJP.

41. Behandlung

41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument	75,32
		KJP.
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	199,62
	<i>Bei 10 % der Patienten</i>	KJP.
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient).....	37,64
		KJP.

42. Vernetzungsleistung

42a	Koordination bei Patienten	25,10
		KJP.
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	199,62
	<i>1x pro Jahr; max. 20 % der Patienten</i>	KJP.
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan).....	50,19
	<i>1x pro Jahr</i>	KJP.
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose- u. Behandlungsplan	12,54
		KJP.

Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Abrechnungsberechtigt sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 laut DVP Kapitel C 1. (Fachärzte für Psychiatrie). Dazu gehören auch die Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie haben die Wahlmöglichkeit zwischen dem bisherigen Tarifkatalog nach Abschnitt „IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE“ und dem Tarifkatalog nach Abschnitt „Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE“ mit einmaliger Rückoption von Abschnitt „Xb“ zurück auf Abschnitt „IX“.

2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für denselben Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: E2*), F7, F8, F9, F10, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18i, 35f.

*) Die Position „E2“ ersetzt mit Wirksamkeit ab Leistungsdatum 1.11.2018 die bisher angeführte Position „F2“.

3. Die Frequenz- und Umsatzentwicklungen dieses Abschnittes werden von ÖÄK und VAEB quartalsweise evaluiert. Ergibt sich im Zuge der Evaluierung der Abrechnungsdaten für die ersten drei Quartale eines Jahres ein Quartalsfallwert, der höher als 110 % des SGKK-Quartalsfallwert für Fachärzte für Psychiatrie ist, werden die auf die Positionen dieses Abschnittes anwendbaren Eurobeträge mit 1.1. des folgenden Jahres entsprechend reduziert (wird der SGKK-Fallwert z.B. um 20% überschritten, wird der Eurowert mit darauf folgenden 1.1. eines Jahres um 8,33% gesenkt).

45. Untersuchungen und Behandlungen

Pos. Nr.

45a Erstuntersuchung/Behandlung,
Dauer im Allgemeinen 20 Minuten

Euro
53,67
PSY

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)
Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen)
2. Psychiatrischer Längsschnitt
Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose.
3. Behandlungsplan
Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzepts. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten.
4. Verbale Intervention
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention.

Die Erstuntersuchung/Behandlung ist innerhalb von drei Monaten abzuschließen. Pro Patient werden maximal € 236,08 honoriert. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i und 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.

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

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention
im Allgemeinen 15 Minuten

36,87
PSY

Mindestinhalt:

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

Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben. Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention
im Allgemeinen 25 Minuten

Mindestinhalt:

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

Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben. Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention 108,44
im Allgemeinen 50 Minuten PSY

Mindestinhalt:

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

Bei Telefonkontakten ist im Begründungsfeld die Abkürzung TEL anzugeben. Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention 9,97
pro beendeten 5 Minuten PSY

Mindestinhalt:

1. Außenanamnese mit Bezugspersonen
Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch.
2. Sozialpsychiatrische Intervention
Umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten.

*Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar.*

Pos. Nr.		Euro
45f	Psychiatrische Gruppentherapie Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4 bis 5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit <i>Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar</i>	20,49 PSY
45g	Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische oder gleichwertige Tests, die zu benennen sind Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	19,90 PSY
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest Dauer im Allgemeinen 10 Minuten <i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal</i>	19,90 PSY
45i	Psychiatrische Skala: HAMD-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests Dauer im Allgemeinen 20 Minuten <i>In maximal 25% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	39,79 PSY
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten <i>Nur bei Suizidgefahr oder akuter Exazerbation bei Psychosen verrechenbar. Ausreichende Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	147,26 PSY
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) <i>Dokumentation der Uhrzeit und des Verhältnisses zum Patienten erforderlich. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der VAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. 2x pro Jahr und Patient (12 Monate rollierend); maximal in 10% der Fälle verrechenbar.</i>	179,03 PSY
45l	Hausbesuch <i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 35f, 45a, 45b, 45c, 45d, 45e und 45j. Am selben Tag mit 45e nur dann verrechenbar, wenn ein Patientenkontakt nicht möglich ist. Werden bei einem Hausbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Al- ters-(Pflege)heim mehrere VAEB-Versicherte behandelt, kann die Position 45l nur für einen VAEB-Versicherten verrechnet werden.</i>	18,43 PSY
45m	Ausstellung eines Kassenrezepts <i>Nicht am selben Tag mit den Positionen 45a – 45l verrechenbar.</i>	9,22 PSY

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

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, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)	22
p 3b Quarzbestrahlung	22
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 Eurwertes 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.....	22,56
	R.C.I.K.
US 2 Sonographie des Pankreas.....	27,56
	R.C.I.K.
US 3 Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas).....	41,79
	R.C.I.K.
US 4 Sonographie der Milz	18,80
	R.C.I.K.U.C.
US 5 Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta).....	27,56
	R.C.I.K.U.
US 7 Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation.....	27,56
<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.
US 8 Sonographie des Unterbauches.....	27,56
	C.I.K.
US 10 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	30,10
	G.R.
US 11 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	30,10
Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.	U.R.

Small-parts-Diagnostik

Pos. Nr.	Euro
SP 1 Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	27,17
	R.I.C.K.
SP 2 Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	40,11
<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	R.H.
SP 3 Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	7,10
	H.
SP 5 Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite).....	14,20
	R.
SP 6 Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	12,53
	R.C.
SP 7 Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	23,41
Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	R.O.UC.
SP 9 Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	33,43
	R.K.O.
SP 10 Sonographie des Scrotalinhaltens	27,17
	R.K.U.C.

Doppler-Diagnostik

DS 1 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung.....	16,71
<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	C(G).D.I.
DS 2 Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz.....	16,71
<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	25,08
<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 einsehbar cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell).....	9,62
	<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	48,89
	<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	8,37
		R.C(G).I.K.
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta.....	20,88
		R.C.I.
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	41,79
	<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	41,79
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	D.I.C(G).R.

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	38,42
		I.
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler	83,63
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	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

Unkosten

Pos. Nr.	Euro
r 4a Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	9,06
r 4b Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	9,93
r 4c Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	11,91
r 4d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	14,02
r 4e Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	4,36
r 4f Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,70
r 4g Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,83

Aufnahmen

r 5a Aufnahme 9 x 12	5,21
r 5b Aufnahme 13 x 18	6,82
r 5c Aufnahme 18 x 24	8,58
r 5d Aufnahme 15 x 40	10,58
r 5e Aufnahme 24 x 30	11,50
r 5f Aufnahme 30 x 40	13,23

Pos. Nr.		Euro
r 5g	Aufnahme 35 x 35	14,26
r 5h	Zahnfilm	3,54
r 5i	Aufnahme 20 x 40	11,66

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 Nachoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50%, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden.

1. Operation

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

2. Erste Assistenz

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

3. Zweite Assistenz

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

4. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

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

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

5. Narkose

durch den Facharzt für Anästhesiologie

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

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

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

6. Regiezuschlag

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

Gruppe	Euro
I.....	7,64
II.....	11,54
III.....	15,40
IV.....	23,11

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 TränenröhrchenA.
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. äA.
O 2l	Punktion der vorderen KammerA.
O 2m	Nadeldiscission bei angeborener Cataracta.....A.
O 2n	Retrobulbäre AlkoholinjektionA.

Gruppe III

O 3a	Einfache SymblepharonoperationA.
O 3b	Tarsusexstirpation bei TrachomA.
O 3c	Exstirpation des TränensackesA.
O 3d	Exstirpation der Tränendrüse.....A.
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.

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

Gruppe IV

O 4a	Schielopoperation mit Vorlagerung und TenotomieA.
O 4b	Einfache PtosisoperationA.
O 4c	Symblepharonoperation mit Plastik.....A.
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	Enucleatio bulbi.....A.
O 4m	Exenteratio bulbiA.

Gruppe V

O 5a	Große plastische Operation an den LidernA.
O 5b	Komplizierte Ptosisoperationen.....A.
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 orbitae.....A.
O 6d	Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae.....A.

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 |
|----------|--|------------|
| 0 8a | Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke | C.O. |
| 0 8b | Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelphalagen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)..... | C.H.NC.O. |
| 0 8c | Excision kleiner Wunden (ausschließlich nur für akute Wunden; insgesamt nur 1x pro Wunde verrechenbar) <i>nicht gemeinsam mit Pos. 25 a und 25 d verrechenbar.</i> | |
| 0 8d | Incision eines Panaritium subcutaneum | |
| 0 8e | Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels | C.G. |
| 0 8f | Incision einer oberflächlichen Phlegmone | |
| 0 8g | Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht | |
| 0 8h | Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen) | |
| 0 8i | Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose | C.K.U. |
| 0 8k | Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung... | C.D.G. |
| 0 8l | Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation | |
| 0 8m | Percutane Bluttransfusion mit Konserven | |
| 0 8n | Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe | C.D.O. |
| 0 8o | Amnioneinpflanzung nach Filatow | C.G. |
| 0 8p | Probeexcision mit Naht | |

Gruppe II

- | | | |
|------|---|-----------|
| 0 9a | Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenkluxation..... | C.O. |
| 0 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. |
| 0 9c | Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette)
(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben) | |
| 0 9d | Incision eines Panaritium tendineum oder osseum + | C. |
| 0 9e | Buellausche Heberdrainage..... | C.I.K.L. |
| 0 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)..... 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 Oberschenkel-
fraktur 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
Bruchforte 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

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes C.H.
O 12b	Nervenplastik C.NC.
O 12c	Neurolyse mit Naht..... C.NC.O.
O 12d	Sehnenplastik C.O.
O 12e	Exstirpation eines Parotistumors..... C.H.
O 12f	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk C.O.
O 12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx..... C.H.
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 12 ₁	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses C.
O 12 ₂	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparotomiam C.

Gruppe VI

O 13a	Strumektomie C.
O 13b	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx..... C.H.
O 13c	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe C.NC.O.
O 13d	Schedeplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung C.L.
O 13e	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie C.L.
O 13f	Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle C.

- O 13g Gallenblasenoperation oder Gallengangsooperation (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 Anastomosoperation 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 Drüsenausräumung C.G.H.U.
- O 13m Amputatio recti (sacrale Methoden) C.
- O 13n Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen) C.
- O 13o Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes) C.
- O 13p Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbades C.
- O 13q Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten C.
- O 13r Knochentransplantation an Diaphysenknochen C.O.
- O 13s Osteosynthese großer Röhrenknochen C.O.
- O 13t Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese C.NC.O.
- O 13u Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastikausgießung u. ä. C.NC.O.
- O 13v Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn C.NC.O.
- O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege C.U.

Gruppe VII

- O 14a Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, 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 14m Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus
pepticum jejuni C.
- O 14n Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes..... C.
- O 14o Große Leberoperationen (Teilresektion) C.
- O 14p Nebennierenexstirpation C.U.
- O 14q Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden C.
- O 14r Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines
und proximal des Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht,
Embolektomie aus den großen Schlagadern mit Ausnahme der Aorta.... C.
- O 14s Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente C.
- O 14t Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn C.NC.
- O 14u Gallenblasenoperation mit Gallengangsoperation (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.

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

Pos. Nr.

Fachgebiet

- O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia 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 Damмнаht 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 Damмнаht II. Grades..... G.
- O 21c Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile G.
- O 21d Introitusnahe Scheidennaht G.
- O 21e Kopfschwartenzange..... 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 Damznaht 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 Zahnwurzelentfernung..... H.
 O 32i Speichelsteinentfernung..... C.H.
 O 32j Anlegen eines Paukendrainageröhrchens H.

Gruppe III

- O 33a Nasale Entfernung eines Choanenpolypen + H.
 O 33b Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe + H.
 O 33c Unterbindung der Vena jugularis..... C.H.
 O 33d Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen H.
 O 33e Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) + H.
 O 33f Operation der Sattelnase als 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 Oesophagusvaricensclerosierung 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

Pos. Nr.

Fachgebiet

- 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, NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE, ANÄSTHESIOLOGIE

Gruppe I

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

Pos. Nr.

Fachgebiet

- O 41a Cavernostomie C.L.
O 41b Winterschlaf einschl. Betreuung + An.N.

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I

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

Gruppe II

- O 43a Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß
und bei 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.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 44g	Gipshose.....C.O.
O 44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei OsteomyelitisC.O.
O 44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehen- operationC.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. <i>sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen</i>
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 OsteomyelitisC.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	Arthrodese, 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.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 46h Abbotsche Operation	C.O.
O 46i Laminektomie.....	C.NC.O.
O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule).....	C.O.
O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation).....	C.O.
O 46n Keilresektion aus dem Tarsus	C.O.
O 46o Operation der habituellen Schulterluxation	C.O.

Gruppe VI

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

UROLOGIE

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

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 Rectums C.U.
- O 52f Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel..... G.U.
- O 52g Suprasymphysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste ... U.
- O 52h Epi- oder Hypospadioplastik C.U.
- O 52i Transurethrale Teilresektion der Prostata U.
- O 52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors G.U.

Gruppe VI

- O 53a Teilresektion der Harnblase
(Geschwulstentfernung, 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 Pyelotomie C.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 Drüsenauräumung U.
- O 54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den
Dickdarm..... C.G.U.
- O 54c Entfernung bösartiger Nierentumoren C.U.
- O 54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken..... C.U.

Gruppe VIII

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

C. Physikalische Behandlung

durch Fachärzte für Physikalische Medizin und 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

2. Gymnastik

Pos. Nr.	Euro
P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	4,48
P 2g Bewegungstherapie – Einzeltherapie..... (mindestens 30 Minuten)	20,15
P 2h Bewegungstherapie – Einzeltherapie..... (mindestens 20 Minuten)	13,32
P 2i Bewegungstherapie – Gruppentherapie..... (mindestens 30 Minuten)	5,30
P 2j Unterwasserheilgymnastik – Einzeltherapie..... (mindestens 30 Minuten)	22,27
P 2k Unterwasserheilgymnastik – Gruppentherapie	6,25 (mindestens 30 Minuten)

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

Pos. Nr.	Punkte
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 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	42
P 3k Ultraschall	50

4. Inhalationen

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.
Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 15 Abs. 5 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in einer eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
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.
11. Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Laboratoriumsdiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie, können für Untersuchungen nach dem 31.12.2019 nur solche Leistungen des Abschnittes D. verrechnen, die mit einem „x“ neben dem auf sie zutreffenden Fachgebietskürzel gekennzeichnet sind. Haben diese Vertragsärzte erst nach dem 31.12.2015 einen Einzelvertrag mit der VAEB abgeschlossen, so wird diese Einschränkung bereits mit 1.1.2016 wirksam.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos. Nr.	Punkte
1.01 AMx,Ix,Kx,Lx	
Blutbild	3,75
<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 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)	1,75
1.16 o	
HLA-B 27	20,0
<i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar</i>	

Pos. Nr.	Punkte
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 3,25
2.04 +x	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ 4,5 <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 oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
2.05 +x	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 4,5 <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 oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
2.06 +	Partielle Thromboplastinzeit (PTT) 4,5
2.07 o	Thrombinzeit (TZ) 4,5
2.08 o	Fibrinogen 4,5
2.09 +x, Dx, Lx, Gx, Ux	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 oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 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>

Pos. Nr.	Punkte
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 +x,Ux	Blutzucker-Bestimmung 1,1 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
3.02 o	Fruktosamine 4,35 <i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>
3.03 o	HbA1 oder HbA1c 9,2 <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 1,1
3.05 + U	Kreatinin 1,1
3.06 + U,O	Harnsäure 1,1
3.07 AM,Kx,I	Gesamtbilirubin 1,1 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
3.08 AM,Kx,I	Direktes und indirektes Bilirubin 1,1 <i>wird diese Untersuchung von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>
3.09 +	Gesamteiweiß-Bestimmung 1,1
3.10 o	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung) 9,5
3.11 +	Triglyceride (Neutralfette) 1,1
3.12 +	Gesamtcholesterin 1,1
3.13 +	HDL-Cholesterin 1,5
3.14 +	LDL-Cholesterin 1,5
3.15 o	Natrium 1,1
3.16 AM,K,Ix	Kalium 1,1
3.17 o	Kalzium 1,1
3.18 o	Chloride 1,1
3.19 o	Phosphor 1,65
3.20 o	Magnesium 1,65

Pos. Nr.		Punkte
3.21 o	Lithium <i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	2,25
3.22 o	Kupfer	5,5
3.23 o	Eisen	2,25
3.24 o	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung..... <i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	5,75
3.25 o	Ferritin	2,75
3.26 o	Albumin	1,4
3.27 o	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28 o	Transferrin	2,75
	<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
3.29 o	Ammoniak..... <i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	2,5
3.30 o	Laktat..... <i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	2,5

Gruppe 4: Enzyme

4.01 o	Aldolase.....	2,5
4.02 + U	Alkalische Phosphatase.....	1,1
4.03 +	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,9
4.04 +	Cholinesterase.....	1,1
4.05 +	CK (Creatin-Kinase).....	1,55
4.06 +	CK-MB-Isoenzym..... <i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	2,75
4.07 AM,Kx,U,I	GOT (ASAT)	1,1
4.08 AM,Kx,U,I	GPT (ALAT)	1,1
4.09 + U	Gamma-GT.....	1,1
4.12 o	Lipase-Bestimmung.....	1,7
4.13 o	LDH	1,1
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>	
4.20 AMx, Ix, Lx	Troponin T oder Troponin I	6,86

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

Pos. Nr.

Punkte

5.01 +x,Dx,Ux,Gx,Lx

Chemischer Harnbefund mittels Streifen-tests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung 1,0
*mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar
 wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung*

5.02 +x,Dx,Ux,Gx,Lx

Streifen-test im Harn (visuelle Auswertung) 1,0
*auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar
 wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung*

5.03 AMx,Kx,Ux,Gx

Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) 3,0
wird diese Untersuchung von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung

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	1,1
5.13 +	Glukose	1,1
5.15 o	Kreatinin	1,1
5.17 o	Natrium	1,1
5.18 o	Kalium	1,1
5.19 o	Kalzium	1,1
5.20 o	Chloride	1,1
5.21 o	Phosphor	1,1
5.22 o	Kupfer	25,0
5.23 +	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,65
	Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

Pos. Nr.		Punkte
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 AMx,Ix,Kx	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	€ 2,58
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

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

Pos. Nr.	Punkte
10.06 o	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren 11,0 <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>
10.07 o	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) 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-Anti- körper) 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 verrechen- bar</i>
11.13 o	HBe-Antigen 13,0 <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechen- bar</i>
11.14 o	HBe-Antikörper 13,0 <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechen- bar</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	Lipid-Antigentest auf Lues (VDRL) 5,0
11.18 o	TPHA-Test 5,0
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 3,0
11.23 +	Antistreptolysin-O-Objektträgeretest qual. 3,0
11.24 o	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung 3,0

Pos. Nr.		Punkte
11.25	+x,Lx CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objekträgeretest qual.	2,75
	<i>wird diese Untersuchung von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik wegen Dringlichkeit in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht, gelangt der Punktwert gemäß Anhang 1 zur Honorarordnung, 1. Festsetzung des Punktwertes, Abschnitt D.1), zur Anwendung</i>	
11.26	o CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,75
11.30	o + Mononukleosetest als Objekträgeretest.....	5,0
11.32	o Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,5
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
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung)</i> • <i>Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation</i> • <i>Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution</i> • <i>Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich)</i> • <i>Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom</i> • <i>Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z. B. tastbarer Knoten)</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 Referenzbehandlung</i>	
11.44	o AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
	<i>nur verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritits, 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-Rezptor 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

Pos. Nr.		Punkte
11.51 o	c-ANCA oder p-ANCA <i>max. 2 Antikörper pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>	12,0
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 <i>Die Verrechenbarkeit dieser Position gilt auch für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die nach dem 31.12.2015 einen Einzelvertrag mit der VAEB abgeschlossen haben und nur für deren Behandlungsfälle ab 1.5.2018. Die Verrechenbarkeit dieser Position endet für alle Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 30.4.2019.</i>	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 Dx	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
	<i>Die Verrechenbarkeit dieser Position gilt auch für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die nach dem 31.12.2015 einen Einzelvertrag mit der VAEB abgeschlossen haben und nur für deren Behandlungsfälle ab 1.5.2018. Die Verrechenbarkeit dieser Position endet für alle Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 30.4.2019.</i>	
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,Ux	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	€ 5,81
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

Pos. Nr.	Punkte
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>
12.29 o	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbe- präparate 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 9,5
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
12.64 o	Qu-Fieber KBR 8,0
12.65 o	Rota Viren 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
12.75 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..... 13,5
12.77 o	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM 15,0 <i>bei positivem Elisatest</i>

Pos. Nr.	Punkte
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>
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>
12.93 AMx, Ix, Kx	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich 6,58
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

Pos. Nr.		Punkte
13.07 o	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je..... <i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>	6,0
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		
14.01 o	Gesamt-T4 oder freies T4..... <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapie- verlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
14.02 o	Gesamt-T3 oder freies T3..... <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapie- verlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
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

Pos. Nr.	Punkte
15.03 o	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) 18,0

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

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

Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiär erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits); Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn; Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder; Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades
Hohes Risiko (das bedeutet: 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

Moderates Risiko (das bedeutet 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und dem 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weibl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandtem ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist oder bei 2 Verwandten ersten Grades oder 1 Verwandter ersten Grades UND 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters UND 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein); 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters

Ein „Moderates Risiko“ liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor. Bei moderatem Risiko kann jährlich ab dem 40. LJ eine Mammographie verrechnet werden.

b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30 LJ

Anmerkung: Ärztliche Brustuntersuchung 1x jährlich ab dem 18. LJ; Brust-MRT 1x jährlich ab dem 25. LJ bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie; Mammographie 1x jährlich ab dem 35. LJ; Mammasonographie bei Bedarf.

- c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie
Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder diagnostische Mammographien dar.
- d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
- e. Mastodynie einseitig
- f. Histologisch definierte Risikoläsionen
Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.
- g. Sekretion aus Mamille
Anmerkung: Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss Hormonstörung (Prolaktin!)
- h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio);
Anmerkung: jährl. Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
- i. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
- j. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangerhaut, Plateaubildungen, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
- k. Sonstige medizinische Indikation, mit Angabe der konkreten Indikation sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.
- l. BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung

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

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Mammographie

Mammographie

Pos. Nr.		Euro
RM1	Mammographie, einseitig.....	49,50
RM2	Mammographie, beidseits.....	95,76

Leistungsvoraussetzungen, Dokumentation, Evaluierung und Compendium Mammographie sind geregelt im Anhang 2.

Honorar

1. Grundhonorar

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

2. Sonderleistungen

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	7,47
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen).....	8,72
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e).....	18,82

Pos. Nr.	Euro
R 3d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	11,47
R 3e Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	3,35
R 3f Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,43
R 3g Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,54

4. Aufnahmen

R 4a Format 9 x 12	4,86
R 4b Format 13 x 18	7,09
R 4c Format 18 x 24	9,00
R 4d Format 15 x 40	11,47
R 4e Format 24 x 30	12,77
R 4f Format 30 x 40	14,79
R 4g Format 35 x 35	16,18
R 4h Zahnfilm	2,88
R 4i Format 35 x 43	17,53
R 4j Format 30 x 90	28,27
R 4k Format 20 x 40	13,19

5. Mehrphasenaufnahmen:

R 5a Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	9,00
R 5b Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	12,77

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: € 34,00

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
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: € 51,08

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

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes.....	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis.....	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata accuminata.....	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3
<i>Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.</i>			

11. Tarifgruppe III: € 62,45

R 11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster.....	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie.....	4-6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-3	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung.....	4-6	3
<i>(Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)</i>			
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: € 102,06

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: € 124,71

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
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: € 130,48

R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes).....	2-10	3(4)
R 14b	Kraurosis vulvae.....	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhaemangiome	6-10	4

es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung

15. Tarifgruppe VII: € 187,10

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: € 311,92

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

17. Tarifgruppe IX: € 453,56

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

18. Tarifgruppe X: € 623,73

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	10,01

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	6,19
M 1b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	9,77
Fuß und Unterschenkel	
M 1c Kinder bis zu 12 Jahren	9,11
M 1d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	13,90
Kniegelenk	
M 1e Kniegelenk	33,11

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

Hand, Unter-, Oberarm

M 2a Kinder bis zu 12 Jahren	12,34
M 2b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	17,65
Fuß, Unter-, Oberschenkel	
M 2c Kinder bis zu 12 Jahren	20,32
M 2d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	43,24
Hals	
M 2e Halskrawatte	14,98

3. Zu 27f (therap. Verbände)

M 3a Obere Extremität mit Schultergürtel	62,48
M 3b Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel)	70,51
M 3c Schiefhalsgips mit Thorax	43,97

Zu B. OPERATIONSTARIF

4. Zu O 42e (Modellverbände)

Pos. Nr.	Euro
M 4a Hand oder Fuß	2,33
M 4b Hand und Unterarm.....	4,60
M 4c Fuß und Unterschenkel.....	4,60
Hand, Unter-, Oberarm	
M 4d Kinder bis zu 12 Jahren	4,60
M 4e Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	6,95

5. Zu O 42f (Modellverband)

M 5a Halskrawatte	6,95
-------------------------	------

6. Zu O 42g (Modellverband)

M 6a Oberschenkel	6,95
-------------------------	------

7. Zu O 43e (Modellverbände)

M 7a Obere Extremität mit Schultergürtel	13,81
M 7b Untere Extremität mit Becken	22,12
Oberkörper	
M 7c Kinder bis zu 12 Jahren	13,81
M 7d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	22,12

8. Zu O 44f und O 45o

Gipsmieder

M 8a Kinder bis zu 7 Jahren	35,58
M 8b Kinder von 7 bis zu 12 Jahren.....	47,08
M 8c Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	65,35

Gipsschale

M 8d Kinder bis 1/2 Jahr	11,06
M 8e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	16,57
M 8f Kinder von 1 bis 2 Jahren	27,62

9. Zu O 44g und O 45o

Gipshose

Pos. Nr.

Euro

M 9a	bei Coxitis und Little	75,10
M 9b	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	93,99
bei Hüftgelenksluxation:		
M 9c	Kinder bis 1/2 Jahr	27,56
M 9d	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	34,36
M 9e	Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	33,05
M 9f	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	41,37
M 9g	Kinder von 1 bis 2 Jahren	45,80
M 9h	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	57,30

10. Zu O 45b

Gipsbett

M 10a	Kinder bis zu 12 Jahren	44,65
M 10b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	89,15

ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 33 Abs. 3 des Gesamtvertrages wird vereinbart:
Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt ab 1.6.2019:

- a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e)
€ 0,8896
- b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin
€ 0,9222
- c) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin
€ 1,2652
- d) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde
€ 1,0891
- e) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten
sowie Neurologie und Psychiatrie
€ 1,0459
- f) Abschnitt A.XI. und C. Physikalische Behandlung
€ 0,1262
- g) Abschnitt B. Operationstarif
€ 0,8896
- h) Abschnitt D. Laboratoriumsuntersuchungen
 - 1) € 1,8165 (für Fachärzte für EEG, Fachärzte für Zytodiagnostik, Fachärzte
für Pathologie und Histologie, Fachärzte für Hygiene und Mikrobi-
ologie sowie Fachärzte für mikrobiologisch-serologische Labordi-
agnostik)
 - 2) € 1,2978 (für alle anderen Ärzte, soweit bei der jeweiligen Position nichts
Gegenteiliges angemerkt ist)
- i) Abschnitt E. Röntgen
€ 0,8096

2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

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

Pos. Nr.		Euro
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

Pos. Nr.	Euro
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
	Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage	
H2	bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes	€ 43,6037
H3	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes	€ 65,4056
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen.....	€ 32,7028
<i>Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar.</i>		
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
<i>Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.</i>		
H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus.....	€ 10,9009
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und ähnlichem).....	€ 7,2673

ANHANG 2 ZUR HONORARORDNUNG

1. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen:

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der VAEB auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der VAEB informiert.

- 1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
 - b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
 - c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
 - d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10).
- 2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Abwesenheit, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fall-sammelungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen.

Neueinsteiger / Neueinsteigerinnen ins Programm, die als Erstbefunder / Erstbefunderin tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographiaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der untenstehenden Bestimmung in den dem Beginn der Programmteilnahme vorangegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß Pkt. I Abs. 2 auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31.7. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

- 2.a) Ein neuer Standort ist ein Standort der nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen hat. Er muss in den ersten 24 Monaten der Programmteilnahme die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass die Vorsorgemammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll. Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund

von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden. Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und dem HV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der VAEB und der ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte

nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.

- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
 - 1a.) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.
- 2.) Das Datenflussmodell *gemäß „Kompendium Mammographie“*, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - (a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-card-System;
 - (b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - (c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;

- (d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist;
 - (e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die VAEB muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen. Die Vorlage des Einladungsschreibens ist für die Inanspruchnahme und für die Abrechnung der Leistungen keine Bedingung.

III. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

IV. Compendium Mammographie

Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)

Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)

Teil 3: Indikationenliste (Stand 21.5.2014) siehe Abschnitt E unter „Besondere Bestimmungen“

Teil 4: Datenflussmodell kurative Mammographie (relevanter Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV), 079-Datenflussdokumentation, Kurative MAM, Version 1.00. vom 15.2.2013

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, 1060 Wien, Linke Wienzeile 48-52. Layout: Sophie Bauer
