

Anlage 1

Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 44 des Gesamtvertrages)

Abkürzungsschlüssel

A =	Augenheilkunde und Optometrie	KNP =	Kinder- und Jugend- heilkunde (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie)
An =	Anaesthesiologie und Intensivmedizin	L =	Lungenkrankheiten
C =	Chirurgie (Unfallchirurgie)	N =	Neurologie und Psychiatrie
D =	Haut- und Geschlechts- krankheiten	NC =	Neurochirurgie
G =	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	O =	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
H =	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	P =	Physikalische Medizin
I =	Innere Medizin	U =	Urologie
K =	Kinder- und Jugendheilkunde	R =	Regiezuschlag

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 im gleichen Haushalt oder in einem Altersheim mehrere bei der SVA Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar.
3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:

- a) In Orten bis 5.000 Einwohnern 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 demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind 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 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. 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 § 9 Abs. 3 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 Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in lit. a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

- c) Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonn- und Feiertagsdienst gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinien für alle Bundesländer:**

Der im Bereitschaftsdienst (§ 16 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Bestimmungen des Punktes 4 lit. b) der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen.

In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne der Bestimmungen nach Punkt 4 lit. b) nicht verrechnet werden können, der Entfernungzuschlag von drei Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet.

Diese Regelung gilt für die gesamte Dauer des von der Ärztekammer eingerichteten Bereitschaftsdienstes.

5. 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.
6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.
7. Die Zuweisung für Rechnung der SVA zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.
8. Die in den Abschnitten A. bis E. der Honorarordnung angeführten Leistungen können nur von Vertragsärzten jener Fächer abgerechnet werden, auf die sich der jeweilige Abschnitt der Honorarordnung bezieht, bzw. die in den Besonderen Bestimmungen zu den einzelnen Abschnitten oder der einzelnen Position ausdrücklich genannt sind.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	26
A2	Weitere Ordination	16
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	54
B2	Weiterer Krankenbesuch	45,5
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar.</i>	27
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	27
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) <i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen.</i>	48
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin) Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht <i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden. Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	15
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
4a	Konsilium bei Tag	30
4b	Konsilium bei Nacht <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	40
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar.</i>	37
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar.</i>	32
E3	Weitere Ordination	16
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14

E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
	<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
6.	Krankenbesuch (Facharzt)	
F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	65
	<i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar.</i>	
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	61,5
	<i>Einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar.</i>	
F3	Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	27
	<i>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	27
	<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48
	<i>Bei den Pos.-Nr. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen.</i>	
6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5
7.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
7a	bei Tag	30
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c	ausführlicher Befundbericht	15
	<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.</i>	
	<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	
8.	Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
8a	bei Tag	50
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80
	<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	
9.	Wegegebühren	
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 1,45
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 2,18
9.1	Koordinierung	
1j	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt	17
	<i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 10 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	
	Erläuterungen zum Positionstext:	
	1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,	
	2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,	
	3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,	
	4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,	
	5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.	

9.2 Heilmittelberatungsgespräch

HMG Heilmittelberatungsgespräch

Euro 9,00

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation Bereits verfügt)
- c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss
- d) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 4% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 2% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.
4. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
5. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

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

22

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin, berechtigt.

- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 18 % (ab 1.1.2011 in 25%) der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 11 % (ab 1.1.2011 in 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.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungszeitraumes ist ausgeschlossen.

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch..... € 19,47

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

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

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

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.	Punkte
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene	6
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c Aderlaß	15
<i>(verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie)</i>	
11. Injektionen	
11a Subcutane, intracutane Injektion	4
<i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b intramuskuläre Injektion	4
<i>Bei Serieninjektionsbehandlung ist die Position 11a und 11b ab der vierten Injektion neben der Ordinations- bzw. Besuchsgebühr nicht verrechenbar, ausgenommen bei antituberkulösen Injektionskuren.</i>	
11c Intravenöse Injektion	6
bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	4
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11e Eigenblutinjektion	10
<i>(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)</i>	
11f Intraarterielle Injektion	20
11g Intracardiale Injektion	15
11h Subconjunctivale Injektion	7
11i Parabulbare Injektion	6
11k Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknötchen (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11m Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	80
11n Injektion an das Peritoneum	12
11o Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	20
11p Intrasinuöse Injektion	20
11q Krampfaderverödung pro Injektion	6
11s Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknötchen pro Injektion ..	6
11u Periarticuläre Gelenksinjection (ein großes oder mehrere kleine Gelenke)	18
11v Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)	

12. Infiltrationen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a Subcutane Infiltration	7
12b Intramusculäre Infiltration	7
12c Praesacrale Infiltration (nach Pendl)	80
12d Perineurale Infiltration	18
13. Infusionen	
Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a Subcutane Infusion	20
13b Intravenöse Infusion	25
13d Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
13e Erste intravenöse Novocain-Infusion	35
13f Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion	12
13g Intraarterielle Infusion	40
14. Implantationen	
14a Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35
15. Impfung	
15a Diagnostische Impfung	
(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest, o.ä. Allergieproben)	6
15b Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspal o.ä.)	5
16. Punktion (diagnostisch)	
16a Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervennadelbiopsie	14
(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthesie)	
16b Aus Gelenken	30
16c Aus der Brust- oder Bauchhöhle	70
16d Aus dem Herzbeutel	120
16e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
16f Suboccipitalpunktion	100
16g Vaginale Probepunktion (Douglas)	30
16h Sternalpunktion	40
16i Punktion der Prostata	30
(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i und 37k)	
17. Punktion (therapeutisch)	
17a Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszeß oder Serom	20
17b Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h Aus dem Wasserbruch	20
17i Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k Aus der Harnblase	45
18. Betäubung – Wiederbelebung	
18a Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	2
18b Rauschnarkose (auch Trilene)	15
18c Infiltrationsanaesthesie	10
18d Leitungsanaesthesie	18
18e Intravenöse Narkose	30
18f Lumbalanaesthesie	80
18g Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwand-entschädigung	30

18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	40
19.	Endoskopien (Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)	
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	20+RI
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	35+RI
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	45+RI
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie)	60+RII
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	70+RIII
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	85+RI
	<i>Nicht neben Pos. 19s verrechenbar.</i>	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RIII
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	120+RIII
	<i>Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.</i>	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	75+RIV
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	110+RIII
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums, mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	151+RIII
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglasinstrumentes (Coloskopie)	151+RIII
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	235+RIII
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	450+RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel einwurzelig	4
	mehrwurzelig	6
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	10
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	15

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

22. Untersuchungen		
22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	10
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	10
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	10
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	10
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	10
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	10
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie).....	20
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	3
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie beidseitig	5
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe, beidseitig – nicht neben Pos. 22i verrechenbar	15
22k	Untersuchung mit dem Exoptalmometer oder der Durchleuchtungslampe	10
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	5
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o	Schirmertest	5
23. Fremdkörperentfernung		
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingeebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	20
24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen		
24a	Wimperepilation	15
24c	Spaltung des Hordeolums	15

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

25. Wundversorgung		
25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)	16
25b	Abtragung einer großen Brandblase	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	14
26. Kleine operative Eingriffe		
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung).....	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	15
26c	Abtragung einer Eiterblase	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	6
27. Verbände		
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	30

27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax.....	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	15
27i	Aufteilung eines Gipsverbandes	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	30
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	10
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen; je Seite	29
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blaudruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	
29.	Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	15
29b	Alle übrigen Knochen	30

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30.	Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	15
	<i>(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)</i>	
30c	Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	50
30e	Zellentnahme für zytologische Untersuchung	8
	<i>ab 1.10.2000 neu:</i>	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	7
30f	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	4
30g	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	3
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	7
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	4
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	
31.	Geburtshilfe	
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	30
31b	Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden.	100

	Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	
31c	Manuelle Muttermunddilataion	25
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	25
31e	Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit	30

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

32.	Untersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je	16
32b	Tonschwellenaudiometrie	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>	
32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	50
32e	Sprachaudiometrie	40
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur durch Fachärzte für H in 10 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
	<i>Die Untersuchung umfaßt beide Ohren.</i>	
33.	Therapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	12
33d	Nasentamponade nach Bellocq	50
33e	Cerumenentfernung je Ohr	6
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	8
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	45
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k	Attic-Spülung	8
33l	Vordere Nasentamponade	20
33m	Speichelgangsondierung	10

VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE

34.	Elektrokardiogramm	
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	69
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	14
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	14
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	18
34h	Rheokardiographie, Rheoangiographie	40
34i	Phonokardiographie	40
	<i>Die Position 34i wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführte Leistung 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>	
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebral geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und	30

	orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	7
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung	17
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) – AN.L. –	17
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie Broncholyse) – L. –	24
34p	Messung der Atemwegwiderstände – L. –	7
	Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv.	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

35b	Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“) – K(KNP)	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35d	Elektroenzephalographie (einschließlich Provokationsmethode)	120
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“) / neurologisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3“) - K(KNP)	26
	<i>Eine Ordination/Visite ist gleichzeitig nicht verrechenbar. Verrechenbar auch für Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35f	Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation - K(KNP)	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
35h	ENG (Elektroneurographie) – N	68
35i	EMG (Elektromyographie) – N	68
35j	ENG + EMG (Elektroneurographie und Elektromyographie) – N	108
	<i>Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10 % der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	35
	1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.	
	2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern.	
	<i>Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Eine Grundleistung ist einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention)	98
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung einer Erstordination ist nicht möglich. Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45</i>	

	<i>Minuten verrechnet werden.</i>	
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP) <i>Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar.</i> <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfall es verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i> <i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	98
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i> <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e sowie 36f ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfall es verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i> <i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	98
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten <i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i> <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36f sowie ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfall es verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i> <i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	49
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit <i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich. Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfall es verrechenbar. Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i> <i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	11

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

37.	Untersuchungen	
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
37h	Dreigliederprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	10
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) 1. und 2. Biopsie je	45
37k	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) ab der dritten Biopsie je <i>(bis maximal vier weitere verrechenbar, darüber mit medizinischer Begründung)</i>	15
38.	Therapeutische Verrichtungen	
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	10
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	5
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	10
38d	Blasenspülung	4

38e	Erste Strikturedehnung der Harnröhre	16
38f	Weitere Strikturedehnung	8
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	5
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre	10
38i	Tiefe Instillation	3
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D	4
	<i>höchstens verrechenbar in 10 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)</i>	
38k	Kühlsonde	8
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen.....	15
38m	Kautik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e)	15
38n	Elektrolyse	15
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	8
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	40
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	140
38r	Anwendung von Kohlensäureschnee je Sitzung	15
38t	Prostatamassage	5
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	10
38v	Hautfunktionsprüfung als Lappchenprobe	6
38w	Blaseninstillation mit Zytostatika	19
38x	Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation	16
38y	Phototherapie, je Behandlung,	11,1
38z	Photochemotherapie, je Behandlung,	14,9

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

40. Diagnostik

40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung.....	Euro 175,00
	Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar	
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	Euro 44,00
40c	Diagnostische Außenanamnese	Euro 33,00
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	Euro 44,00
40e	Neurologischer Status	Euro 28,00
40f	Entwicklungsneurologischer Status.....	Euro 65,00
	2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	Euro 65,00
40h	Somatischer Status.....	Euro 11,00
40i	Somatogramm	Euro 11,00
	Bei jedem Kontakt	
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	Euro 350,00
	1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten	
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik.....	Euro 175,00
	2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten	

41. Behandlung

41a	Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument.....	Euro 66,00
-----	--------------------------------------------------------	------------

41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	Euro 175,00
	Bei max. 10% der Patienten	
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	Euro 33,00
42.	Vernetzungsleistung	
42a	Koordination bei Patienten	Euro 22,00
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	Euro 175,00
	1x pro Jahr; max. 20% der Patienten	
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	Euro 44,00
	1x pro Jahr	
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	Euro 11,00

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Pro Patient kann eine Anfang- und Endordination verrechnet werden, weitere Ordinationen nur dann, wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist, was kurz zu begründen ist.
3. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVA einzuholen.

1.	Massage	
	p 1a Manuelle Massage	12
	p 1b Apparatmassage	6
	p 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2.	Gymnastik	
	p 2a Einzelheilgymnastik	13
	p 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6
	p 2c Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
	p 2d Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschiene	15
	p 2f Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
	p 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
	p 3b Quarzbestrahlung	8
	p 3c Heißluft	8
	p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
	p 3e Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
	p 3f Zellenbad	11
	p 3g Iontophorese	10
	p 3h Diathermie	10
	p 3i Kurzweile	12
	p 3k Ultraschall	16
	p 3l Anwendung der elektrischen Lunge	18
4.	Inhalationen	
	p 4a Dampfinhalation	5
	p 4b Aerosolinhalation	10

5.	Buckybestrahlung	
	p.5a Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40
6.	Klimakammer	
	p.6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
	p.7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
	p.7b Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVA von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVA 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 Zuweisung 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 SVA 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. Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

Fachärzte für Gynäkologie	32
Fachärzte für Innere Medizin	69
Fachärzte für Radiologie	94
Fachärzte für Urologie	124

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.
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 SVA vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befund-durchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.

9. Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

Ultraschalldiagnostik

Abdomen und Retroperitoneum

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.U.C.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta) – R.C.I.K.U.	48
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (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) – G.	48
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.U.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.U.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53

Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.

Small-parts-Diagnostik

SP 1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse – R.I.C.K.	48
SP 2	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) – R.H. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos.Nr. SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen	70
SP 3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis – H.	12
SP 5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite) – R.	25
SP 6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten) – R.C.	22
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste – R.O.U.C.	41
SP 9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht – R.K.O.	59
SP 10	Sonographie des Scrotalinhaltes – R.K.U.C.	48

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I. <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	29
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I. <i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	29
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N.	44

	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Peritorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N.	17
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	

Farbduplex-Diagnostik

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems – R.I.N.	86
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>	
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild – R.C(G).I.K.	15
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta – R.C.I.	37
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes – D.I.C(G).R.	73
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen – D.I.C(G).R.	73
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I.	67
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I.	146
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; 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 SVA 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 Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen SVA 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 Pos. Nr. A1 oder A2 und von Fachärzten nach Pos. Nr. E11 bzw. E12 oder E3 verrechnet werden.

6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen mindestens ein Jahr aufbewahrt werden.

Pos.-Nr.		Honorar und Unkosten Punkte
Durchleuchtungen:		
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	26
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	28
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	45
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	50
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	18
r 4f	Zuschlag zur Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
r 4g	Zuschlag zur Pos. r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durch- leuchtung mittels elektronischer Geräte	19
Aufnahmen:		
r 5a	Aufnahme 9x12	20
r 5b	Aufnahme 13x18	22
r 5c	Aufnahme 18x24	24
r 5d	Aufnahme 15x40	26
r 5e	Aufnahme 24x30	28
r 5f	Aufnahme 30x40	33
r 5g	Aufnahme 35x35	35
r 5h	Zahnfilm	14

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 SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination 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. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das

Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVA verrechnet.

8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVA direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.
9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	60
II	135
III	235
IV	450
V	765
VI	1115

2. Ärztliche Assistenz

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	45
IV	85
V	140
VI	225

3. Narkose (außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	85
VI	115

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.

4. Narkose durch den Facharzt für Anaesthesiologie

Gruppe	Punkte
I	-
II	30
III	35
IV	70
V	210
VI	280

V und VI nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i.v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 3. anzuwenden. Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung unter Operationsgruppe IV verrechenbar.

5. 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	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE Gruppe I

Pos.-Nr.		Fachgebiet
0 1a	Incision bei Dakryocystitis	A.
0 1b	Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D.
0 1c	Operation des Chalazion	A.
0 1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	A.
0 1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
0 1f	Kanthoplastik mit Naht	A.
0 1g	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege (einmal im Abrechnungszeitraum verrechenbar)	A.
0 1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
0 1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
0 1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere 1/2 Gruppe I)	A.
0 1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

0 2a	Tarsorrhapie	A.
0 2b	Tränendrüsensichelung	A.
0 2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
0 2d	Epicanthusoperation	A.
0 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht)	A.
0 2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
0 2g	Operation des Pterygium	A.
0 2h	Abrasio corneae	A.
0 2i	Tätowierung der Cornea	A.
0 2k	Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o.ä.	A.
0 2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
0 2m	Nadeldiscission bei angeborener Katarakta	A.
0 2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

0 3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
0 3b	Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
0 3c	Exstirpation des Tränensackes	A.
0 3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
0 3e	Trichiasisoperation	A.
0 3f	Sklerotomie	A.
0 3h	Discission bei Katarakta secundaria	A.
0 3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.
0 3k	Transfixation der Iris	A.
0 3l	Iridotomie	A.
0 3n	Tenotomie	A.

Gruppe IV

0	4a	Schieleroperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
0	4b	Einfache Ptosisoperation	A.
0	4f.	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	A.
0	4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik.....	A.
0	4k	Iridektomie.....	A.
0	4l	Enucleatio bulbi.....	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und 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

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 (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein).....	C.H.NC.O.
0	8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
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 einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Excision), z.B. Angiom, Nävus, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm einschließlich Naht- und Wundversorgung	
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 Konserve	
0	8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
0	8o	Amnionpflanzung nach Filatow	C.G.
0	8p	Probeexcision mit Naht	
0	8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	

Gruppe II

0	9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	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	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
0	9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
0	9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
0	9h	Operative Entfernung (inkl. Naht) einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser (Excision) z.B. Fibrom, Nävus, Atherom, Lipom, Schloffer-tumor, Angiom, Epitheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom	
0	9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
0	9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
0	9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
0	9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	

0	9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
0	9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
0	9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
0	9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
0	9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
0	9s	Drüsenimplantation	

Gruppe III

0	10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
0	10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
0	10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung	C.NC.O.
		(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
0	10d	Sehennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
0	10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger, u.ä.)	C.D.H.O.
0	10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
0	10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C.O.
0	10h	Operative Entfernung (inkl. Naht und erforderlichenfalls Anästhesie) einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser (Excision), z.B. Lipom, Fibrom, Nävus, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket, Adenoma mammae, Angiom, Rectalpolypen	C.D.O.
0	10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
0	10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
0	10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis	C.
0	10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis	C.I.NC.
0	10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
0	10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.U.
0	10r	Radikaloperation von Varicen	C.D.O.
		(mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	
0	10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.

Gruppe IV

0	11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C.O.
0	11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C.O.
0	11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.NC.O.
0	11d	Sehennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C.NC.O.
0	11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
0	11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	C.G.O.U.NC.
0	11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke ..	C.O.
0	11h	Tracheotomie	An.C.H.K.NC.
0	11i	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C.NC.
0	11r	Nodulixstirpation nach Whitehaed	C.
0	11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.NC.O.
0	11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus	C.U.
0	11x	Reamputation	C.O.
0	11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.

Gruppe V

0	12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C.H.
0	12c	Neurolyse mit Naht	C.NC.O.

0	12d	Sehnenplastik	C.O.
0	12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx ...	C.H.
0	12h	Scalenotomie	C.O.
0	12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.D.H.O.
0	12v	Amputation oder Enukeation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.O.
0	12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
0	12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.NC.O.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

0	16a	Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumores	C.D.
0	16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.

Gruppe II

0	17a	Excision einer Sklerose	C.D.G.U.
0	17b	Exstirpation eines Epithelioms	A.C.D.G.H.

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

0	18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
0	18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
0	18c	Incision eines Bartholin'schen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
0	18d	Strichabrasio	G.
0	18e	Abtragung eines Cervicalpolypen	G.
0	18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
0	19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
0	19b	Dammnaht I. Grades	G.
0	19c	Auffüllung der Placenta nach Gabastou	G.

Gruppe II

0	20a	Exstirpation des Hymens	G.
0	20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
0	20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
0	20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	G.
0	20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
0	20f	Skarifikation der Portio	G.
0	20g	Discission der Cervix, Cervixdilatation mit Hegarstiften	G.
0	20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	G.
0	20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
0	20k	Pertubation	G.
0	20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
0	21a	Credé in Narkose	G.
0	21b	Dammnaht II. Grades	G.
0	21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.
0	21d	Ausgedehnte introitusnahe Scheidennaht	G.
0	21e	Kopfschwanzzange	G.
0	21f	Muttermundincision	G.
0	21g	Hystereuryse	G.
0	21h	Episiotomie und Naht	G.

Gruppe III

0	22a	Labienresektion	G.
0	22b	Exstirpation der Bartholin'schen Drüse	C.G.U.
0	22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
0	22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
0	22e	Portioamputation und -plastik	G.
0	22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors (Schloffertumor)	G.

0	22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)	G.
0	22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
0	23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
0	23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
0	23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
0	23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
0	23e	Zange, Vacuumextraction	G.

Gruppe IV

0	25a	Kombinierte Wendung	G.
0	25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternah	G.
0	25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta	G.
0	25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	G.
0	25e	Hohe Zange	G.

Gruppe VI

0	29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
---	-----	-----------------------------------------------	----

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

0	31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
0	31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
0	31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
0	31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle	H.K.
0	31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
0	31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
0	31g	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses	C.H.
0	31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
0	31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
0	31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

0	32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)	H.
0	32b	Intubation	C.H.I.K.
0	32d	Kleine plastische Operationen	C.H.
0	32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen	H.K.
0	32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen	H.K.
0	32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck	H.
0	32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	H.
0	32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	H.
0	32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	H.

Gruppe III

0	33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	H.
0	33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0	33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
0	33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
0	33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 11/2fach)	H.
0	33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
0	33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
0	33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

0	34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
0	34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0	34c	Größere plastische Operationen	C.H.
0	34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.

0	34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stimmhöhle von der Nase aus	H.
0	34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
0	34h	Operation der Deviatio septi nach Killian	H.
0	34i	Ozaena-Operation	H.
0	34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.

**INNERE MEDIZIN, KINDER- und JUGENDHEILKUNDE,
LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE und
PSYCHIATRIE, ANAESTHESIOLOGIE**

Gruppe I			
0	38a	Pneumothorax-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
0	38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (11/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I.L.
0	38c	Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Encephalographie) 11/2fach	An.C.H.I.N.
0	38d	Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
0	38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 11/2fach	An.C.I.N.
0	38f	Nucleographie	

Gruppe II			
0	39a	Pneumothorax-Erstanlage	An.I.K.L.
0	39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage	I.K.L.
0	39c	Liquorausblasung	C.I.K.L.N.
0	39d	Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV			
0	41b	Winterschlaf (Hibernation), (als Hausbehandlung) einschließlich Betreuung	An.N.

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE
(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Das Material für fixierende Verbände ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.

Gruppe I			
0	42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
0	42c	Subcutane Tenotomie	C.O.
0	42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'schen Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
0	42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C.O.
0	42f	Halskrawatte	C.O.
0	42g	Modellverband: Oberschenkel (11/2fach)	C.O.

Gruppe II			
0	43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. 0 43i oder 0 44p zu verrechnen) ..	C.O.
0	43c	Offene Tenotomie	C.O.
0	43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
0	43e	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
0	43f	Abmeißelung von Exostosen	C.O.
0	43g	Operation des Calcaneussporns	C.O.
0	43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 0 44f oder 0 44g zu verrechnen)	C.O.
0	43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation ..	C.O.

Gruppe III

0	44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
0	44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
0	44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.
0	44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
0	44e	Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
0	44f	Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
0	44g	Gipshose	C.O.
0	44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
0	44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
0	44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
0	44l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
0	44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
0	44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 0 44f oder 0 44g zu verrechnen)	C.O.
0	44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C.O.
0	44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation ..	C.O.

Gruppe IV

0	45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. 0 43i oder 0 44p zu verrechnen)	C.O.
0	45b	Gipsbett	C.O.
0	45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
0	45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	C.O.
0	45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
0	45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
0	45g	Operation des hohen Calcaneus	C.O.
0	45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
0	45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk	C.O.
0	45m	Plastik kleiner Gelenke	C.O.
0	45n	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
0	45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

0	46a	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
0	46g	Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
0	46l	Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
0	46m	Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniskusoperation)	C.O.

UROLOGIE

Gruppe I

0	48a	Endourethrale Elektrocoagulation	D.U.
0	48b	Meatotomie	D.U.

Gruppe II

0	49a	Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
0	49b	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
0	49c	Urethrotomia interna	U.
0	49d	Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.

0	49e	Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
0	49f	Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

0	50a	Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge	U.
0	50b	Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen .	U.
0	50c	Urethrotomia externa	U.
0	50d	Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.
0	50e	Probeexcision aus der Blase	U.

Gruppe V

0	52a	Lithotripsie	U.
---	-----	--------------------	----

C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Wenn der Patient zur physikalischen Therapie zugewiesen wird, kann eine erste Untersuchung nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden. Bei Beendigung der jeweiligen Behandlung kann eine Schlussordination nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden.
2. Die physikalische und Bestrahlungstherapie ist pro Behandlungsfall für höchstens zwei Behandlungsarten bis zu je 20 Behandlungseinheiten bewilligungsfrei. Für jede darüber hinausgehende Behandlung ist die vorherige Zustimmung der SVA einzuholen.

Pos.Nr.	Punkte
1. Massage	
P 1a Manuelle Massage	12
P 1b Apparatmassage	6
P 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2. Gymnastik	
P 2a Einzelheiligymnastik	13
P 2b Extensioinsbehandlung, Quengeln	6
P 2c Heiligymnastik in der Kleingruppe	5
P 2d Extensioinsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschiinge	15
P 2f Extensioinsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
P 3b Quarzbestrahlung	8
P 3c Heißluft	8
P 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
P 3e Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten.....	10
P 3f Zellenbad	11
P 3g Iontophorese	10
P 3h Diathermie	10
P 3i Kurzwele	12
P 3k Ultraschall	16
P 3l Anwendung der elektrischen Lunge	18
4. Inhalationen	
P 4a Dampfinhalation	5
P 4b Aerosolinhalation	10
6. Klimakammer	
P 6a Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25

7.	Hydrotherapie und Packungen	
	P 7a Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
	P 7b Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtung verrechnet werden; 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, sofern sie auf Grund 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 wird im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherungsanstalt und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
4. In jenen Positionen, in denen Kombinationen von einzelnen Untersuchungen enthalten sind, darf die Summe von einzelnen Untersuchungen die Honorarsumme einer kompletten Untersuchung aus der jeweiligen Positionsgruppe nicht übersteigen.
5. Schnelltests (Streifen, Tabletten o.Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
6. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der Laboratoriumsuntersuchungen nötigen Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe und dgl. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten, mit Ausnahme applizierter Medikamente oder Testsubstanzen.
7. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte als Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
8. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde müssen mindestens drei Jahre hindurch aufbewahrt werden. Ein von der Sozialversicherungsanstalt bevollmächtigter Arzt kann im Einvernehmen mit der Kammer Einsicht in die Unterlagen nehmen.
10. Notwendige Laborleistungen, die im Honorartarif noch nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der Sozialversicherungsanstalt und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

**Gruppe 1
HÄMATOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

Pos.Nr.		Punkte
1.01	Blutbild	4,0
1.04	Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09	Retikulozyten-Zählung	6,0
1.11	o Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
1.12	o Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	200,0
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	2,0
1.16	o HLA-B 27..... (nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar)	20,0
1.17	o Leukozytendifferenzierung < 5 Typ. Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.	20,0
1.18	o Leukozytendifferenzierung 5 – 10 Typ. bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	80,0
1.19	o Leukozytendifferenzierung > 10 Typ. bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	150,0

**Gruppe 2
BLUTGERINNUNG**

Pos.Nr.		Punkte
2.01	o Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	10,0
2.03	+ Thrombozyten-Zählung	3,0
2.04	+ Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“	5,0
	nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar	
2.05	+ Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	5,0
	Nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar	
2.06	+ Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	5,0
2.07	o Thrombinzeit (TZ)	5,0
2.08	o Fibrinogen	4,5
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5
2.10	o Antithrombin III-Bestimmung	10,0
2.11	o APC-Resistenz	8,0
	nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening	
2.12	o Protein C	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
2.13	o Protein S	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	
2.14	o Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je Einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar	15,0
2.15	o Lupusantikoagulans	14,0
	Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT	

**Gruppe 3
STOFFWECHSELUNTERSUCHUNGEN**

Pos.Nr.		Punkte
3.01	+ Blutzucker-Bestimmung - U	1,2
3.02	o Fruktosamine	4,7
	nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar	
3.03	o HbA1 oder HbA1c	9,4
	nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar	
3.04	+ Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN - U	1,2
3.05	+ Kreatinin – U	1,2
3.06	+ Harnsäure – U, O	1,2

3.07	+	Gesamtbilirubin	1,2
3.08	+	Direktes oder indirektes Bilirubin	1,2
3.09	+	Gesamteiweiß-Bestimmung	1,2
3.10	o	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	10,0
3.11	+	Triglyceride (Neutralfette)	1,2
3.12	+	Gesamtcholesterin	1,2
3.13	+	HDL-Cholesterin	1,7
3.14	+	LDL-Cholesterin	1,7
3.15	o	Natrium	1,2
3.16	+	Kalium	1,2
3.17	o	Kalzium	1,2
3.18	o	Chloride	1,2
3.19	o	Phosphor	1,8
3.20	o	Magnesium	1,8
3.21	o	Lithium	2,5
		nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	
3.22	o	Kupfer	6,0
3.23	o	Eisen	2,5
3.24	o	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	6,0
		nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar	
3.25	o	Ferritin	3,0
3.26	o	Albumin	1,5
3.27	o	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28	o	Transferrin	3,0
		nicht neben Pos. 3.24 verrechenbar	
3.29	o	Ammoniak	2,5
		nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
3.30	o	Laktat	2,5
		nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)	

**Gruppe 4
ENZYME**

Pos.Nr.			Punkte
4.01	o	Aldolase	2,5
4.02	+	Alkalische Phosphatase - U	1,2
4.03	+	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	2,0
4.04	+	Cholinesterase	1,2
4.05	+	CK (Creatin-Kinase)	2,0
4.06	+	CK-MB-Isoenzym	3,0
		nur bei Infarktverdacht verrechenbar	
4.07	+	GOT (ASAT) - U	1,2
4.08	+	GPT (ALAT) - U	1,2
4.09	+	Gamma-GT - U	1,2
4.12	o	Lipase-Bestimmung	1,8
4.13	o	LDH	1,2
4.15	o	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	9,0
4.16	o	Myoglobin	5,0
		nur bei Infarktverdacht verrechenbar	

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.

**Gruppe 5
HARN(URIN)UNTERSUCHUNGEN**

Pos.Nr.			Punkte
5.01		Chemischer Harnbefund mittels Streifentest incl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung	1,0
		mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	
5.02		Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	1,0
		auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar,	

	nicht neben Position 5.01 verrechenbar	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Pos. 5.01 oder 5.02)	3,0
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	3,0
5.06	o Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine)	10,0
5.07	o Porphobilinogen	10,0
5.08	o Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	15,0
5.09	o 5-Hydroxyindolessigsäure	15,0
5.10	+ Mikroalbumin	1,0
5.11	o Gesamteiweißbestimmung	1,2
5.13	+ Glukose	1,2
5.15	o Kreatinin	1,2
5.17	o Natrium	1,2
5.18	o Kalium	1,2
5.19	o Kalzium	1,2
5.20	o Chloride	1,2
5.21	o Phosphor	1,2
5.22	o Kupfer	25,0
5.23	+ Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,8

Katecholamine - siehe Gruppe 14

Gruppe 6 KONKREMENTUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
6.01	o Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15,0

Gruppe 7 STUHLUNTERSUCHUNGEN

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

Gruppe 8 SEKRETUNTERSUCHUNGEN

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

Gruppe 9 PUNKTATUNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.		Punkte
9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	5,0
	nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar	
9.02	Sediment nativ und Färbepräparat	5,0
	nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar	
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	Harnsäure – O.....	2,0
9.10	o	LDH.....	2,0
9.11	o	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5

**Gruppe 10
BLUTGRUPPENSEROLOGIE**

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

**Gruppe 11
IMMUNOLOGISCH-SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN**

Pos.Nr.			Punkte
11.01	o	Immunelektrophorese oder Immunfixation nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	25,0
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) nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar	13,0
11.08	o	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
11.09	o	HBs-Antigen	9,0
11.10	o	HBs-Antikörper	9,0
11.11	o	HBc-Antikörper	9,0
11.12	o	HBc-IgM-Antikörper	13,0
11.13	o	HBe-Antigen	13,0
11.14	o	HBe-Antikörper	13,0
11.15	o	HAV-Antikörper	10,0
11.16	o	HAV-IgM-Antikörper	11,5
11.17	o	nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar Lipoid-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	3,5
11.23	+	Antistreptolysin-O-Objektträger-test qual.	3,5
11.24	o	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	3,5
11.25	+	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qual.	3,0
11.26	o	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	3,0
11.30	+	Mononukleostest als Objektträger-test	5,0
11.32	o	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM).....	5,0

11.33	o	IgE	7,0
11.34	o	Suchtest auf mindestens 6 Allergene bei positiven Suchtest (11.33) verrechenbar	32,0
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	Allergeneinzelttest (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 zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr ver- rechenbar	7,0
11.43	o	Freies PSA	5,0
		in max. 10% der Pos. 11.42	
11.44	o	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
		nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chron- ische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist	
11.45	o	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46	o	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
		nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyper- thyreose anforder- und verrechenbar	
11.47	o	C3-Komplement	10,0
11.48	o	C4-Komplement	10,0
11.49	o	ANA-Subsets	9,0
		nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar	
11.50	o	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM), je	11,3
		max. 3 AK	
11.51	o	c-ANCA oder p-ANCA	12,0
		max. 2 AK pro Erkrankungsfall	
11.52	o	Gliadin-AK	10,0
		nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar	
11.53	o	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	10,0
		bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar	
11.54	o	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3	14,0
		nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel	
11.55	o	Vitamin B12.....	11,0
		nur zur Anämieabklärung	
11.56	o	Folsäure	11,0
		nur zur Anämieabklärung	

Gruppe 12

MIKROBIOLOGISCH-SEROLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Pos.Nr.			Punkte
12.01		Nativpräparat	3,0
12.02	+	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc - L	5,0
12.03	+	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung - L	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	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate - D	9,0
12.07	o	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate - D .	9,0
12.08	o	Kultur auf Mykoplasmen	11,0
12.10	o	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je höchstens 2 Subkulturen verrechenbar	7,0
12.11	o	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	20,0

12.12	+	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) - D, U	4,0
12.13	o	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
12.16	o	Brucella AK KBR	8,0
12.17	o	Chlamydien – Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18	o	Echinokokken KBR.....	8,0
12.19	o	Gruber–Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20	o	HIV-AK (Elisa)	9,0
12.21	o	HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
		nur bei positivem HIV-AK (Elisa)-Test verrechenbar	
12.23	o	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24	o	Röteln-IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
		nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar	
12.25	o	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27	o	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
		Nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar	
12.28	o	Zystizerkosen KBR	8,0
12.29	o	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20,0
12.31	o	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32	o	Amöben-AK	15,0
12.33	o	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
12.34	o	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
12.37	o	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je.....	15,0
12.38	o	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	10,0
12.40	o	Echinokokken HAT	10,0
12.41	o	Enteroviren KBR.....	8,0
12.44	o	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
12.46	o	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
12.47	o	Gonokokken-Antigen (EIA).....	15,0
12.48	o	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.50	o	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.52	o	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.53	o	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
12.55	o	Listerien KBR.....	8,0
12.56	o	Leishmaniose KBR, HAT.....	10,0
12.58	o	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.59	o	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.62	o	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je.....	15,0
12.63	o	Picorna Virus KBR	8,0
12.64	o	Qu-Fieber KBR	8,0
12.65	o	Rota Viren KBR	8,0
12.66	o	Trichinose KBR.....	8,0
12.67	o	Trichinose IFT, EIA	15,0
12.68	o	Tularämie (KBR, Agg. T)	15,0
12.70	o	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.71	o	Yersinia KBR	8,0
12.73	o	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
12.74	o	Zystizerkosen IFT	10,0
12.75	o	Helicobacter pyloricus AK-Nachweis - C.I.	15,0
		nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar	
12.76	o	Borrelie, IgG oder IgM-AK	15,0
12.77	o	Borrelie-Westernblot IgG oder IgM	15,0
		bei positiven Borrelie	
12.78	o	HCV-RNS quantitativ	100,0
		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 anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar	

12.79	o	HCV-PCR qualitativ	35,0
		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 verrechenbar	
12.80	o	HPV-Typisierung	41,0
		bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernruhe) anforder- und verrechenbar	
12.81	o	Cytomegalie-PCR	70,0
		nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)	
12.82	o	Helicobacter pylori AG im Stuhl	30,0
		nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therpiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist	
12.83	o	Bordetella pertussis PCR	28,0
12.84	o	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	5,0
		nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar	
12.85	o	HIV PCR quantitativ	80,0
		nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal	
12.86	o	Stuhlkultur	17,0
		max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
12.87	o	Clostridientoxin	20,0
		Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar	

Gruppe 13

KONZENTRATIONSBESTIMMUNGEN VON PHARMAKA UND DROGEN

Pos.Nr.			Punkte
13.01	o	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)	10,0
		höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und Quartal verrechenbar Lithium – siehe Gruppe 3	
13.02	o	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	10,0
13.06	o	Theophyllin	10,0
13.07	o	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je	6,0
		Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	
13.08	o	Antibiothika, Zytostatika	13,0
13.09	o	Schwermetalle	20,0
		bei dringendem Vergiftungsverdacht	

Gruppe 14

HORMONE

Pos.Nr.			Punkte
14.01	o	Gesamt-T4 oder freies T4	6,0
		nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	
14.02	o	Gesamt-T3 oder freies T3	6,0
		nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	
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
		höchstens zwei verrechenbar	
14.09	o	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z.B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
		höchstens zwei verrechenbar	
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
14.25	o	DHEA-S	10,0
14.26	o	ACTH	18,0
14.27	o	Androstendion	13,0

Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

Gruppe 15 FUNKTIONSPROBEN

Pos.Nr.		Punkte
15.01	+ Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens 3 Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	5,0
15.02	+ Kreatinin-Clearance endogen - U	5,0
15.03	o TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,0

Gruppe 16 HISTOLOGIE – ZYTOLOGIE

Pos.Nr.		Punkte
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
	<i>Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9</i>	
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

Pos.Nr.		Punkte
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
	einmal pro Patientin und Quartal verrechenbar	

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

1. Dieser Tarif gilt nur für Vertragsfachärzte für Radiologie.
2. Die technische Einrichtung der Vertragsfachärzte für Radiologie muss den jeweils geltenden Bestimmungen der Österreichischen Ärztekammer entsprechen.
3. Die Untersuchungen und Behandlungen können nur über ärztliche Zuweisung erfolgen.
4. Die Kosten sämtlicher in der Röntgendiagnostik erforderlichen Kontrastmittel sind in den Unkosten nicht inbegriffen, sondern werden von der SVA getragen. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Bundesland bestehenden Pools in natura beige stellt werden, werden sie vom Radiologen dem Patienten auf Kassenrezept verschrieben oder unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft abgerechnet.

Es wird festgestellt, dass zur Untersuchung folgende Bariumeinheiten à 50 g notwendig sind.

Für die Untersuchung von:	Magen und Duodenum	3 Einheiten
	Magen-Darmtrakt	6 Einheiten
	Oesophagus	3 Einheiten
	Irrigoskopie	6 Einheiten
	Appendix	3 Einheiten
		je Füllung.

5. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Tarif ersichtlichen textlichen Bezeichnungen 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. Bei Verrechnung von röntgendiagnostischen Leistungen ist die Größe und Anzahl der Filme und die Art der Durchleuchtung anzugeben.
6. Bei Zahnstatus dürfen höchstens 12 Filme, d.s. 6 Filme je Kiefer verwendet werden.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Pos.-Nr.	Honorar	Punkte
Für die ärztliche Tätigkeit bei der Röntgenuntersuchung im Zuge der Durchleuchtung oder Aufnahme eines Organes beträgt das Honorar:		
R 1a	Für die erste röntgenologische Leistung am gleichen Tage	24
R 1b	Für jede weitere röntgenologische Leistung	13
<i>Das erste Honorar wird bei der ersten röntgenologischen Leistung berechnet. Auch die Durchleuchtung gilt als selbständige Leistung. Für jede weitere Aufnahme bzw. Durchleuchtung ist das Honorar von 13 Punkten zu rechnen. Bei Zahnfilmen kommen für den 1. bis 3. Film das erste Honorar (24 Punkte), für je weitere 3 Zahnfilme das weitere Honorar (13 Punkte) in Anrechnung.</i>		

Pos.-Nr.		Punkte
3. Sonderleistungen:		
R 3a	Darmeinlauf	12

R 3b	Fistelfüllung	8
R 3c	Füllung der Blase	10
R 3d	Subcutane Injektion	4
R 3e	Intramuskuläre Injektion	4
R 3f	Intravenöse Injektion	6
R 3g	Intraarterielle Injektion	20
R 3h	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke)	30
R 3i	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke)	50
R 3k	Intravenöse Injektion von Kontrastmitteln bei Pyelographie, Cholangiographie, Cholecystographie und Cholecystangiographie, je	12

Falls andere Sonderleistungen im Zusammenhang mit der Durchführung einer Röntgenleistung durch den Facharzt für Radiologie durchgeführt werden, sind sie nach dem Tarif für Fachärzte zu verrechnen.

Unkosten

Pos.-Nr.		Punkte
4. Durchleuchtungen:		
R 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	15
R 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei	20
R 4c	Dreimalige Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei	45
R 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	32
R 4e	Motilitätsprüfung	20
R 4f	Zuschlag zur Pos. R 4a und R 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	13
R 4g	Zuschlag zur Pos. R 4b, R 4c und R 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	19

5. Aufnahmen:

R 5a	Format 9x12	15
R 5b	Format 13x18	19
R 5c	Format 18x24	23
R 5d	Format 15x40	25
R 5e	Format 24x30	28
R 5f	Format 30x40	36
R 5g	Format 35x35	38
R 5h	Zahnfilm	7
R 5i	Format 35x43	40
R 5j	Format 30x90	57

Bei der Mammographie sind als erhöhte Unkosten 10 Punkte pro Film (maximal für 3 Filme pro mamma) verrechenbar.

6. Zuschläge für langdauernde und subtile Untersuchungen

R 6a	Zuschlag für Infusionspyelographie, Infusionscholangiographie, Infusionscholecystographie, Infusionscholecystangiographie, je	30
R 6b	Zuschlag für Irrigoskopie	10

RÖNTGENTHERAPIE

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten.

Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit * 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 u.ä.

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 Honorare und Unkosten im Verhältnis der darüber hinaus durchgeführten Sitzungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Wird bei Positionen aus der Tarifgruppe I und II aus medizinischer Indikation eine zweite oder weitere Serie angeschlossen, so muss die vorangegangene Serie mit der Maximalzahl der vorgesehenen Sitzungen erfüllt sein.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I: 80 Punkte			
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 und mykotisch	2-6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	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, unspezifische Lymphadenitis	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	Mikulicz'sche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodonitis	2-6	4
R 9t	Periones	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	Scrophuloderma	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4
10. Tarifgruppe II: 130 Punkte			
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	3
	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4-6	3
R 10e	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6*)	2
R 10i	Mastitis acuta	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2

R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R 10r	Tbc der 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 acuminata	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3

Bei den Positionen R 10m, R 10o, R 10q gelangt die 11/4fache Punkteanzahl zur Verrechnung.

Pos.-Nr.	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
----------	-------------------------------	-------------------------------

11. Tarifgruppe III: 180 Punkte

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, Neurodermatitis	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	2-8	3
R 11m	Osteomyelitis	4-6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens).....	4-6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose.....	4-6	4
R 11t	Schloffer tumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3-4	3

12. Tarifgruppe IV: 280 Punkte

R 12a	Hirndrucksymptome Plexus (chorioideusbestrahlung).....	3	3
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahyperthrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

13. Tarifgruppe V: 310 Punkte

R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4*)	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	4*)	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	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: 340 Punkte

R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, der Lippen, der 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	Wirbelhäangiome	6-10*)	4
Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr

15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte

R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	8-12	4 (5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10-20	3 (4)
R 15c	Fraktionierte Bestrahlung der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen	8-12*)	3

16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte

R 16	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	13-24	3 (4)
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte

R 17	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	25-40	2 (3)
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte

R 18	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Hämoblastosen	41-75	1 (2)
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

Die bei R 14a, 15-18 in Klammer angegebene Maximalzahl der Serien wird nur bei entsprechender medizinischer Begründung anerkannt.

Bei der Abrechnung der Pos. R 15-18 ist vom Arzt die verabfolgte Gesamtdosis anzugeben.

Zu den Tarifgruppen VII (R 15) bis X (R18) erfolgen 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:

R 20a	Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40 Punkte
-------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------

21. Radiumtherapie:

Die Honorierung der Radiumtherapie wird in einer besonderen Vereinbarung zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Österreichischen Ärztekammer festgesetzt.

R 22a	Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z.B. Kontrolle nach Röntgen-[Radium-]therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen-[Radium-]therapie)	15 Punkte
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

MU 1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU 5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI 1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 11,55
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche durchführbar.</i>	
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN 1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU 1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU 2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU 3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU 4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU 5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU 6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU 7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU 8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO 1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH 1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
	<i>Im Zeitraum 1.1.2002 bis 1.1.2004 auch im Rahmen der KU 2 zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat durchführbar.</i>	
KA 1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA 2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS 1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS 2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07
	<i>Im Zeitraum 1.4.2002 bis 1.1.2004 auch zwischen der 12. und 16. Lebenswoche durchführbar.</i>	

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

Sondervereinbarungen zur Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen, die entsprechend der Empfehlung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen sind, können mit Fachärzten für Innere Medizin abgeschlossen werden. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset. Das Honorar je Untersuchung, einmal pro Patient verrechenbar in drei Monaten, beträgt

ERGO	Punkte 136,5
------------	-----------------

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte

Abschnitte der Honorarordnung	Punktwerte ab		
	1.1.2012	1.7.2010	1.1.2011 bis 31.12.2011
A. I bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f und 36a bis 36f), B. und E. (R3a-R3k und R22a)	€ 0,6813		
A. VIII (34a bis 34f)	€ 0,5321		
A. XII Sonographische Untersuchungen Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218		
A. IX (35b, 35e, 35f und 36a bis 36f)	€ 0,6499		
A. XI und C.	€ 0,5115		
A. XIII und E. (R4a-g, R5a-R5j)	€ 0,4690		
D. (für alle übrigen Ärzte)	€ 1,6264 ¹⁾		
E. (R1a, R1b, R6a und R6b)	€ 0,5880		
E. (R9-R18 und R20a)	€ 0,5157		

1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 1.1.2012 folgende Ausnahmen

- a) Werden die Pos.Nrn. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Punktwert von 1,90 € zur Anwendung, ansonsten gilt der Punktwert 1,6264 €.
- b) Wird Pos.Nr. 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Punktwert von 1,90 € zur Anwendung, ansonsten gilt der Punktwert 1,6264 €.
- c) Werden die Leistungen mit den Pos.Nrn. 1.01, 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Punktwert von 1,90 € zur Anwendung, ansonsten gilt der Punktwert 1,6264 €.

100

100

100

100

100

100