

„ARBEITSBEHELFF“

Honorarordnung

für

Ärzte für Allgemeinmedizin

und

Fachärzte

Zusammenfassung der Bestimmungen nach dem

Stand 1.4.2011



Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Inhaltsübersicht

Honorarordnung	3
Abkürzungsschlüssel	3
Allgemeine Bestimmungen	4
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	7
I. Grundleistungen	7
II. Diagnose- und Therapiegespräche	9
1. Ausführliche therapeutische Aussprache	9
2. Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch	10
III. Allgemeine Sonderleistungen	10
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	14
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	15
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	17
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	18
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	19
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	20
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	21
XII. Sonographische Untersuchungen	22
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)	25
B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	26
Operationshonorar	26
Operationsgruppenschema für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte: Augenheilkunde	28
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	29
Haut- und Geschlechtskrankheiten	34
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	34
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	36
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Nerven- und Geisteskrankheiten, Anästhesiologie	37
Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	38
Urologie	40
C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden	42
D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen	43
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	52
Röntgendiagnostik	52
Honorar	54
Unkosten	54
Röntgentherapie	55
F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M)	59
Anhang zur Honorarordnung	
Festsetzung des Punktwertes	61
Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass	61
Medizinische Hauskrankenpflege	62

Honorarordnung

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(gemäß § 27 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang zur Honorarordnung, Seite 61)

Abkürzungsschlüssel

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

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei der BVA versicherte Familienangehörige oder in einer Krankenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der BVA behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzte, die in einer Krankenanstalt oder in einer anderen der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung dort untergebrachter Versicherter und Angehöriger der BVA grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.
3. Krankheits- bzw. Dienstunfähigkeitsbestätigungen, die von berufstätigen Versicherten der BVA für ihre Dienstgeber benötigt werden, sind vom Arzt ohne Anrechnung einer Gebühr auszufertigen, wenn vom Versicherten eine Drucksorte beigebracht wird, in der nur die Krankheit und die voraussichtliche Dauer der Dienstunfähigkeit einzutragen ist.
4. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
5. Soweit Positionen des Tarifes dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVA. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 1, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung der BVA.
6. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohner** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

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

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

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

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

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

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

Im übrigen gelten, insbesondere auch bei Gebieten, die in Orte mit mehr als 5.000 Einwohnern eingemeindet sind, mit diesen aber keine geschlossene Siedlung bilden, die in a) angeführten Bestimmungen sinngemäß.

- c) **Für die Verrechnung von Wegegebühren im Sonntagsdienst** gelten folgende Grundsätze als verbindliche Richtlinie für alle Bundesländer:

Der im Sonntagsdienst (§ 17 des Gesamtvertrages) stehende Vertragsarzt ist berechtigt, Wegegebühren nach den Vorschriften des Punktes 6 lit. b der Allgemeinen Bestimmungen der Honorarordnung zu verrechnen. In den durch die Sonderregelung in § 9 Abs. 2 lit. c und lit. f des Gesamtvertrages erfassten Orten wird ihm für jeden Besuch, für den Wegegebühren im Sinne dieser Vorschriften nicht verrechnet werden können, der Entfernungszuschlag von vier Punkten bei Tag und fünf Punkten bei Nacht geleistet. Diese Regelung gilt auch für Krankenbesuche, die in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr durchgeführt werden. Sonstige, in Ausübung des Sonntagsdienstes am Samstag ab 13 Uhr vorgenommene ärztliche Leistungen werden jedoch nicht nach dem Tarif für Sonntagsleistungen honoriert.

- d) Für **Wien** gilt folgende Regelung:

Vertragsärzten für Allgemeinmedizin gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Arztes und der Wohnung des Versicherten mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. B6 oder B7 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Ortsgebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Ärzte für Allgemeinmedizin Wegegebühren für die im unverbauten Gebiet zurückgelegte Wegstrecke verrechnen, wenn diese mehr als 500 m beträgt.

Vertragsfachärzten gebührt bei Krankenbesuchen, wenn zwischen der Ordination des Facharztes und der Wohnung des Versicherten bzw. der von diesem aufgesuchten Privatkrankenanstalt mit freier Arztwahl mindestens ein Sprengel laut Sprengelteilung für Ärzte für Allgemeinmedizin liegt, der Sprengelzuschlag nach Pos. F7 oder F8 des Honorartarifes für allgemeine Leistungen. Bei Krankenbesuchen im unverbauten Gebiet können, zutreffendenfalls zuzüglich des Sprengelzuschlages, Wegegebühren nach den für Ärzte für Allgemeinmedizin geltenden Bestimmungen verrechnet werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb von Wien können von den Vertragsfachärzten darüber hinaus von der Stadtgrenze an die Wegegebühren für die zurückgelegte Wegstrecke verrechnet werden, wobei Teilstrecken bis 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

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

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

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

Wenn der Patient zur Untersuchung zugewiesen wird, eine Erstordination zu Beginn der Behandlung nach Pos. E1 und E2; wenn die Zuweisung zur Durchführung einer bestimmten physikalischen Therapie erfolgt oder das Institut direkt aufgesucht wird, nach Pos. E1; bei Beendigung der Behandlung eine Schlussordination nach Pos. E3.

Von **den übrigen Vertragsärzten:**

Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 beim Arzt für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 beim Facharzt;

wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung aus ärztlichen Gründen erforderlich ist. In diesem Falle ist die Notwendigkeit der Leistung auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe zu begründen. Bei Fehlen der Begründung wird nur die Erstordination und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.

8. Alle durchgeführten Grundleistungen nach Abschnitt I der Honorarordnung sind nach dem auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe angegebenen Zeichenschlüssel bzw., wenn durch diesen eine besondere Qualität der Grundleistung (z. B. Ordination außerhalb der Sprechstunde) nicht zum Ausdruck kommt, mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen. Alle getätigten Sonderleistungen nach den Abschnitten II-XIII der Honorarordnung sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen. In Zweifelsfällen wird die jeweils niedrigere Position honoriert.
9. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der BVA vom Arzt zu begründen (§ 8 Abs. 2 des Gesamtvertrages). Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit der BVA nicht verrechnet werden; ebenso Leistungen, die nicht bewilligt wurden und mit nicht bewilligten Leistungen im Zusammenhang stehende Ordinationen und Besuche, es sei denn, dass diese auch ohne Durchführung der nicht bewilligten Leistungen notwendig waren.
10. Röntgenleistungen können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit der BVA hierzu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.
11. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
12. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, bei welchen die Verrechnung eines Regiezuschlages durch den Beisatz „R“ mit römischer Ziffer vorgesehen ist, kann entsprechend der beigesetzten römischen Ziffer der Regiezuschlag laut Operationstarif verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
13. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, die durch den Beisatz des Buchstaben „M“ gekennzeichnet sind, kann für das Material der aus dem Abschnitt „F“ der Honorarordnung ersichtliche Betrag verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
14. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind durch drei Jahre aufzubewahren.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1 Erste Ordination <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>	20
A2 Weitere Ordination	11
A3 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde <i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	4
A4 Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen..... <i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	8
A5 Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	8
B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1 Erster Krankenbesuch..... <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>	41
B2 Weiterer Krankenbesuch	32
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>	15
B4 Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i> Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.	15
B5 Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	30
B6 Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	3
B7 Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....	4
B8 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag.....	4
B9 Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5
C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)	
Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
C1 bei Tag	8
C2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. <i>Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	12
D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
D1 bei Tag	15
D2 bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)..... Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen.	20
E. Ordination (Facharzt)	
E1 Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung..... <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.</i>	20
E2 schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
E3 Weitere Ordination	11
E31 Weitere Ordination	13
<i>verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin</i>	
E4 Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde..... <i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>	4

Pos. Nr.	Punkte
E5	8
<i>Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen.....</i>	
<i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	
E6	8
<i>Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
<i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	

F. Krankenbesuch (Facharzt)

F1	41
<i>Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung</i>	
<i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.</i>	
F2	9
<i>schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt</i>	
F3	32
<i>Weiterer Krankenbesuch</i>	
F4	15
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind</i>	
F41	6,5
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie</i>	
F42	4,5
<i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde.....</i>	
<i>Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>	
F5	15
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind</i>	
F51	11,5
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....</i>	
F52	9
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde.....</i>	
<i>Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	
F6	30
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind.....</i>	
F61	26,5
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.....</i>	
F62	24
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde.....</i>	
F7	7
<i>Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag</i>	
F8	8
<i>Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>	
F9	4
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag</i>	
F10	5
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>	

G. Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)

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

G1	8
<i>bei Tag</i>	
G2	12
<i>bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr).....</i>	
<i>Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Diese Zuschläge sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	

H. Zuschlag für Konsilium (Facharzt)

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

I. Wegegebühren

I1	€ 1,4535
<i>Ein Doppelkilometer bei Tag</i>	
I2	€ 2,1802
<i>Ein Doppelkilometer bei Nacht</i>	
<i>Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden.</i>	

J. Koordination

J1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt € 12,2495

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 10 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.

Erläuterungen zum Positionstext:

- 1. Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.*
- 2. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.*
- 3. Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung.*
- 4. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes.*
- 5. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation.*
- 6. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.*

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1.

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

ab 1.4.2011 € 13,0000

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin, berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen.
In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen

Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen.

2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

ab 1.10.2003€ 19,4700

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom-psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A.IX. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte
10. Blutabnahme	
10a Blutabnahme aus der Vene	4
10b Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	8
10c Aderlass (mindestens 250 ccm)	8
11. Injektionen	
11a Subcutane, intracutane Injektion	1
11b Intramuskuläre Injektion	1
11c Intravenöse Injektion	3
11d Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	8

Pos. Nr.	Punkte
11e	6
Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f	8
Intraarterielle Injektion	
11g	8
Intracardiale Injektion	
11h	3
Subconjunctivale Injektion	
11i	3
Parabulbäre Injektion	
11k	8
Endoneurale oder epineurale Injektion	
11l	20
Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten (z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	
11m	38
Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	
	+ R II
11n	8
Injektion ans Peritoneum	
11o	12
Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	
11p	12
Intrasinuöse Injektion	
11q	6
Krampfadernverödung: erste Injektion	
11r	4
jede weitere Injektion..... (höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	
11s	8
Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion	
11t	4
jede weitere Injektion..... (höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11u	10
Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke.....	
11v	23
Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte).....	
	+ R € 4,80
11w	15
Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke..... (auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	
	+ R € 4,80
12. Infiltrationen	
12a	4
Subcutane Infiltration.....	
12b	4
Intramuskuläre Infiltration	
12c	38
Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	
	+ R II
12d	28
Paravertebralblockade	
	An.C.NC.N.O.I.
13. Infusionen	
13a	10
Subcutane Infusion.....	
13b	20
Intravenöse Infusion	
13c	20
Intraperitoneale Infusion.....	
13d	6
Zuschlag für Dauertropfinfusion	
13e	22
Erste intravenöse Novocain-Infusion.....	
13f	8
Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	
14. Implantationen	
14a	10
Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	
14b	23
Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht.....	
15. Impfung	
15a	2
Diagnostische Impfung..... (Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. Ä. Allergieproben)	
15b	2
Therapeutische Impfung..... (Cutivaccine, Paspas o. ä.)	

16. Punktion (diagnostisch)

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

17. Punktion (therapeutisch)

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

18. Betäubung, Wiederbelebung

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

19. Endoskopien

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

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop.....	10
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes.....	15
		+ R I
		C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie).....	15
		+ R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen.....	23
		+ R I
		C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie).....	23
		+ R I
		C.G.U.
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	23
		+ R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicoskopie)	23
		+ R I
		C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie).....	23
		+ R I
		C.G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	35
		+ R I
		C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	53
		+ R II
		C.G.U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens..... (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	53
		+ R III
		C.U.
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie)	57
		+ R I
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	87
		+ R III
		An.C.H.I.L.
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	87
		+ R III
		An.C.H.I.L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	83
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)	+ R IV
		C.U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie).....	83
		+ R III
		C.I.O.
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	124
		+ R III
		C.I.

Pos. Nr.	Punkte
19s Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglas- instrumentes (Coloskopie).....	124 + R III C.I.
19t Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie).....	190 An.C.I.L.
19u Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie).....	190 C.G.I.L.
19v Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörper- extraktion oder Tumorabtragung	340 An.C.H.I.L.
19w Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie).....	340 An.C.H.I.L.

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

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

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21a Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel <i>Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.</i>	3
21b Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	3
21c Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	12 C.D.I.O.P.
21d Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht.....	4
21e Lösung von Konglutinationen pro Fall	10
21f Durchtrennung des Zungenbändchens	4
21g Modellierender Kompressionsverband	5 C.D.O.
21h Abstrich	3

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.	Punkte
22. Untersuchungen	
22a Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	6 A.
22b Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	6 A.
22c Untersuchung mit dem Refraktometer.....	6 A.
22d Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	6 A.
22e Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling).....	2

Pos. Nr.	Punkte
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop).....4 A.
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie).....10
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht.....2 A.
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig3
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar10 A.
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durch- leuchtungslampe2 A.
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)5
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens4 A.N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut10 <i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i> A.
22o	Schirmertest4 A.
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie43 <i>1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos 22g verrechenbar</i> A.

23. Fremdkörperentfernung

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

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation.....6
24b	Kauterisation der Hornhaut.....23 + R I A.
24c	Spaltung des Hordeolums2
24d	Kanthotomie (ohne Naht)10

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

Pos. Nr.	Punkte
25. Wundversorgung	
25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)10
25b	Abtragung einer großen Brandblase5
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung10
26. Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung)10
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung10
26c	Abtragung einer Eiterblase4
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze5
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung10
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste10
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe10
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe4

Pos. Nr.	Punkte
27. Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband.....12
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität.....20
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum.....15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes.....23
	+ R I
	+ M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte.....38
	+ R II
	+ M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax83
	+ R III
	+ M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes5
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder).....10
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes5
	<i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.</i>
	<i>Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema</i>
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität20
	C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l.....8
	C.D.O.
28. Versorgung mit Heilbehelfen	
28a	Gipsmodelle für Einlagen40
	<i>verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder Bettungseinlagen.</i> + R I + M 4a
	O.
28b	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle.....18
	<i>in maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> O.
29. Knochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)6
29b	Alle übrigen Knochen10

VI. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Pos. Nr.	Punkte
30. Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung.....12
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)3
30e	Zellentnahme für cytologische Untersuchung.....4
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle.....2
30g	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle2
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat.....4
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat.....2
30j	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung.....4
	<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i> G.

31. Geburtshilfe

31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	6
31b	Beistand bei der Entbindung <i>Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.</i>	
31c	Manuelle Muttermunddilataion	16
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	16

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

32. Untersuchungen

32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	10
32b	Tonschwellenaudiometrie	20
32c	Sprachaudiometrie	30
	<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>	
32d	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	23
		+ R I
32g	Otomikroskopische Untersuchung	8
	<i>höchstens in 10% der Behandlungsfälle verrechenbar</i>	H.
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	18
	<i>in max. 25 % der Fälle verrechenbar; max. 2 mal pro Patient und Monat</i>	H.

33. Therapeutische Verrichtungen

33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	4
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	6
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	8
33d	Nasentamponade nach Bellocq	23
		+ R I
33e	Cerumenentfernung je Ohr	4
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	4
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	23
		+ R I
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	6
		+ R I
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10
33k	Attic-Spülung	5
33l	Vordere Nasentamponade	5
		+ R I

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

Pos. Nr.	Euro
34a	38,5491
	I.K.L.
34b	7,3818
	I.K.
34c	7,3818
	I.K.
Pos. Nr.	Punkte
34f	10
	L.
34h	10
	K.
34l	3
34m	15
34n	15
	An.I.K.L.
34o	19
	L.
34p	5
	L.
34q	60
	L.
34r	60
	L.
34s	20,5
	L.
34t	32
	K.
34u	17
	K.
34v	17
	K.
34w	17
	K.

IX. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

Pos. Nr.	Punkte
35. Untersuchungen	
35a Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit.....	10
35b Ausführliche psychiatrische Exploration;	31
<i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
N., KNP.	
Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren.	
Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
35e Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3).....	21
<i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i>	
N., KNP.	
Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.	
Modul II oder III	
35f Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation;	31
<i>maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
N., K.	
35g Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala.....	15
<i>maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	
N.	
35h Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala.....	31
<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
N.	
36. Therapeutische Verrichtungen	
36a Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.;	27
<i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar</i>	
N., K.	
Modul II oder III	
1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention	
2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern	
Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	
36b Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention);	76
<i>nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. – kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)</i>	
36c Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.;.....	77
<i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i>	
N., KNP.	
Modul II oder III	
36d Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.;	77
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
Modul III	
36e Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;	39
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	
Modul III	
36f Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit.....	8
<i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	
Modul III	

Pos. Nr.	Punkte
Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f: <i>Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f: <i>Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.</i>	
37a	64
<i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	
	K., N.
37b	56
	N.
37c	56
	N.
37d	91
<i>Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.</i>	
	N.

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

Pos. Nr.	Punkte
38. Therapeutische Verrichtungen	
38a	4
38b	2
38c	6
38d	2
38e	10
38f	5
38g	2
38h	3
38i	2
38j	3
<i>Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Derma-toskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion</i>	
	D.
38k	5
38l	10
38m	10
<i>(siehe Position 26d und 26e)</i>	
38n	10
38o	5
38p	23
	+ R I
38q	53
	+ R II

Pos. Nr.	Punkte
38r Kryotherapie je Sitzung	10
38s Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	4
38t Prostatamassage	3
38u Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde.....	6
	D.
38v Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung	9
	D.
38w ab 17. Behandlung	6
	D.
38w Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung	13
	D.
38ww ab 17. Behandlung	10
	D.
38x Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	18
<i>höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar</i>	U.
38y Blaseninstillation mit Zytostatika.....	10
	U.
38z Wechsel eines suprapubischen Katheters	10
	U.
39a Evakuation einer Blasentamponade.....	30
	+ R I
	U.
39b Allergologische Exploration	8
<i>In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.</i>	D.K.

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos. Nr.	Euro
1. Massage	
p 1a Manuelle Massage	3,2400
p 1b Apparatemassage	2,9366
p 1c Pneumomassage des Trommelfells	2,9366
2. Gymnastik	
p 2a Einzelheilgymnastik.....	3,8225
p 2b Extensionsbehandlung, Quengeln.....	3,8143
p 2c Heilgymnastik in der kleinen Gruppe.....	2,5264
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
p 3a Anwendung von Wärmelampen	2,4692
(Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)	
p 3b Quarzbestrahlung.....	2,4692
p 3c Heißluft.....	3,2400
p 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je.....	2,6986

Pos. Nr.	Euro
p 3e Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	4,1586
p 3f Vierzellenbad nach Schnee	4,5936
p 3g Iontophorese	4,1013
p 3h Diathermie	3,2400
p 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	4,3638
p 3k Ultraschall.....	5,2908

4. Inhalationen

p 4a Dampfinhalation	2,1656
p 4b Aerosolinhalation.....	2,6986

5. Buckybestrahlung

p 5a Buckybestrahlung.....	10,9260
<i>pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder</i>	D.

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der BVA von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der BVA gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die BVA weiterleitet.
4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
5. Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:

- Fachärzte für Gynäkologie	27
- Fachärzte für Innere Medizin	45
- Fachärzte für Radiologie	71
- Fachärzte für Urologie	109

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Jahreswertes im Ausmaß des 12fachen Monatswertes.
6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der BVA vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) 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

Pos. Nr.	Euro
Abdomen und Retroperitoneum	
US 1 Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	21,5331 R.C.I.K.
US 2 Sonographie des Pankreas	26,3268 R.C.I.K.
US 3 Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	39,8884 R.C.I.K.
US 4 Sonographie der Milz	17,9532 R.C.I.K.UC.
US 5 Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchaorta).....	26,3268 R.C.I.K.U.
US 7 Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation	26,3268 G.
<i>nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen</i>	
US 8 Sonographie des Unterbauches	26,3268 C.I.K.
US 10 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	28,7159 G.R.
US 11 Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	28,7159 U.R.
<i>Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raum- forderungen</i>	
Small-parts-Diagnostik	
SP 1 Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse.....	25,9248 R.I.C.K.
SP 2 Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speichel- drüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	38,2879 R.H.
<i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	
SP 3 Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	6,7808 H.
SP 5 Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	13,5616 R.
SP 6 Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten).....	11,9689 R.C.
SP 7 Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	22,3372 R.O.UC.
<i>Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.</i>	
SP 9 Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht.....	31,9092 R.K.O.
SP9a Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax.....	31,9092 K.
<i>in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
SP 10 Sonographie des Scrotalinhaltes.....	25,9248 R.K.U.C.

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung	15,9507	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		C(G).D.I.
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz.....	15,9507	
	<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>		C.D.I.
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arterien-systems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	23,9299	
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>		I.N.
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell)	9,1777	
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>		R.I.N.
DS5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung	52,7100	
	<i>in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar; Fälle, die ausschließlich zur Transcraniellen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung, in diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung</i>		N.

Farbduplexdiagnostik

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems.....	46,6692	
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>		R.I.N.
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	7,9792	
			R.C(G).I.K.
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	19,9481	
			R.C.I.
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	39,8884	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		D.I.C(G).R.
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen.....	39,8884	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>		D.I.C(G).R.

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	36,6951	
			I.
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler	79,7691	
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>		I.
	- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;		
	- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;		
	- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.		

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

Pos. Nr.	Honorar und Unkosten	Euro
Durchleuchtungen und Zuschläge		
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	9,6740
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen).....	10,6632
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage.....	12,6499
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf.....	14,9933
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten).....	4,7599
r 4f	Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,9842
r 4g	Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	7,1927
Aufnahmen		
r 5a	Aufnahme 9 x 12	5,5545
r 5b	Aufnahme 13 x 18	7,1764
r 5c	Aufnahme 18 x 24	9,0496
r 5d	Aufnahme 15 x 40	11,1578
r 5e	Aufnahme 24 x 30	12,1308
r 5f	Aufnahme 30 x 40	13,9716
r 5g	Aufnahme 35 x 35	15,1149
r 5h	Zahnfilm	3,7381
r 5i	Aufnahme 20 x 40	12,3986

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 BVA nur honoriert, wenn eine Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind mit Angabe der Positionsnummer zu verrechnen, ansonsten werden in Zweifelsfällen nur die jeweils niedrigeren Positionen honoriert.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.
7. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Verrechnung von Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
8. Wird die Operation in einer Krankenanstalt durchgeführt, so ist diese unter Angabe der Verpflegsklasse in der hierfür vorgesehenen Rubrik der Anzeige über geleistete Arzthilfe anzuführen.
9. Regiezuschläge dürfen vom Arzt nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird den diese Leistungen erbringenden Vertragsärzten auf Grund der vom Operateur auf der Honorarliste durchzuführenden Verrechnung unmittelbar von der BVA überwiesen. Vom operierenden Arzt ist daher in jedem Falle der Name und die Anschrift des Assistenten bzw. Narkotiseurs anzugeben.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

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

2. Erste Assistenz

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

3. Zweite Assistenz

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

4. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

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

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

5. Narkose

durch den Facharzt für Anästhesiologie

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

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

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

6. Regiezuschlag

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

Gruppe	Euro
I	7,5862
II	11,3287
III	15,0964
IV	22,5476

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

O 3a Einfache Symblepharonoperation	A.
O 3b Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
O 3c Exstirpation des Tränensackes	A.
O 3d Exstirpation der Tränendrüse	A.
O 3e Trichiasisoperation	A.
O 3f Sklerotomie +	A.
O 3g Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes	A.
O 3h Discission bei Cataracta secundaria	A.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 3i Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.
O 3k Transfixion der Iris	A.
O 3l Iridotomie.....	A.
O 3m Glaskörperabsaugung	A.
O 3n Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	A.

Gruppe IV

O 4a Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie.....	A.
O 4b Einfache Ptosisoperation.....	A.
O 4c Symblepharonoperation mit Plastik	A.
O 4d Scleral- oder Cornealnaht	A.
O 4e Vogtsche Stichelung.....	A.
O 4f Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	A.
O 4g Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer	A.
O 4h Linearextraktion.....	A.
O 4i Abtragung des Irisprolapses mit Plastik	A.
O 4k Iridektomie.....	A.
O 4l Enuclatio bulbi	A.
O 4m Exenteratio bulbi.....	A.

Gruppe V

O 5a Große plastische Operation an den Lidern.....	A.
O 5b Komplizierte Ptosisoperationen	A.
O 5c Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cycloclialyse)	A.
O 5d Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode	A.

Gruppe VI

O 6a Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie).....	A.
O 6b Entfernung intraoculärer Fremdkörper	A.
O 6c Evisceratio orbitae.....	A.
O 6d Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae.....	A.

Gruppe VII

O 7a Hornhautplastik, Linsenimplantation.....	A.
O 7b Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung.....	A.
O 7c Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein).....	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE

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

Gruppe I

O 8a Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke.....	C.O.
O 8b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
O 8c Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O 8d Incision eines Panaritium subcutaneum	
O 8e Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
O 8f Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O 8g Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
O 8h Extirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
O 8i Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.

- O 8k Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung C.D.G.
 O 8l Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation
 O 8m Percutane Bluttransfusion mit Konserve
 O 8n Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe C.D.O.
 O 8o Amnionpflanzung nach Filatow C.G.
 O 8p Probeexcision mit Naht

Gruppe II

- O 9a Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation C.O.
 O 9b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie und Sprunggelenken C.O.
 O 9c Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette)
 (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)
 O 9d Incision eines Panaritium tendineum oder osseum + C.
 O 9e Buelausche Heberdrainage C.I.K.L.
 O 9f Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation C.G.NC.U.
 O 9g Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper
 O 9h Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
 O 9i Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose C.D.U.
 O 9k Spaltung einer Fistula ani C.G.
 O 9l Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)
 O 9m Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode
 O 9n Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene
 O 9o Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung C.O.
 O 9p Amputation oder Enucleation von Phalangen C.O.
 O 9q Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur
 O 9r Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich
 (Ligatur, Verödung der Saphena) C.D.O.
 O 9s Drüsenimplantation
 O 9t Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie C.
 O 9u Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes C.I.K.

Gruppe III

- O 10a Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband C.O.
 O 10b Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis C.O.
 O 10c Excision großer Wunden und Wundversorgung C.NC.O.
 (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)
 O 10d Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen) C.O.
 O 10e Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. Ä.) C.D.H.O.
 O 10f Resektion eines kleinen Gelenkes C.O.
 O 10g Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern C.O.

O 10h	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Radikaloperation eines Rectalpolypen oder einer Rectalpolypengruppe)	C.G.O.
O 10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
O 10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
O 10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis.....	C.
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter	An.C.I.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	C.
O 10o	Operation nach Doppler	C.
O 10p	Phrenicusexhairese	C.L.
O 10q	Vasektomie oder Vasoligatur.....	C.U.
O 10r	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C.O.
O 10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.
O 10t	Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der Aorta	C.O.R.
O 10u	Exhairese eines peripheren Trigeminasastes.....	C.NC.

Gruppe IV

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

Gruppe V

O 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes.....	C.H.
O 12b	Nervenplastik.....	C.NC.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 12c Neurolyse mit Naht.....	C.NC.O.
O 12d Sehnenplastik.....	C.O.
O 12e Exstirpation eines Parotistumors.....	C.H.
O 12f Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk.....	C.O.
O 12g Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx.....	C.H.
O 12h Scalenotomie.....	C.O.
O 12i Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen.....	C.L.
O 12k Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch.....	C.G.
O 12l Gastroenterostomie.....	C.
O 12m Enteroanastomose.....	C.
O 12n Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie).....	C.
O 12o Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation).....	C.G.
O 12p Appendektomie bei perforiertem Appendix.....	C.
O 12q Intraperitonealer Kolostomieverschluss.....	C.
O 12r Mehrfache Darmnaht.....	C.G.
O 12s Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption.....	C.
O 12t Vagusresektion.....	C.
O 12u Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik.....	C.D.H.O.
O 12v Amputation oder Enukektion großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes.....	C.O.
O 12w Knochentransplantation.....	C.O.
O 12x Osteosynthese kleiner Knochen.....	C.O.
O 12y Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung.....	C.NC.O.
O 12z Kompletter Schrittmachereinbau.....	C.
O 12 ¹ Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses.....	C.
O 12 ² Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparatomiam.....	C.

Gruppe VI

O 13a Strumektomie.....	C.
O 13b Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx.....	C.H.
O 13c Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe.....	C.NC.O.
O 13d Schedoplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung.....	C.L.
O 13e Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie.....	C.L.
O 13f Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle.....	C.
O 13g Gallenblasenoperation oder Gallengangsoperation (Choledochotomie) einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie.....	C.
<i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.</i>	
O 13h Anastomosenoperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie.....	C.
<i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.</i>	
O 13i Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode.....	C.
O 13k Milzexstirpation.....	C.
O 13l Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung.....	C.G.H.U.
O 13m Amputatio recti (sacrale Methoden).....	C.
O 13n Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen).....	C.
O 13o Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes).....	C.

- O 13p Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes C.
- O 13q Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten C.
- O 13r Knochentransplantation an Diaphysenknochen C.O.
- O 13s Osteosynthese großer Röhrenknochen C.O.
- O 13t Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese C.NC.O.
- O 13u Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastik- ausgießung u. Ä. C.NC.O.
- O 13v Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn C.NC.O.
- O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege C.U.

Gruppe VII

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

Gruppe VIII

- O 15a Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation C.NC.
- O 15b Oesophagusresektion C.H.
- O 15c Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum C.
- O 15d Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße C.
- O 15e Lobektomie..... C.L.
- O 15f Segmentresektion der Lunge C.L.
- O 15g Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem C.L.
- O 15h Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation) C.
- O 15i Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile..... C.
- O 15k Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g C.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 15l Operation nach Brunswich	C.G.
O 15m Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln	C.
O 15n Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie	C.
O 15o Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion	C.
O 15p Intrahepatale Gallenganganastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	C.
O 15q Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB)	C.NC.
O 15r Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate	C.NC.

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

- | | |
|--|------|
| O 17a Dermoabrasio bis 10 cm ² nach Methode Schreus | C.D. |
|--|------|

Gruppe III

- | | |
|---|------|
| O 17b Dermoabrasio von 10 cm ² bis 50 cm ² nach Methode Schreus | C.D. |
|---|------|

Gruppe IV

- | | |
|---|------|
| O 17c Dermoabrasio über 50 cm ² nach Methode Schreus | C.D. |
|---|------|

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

- | | |
|---|----------|
| O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis | C.G. |
| O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome | |
| O 18c Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision | C.D.G.U. |
| O 18d Strichabrasio | G. |
| O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen | G. |
| O 18f Abtragung vaginaler Granulationen | G. |
| O 18g Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode | |
| O 19a Äußere Wendung bei Querlage | G. |
| O 19b Damrnaht I. Grades | G. |
| O 19c Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes | G. |

Gruppe II

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

- O 21f Muttermundincision G.
 O 21g Hystereuryse G.

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

- O 28a Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri G.
 O 28b Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren G.

O 28c	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominell	G.
O 28d	Exstirpation des Cervixstumpfes	G.
O 28e	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen)	G.
O 28f	Fisteloperation.....	G.
O 28g	Operative Behandlung der Uterusruptur.....	G.
O 28h	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen	G.
O 28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn).....	G.
O 29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation).....	G.
O 29b	Wiederholte sectio caesarea	G.

Gruppe VII

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

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

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

Gruppe VII

- O 37a Gehirnoperation..... C.H.
- O 37b Sinusoperation H.
- O 37c Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stirnplastik, Aufbauplastik der
Trachea H.
- O 37d Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration H.
nur einmal verrechenbar
- O 37e Halsausräumung bei malignen Tumoren..... C.H.
- O 37f Operative Entfernung des Ganglion Gasseri C.H.
- O 37g Facialisdekompression H.
- O 37h Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere) H.

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

Gruppe I

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

O 38f Nucleographie

Gruppe II

- O 39a Pneumothorax-Erstanlage + An.I.K.L.
*Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte
nur mit besonderer Begründung verrechenbar*
- O 39b Pneumoperitoneum-Erstanlage + I.K.L.
- O 39c Liquorausblutung + C.I.K.L.N.
- O 39d Liquortransfusion C.I.K.L.N.

Gruppe IV

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

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O 44n Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft dysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen).....	C.K.O.
O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft dysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat).....	C.O.
O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe IV

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

Gruppe V

O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
O 46b Bolzung großer Röhrenknochen.....	C.O.
O 46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O 46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O 46e Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes.....	C.O.
O 46f Operation der Bandscheibenhernie	C.NC.O.
O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
O 46h Abbotsche Operation.....	C.O.
O 46i Laminektomie	C.NC.O.
O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	C.O.
O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C.O.
O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)	C.O.
O 46n Keilresektion aus dem Tarsus	C.O.
O 46o Operation der habituellen Schulterluxation.....	C.O.

Gruppe VI

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

UROLOGIE**Gruppe I**

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

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

Gruppe VII

- O 54a Totale Prostatektomie mit Drüsenausträumung U.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm.....	C.G.U.
O 54c Entfernung bösartiger Nierentumoren	C.U.
O 54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken.....	C.U.

Gruppe VIII

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

C. Physikalische Behandlung

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

Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr.	Euro
1. Massage	
P 1a Manuelle Massage	3,6092
P 1b Apparatemassage	3,1253
P 1c Pneumomassage des Trommelfelles	3,1253
2. Gymnastik	
P 2a Einzelheilgymnastik.....	4,1915
P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln.....	4,2162
P 2c Heilgymnastik in der kleinen Gruppe.....	2,6249
3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)	2,6986
P 3b Quarzbestrahlung.....	2,6986
P 3c Heißluft.....	3,6092
P 3d Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je.....	3,0022
P 3e Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	4,5115
P 3f Vierzellenbad nach Schnee.....	4,8805
P 3g Iontophorese	4,4704
P 3h Diathermie.....	3,6994
P 3i Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	4,8805
P 3k Ultraschall.....	5,7828
4. Inhalationen	
P 4a Dampfinhalation	2,3132
P 4b Aerosolinhalation.....	3,0186
5. Hydrotherapie und Packungen	
P 5a Munaripackung, je Sitzung.....	5,7911

D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Fachärzten für nichtklinische Medizin durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
Für Fachärzte für nichtklinische Medizin sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der BVA aufgelegten Arzthilfeschein (Ersatz-Arzhilfeschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtungen verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ringversuchen sowie der Durchführung der internen Qualitätssicherung.
Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinderheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der BVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Arzthilfeschein (Ersatz-Arzhilfeschein) vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar sind.
6. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
9. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der BVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der BVA und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Pos. Nr.

Punkte

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

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	20,0

nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar

Pos. Nr.		Punkte
1.17 o	Leukozytendifferenzierung < 5 Typ <i>Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.</i>	20,0
1.18 o	Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ <i>bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung</i>	80,0
1.19 o	Leukozytendifferenzierung >10 Typ <i>bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung</i>	150,0

Gruppe 2: Blutgerinnung

2.01 o	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit- Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	10,0
2.03 +	Thrombozyten-Zählung	3,0
2.04 +	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest" <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	5,0
2.05 +	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)..... <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	5,0
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..... <i>nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening</i>	8,0
2.12 o	Protein C	15,0
	<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
2.13 o	Protein S	15,0
	<i>nur zur Thrombophiliediagnostik</i>	
2.14 o	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
	<i>einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar</i>	
2.15 o	Lupusantikoagulans	14,0
	<i>Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT</i>	

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

3.01 + U	Blutzucker-Bestimmung	1,2
3.02 o	Fruktosamine	4,7
	<i>nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar</i>	
3.03 o	HbA1 oder HbA1c	9,4
	<i>nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar</i>	
3.04 + U	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	1,2
3.05 + U	Kreatinin	1,2
3.06 + U,O	Harnsäure	1,2
3.07 +	Gesamtbilirubin	1,2
3.08 +	Direktes und 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
	<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	

Pos. Nr.		Punkte
3.22 o	Kupfer	6,0
3.23 o	Eisen	2,5
3.24 o	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	6,0
	<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	
3.25 o	Ferritin	3,0
3.26 o	Albumin	1,5
3.27 o	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25,0
3.28 o	Transferrin	3,0
	<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
3.29 o	Ammoniak	2,5
	<i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	
3.30 o	Laktat	2,5
	<i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	

Gruppe 4: Enzyme

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

Die Positionen 4.07, 4.08 und 4.09 von Fachärzten für Urologie nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) verrechnet werden.

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung	1,0
	<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	1,0
	<i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 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

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

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

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

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

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

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

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

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

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

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung

11.01 o	Immunelektrophorese oder Immunfixation.....	25,0
	<i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar</i>	
11.02 o	Kappa- und Lambdaketten.....	14,0
11.03 o	Haptoglobine.....	7,0
11.04 o	Coeruloplasmin.....	10,0
11.05 o	Alpha-1-Antitrypsin.....	4,0
11.06 o	Alpha-2-Makroglobulin.....	7,0

Pos. Nr.		Punkte
11.07 o	Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42) <i>nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar</i>	13,0
11.08 o	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen, 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..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
11.13 o	HBe-Antigen..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
11.14 o	HBe-Antikörper..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
11.15 o	HAV-Antikörper	10,0
11.16 o	HAV-IgM-Antikörper	11,5
	<i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>	
11.17 o	Lipid-Antigentest auf Lues (VDRL).....	5,0
11.18 o	TPHA-Test	5,0
11.19 o	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS).....	12,5
11.20 o	19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
11.22 o	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	3,5
11.23 +	Antistreptolysin-O-Objektträgeretest qual.	3,5
11.24 o	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	3,5
11.25 +	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgeretest qual.	3,0
11.26 o	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch.....	3,0
11.30 +	Mononukleotest als Objektträgeretest	5,0
11.32 o	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	5,0
11.33 o	IgE.....	7,0
11.34 o	Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
	<i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>	
11.35 o	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
11.36 o	Anti-DNS	13,0
11.37 o	Hepatitis C AK (IgG oder IgM).....	10,0
11.38 o	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..... <i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>	7,0
11.43 o	Freies PSA..... <i>in max. 10 % der Pos. 11.42</i>	5,0
11.44 o	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid..... <i>nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist</i>	10,0
11.45 o	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46 o	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
	<i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar</i>	
11.47 o	C3-Komplement	10,0
11.48 o	C4-Komplement	10,0
11.49 o	ANA-Subsets..... <i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	9,0
11.50 o	Leberspezifische Antikörper (z. B. SLK, LKM), je..... <i>max. 3 AK</i>	11,3

Pos. Nr.		Punkte
11.51 o	c-ANCA oder p-ANCA <i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i>	12,0
11.52 o	Gliadin-AK <i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximale 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar</i>	10,0
11.53 o	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper <i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i>	10,0
11.54 o	1,25-Dihydroxy-Vitamin D3 <i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i>	14,0
11.55 o	Vitamin B12..... <i>nur zur Anämieabklärung</i>	11,0
11.56 o	Folsäure <i>nur zur Anämieabklärung</i>	11,0

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

12.01	Nativpräparat.....	3,0
12.02 + L	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03 + L	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	5,0
12.04 o	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest.....	20,0
12.05 o	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.06 o D	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.07 o D	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
12.08 o	Kultur auf Mykoplasmen.....	11,0
12.10 o	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je <i>höchstens 2 Subkulturen verrechenbar</i>	7,0
12.11 o	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	20,0
12.12 + D,U	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0
12.13 o	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemo- therapeutika (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..... <i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	35,0
12.23 o	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar).....	8,0
12.24 o	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je..... <i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	13,5
12.25 o	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27 o	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)..... <i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	15,0
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

Pos. Nr.		Punkte
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 I,C	Helicobacter pylori AK-Nachweis	15,0
	<i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	
12.76 o	Borrelien IgG oder IgM-AK	15,0
12.77 o	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM.....	15,0
	<i>bei positiven Borrelien</i>	
12.78 o	HCV-RNS quantitativ	100,0
	<i>nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar</i>	
12.79 o	HCV-PCR qualitativ.....	35,0
	<i>grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar</i>	
12.80 o	HPV-Typisierung	41,0
	<i>bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernruhe) anforder- und verrechenbar</i>	
12.81 o	Cytomegalie-PCR	70,0
	<i>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 der Vorbefunde)</i>	
12.82 o	Helicobacter pylori AG im Stuhl.....	30,0
	<i>nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i>	
12.83 o	Bordetella pertussis PCR	28,0
12.84 o	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	5,0
	<i>nur bei Kinder bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	
12.85 o	HIV PCR quantitativ	80,0
	<i>nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	
12.86 o	Stuhlkultur	17,0
	<i>max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
12.87 o	Clostridientoxin.....	20,0
	<i>nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	

Pos. Nr.		Punkte
Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen		
13.01 o	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)..... <i>höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar</i> Lithium - siehe Gruppe 3	10,0
13.02 o	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin.....	10,0
13.06 o	Theophyllin.....	10,0
13.07 o	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je <i>Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar</i>	6,0
13.08 o	Antibiotika, Zytostatika	13,0
13.09 o	Schwermetalle..... <i>bei dringendem Vergiftungsverdacht</i>	20,0
Gruppe 14: Hormone		
14.01 o	Gesamt-T4 oder freies T4 <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
14.02 o	Gesamt-T3 oder freies T3 <i>nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
14.03 o	TSH..... TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)	5,4
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 <i>höchstens zwei verrechenbar</i>	25,0
14.09 o	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je <i>höchstens 2 verrechenbar</i>	18,0
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
<i>Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.</i>		
Gruppe 15: Funktionsproben		
15.01 +	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzuckerbestimmungen)	5,0
15.02 + U	Kreatinin-Clearance endogen	5,0
15.03 o	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18,0
Gruppe 16: Histologie - Zytologie		
16.01 o	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ.....	10,0

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

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

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

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

E. für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Inanspruchnahme eines Vertragsfacharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Vertragsarzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf der Zuweisung genau festzulegen.

Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tariffkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.

Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.

Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantariers (Pos. Nrn. R 101 bis R 808) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.

Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.

Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.

Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigestellt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der BVA abgerechnet werden.

Untersuchungen auf Rechnung der BVA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die BVA hat das Recht dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsarzt für Radiologie festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsarztes ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

RÖNTGENDIAGNOSTIK Organtarif

Pos. Nr.	Euro
Schädel	
R101 Schädel	39,66
R102 Gesichtsschädel	17,02
R103 Schädelbasis	17,02
R104 Sella	15,09
R105 Schläfenbein, pro Seite	47,22
R106 Nasennebenhöhlen	43,37
R107 Nasenbein	15,09
R108 Kiefergelenk, pro Seite	28,27
R109 Gesamter Oberkiefer	28,64
R110 Gesamter Unterkiefer	28,64
R111 Zahnstatus.....	55,38
R112 Zähne, 1-3 benachbarte	15,09
<i>(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)</i>	
Wirbelsäule, knöcherner Thorax	
R201 Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	47,22
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>	
R202 Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	81,20
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>	

Pos. Nr.	Euro
R203 Brustwirbelsäule	38,72
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R204 Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke.....	60,08
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R205 Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	39,66
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>	
R206 Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitr. oder Ganzbeinaufnahme ap. oder seitr., pro Bein.....	70,60
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>	
R207 Rippen, einseitig.....	25,56
R208 Sternum.....	39,66

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

R301 Clavicula, pro Seite	19,42
R302 Scapula, pro Seite	39,66
R303 Oberarm, pro Seite.....	36,94
R304 Unterarm, pro Seite.....	36,94
R305 Hand, pro Seite	39,66
R306 Navicularserie, pro Seite	15,09
<i>(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)</i>	
R307 1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	28,27
<i>(mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)</i>	
R308 Oberschenkel, pro Seite.....	43,68
R309 Unterschenkel, pro Seite	36,94
R310 Ganzer Fuß, pro Seite.....	39,66
R311 Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite.....	32,12
<i>(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)</i>	
R312 Calcaneus, pro Seite	28,27
R313 Sternoclaviculargelenk, pro Seite	19,42
R314 Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite.....	42,69
R315 Ellenbogengelenk, pro Seite.....	28,27
R316 Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	28,27
R317 Becken	25,56
R318 Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.)	43,68
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)</i>	
R319 Hüftgelenk, axial, pro Seite.....	20,78
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)</i>	
R320 Kniegelenk, pro Seite	36,31
R321 Kniegelenk mit Patella, pro Seite.....	49,48
<i>(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)</i>	
R322 Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	41,45
R323 Sprunggelenk, pro Seite.....	32,12
R324 Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	72,39

Halsorgane, Herz und Lunge

R401 Thorax	49,23
R402 Halsorgane.....	53,42
R403 Tomographie der Lunge, bds.	72,39

Magen – Darmtrakt

R501 Oesophagus	60,96
R502 Magen-Duodenum in Doppelkontrast.....	117,84
R503 Dünndarmpassage	40,43
R504 Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	40,43

Pos. Nr.		Euro
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	202,75
R506	Abdomen, nativ	25,56

Gallentrakt

R601	Gallenblase, nativ	17,02
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)</i>	
R602	Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	47,22
R603	i.v. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	125,09
R604	Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	138,10
R605	Tomographie der Gallenwege	72,39

Harntrakt

R701	Harntrakt, Nativaufnahme	25,56
	<i>(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)</i>	
R702	i.v. Pyelographie	158,32
R703	Inf. Pyelographie	171,31
R704	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	179,24
R705	Tomographie der Nieren, bds.	72,39

Spezialuntersuchungen

R801	Mammographie, beidseits	88,98
R802	Mammographie, einseitig	45,44
R803	Galaktographie	98,71
R804	Hystero- Salpingographie	82,30
R805	Pneumocystographie	49,70
R806	Phlebographie, pro Extremität	98,37
R807	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung)	53,42
R808	Fremdkörperlokalisation (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen	101,01

RÖNTGENDIAGNOSTIK Formatetarif

Honorar

Pos. Nr.		Punkte
1. Grundhonorar		
R 1a	Erste röntgenologische Leistung	12
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage	8
2. Sonderleistungen		
R 2a	Darmeinlauf mit Kontrastmittel	6
R 2e	Intravenöse Injektion	3

Unkosten

Pos. Nr.		Euro
3. Durchleuchtungen und Zuschläge		
R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	7,7926
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	9,0703
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e)	19,5998
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	11,9019
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	3,5020
R 3f	Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels Elektronischer Geräte	5,6394
R 3g	Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,7830

4. Aufnahmen

R 4a	Format 9 x 12	5,0320
R 4b	Format 13 x 18	7,3745
R 4c	Format 18 x 24	9,3858
R 4d	Format 15 x 40	11,9019
R 4e	Format 24 x 30	13,3214
R 4f	Format 30 x 40	15,4195
R 4g	Format 35 x 35	16,8313
R 4h	Zahnfilm	3,0287
R 4i	Format 35 x 43	18,3140
R 4j	Format 30 x 90	29,4745
R 4k	Format 20 x 40	13,7553

5. Mehrphasenaufnahmen:

R 5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	9,3858
R 5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	13,3214

RÖNTGENTHERAPIE**Anmerkung:**

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

Pos. Nr. Indikation

Zahl der Sitzungen pro Stelle
Max. Zahl der Serien pro Jahr**9. Tarifgruppe I: € 34,5539**

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

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodontitis.....	2-6	4
R 9t	Perniones.....	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus.....	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scropholudermata.....	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4

10. Tarifgruppe II: € 51,7908

R 10a	Agranulocytose.....	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	4
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe	4-6	3
	(Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)		
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6	2
R 10i	Mastitis acuta	3-6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof.....	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis.....	4-6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung.....	4-6	3
R 10p	Tbc der Haut.....	3-4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten.....	2-6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes.....	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis.....	4-6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R 10w	Condylomata accuminata.....	3-4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome).....	2-4	3
	<i>Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.</i>		

11. Tarifgruppe III: € 63,2178

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

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose.....	2-4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck).....	3	3
R 11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4
12. Tarifgruppe IV: € 103,5573			
R 12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus)	3	3
R 12b	Lymphogranulomatose	3-6	4
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation).....	6-8	3
R 12e	Tbc peritonei.....	2	4
13. Tarifgruppe V: € 126,5639			
R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung.....	4	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung.....	8	3
R 13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	6	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose.....	4	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2
14. Tarifgruppe VI: € 132,2854			
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes).....	2-10	3(4)
R 14b	Kraurosis vulvae.....	3	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
R 14d	Wirbelhaemangiome	6-10	4
es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung			
15. Tarifgruppe VII: € 189,7576			
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	8-12	4(5)
R 15b	Melanoblastoma mal.	10-20	3(4)
16. Tarifgruppe VIII: € 316,2573			
R 16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	13-24	3(4)
17. Tarifgruppe IX: € 460,0660			
R 17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	25-40	2(3)
18. Tarifgruppe X: € 632,6189			
R 18a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der Haemoblastosen	41-75	1(2)

Anmerkung:

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

Nachsatz:

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

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

Pos. Nr.

Euro

20. Buckybestrahlung

R 20a Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder 10,5777

Pos. Nr.

Punkte

21. Radiumtherapie

R 21a Einmalige Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z. B. Kontrolle nach Röntgen (Radium)therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen(Radium)therapie)..... 12

F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

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

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.

Euro

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

Hand und Unterarm:

M 1a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	5,8883
M 1b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	9,4194

Fuß und Unterschenkel:

M 1c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	8,7605
M 1d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	13,4238

Kniegelenk:

M 1e	Kniegelenk.....	32,0010
------	-----------------	---------

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

Hand, Unter-, Oberarm:

M 2a	Kinder bis zu 12 Jahren.....	11,8693
M 2b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	16,9550

Fuß, Unter-, Oberschenkel:

M 2c	Kinder bis zu 12 Jahren.....	19,6922
M 2d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	41,7498

Hals:

M 2e	Halskrawatte.....	14,4543
------	-------------------	---------

3. Zu 27f (therap. Verbände)

M 3a	Obere Extremität mit Schultergürtel	60,3522
M 3b	Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel)	68,0652
M 3c	Schiefhalsgips mit Thorax	42,4257

Zu B. OPERATIONSTARIF

4. Zu O 42e (Modellverbände)

M 4a	Hand oder Fuß	2,2387
M 4b	Hand und Unterarm.....	4,4182
M 4c	Fuß und Unterschenkel	4,4182

Hand, Unter-, Oberarm:

M 4d	Kinder bis zu 12 Jahren.....	4,4182
M 4e	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	6,7161

5. Zu O 42f (Modellverband)

M 5a	Halskrawatte.....	6,7161
------	-------------------	--------

6. Zu O 42g (Modellverband)

M 6a	Oberschenkel	6,7161
------	--------------------	--------

7. Zu O 43e (Modellverbände)

M 7a	Obere Extremität mit Schultergürtel.....	13,3645
M 7b	Untere Extremität mit Becken	21,2889

Oberkörper:

M 7c	Kinder bis zu 12 Jahren	13,3645
M 7d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre.....	21,2889

8. Zu O 44f und O 45o

Gipsmieder:

M 8a	Kinder bis zu 7 Jahren.....	34,3831
M 8b	Kinder von 7 bis zu 12 Jahren	45,4416
M 8c	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	63,2076

Pos. Nr.	Euro
Gipsschale:	
M 8d Kinder bis 1/2 Jahr	10,6612
M 8e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	16,0764
M 8f Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	26,6702

9. Zu O 44g und O 45o

Gipshose:	
M 9a bei Coxitis und Little	72,5681
M 9b dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	90,6043
bei Hüftgelenksluxation:	
M 9c Kinder bis 1/2 Jahr	26,6026
M 9d dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	33,2342
M 9e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr.....	31,9502
M 9f dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	39,9588
M 9g Kinder von 1 bis 2 Jahren.....	44,2504
M 9h dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines.....	55,2075

10. Zu O 45b

Gipsbett:	
M 10a Kinder bis zu 12 Jahren.....	43,0845
M 10b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	86,0678

ANHANG ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

Auf Grund des § 27 Abs. 3 des Gesamtvertrages wird vereinbart:

Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:

a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, g und h)	€ 0,8768
b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin.....	€ 0,9232
c) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie.....	€ 1,0381
d) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin.....	€ 1,2854
e) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde	€ 1,0821
f) Abschnitt B. Operationstarif.....	€ 0,8768
g) Abschnitt D. Labor.....	€ 1,5200
h) Abschnitt D. Labor-Akutparameter	€ 1,9000
i) Abschnitt E. Röntgen.....	€ 0,7984

Werden die Pos. Nr. 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, die Pos. Nr. 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie bzw. die Pos. Nr. 1.01., 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebiets Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktwert für Akutparameter zur Anwendung.

2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

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

Pos. Nr.		Euro ab 1.1.2002
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche.....	€ 18,02
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche.....	€ 18,02
MI1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche.....	€ 11,55
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34.Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. Schwangerschaftswoche.....	€ 22,89
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche.....	€ 17,88
KU1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat.....	€ 21,80
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat.....	€ 21,80
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat.....	€ 21,80
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80

Pos. Nr.	Euro
	ab 1.1.2002
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat € 21,80
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche € 11,55
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat € 17,95
KA1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat € 17,95
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat € 21,80
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche € 29,07
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche € 29,07

4. Medizinische Hauskrankenpflege

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

Pos. Nr.	Euro
H1	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege € 72,6728
	Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage
H2	bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes € 43,6037
H3	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes € 65,4056
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen € 32,7028
	<i>Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der „krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege“ ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage. Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.</i>
H5	Legen einer Ernährungssonde € 10,9009
	<i>Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.</i>
H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus € 10,9009
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und Ähnlichem) € 7,2673

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Wien 8., Josefstädter Straße 80.
DVR: 0024155