

Honorarordnung

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

Abkürzungsschlüssel

A = Augenheilkunde und
Optometrie
An = Anaesthesiologie und
Intensivmedizin
C = Chirurgie (Unfallchirurgie)

D = Haut- und Geschlechts-
krankheiten
G = Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
H = Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
I = Innere Medizin
K = Kinder- und Jugendheilkunde
AM = Arzt für Allgemeinmedizin

KNP = Kinder- und Jugend-
heilkunde (Kinder- und
Jugendneuropsychiatrie)
L = Lungenkrankheiten
N = Neurologie und
Psychiatrie
NC = Neurochirurgie
O = Orthopädie und
orthopädische Chirurgie
P = Physikalische Medizin
PSY = Psychiater
U = Urologie
R = Regiezuschlag

Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Werden bei einem Krankenbesuch im gleichen Haushalt oder in einem Altersheim mehrere bei der SVA Versicherte behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar.
3. Die Nachtzeit gilt von 20 Uhr bis 7 Uhr.
4. Wegegebühren können, soweit eine Sonderregelung nach § 9 Abs.3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages nichts anderes bestimmt, von den zur Behandlung verpflichteten Vertragsärzten (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzten) nach folgenden Grundsätzen verrechnet werden:
 - a) **In Orten bis 5.000 Einwohnern** nur bei Krankenbesuchen außerhalb des geschlossenen Ortes. Die Wegegebühren werden bei geschlossenen Orten nach der Entfernung von Ortsmitte zu Ortsmitte berechnet, wobei Reststrecken bis zu 500 m fallen zu lassen und solche über 500 m auf einen vollen Kilometer aufzurunden sind.

Bei Krankenbesuchen in demselben Ort am gleichen Tage können Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Ausnahmen sind zu begründen.

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

Für die Feststellung, ob Tag- oder Nachtwegegebühren zu verrechnen sind, ist bei allen Krankenbesuchen von normaler Dauer die Verrechnung des Krankenbesuches als Tag- oder Nachtbesuch maßgeblich, nur bei Krankenbesuchen mit Verrechnung des Zuschlages für Zeitversäumnis oder von Operationen ist zu berücksichtigen, zu welcher Tageszeit der Hin- bzw. Rückweg angetreten wird. Die Mehrkosten an Wegegebühren, die durch die Inanspruchnahme eines zur Behandlung nicht verpflichteten Vertragsarztes entstehen, verrechnet der Arzt mit dem Anspruchsberechtigten unmittelbar.

- b) **In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern**, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 3 lit. c) und f) des Gesamtvertrages fallen, können innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegebühren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen außerhalb dieses Umkreises kann für die

ersten 500 m außerhalb des Umkreises die Wegegebühr für 1 km, für jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegebühr für einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

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

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

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

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

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

5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt **XIV** angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
6. Alle Grund- bzw. Sonderleistungen sind mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen.
7. Die Zuweisung für Rechnung der SVA zur Blutgruppenbestimmung gem. Pos.Nr. 10.01 kann nur bei medizinischer Indikation erfolgen.
8. Die in den Abschnitten A. bis E. der Honorarordnung angeführten Leistungen können nur von Vertragsärzten jener Fächer abgerechnet werden, auf die sich der jeweilige Abschnitt der Honorarordnung bezieht, bzw. die in den Besonderen Bestimmungen zu den einzelnen Abschnitten oder der einzelnen Position ausdrücklich genannt sind.
9. Die nachstehenden in der Honorarordnung angeführten Leistungen werden nur dann honoriert, wenn die vertraglich vorgesehene Begründung im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) angeführt ist:

TA gleichzeitig mit den Positionen 36d, 36e und 36f; PS gleichzeitig mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e und 36f; 12a, 12b, 12c, 12d, 13a, 13b, 13d, ~~13e, 13f, 13g, 22b~~, 22c, ~~22e~~, 22f, 22g, 22j, 22n, ~~34c, 37k~~, 38j, 10.01, 11.12, 11.13, 11.14.

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
1.	Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. B1 verrechenbar.</i>	26
A2	Weitere Ordination	18
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	18
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	18
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	27
	<i>Die Pos.-Nr. A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind. Von den Pos.-Nrn. A3 bis A5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	
2.	Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. A1 verrechenbar.</i>	59,5
B2	Weiterer Krankenbesuch	48
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>	31
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>	31
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr) <i>Bei den Pos.-Nr. B3 und B4 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen. Von den Pos.-Nrn. B3 bis B5 darf am selben Tag bzw. je Ordination nur der höchstwertigste Zuschlag verrechnet werden.</i>	52
2h	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	3
2i	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit.c	5
3.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin) Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
3a	bei Tag	20
3b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	40
3c	ausführlicher Befundbericht <i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden. Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapievorschlag; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überweiser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>	15
4.	Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
4a	Konsilium bei Tag	30
4b	Konsilium bei Nacht <i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>	40
5.	Ordination (Facharzt)	
E11	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F11 verrechenbar</i>	37
E12	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. E11 angeführt sind <i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. F12 verrechenbar</i>	32
E3	Weitere Ordination	16
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	14

E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	14
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	24
<i>Die Pos.-Nr. E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringliche Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>		
6.	Krankenbesuch (Facharzt)	
F11	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch den Facharzt für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	65
<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E11 verrechenbar</i>		
F12	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter der Pos.-Nr. F11 angeführt sind	61,5
<i>einmal im Monat und nicht neben Pos.-Nr. E12 verrechenbar</i>		
F3	Weiterer Krankenbesuch	45,5
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	
<i>nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – verrechenbar</i>		27
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	27
<i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>		
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	48
<i>bei den Pos.-Nr. F4 und F5 ist die Dringlichkeit kurz zu begründen</i>		
6l	Entfernungszuschlag bei Tag, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	3
6m	Entfernungszuschlag bei Nacht, gem. § 9 Abs. 3 lit. f	5
7.	Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:		
7a	Bei Krankenbesuchen, welche länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde: bei Tag	30
7b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	60
7c	ausführlicher Befundbericht	15
<i>Die Durchschrift kann vom Chefarzt zur Einsicht angefordert werden. Befunde für private Zwecke können der SVA nicht verrechnet werden.</i>		
<i>Mindestinhalt: Anamnese, Status, Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose, Therapieversuch; verrechenbar nur, wenn der Bericht in Überweisungsfällen an den Überwieser bzw. in Eigenfällen über Verlangen des Hausarztes an diesen übersandt wird.</i>		
<i>Die Honorierung erfolgt nur, wenn die Vertragspartnernummer des Zuweisers oder der Name des Arztes, für den der Befund bestimmt ist, im Begründungsfeld des elektronischen Abrechnungssatzes angegeben wird.</i>		
8.	Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
8a	bei Tag	50
8b	bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	80
<i>Der berufene Arzt ist anzuführen.</i>		
9.	Wegegebühren	
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,00
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,00
9.1	Koordinierung	
1j	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt <i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Abrechnungszeitraum in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	23
Erläuterungen zum Positionstext:		
1. Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements,		
2. telefonischer und persönlicher Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung,		

3. Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes,
4. Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation,
5. Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

9.2 Heilmittelberatungsgespräch

Euro

HMG Heilmittelberatungsgespräch 12,00

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.
4. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
5. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil 25

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 33% der Behandlungsfälle pro Quartal, ~~von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5% der Behandlungsfälle pro Quartal~~ und den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- g) ~~Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar.~~ Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. ~~Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist.~~ Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals ist nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Quartals ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

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

2. PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch..... € 24,00

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

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

- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos.-Nr.		Punkte
10.	Blutabnahme	
10a	Blutabnahme aus der Vene	8
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
10c	Aderlaß..... (verrechenbar bei Polycythemia vera oder sekundäre Polyglobulie)	15
11.	Injektionen	
11a	Subcutane, intracutane Injektion	2
	<i>Pro Ordination bzw. Besuch können intracutane Injektionen nur als eine Injektion verrechnet werden (Quaddelbehandlung).</i>	
11b	intramuskuläre Injektion	2
	Bei Serieninjektionsbehandlung ist die Position 11a und 11b ab der vierten Injektion neben der Ordinations- bzw. Besuchsgebühr nicht verrechenbar, ausgenommen bei antituberkulösen Injektionskuren.	
11c	Intravenöse Injektion	6
	bei Serieninjektionsbehandlung ab der 4. Injektion	4
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 6 Jahren	12
11e	Eigenblutinjektion	10
	(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	
11f	Intraarterielle Injektion	20
11g	Intracardiale Injektion	15
11h	Subconjunctivale Injektion	7
11i	Parabulbäre Injektion	6
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	30
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknötchen (z.B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien), pro Abrechnungszeitraum sind höchstens drei Injektionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	60
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Casseri	80
11n	Injektion an das Peritoneum	12
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	20
11p	Intrasinuöse Injektion	20
11q	Krampfaderverödung pro Injektion	6
	<i>maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung</i>	
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidenknötchen pro Injektion ..	6
11u	Periartikuläre Gelenksinjection (ein großes oder mehrere kleine Gelenke)	18
11v	Intraartikuläre Injektion (große Gelenke)*	50
11w	Intraartikuläre Injektion (kleine Gelenke)*	30
	* je Gelenk und Abrechnungszeitraum sind höchstens sechs Injektionen verrechenbar (ausgenommen Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester)	
12.	Infiltrationen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infiltrationen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
12a	Subcutane Infiltration	7
12b	Intramuskuläre Infiltration	7
12c	Praesacrale Infiltration (nach Pendl)	80
12d	Perineurale Infiltration	18
13.	Infusionen	
	Pro Behandlungsfall sind höchstens 20 Infusionen verrechenbar (darüber hinaus mit medizinischer Begründung)	
13a	Subcutane Infusion	20
13b	Intravenöse Infusion	25

13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	10
	<i>nur bei einer Infusionsdauer über 30 Minuten verrechenbar</i>	
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	35
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion	12
13g	Intraarterielle Infusion	40
14.	Implantationen	
14a	Kristall-Implantationen mittels Troikart	20
14b	Kristall-Implantationen mittels Incision und Naht	35
15.	Impfung	
15a	Diagnostische Impfung	6
	(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest, o.ä. Allergieproben)	
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine, Paspas o.ä.)	5
15c	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) inkl. Beratungsgespräch	10
	<i>1 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
15d	Allergologische Impfung (Desensibilisierung) ohne Beratungsgespräch	4
	<i>Maximal 3 x pro Monat und Patient verrechenbar. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich.</i>	
16.	Punktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel bzw. Nervenbiopsie	14
	<i>(z.B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anaesthetie)</i>	
16b	Aus Gelenken	30
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	70
16d	Aus dem Herzbeutel	120
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
16f	Suboccipitalpunktion	100
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	30
16h	Sternalpunktion	40
16i	Punktion der Prostata	30
	<i>(maximal dreimal verrechenbar und nicht gemeinsam mit 37i)</i>	
17.	Punktion (therapeutisch)	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	20
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	50
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	80
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	60
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	60
17h	Aus dem Wasserbruch	20
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	40
17k	Aus der Harnblase	45
18.	Betäubung – Wiederbelebung	
18a	Kälteanaesthetie, Oberflächenanaesthetie	2
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar;</i>	
	<i>nicht verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Urologie</i>	
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	15
18c	Infiltrationsanaesthetie	10
	<i>je Behandlungsregion nur einmal verrechenbar</i>	
18d	Leitungsanaesthetie	18
18e	Intravenöse Narkose	30
18f	Lumbalanaesthetie	80
18g	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	30
18h	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	40
19.	Endoskopien	
	(Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten.)	

Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.)

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	17
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	20+RI
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	20+RI
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	35+RI
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	35+RI
	nicht am selben Tag mit 19i, 19k, 19l und 19p verrechenbar	
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	35+RI
	Nicht gleichzeitig mit 19m, 19s und 19sp verrechenbar	
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)	35+RI
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	35+RI
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	45+RI
	nicht am selben Tag mit 19e, 19k, 19l und 19p verrechenbar	
19j	Endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes	20+RI
19k	Endoskopische Untersuchung der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie)	60+RI
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19l und 19p verrechenbar	I
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (RIII nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	70+RI
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19p verrechenbar	II
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmaskopie)	85+RI
	Nicht neben Pos. 19s und 19sp verrechenbar.	
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	120+RIII
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	120+RIII
	Nicht neben Pos. 19r verrechenbar.	
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (RIV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	75+RI
	nicht am selben Tag mit 19e, 19i, 19k und 19l verrechenbar	V
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	110+RIII
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums, mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	228+RIII
19s	Koloskopie exklusive Polypenabtragung	314+RIII
19sp	Koloskopie inklusive Polypenabtragung	400+RIII

Anmerkung zu Positionen 19r, 19s und 19sp

Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der ÖÄK über die Durchführung gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskopwaschmaschine“).

Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Koloskopien ist, dass in mindestens 90% der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der SVA übermitteln.

Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Koloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht bei Zuweisung, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie notwendigen Medikamente (zB für die Darmreinigung, Sedativa etc.), die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe diese in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Patient seine Zustimmung erteilt hat.

Sind am gleichen Tag neben der Gastroskopie bzw. Koloskopie auch andere kurative Leistungen zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese nicht in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Koloskopie stehen. Zuzahlungen zur Gastroskopie bzw. Koloskopie sind weder zu fordern noch entgegenzunehmen.

19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	235+
-----	--	------

19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	RIII 450+ RIV
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	15
20b	Ausheberung des Magens	15
20c	Ausspülung des Magens	30
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	5
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	6
20i	Aufblähung des Mastdarmes	10
20k	Sphinkterdehnung	15
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel	
	einwurzelig	4
	mehrwurzelig	6
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	10
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch), einschließlich eventueller thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	20
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	6
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	15
21h	Abstrich	4

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE und OPTOMETRIE

Die augenfachärztlichen Sonderleistungen beziehen sich immer auf beide Augen, es sei denn, es wird im Positionstext auf „je Auge“ abgestellt

22.	Untersuchungen	
22a	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie	8
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	10
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	
	<i>bei Kindern bis zu 14 Jahren bei gleichzeitiger Verrechnung mit 22a nur mit Begründung verrechenbar</i>	8
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	10
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	10
	<i>Bei einer gleichzeitigen Verrechnung mit 22f nur mit Begründung verrechenbar</i>	
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	
	<i>Bei einer gleichzeitigen Verrechnung mit 22e nur mit Begründung verrechenbar</i>	10
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	20
	<i>wird in seltenen Ausnahmefällen die kinetische und statische Perimetrie durchgeführt, ist die Begründung anzuführen</i>	
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	3
22hx	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille	8
	<i>(nicht am gleichen Tag mit 22hy verrechenbar)</i>	
22hy	Fundus ohne medizinisch erweiterter Pupille	
	<i>(nicht am gleichen Tag mit 22hx verrechenbar)</i>	5
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie beidseitig	5
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe —nicht neben Pes. 22i verrechenbar	15
	<i>maximal 3x am Tag mit Begründung Tagesdruckkurve bei Glaukom bzw. Glaukomverdacht verrechenbar</i>	
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer	10
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	10
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	5

22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut (verrechenbar einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	15
22o	Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen)	5
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie 1 x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar, nicht gemeinsam mit 22g verrechenbar	45
22q	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	60
22r	Entfernung kleiner Geschwulste an den Lidern	60
23.	Fremdkörperentfernung	
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	20
24.	Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	Wimpernepilation	15
24c	Spaltung des Hordeolums	15

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

25.	Wundversorgung	
25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)	16
25b	Abtragung einer großen Brandblase	8
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	14
	Für Wundversorgungen bei Kindern unter 6 Jahren ist zu den Pos.-Nrn. 25a, 25b und 25c ein Zuschlag in Höhe von 50% verrechenbar.	
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Haematoms (pro Sitzung).....	15
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	15
26c	Abtragung einer Eiterblase	5
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	8
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	15
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	15
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	15
26h	Entfernung eines Nagels am 2. – 5. Finger oder an der 2. – 5. Zehe	6
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigem Zinkleimverband oder Elastoplastverband	17
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität	30
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	50
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	90
27f	Gipsverband der oberen Extremitäten mit Schultergürtel, der unteren Extremitäten mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax	150
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	8
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	15
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	15
27k	Zuschlag für Gehbügel (nur bei nachträglicher Anbringung)	10
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiauflagen bei statischen Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	30

27m	Korrektur des Kompressionsverbandes (gem. Pos.Nr. 27l)	10
	<i>Zu den Positionen 27d, 27e, 27f und 27k ist das Material auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.</i>	
28.	Gipsmodell für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodell für Einlagen, je Seite	29
	<i>(Das Material ist auf Rezept zu verschreiben oder getrennt zu verrechnen.)</i>	
28b	Herstellung von geführten Abdrücken für Maß- oder Modelleinlagen mittels Trittschaummodellen (inkl. Material), je Seite	12
	<i>(Die gleichzeitige Verrechnung mit Position 28a ist nicht möglich; Blandruck nicht gesondert verrechenbar.)</i>	
29.	Knochenbrüche (provisorische Versorgung – Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	15
29b	Alle übrigen Knochen	30

VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

30.	Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	40
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars	15
	<i>(bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)</i>	
30c	Kauterisation der Portio vaginalis oder der Cervix	50
30e	Zellentnahme für zytologische Untersuchung	8
	<i>ab 1.10.2000 neu:</i>	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial für zytologische Untersuchung (nach Papanicolaou), inkl. Objektträger und Fixierlösung	7
30f	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	4
30g	Abstrichentnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	3
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	
30h	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), 1. Präparat	7
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (z.B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	4
	<i>(max. 2 weitere je Patient und Abrechnungszeitraum verrechenbar.)</i>	
30j	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	19
	<i>maximal in 5% der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
	<i>mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät.</i>	
	<i>Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.</i>	
30k	Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie	19
	<i>verrechenbar einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr. Die Positionen TA, PS, 1j und HMG sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
30l	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz	12
	<i>verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Arzt und Quartal, nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptaussstellung</i>	

31. Geburtshilfe

31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	30
31b	Beistand bei pathologischer Entbindung; für den Beistand bei einer normalen Geburt ohne Kunsthilfe darf nur der Besuch und Pos.Nr. 31a verrechnet werden. Der Zeitaufwand, der nur auf Wunsch der Wöchnerin entsteht, ist mit dieser nach Vereinbarung zu verrechnen	100
31c	Manuelle Muttermunddilatation	25
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	25
31e	Ultraschall-Untersuchungen-Doppler-Effekt zur Kontrolle der fetoplazentaren Einheit	30

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

32.	Untersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung, Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus oder Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je	16
32b	Tonschwellenaudiometrie	30
	<i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>	
32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	50
32e	Sprachaudiometrie	40
32g	Otomikroskopische Untersuchung (nur durch Fachärzte für H in maximal 35 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
	<i>Die Untersuchung umfasst beide Ohren</i>	
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	25
	<i>in maximal 50% der Fälle verrechenbar, maximal 2 mal pro Patient und Monat</i>	
32i	Otoakustische Emissionen	25
	<i>in maximal 9% der Fälle verrechenbar</i>	
33.	Therapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	12
33d	Hintere Nasentamponade	50
33e	Cerumenentfernung.....	6
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	8
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	45
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle je Seite	20
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	18
33k	Attic-Spülung	8
33l	Vordere Nasentamponade	20
33m	Speichelgangsondierung	10

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

34.	Elektrokardiogramm	
ZK	Zuschlag für die Behandlung von Kindern vor dem vollendeten 6. Lebensjahr durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	3
34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	69
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und	14

	absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	14
34d	Langzeit EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung)	168
	<i>In maximal 10% der Fälle pro Arzt und Monat verrechenbar. Die Sondervereinbarung ist unter Anschluss des Gerätenachweises und der Gerätemeldung über die Ärztekammer zu beantragen. Ein Durchschlag des Befundes ist 3 Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Zuweisungen innerhalb der Fachgruppe, allerdings ohne Grundleistung, möglich.</i>	
34e	24-Stunden Blutdruckmonitoring.....	65
	Indikationen der Verrechenbarkeit:	
	a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:	
	<i>Bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung</i>	
	b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei Sekundärer Hypertonie	
	<i>Praeeklampsie</i>	
	<i>Schlafapnoe</i>	
	<i>Hypertoner Herzhypertrophie</i>	
	c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:	
	<i>Bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch) nach Schlaganfall, Herzinfarkt</i>	
	<i>mit Herzinsuffizienz</i>	
	<i>mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie</i>	
	<i>mit Diabetes mellitus</i>	
	<i>mit fehlender Rückbildung von Organschäden</i>	
	<i>mit Wechselschichtdienst</i>	
	<i>mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel)</i>	
	<i>zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie bei Schwangeren mit EPH-Gestose</i>	
	Medizinische Erläuterungen:	
	<i>Untersuchungshäufigkeit:</i>	
	<i>Einmal zur Diagnostik</i>	
	<i>Ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung</i>	
	<i>Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der SVA im Einvernehmen der Ärztekammer hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.</i>	
	Weiters gilt:	
	<i>Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</i>	
	Limitierungsbestimmungen:	
	<i>Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit 3% der Fälle limitiert.</i>	
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	18
	<i>nur in Verbindung mit Visiten verrechenbar</i>	
34h	Rheokardiographie, Rheoangiographie	40
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	13
	<i>einmal pro Kalendervierteljahr verrechenbar</i>	
34i	Phonokardiographie	40
	<i>Die Position 34i wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführte Leistung und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsrückstandes bei cerebrall geschädigten Kindern (kann auch von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie verrechnet werden)	30
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	7
	<i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar</i>	
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit	17

	graphischer Darstellung - L	
	<i>Pos.Nrn. 34l und 34m nicht gemeinsam verrechenbar; die Indikation ist anzugeben</i>	
34n	Bronchospasmysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytikums) – AN.L.....	17
	<i>die Indikation ist anzugeben</i>	
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie Broncholyse) – L.....	24
34p	Messung der Atemwegwiderstände – L.	7
	Anmerkung: Pos.Nr. 34n und Pos.Nr. 34o nicht additiv.	
34q	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe - L.....	60
	<i>alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25% der Fälle pro Arzt und Quartal abgerechnet werden</i>	
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	42
	<i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation)	22
	<i>einmal im Monat verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	<i>einmal pro Fall und Quartal in maximal 10% der Fälle verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. 34w verrechenbar</i>	
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation)	22
	<i>in maximal 8% der Fälle im Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos.38t, 38u und 34v verrechenbar</i>	
34z	Raucherberatung mit dem Ziel der Entwöhnung	19
	<i>Nicht am selben Tag mit Pos. TA verrechenbar; verrechenbar in maximal 20% der Fälle pro Arzt und Quartal</i>	

IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE

35.	Untersuchungen	
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“) – K(KNP)	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar. Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35d	Elektroenzephalographie (einschließlich Provokationsmethode)	120
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 290 – 319“) / neurologisch Kranken (lt. „ICD 9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3“) - K(KNP).....	26
	<i>Eine Ordination/Visite ist gleichzeitig nicht verrechenbar. Verrechenbar auch für Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III. Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation - K(KNP), PSY	40
	<i>Höchstens einmal pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala - AM	20
	<i>maximal einmal pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>	
35h	ENG (Elektroencephalographie) —N	68
35i	EMG (Elektromyographie) —N	68
35j	ENG + EMG (Elektroencephalographie und Elektromyographie) —N.....	108
	<i>Die Positionen 35h bis 35j können in maximal 10 % der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	35
	1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention.	
	2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern.	
	<i>Nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar.</i>	
	<i>Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Eine Grundleistung ist einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.</i>	
	<i>Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie, durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	
	<i>Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die erhobenen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.</i>	
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention)	98
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung einer Erstordination ist nicht möglich.</i>	
	<i>Ein Zuschlag für Zeitversäumnis kann erst bei einer Behandlungsdauer von mehr als 45 Minuten verrechnet werden.</i>	
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung 50 Minuten - K(KNP)	98
	<i>Im Erkrankungsfall maximal dreimal verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36d, 36e sowie 36f ist nicht möglich.</i>	
	<i>Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.</i>	
	<i>Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul II oder III.</i>	
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 Minuten	98
	<i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36e sowie 36f ist nicht möglich.</i>	
	<i>Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.</i>	
	<i>Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 Minuten	49
	<i>Ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose verrechenbar.</i>	
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36f sowie ist nicht möglich.</i>	
	<i>Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.</i>	
	<i>Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 Minuten (max. 10 Patienten), je Patient und Therapieeinheit	11
	<i>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Nr. 36a, 36c, 36d sowie 36e ist nicht möglich.</i>	
	<i>Überdies ist eine Grundleistung einmal zu Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar.</i>	
	<i>Im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.</i>	
	<i>Verrechenbar durch Ärzte mit Diplom nach Modul III.</i>	

X. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

37. Untersuchungen

37a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Erstsitzung K, H, L.....	35
	<i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	
37b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest) Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung) K, H, L	12
	<i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</i>	
37c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung.....	47
	<i>Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.</i>	
37d	Epicutan-Test, Kontrollsituation (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 37c)	12
	<i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	
37e	Epicutan-Sonderaustestung über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung	94
	<i>Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	
	<i>Weiters gilt für die Positionen 37a bis 37e:</i>	
	<i>a) Die Position 37c ist im selben Quartal nicht neben der Position 37e verrechenbar.</i>	
	<i>b) Das Honorar für die Positionen 37a bis 37e beinhalten Anamnese, Austestung, Auswertung und Abschlussgespräch; die Verrechnung der Position TA ist gleichzeitig nicht möglich</i>	
37f	Zuschlag zu den Positionen 37a bis 37e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung K, H, L,	22
	<i>Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern. Die Verrechnung der Positionen TA und PS ist gleichzeitig nicht möglich. Verrechenbar in maximal 5% der Positionen 37a bis 37e.</i>	
37g	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 40% der Behandlungsfälle verrechenbar)	15
37h	Dreigliederprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit dreimaliger Beurteilung des Zentrifugates (nur durch Fachärzte für Urologie in höchstens 20 % der Behandlungsfälle verrechenbar)	10
37i	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (exkl. Punktionsnadeln)	150
	<i>einmal pro Tag verrechenbar;</i>	
	<i>die Kosten für die Punktionsnadel sind, sofern sie nicht als proordinatione zur Verfügung gestellt wird, gesondert verrechenbar</i>	
37k	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) ab der dritten Biopsie je	
	<i>(bis maximal vier weitere verrechenbar, darüber mit medizinischer Begründung)</i>	15

38. Therapeutische Verrichtungen

38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	10
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	5
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	10
38d	Blasenspülung	4
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	16
38f	Weitere Strikturdehnung	8
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	5
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre	10
38i	Einbringung von Medikamenten in die Harnröhre	3
38j	Aufflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion – D	6
	<i>höchstens verrechenbar in 50 % der Fälle pro Quartal, maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr; mehr als 6 Läsionen pro Patient und Jahr bei Anführung einer medizinischen Begründung (z.B. Tumorpatient)</i>	
38k	Kühlsonde	8
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen.....	15
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Pos.Nr. 26d u. 26e)	15
	<i>nur einmal am Tag verrechenbar</i>	
38n	Elektrolyse	15

38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	8
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	40
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	140
38q	Urologische Schleimhautanästhesie	4
	<i>nur verrechenbar bei Pos.19e, 19i, 19k, 19l, 38c, 38e, 38f</i>	
38r	Anwendung von Kohlendioxid je Sitzung	15
38t	Prostatamassage	5
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	10
38v	Hautfunktionsprüfung als Lappchenprobe	6
38w	Blaseninstillation mit blasenwirksamen Substanzen	19
38x	Wechsel eines suprapubischen Katheters mit Fixation	16
38y	Phototherapie, je Behandlung,	11,1
38z	Photochemotherapie, je Behandlung,	14,9

Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- und JUGENDPSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

40.	Diagnostik	Euro
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	175,00
	Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar	
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	44,00
40c	Diagnostische Außenanamnese	33,00
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	44,00
40e	Neurologischer Status	28,00
40f	Entwicklungsneurologischer Status.....	65,00
	<i>2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr</i>	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	65,00
40h	Somatischer Status	11,00
40i	Somatogramm	11,00
	Bei jedem Kontakt	
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	350,00
	1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten	
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	175,00
	2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten	
41.	Behandlung	
41a	Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument.....	66,00
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	175,00
	Bei max. 10% der Patienten	
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	33,00
42.	Vernetzungsleistung	
42a	Koordination bei Patienten	22,00
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	175,00
	1x pro Jahr; max. 20% der Patienten	
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	44,00
	1x pro Jahr	
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	11,00

**Xb. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der
PSYCHIATRIE**

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. **Abrechnungsberechtigt** sind ausschließlich Fachärzte mit FG-Code 20 lt. DVP Kapitel C.1. Somit Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, wenn diese schwerpunktmäßig psychiatrisch tätig sind
2. Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung abrechenbar. Ausgenommen davon sind folgende Positionen: 7c, 8a, 8b, 9a, 9b, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f. Wird die Position 7c während eines 3-jährigen Beobachtungszeitraumes in mehr als 20% der Behandlungsfälle abgerechnet, wird über eine Verrechnungsbeschränkung verhandelt.
3. Die Frequenz- und Umsatzentwicklungen dieses Abschnittes werden von ÖÄK und SVA quartalsweise evaluiert. Ergibt sich im Zuge der Evaluierung der Abrechnungsdaten für die ersten drei Quartale eines Jahres ein Quartalsfallwert, der höher als 110% des SGKK-Quartalsfallwertes für Fachärzte für Psychiatrie ist, wird der auf die Positionen dieses Abschnittes anwendbare Punktwert mit 1.1. des folgenden Jahres entsprechend reduziert (wird der SGKK-Fallwert z.B. um 20% überschritten, wird der Punktwert mit darauf folgenden 1.1. um 8,33% gesenkt).

Pos.-Nr.		Punkte
45.	Untersuchungen	
45a	Erstuntersuchung/-behandlung, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten	
	Mindestinhalt:	
	1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen).	92,8
	2. Psychiatrischer Längsschnitt Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-)somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose.	
	3. Behandlungsplan Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Therapiemotivation des Patienten.	
	4. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention	
	<i>Zweimal pro Patient innerhalb von 18 Monaten verrechenbar. Neuerliche Verrechenbarkeit möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45e, 45g, 45h, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar nur für neue Fälle ab Inkrafttreten dieses Abschnittes der Honorarordnung.</i>	
45b	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten	34
	Mindestinhalt:	
	1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung	
	2. Verbale Intervention	

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-educativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

- 45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten 52,8
Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)

Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-educativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.

- 45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten 100
Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)

Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

2. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

Auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik) komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psycho-educativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten.

Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.

- 45e Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro
beendeten 5 Minuten 9,2
Mindestinhalt:

1. Außenanamnese mit Bezugspersonen

Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch.

2. Sozialpsychiatrische Intervention

umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten.

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

- 45f Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit 18,9

Pro Patient und Tag maximal zweimal abrechenbar.

- 45g Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten 18,3

Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.

Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Die Positionen 45h und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar.

45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	18,3
	<i>Maximal 1 Test pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. Die Positionen 45g und 45i sind am selben Tag nicht verrechenbar. Abrechenbar in maximal 12% der Fälle pro Quartal.</i>	
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala bzw. diagnose-spezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	36,7
	<i>In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar</i>	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	135,8
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>	
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	165,1
	<i>2x pro Jahr; maximal 10% der Patienten</i>	
45l	Hausbesuch	17
	<i>Verrechenbar bei folgenden Positionen: 45a, 45b, 45c und 45d</i>	

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

p 1a	Manuelle Massage	12
p 1b	Apparatmassage	6
p 1c	Pneumomassage des Trommelfelles	8
 2. Gymnastik

p 2a	Einzelheilgymnastik	13
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	6
p 2c	Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
p 2d	Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschiene	15
p 2f	Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
 3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

p 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
p 3b	Quarzbestrahlung	8
p 3c	Heißluft	8
p 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
p 3e	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
p 3f	Zellenbad	11
p 3g	Iontophorese	10
p 3h	Diathermie	10

p 3i	Kurzwelle	12
p 3k	Ultraschall	16
p 3l	Anwendung der elektrischen Lunge	18
4.	Inhalationen	
p 4a	Dampfinhalation	5
p 4b	Aerosolinhalation	10
5.	Buckybestrahlung	
p 5a	Buckybestrahlung (pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder)	40
6.	Klimakammer	
p 6a	Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
p 7a	Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
p 7b	Schlampackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der SVA von Vertragsfachärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der SVA gemäß Punkt 3. berechtigt sind.
- In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisung verrechnen.
- Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen, die eine entsprechende Information an die SVA weiterleitet.
- 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.
- Jene sonographischen Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin **und** Radiologie **und Urologie**, die innerhalb eines Kalendervierteljahres die nachstehenden Werte übersteigen, werden mit 70 % des durchschnittlichen Tarifes honoriert:

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

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Kalenderjahreswertes im Ausmaß des vierfachen Wertes des Kalendervierteljahres.
- Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.

7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der SVA vorzulegen.
8. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bilddokumentation 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

Abdomen und Retroperitoneum

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	40
US 2	Sonographie des Pankreas – R.C.I.K.	48
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) – R.C.I.K.	73
US 4	Sonographie der Milz – R.C.I.K.UC.	33
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta) – R.C.I.K.U.	48
US 7	Geburtshilfflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen) – G.	48
US 8	Sonographie des Unterbauches – C.I.K.U.	48
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.U.	53
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie – U.R.	53

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

Small-parts-Diagnostik

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

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. – C(G).D.I.	29
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der	29

	Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz. – C.D.I.	
	<i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	
	<i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. – I.N.	44
	<i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Peritorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) – R.I.N.	17
	<i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	

Farbduplex-Diagnostik

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

Echokardiographie

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) – I, Kinderkardiologen	70
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler – I, Kinderkardiologen	148
	<i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i>	
	<i>Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;</i>	
	<i>Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;</i>	
	<i>Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.</i>	

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

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Röntgendiagnostische Leistungen können von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten nur verrechnet werden, wenn sie hiezu im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer besonders zugelassen sind.
2. Die Grundlage für die Erteilung der Zulassung bilden die einschlägigen Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer.
3. Der Umfang der Zulassung ist im Einzelvertrag zu vermerken.
4. Wenn ein Vertragsfacharzt für Radiologie im Orte niedergelassen ist, können röntgendiagnostische Leistungen nach diesem Tarif nur für Untersuchungen eigener Patienten verrechnet werden.

5. Wenn am Orte kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist, kann im Einvernehmen zwischen SVA und zuständiger Ärztekammer, Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten die Bewilligung zur Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen auf Zuweisung erteilt werden. In diesem Falle kann von Ärzten für Allgemeinmedizin zusätzlich zu diesem Tarif eine Ordination nach Pos. Nr. A1 oder A2 und von Fachärzten nach Pos. Nr. E11 bzw. E12 oder E3 verrechnet werden.
6. Die durchgeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen mindestens ein Jahr aufbewahrt werden.

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

XIV. Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die Leistungen können von Ärzten der jeweils angeführten Fächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können und der betreffende Arzt für die mit +) gekennzeichneten Leistungen regelmäßig und erfolgreich an Ringversuchen teilnimmt und die interne Qualitätssicherung durchführt. Die Durchführung und der Nachweis der Qualitätssicherung werden im Einvernehmen zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Sonderleistung gemäß Abschnitt A III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.

6. Werden aus dem gleichen Material 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 (Einzelleistungen) 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, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr.		Punkte
1.01	Blutbild AM, I, K, L	3,5
+ 2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	4,0
+ 2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) AM, I, K..... <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	4,0
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte AM, D, G, I, K, L, U.....	7,5
+ 3.01	Blutzucker-Bestimmung AM, I, K, U.....	1,0
+ 3.07	Gesamtbilirubin K.....	1,0
+ 3.08	Direktes und indirektes Bilirubin K	1,0
+ 3.16	Kalium I	1,0
+ 4.07	GOT (ASAT) K	1,0
+ 4.08	GPT (ALAT) K	1,0
4.20	Troponin T oder Troponin AM, I, L	7,2
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez.Gewicht und photo- metrische Auswertung AM, D, G, I, K, L, U	1,0
	<i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) AM, D, G, I, K, L, U..... <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	1,0
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) AM, G, K, U	3,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) AM, I, K	2,0
+ 11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgerqual. AM, I, K, L.....	2,5
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) U	4,0
o 12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K.....	6,9

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn, in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der SVA nicht honoriert, sofern nicht ausdrücklich eine Kostenübernahmeverpflichtung der SVA vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind unter Verwendung der aus dem Operationsgruppenschema ersichtlichen Positionsnummern zu verrechnen.

4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Ordination handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.
7. Die Verrechnung einer Assistenzgebühr bei Operationsgruppe I und II ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn der Operateur die Notwendigkeit der Assistenz ausreichend begründet. Das Honorar für Assistenz und Narkose wird dem diese Leistungen erbringenden Vertragsarzt unmittelbar von der SVA verrechnet. Die Begründung ist im dafür vorgesehenen Begründungsfeld der elektronischen Abrechnung (SART 03 Datenblock Begründung „B“ Feld GRUN3 bzw. SART 05 LABOR Feld GRUN5) anzuführen.
8. In dem nachstehenden Schema sind jene Operationen, welche in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt und seitens des Arztes mit der SVA direkt verrechnet werden dürfen, angeführt.
9. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anaesthesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

OPERATIONSHONORAR

Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50 Prozent, doch muss die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden. **Gleiches gilt für Behandlungen von Kindern unter 6 Jahren.**

1. Operation

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

2. Ärztliche Assistenz

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

3. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

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

VI		115
	Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.	

4. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

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

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

5. Regiezuschlag

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

Gruppe	Punkte
I	15
II	20
III	30
IV	45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Gruppe I

Pos.- Nr.		Fachgebiet
0 1a	Incision bei Dakryocystitis	A.
0 1b	Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A.C.D.
0 1c	Operation des Chalazion	A.
0 1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten	A.
	(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
0 1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	A.
0 1f	Kanthoplastik mit Naht	A.
0 1g	Einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	A.
	(einmal im Abrechnungszeitraum verrechenbar)	
0 1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
0 1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.
0 1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion	
	(jede weitere ½ Gruppe I)	A.
0 1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

0 2a	Tarsorrhapie	A.
0 2b	Tränendrüsenschmelzung	A.
0 2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
0 2d	Epicanthusoperation	A.
0 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellensche Naht)	A.
0 2f	Einfache Tenotomie (Schielopoperation)	A.
0 2g	Operation des Pterygium	A.
0 2h	Abrasio corneae	A.

0 2i	Tätowierung der Cornea	A.
0 2k	Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o.ä.	A.
0 2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
0 2m	Nadeldiscission bei angeborener Katarakta	A.
0 2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und NEUROCHIRURGIE

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

Gruppe I

0 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C.O.
0 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
0 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
0 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
0 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
0 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
0 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
0 8h	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Excision), z.B. Angiom, Nävus, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm einschließlich Naht- und Wundversorgung	
0 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
0 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
0 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
0 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
0 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
0 8o	Amnionimplantation nach Filatow	C.G.
0 8p	Probeexcision mit Naht	
0 8q	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	

Gruppe II

0 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
0 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des	C.O.

	Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	
0 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
0 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	C.
0 9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
0 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
0 9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
0 9h	Operative Entfernung (inkl. Naht) einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser (Excision) z.B. Fibrom, Nävus, Atherom, Lipom, Schloffer-tumor, Angiom, Epitheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom	
0 9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
0 9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
0 9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
0 9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
0 9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
0 9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C.O.
0 9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
0 9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
0 9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
0 9s	Drüsenimplantation	

Gruppe III

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

Gruppe IV

0 11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkel-fraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension	C.O.
-------	--	------

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

Gruppe V

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

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

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

FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

Gruppe I

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

Gruppe II

0 20a	Exstirpation des Hymens	G.
0 20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
0 20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G. U.

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

Gruppe III

0 22a	Labienresektion	G.
0 22b	Exstirpation der Bartholin'schen Drüse	C.G.U.
0 22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
0 22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
0 22e	Portioamputation und -plastik	G.
0 22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors (Schloffertumor)	G.
0 22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)	G.
0 22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
0 23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
0 23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
0 23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
0 23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
0 23e	Zange, Vacuumextraction	G.

Gruppe IV

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

Gruppe VI

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

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

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

Gruppe II

0 32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)	H.
-------	---	----

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

Gruppe III

0 33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	H.
0 33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0 33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
0 33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
0 33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1,7fach)	H.
0 33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
0 33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
0 33j	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

Gruppe IV

0 34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
0 34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	H.
0 34c	Größere plastische Operationen	C.H.
0 34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
0 34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus	H.
0 34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
0 34h	Operation der Deviatio septi nach Killian	H.
0 34i	Ozaena-Operation	H.
0 34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.

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

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe IV

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

ORTHOPÄDIE und ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

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

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

0 45n	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	C.O.
0 45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.

Gruppe V

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

UROLOGIE

Gruppe I

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

Gruppe II

0 49a	Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren	U.
0 49b	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	G.U.
0 49c	Urethrotomia interna	U.
0 49d	Operation eines einfachen Urethralprolapses	G.U.
0 49e	Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses	C.U.
0 49f	Retroperitoneale Luftfüllung	C.I.U.

Gruppe III

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

Gruppe V

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

C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos.Nr.		Punkte
1.	Massage	
	P 1a Manuelle Massage	12
	P 1b Apparatmassage	6
	P 1c Pneumomassage des Trommelfelles	8
2.	Gymnastik	
	P 2a Einzelheiligymnastik	13
	P 2b Extensionsbehandlung, Quengeln	6

P 2c	Heilgymnastik in der Kleingruppe	5
P 2d	Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule mit der Glissonschlinge	15
P 2f	Extensionsbehandlung der Brust-, Lenden-, Wirbelsäule mit Spezialgeräten	30
P 2g	Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	39
P 2h	Bewegungstherapie-Einzeltherapie (mind. 20 Min.)	26
P 2i	Bewegungstherapie-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	10
P 2j	Unterwasserheilgymnastik-Einzeltherapie (mind. 30 Min.)	43
P 2k	Unterwasserheilgymnastik-Gruppentherapie (mind. 30 Min.)	12
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	6
P 3b	Quarzbestrahlung	8
P 3c	Heißluft	8
P 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom, je	9
P 3e	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten	10
P 3f	Zellenbad	11
P 3g	Iontophorese	10
P 3h	Diathermie	10
P 3i	Kurzwele	12
P 3k	Ultraschall	16
P 3l	Anwendung der elektrischen Lunge	18
4.	Inhalationen	
P 4a	Dampfinhalation	5
P 4b	Aerosolinhalation	10
6.	Klimakammer	
P 6a	Klimakammerbehandlung pro Sitzung	25
7.	Hydrotherapie und Packungen	
P 7a	Italienische Schnellkur (Munari-Packung)	14
P 7b	Schlammpackung, Moorpackung (Teil- oder Ganzpackung)	15

D. Laboruntersuchungen

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. 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 der Zuweisung (Patientenschein, Ersatzpatientenschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 7 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtung verrechnet werden und unterliegen der regelmäßigen und erfolgreichen Teilnahme an Ringversuchen sowie der internen Qualitätssicherung.

Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde 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 SVA und der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.

3. Mit Wirkung ab 1.1.2019 können Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie Leistungen dieses Abschnittes nicht mehr abrechnen. Für sie gelten ab diesem Zeitpunkt die Regelungen nach Abschnitt A. XIV. der Honorarordnung.
4. Für Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch-chemische Labordiagnostik, Pathologie, Zytologie bzw. Mikrobiologie und Serologie, deren Einzelvertrag nach dem 01.03.2016 in Kraft tritt, gilt die Einschränkung gemäß Punkt 3. bereits mit Wirksamkeitsbeginn des Einzelvertrages.
5. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
6. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laborleistung abgegolten.
7. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung verrechenbar sind.
8. Werden aus dem gleichen Material mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
10. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzelleistungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
11. Über die erbrachten Laborleistungen, die verwendeten Gerätschaften und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der SVA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
12. Notwendige Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der SVA und der Österreichischen Ärztekammer – wobei für die Bewertung ähnliche Leistungen heranzuziehen sind – im Rahmen einer Sondervereinbarung im Sinne des § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.
13. Vertragsfachärzte für Pathologie können ausschließlich Leistungen der Gruppen 51 bis 54 abrechnen. Ärzte für Allgemeinmedizin und andere Vertragsfachärzte sind zur Abrechnung von Leistungen der Gruppen 51 bis 54 nicht berechtigt. Weiters gilt:
 - a) Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der SVA nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
 - b) Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
 - c) Leistungen der Gruppen 51 (gynäkologische Zytologie) und 52 (extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ausbildungsordnung) verrechenbar.
 - d) Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
1.01 Blutbild L	3,5
1.04 Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes.....	10,0
1.09 Retikulozyten-Zählung	6,0

o 1.11 Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
o 1.12 Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10,0
1.13 Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	200,0
1.14 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1,5
o 1.16 HLA-B 27	20,0
nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar	
o 1.17 Leukozytendifferenzierung < 5 Typ	20,0
Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.	
o 1.18 Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80,0
bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	
o 1.19 Leukozytendifferenzierung > 10 Typ	150,0
bei Verdacht auf hämatologische Systemerkrankung	

Gruppe 2: Blutgerinnung

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

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
+ 3.01 Blutzucker-Bestimmung U	1,0
o 3.02 Fruktosamine	4,0
nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar	
o 3.03 HbA1c oder HbA1c	9,0
nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar	
+ 3.04 Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN U	1,0
+ 3.05 Kreatinin U	1,0
+ 3.06 Harnsäure U, O	1,0
+ 3.07 Gesamtbilirubin	1,0
+ 3.08 Direktes und indirektes Bilirubin	1,0
+ 3.09 Gesamteiweiß-Bestimmung	1,0
o 3.10 Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	9,0
+ 3.11 Triglyceride (Neutralfette)	1,0
+ 3.12 Gesamtcholesterin	1,0
+ 3.13 HDL-Cholesterin	1,3
+ 3.14 LDL-Cholesterin	1,3

o 3.15 Natrium.....	1,0
+ 3.16 Kalium	1,0
o 3.17 Kalzium	1,0
o 3.18 Chloride	1,0
o 3.19 Phosphor.....	1,5
o 3.20 Magnesium.....	1,5
o 3.21 Lithium.....	2,0
<i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar</i>	
o 3.22 Kupfer.....	5,0
o 3.23 Eisen	2,0
o 3.24 Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	5,5
<i>nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar</i>	
o 3.25 Ferritin	2,5
o 3.26 Albumin	1,3
o 3.27 Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter.....	25,0
o 3.28 Transferrin.....	2,5
<i>nicht neben Position 3.24 verrechenbar</i>	
o 3.29 Ammoniak	2,5
<i>nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie</i>	
o 3.30 Laktat	2,5
<i>nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)</i>	
o 3.31 LP a.....	9,3
<i>nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend</i>	

Gruppe 4: Enzyme

Pos.Nr.	Punkte
o 4.01 Aldolase.....	2,5
+ 4.02 Alkalische Phosphatase U	1,0
+ 4.03 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,8
+ 4.04 Cholinesterase	1,0
+ 4.05 CK (Creatin-Kinase)	1,1
+ 4.06 CK-MB-Isoenzym	2,5
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
+ 4.07 GOT (ASAT) U	1,0
+ 4.08 GPT (ALAT) U.....	1,0
+ 4.09 Gamma-GT U.....	1,0
o 4.12 Lipase-Bestimmung.....	1,6
o 4.13 LDH	1,0
o 4.15 Angiotensin-converting-Enzym (ACE).....	9,0
o 4.16 Myoglobin	5,0
<i>nur bei Infarktverdacht verrechenbar</i>	
4.20 Troponin T oder Troponin AM, I, L	7,2

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

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
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 5.01oder 5.02) G, U	3,0
5.04 Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten.....	3,0
o 5.06 Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine)	10,0
o 5.07 Porphobilinogen	10,0

o 5.08 Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	15,0
o 5.09 5-Hydroxyindoleessigsäure	15,0
+ 5.10 Mikroalbumin	1,0
o 5.11 Gesamteiweißbestimmung	1,0
+ 5.13 Glukose	1,0
o 5.15 Kreatinin	1,0
o 5.17 Natrium	1,0
o 5.18 Kalium	1,0
o 5.19 Kalzium	1,0
o 5.20 Chloride	1,0
o 5.21 Phosphor	1,0
o 5.22 Kupfer	25,0
+ 5.23 Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,5
Katecholamine - siehe Gruppe 14	

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

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

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
+ 7.01 Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	9,0
7.02 Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
o 7.03 Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9,0
o 7.04 Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9,0
o 7.05 Pankreas-Elastase im Stuhl	20,0
<i>bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz</i>	

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

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

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
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
o 9.06 Albumin	2,0
o 9.07 Gesamteiweiß-Bestimmung	2,0
o 9.08 Glukose	2,0
o 9.09 Harnsäure O	2,0
o 9.10 LDH	2,0
o 9.11 CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

Pos.Nr.	Punkte
o 10.01 Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor <i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar</i>	15,0
o 10.02 3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest	15,0
o 10.03 Coombstest direkt	7,0
o 10.04 Coombstest indirekt	15,0
o 10.05 Kälteagglutinationsreaktion	6,0
o 10.06 Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren <i>nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar</i>	11,0
o 10.07 Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) <i>nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar</i>	13,0
o 10.08 Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. Nr. 10.02)	24,0
o 10.09 Dw	11,0
o 10.10 Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problem- konstellationen.....	12,4

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.	Punkte
o 11.01 Immunelektrophorese oder Immunfixation..... <i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar</i>	25,0
o 11.02 Kappa- und Lambdaketten.....	14,0
o 11.03 Haptoglobine	7,0
o 11.04 Coeruloplasmin	10,0
o 11.05 Alpha-1-Antitrypsin	4,0
o 11.06 Alpha-2-Makroglobulin	7,0
o 11.07 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
o 11.08 Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	18,0
o 11.09 HBs-Antigen	9,0
o 11.10 HBs-Antikörper	9,0
o 11.11 HBc-Antikörper	9,0
o 11.12 HBc-IgM-Antikörper..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
o 11.13 HBe-Antigen..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
o 11.14 HBe-Antikörper..... <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar</i>	13,0
o 11.15 HAV-Antikörper	10,0
o 11.16 HAV-IgM-Antikörper	11,5
<i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar</i>	
o 11.17 Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5,0
o 11.18 TPHA-Test.....	5,0
o 11.19 Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	12,5
o 11.20 19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5
o 11.22 RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5
+ 11.23 Antistreptolysin-O-Objektträger-test qual.	2,5
o 11.24 Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung.....	2,5
+ 11.25 CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qual.	2,5
o 11.26 CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	2,5
+ 11.30 Mononukleosetest als Objektträger-test.....	5,0
o 11.32 Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	4,0
o 11.33 IgE	7,0
o 11.34 Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
<i>bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar</i>	
o 11.35 Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13,0
o 11.36 Anti-DNS	13,0
o 11.37 Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10,0
o 11.38 Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je.....	15,0
o 11.39 Mitochondriale Antikörper	13,0

o 11.40	Mikrosomale Antikörper	11,5
o 11.41	Thyreoglobulin Antikörper	11,5
o 11.42	PSA	7,0
	<i>zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar</i>	
o 11.43	freies PSA	5,0
	<i>in max. 10% der Pos. 11.42</i>	
o 11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
	<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>	
o 11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
o 11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
	<i>nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar</i>	
o 11.47	C3-Komplement	10,0
o 11.48	C4-Komplement	10,0
o 11.49	ANA-Subsets	9,0
	<i>nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar</i>	
o 11.50	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM) je	11,3
	<i>max. 3 AK</i>	
o 11.51	c-ANCA oder p-ANCA	12,0
	<i>max. 2 AK pro Erkrankungsfall</i>	
o 11.52	Gliadin-AK	10,0
	<i>nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar</i>	
o 11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	10,0
	<i>bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar</i>	
o 11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin-D3	14,0
	<i>nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel</i>	
o 11.55	Vitamin B12	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
o 11.56	Folsäure	11,0
	<i>nur zur Anämieabklärung</i>	
o 11.57	Apolipoproteine	5,7
	<i>nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar</i>	
o 11.58	C1 Esterase Inhibitor	6,9
o 11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je	7,9
	<i>max 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar</i>	

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

Pos.Nr.		Punkte
12.01	Nativpräparat	3,0
+ 12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc L	5,0
+ 12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung L	5,0
o 12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20,0
o 12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	9,0
o 12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D	9,0
o 12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate D ..	9,0
o 12.08	Kultur auf Mykoplasmen	11,0
o 12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je	7,0
	<i>höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar</i>	
o 12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	20,0
+ 12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) D, U	4,0
o 12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14,0
o 12.16	Brucella AK KBR	8,0

o 12.17 Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
o 12.18 Echinokokken KBR	8,0
o 12.19 Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
o 12.20 HIV-AK (Elisa)	9,0
o 12.21 HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
<i>nur bei positivem HIV-Test verrechenbar</i>	
o 12.23 Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
o 12.24 Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
<i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar</i>	
o 12.25 Toxoplasmose IIFT	15,0
o 12.27 Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
<i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar</i>	
o 12.28 Zystizerkosen KBR	8,0
o 12.29 Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20,0
o 12.31 Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
o 12.32 Amöben-AK	15,0
o 12.33 Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
o 12.34 Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
o 12.37 Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
o 12.38 Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
o 12.40 Echinokokken HAT	10,0
o 12.41 Enteroviren KBR	8,0
o 12.44 Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
o 12.46 FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15,0
o 12.47 Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
o 12.48 Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.50 Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.52 Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.53 Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10,0
o 12.55 Listerien KBR	8,0
o 12.56 Leishmaniose KBR, HAT	10,0
o 12.58 Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.59 Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.62 Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15,0
o 12.63 Picorna Virus KBR	8,0
o 12.64 Qu-Fieber KBR	8,0
o 12.65 Rota Viren KBR	8,0
o 12.66 Trichinose KBR	8,0
o 12.67 Trichinose IFT, EIA	15,0
o 12.68 Tularämie (KBR, Agg. T)	15,0
o 12.70 Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.71 Yersinia KBR	8,0
o 12.73 Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15,0
o 12.74 Zystizerkosen IFT	10,0
o 12.75 Helicobacter pylori AK-Nachweis C	15,0
<i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar</i>	
o 12.76 Borrelien IgG oder IgM AK	12,0
o 12.77 Borrelien-Westernblot IgG oder IgM	15,0
<i>bei positiven Borrelien</i>	
o 12.78 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>	
o 12.79 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>	
o 12.80 HPV-Typisierung	41,0
<i>bei PAP III und status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und verrechenbar</i>	
o 12.81 Cytomegalie-PCR	70,0
<i>nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten</i>	

<i>Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage von Vorbefunden)</i>		
o 12.82	<i>Helicobacter pylori AG im Stuhl nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therpiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist</i>	30,0
o 12.83	<i>Bordetella pertussis PCR</i>	28,0
o 12.84	<i>Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota nur bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr anforder- und verrechenbar</i>	5,0
o 12.85	<i>HIV PCR quantitativ nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal</i>	80,0
o 12.86	<i>Stuhlkultur..... max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	17,0
o 12.87	<i>Clostridientoxin Nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar</i>	20,0
o 12.88	<i>Bartonella henselae-AK.....</i>	10,5
o 12.89	<i>Coxsackie B-IgG oder IgM</i>	11,4
o 12.90	<i>LCM Virus AK</i>	11,4
o 12.91	<i>Ornithose-Antikörperrnachweis je</i>	11,4
o 12.92	<i>Mycoplasmen AK je.....</i>	11,4
o 12.93	<i>Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich AM, K..... nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 verrechenbar</i>	6,9
o 12.94	<i>Parainfluenza-Antikörperrnachweis je.....</i>	11,4
o 12.95	<i>Parvovirus AK (Ringelröteln) je</i>	11,4
o 12.96	<i>Legionelle IgG oder IgM.....</i>	11,4
o 12.98	<i>Tetanus-Antikörper.....</i>	11,4

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

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

Gruppe 14: Hormone

Pos.Nr.		Punkte
o 14.01	<i>Gesamt-T4 oder freies T4 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
o 14.02	<i>Gesamt-T3 oder freies T3 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik</i>	6,0
o 14.03	<i>TSH TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)</i>	5,4
o 14.04	<i>Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG).....</i>	10,0
o 14.05	<i>Aldosteron</i>	20,0
o 14.06	<i>Cortisol</i>	10,0
o 14.07	<i>Follikelstimulierendes Hormon (FSH)</i>	7,0
o 14.08	<i>Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je</i>	25,0

<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
o 14.09 Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je	18,0
<i>höchstens zwei verrechenbar</i>	
o 14.12 Luteinisierendes Hormon (LH)	7,0
o 14.14 Östradiol	8,0
o 14.16 Parathormon.....	19,5
o 14.19 Progesteron	8,0
o 14.20 Prolaktin	7,0
o 14.21 Testosteron	8,0
o 14.22 Wachstumshormon (STH).....	20,0
o 14.23 17-Hydroxy-Progesteron	21,0
o 14.24 SHBG	11,0
o 14.25 DHEA-S	10,0
o 14.26 ACTH.....	18,0
o 14.27 Androstendion	13,0
o 14.28 c-Peptid	12,6
<i>nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar</i>	
o 14.29 Insulin	12,6
<i>zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II</i>	
o 14.30 Osteocalcin.....	10,7
o 14.31 Gastrin	12,6
o 14.32 Crosslabs	10,7
Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.	

Gruppe 15: Funktionsproben

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

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

Pos.Nr.	Punkte
o 16.01 Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02*) Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
<i>zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9</i>	
16.03*) Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7,0
o 16.04 Gefrierschnitt	5,0
*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für Med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ haben keinen Nachweis zu erbringen. Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.	

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

Pos.Nr.	Punkte
o 18.01 Blutentnahme aus der Vene.....	2,5
o 18.02 Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5,0
o 18.03 Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	5,0

	<i>1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar</i>	
o 18.04	Abstrich je Abnahmestelle	3,0
o 18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	3,0
o 18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	3,0
o 18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	10,0

Gruppe 51: Gynäkologische Zytologie

Pos.Nr.		Euro
51.01	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	7,45
	<i>verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärzten für Pathologie, die der SVA bis längstens 31. Dezember des jeweiligen Abrechnungsjahres ihre Teilnahme am Programm der freiwilligen Selbstkontrolle des „Komitees für Qualitätssicherung in der Zytologie“ der Österreichischen Gesellschaft für Zytologie durch Vorlage entsprechender Unterlagen nachgewiesen haben</i>	
51.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze).....	2,32
	<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06 und 53.14 verrechenbar</i>	
51.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen	3,29
	<i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 53.06, 53.07, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	
51.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	6,18
55.03	HPV-DNA (Bestimmung von „Low-risk-Typen“ und „High-risk-Typen“ humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko.....	43,60
	<i>in 1% der honorierten Pos.Nrn. 51.01 und VZYT1 verrechenbar</i>	

Gruppe 52: Extragenitale Zytologie

Pos.Nr.		Euro
52.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	10,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.02 verrechenbar</i>	
52.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patient (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	13,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.01 verrechenbar</i>	
52.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	5,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung nur mit Begründung verrechenbar</i>	
52.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	6,00
	<i>maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.05 verrechenbar</i>	
52.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	10,0
	<i>maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 52.04 verrechenbar</i>	
52.07	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos.Nr. 52.01 oder 52.02	21,45
	<i>maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar</i>	

Erläuterungen:

- a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen
- b) Pos.Nr. 52.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- c) Pos.Nr. 52.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung,

- Zytozentrifuge etc.)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
 d) Hinsichtlich der Pos.Nrn. 52.01/52.02 und 52.04/52.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.

Gruppe 53: Mikrobiologie

Pos.Nr.		Euro
53.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos.Nr. 53.22 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar</i>	12,93
53.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	6,86
53.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung..... <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	6,86
53.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	5,96
53.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB Trichomonaden, Pilze)..... <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.02 und 53.14 verrechenbar</i>	2,32
53.07	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen <i>maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos.Nr. 51.03, 53.06, 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	3,29
53.08	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial	9,77
53.09	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB Gram u.Ä) <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	3,29
53.10	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis..... <i>nicht neben Pos.Nr. 53.14 und 53.15 verrechenbar</i>	2,32
53.11	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	2,75
53.14	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nrn. 53.06 und 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH) siehe Pos.Nrn. 53.09 und 53.10</i>	1,86
53.15	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) <i>ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos.Nr. 53.07; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos.Nrn. 53.09, 53.10, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	2,80
53.16	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB Harnkultur) <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos.Nr. 53.25 (zB Uricult) verrechenbar</i>	8,96
53.17	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	11,21
53.19	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate <i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	11,21
53.20	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und	13,12

aller Färbepreparate	
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.21 Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	13,18
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.22 Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate je Kultur	8,01
<i>maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos.Nrn. 53.01, 53.16 bis 53.21 und 53.23 bis 53.24 verrechenbar)</i>	
53.23 Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15,01
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.24 Kultur auf Mykobakterien (zB Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	23,59
<i>maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar</i>	
53.25 Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB Uricult)	3,50
<i>nicht neben Pos.Nr. 53.16 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos.Nr. 53.22 zu verrechnen</i>	
53.26 Antibiotogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers	10,37
<i>bei Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen</i>	

Gruppe 54: Hystologie

Pos.Nr.	Euro
54.01 Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden	26,55
<i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	
54.02 Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffes entnommen wurden	26,55
<i>maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates(der Präparate) (unabhängig von der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar</i>	
54.05 Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	3,00
54.06 Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02	7,00
<i>nicht neben Pos.Nr. 54.07 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	
54.07 Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zu Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02	13,00
<i>nicht neben Pos.Nr. 54.06 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar</i>	
54.09 Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos.Nrn. 54.01 oder 54.02	44,00
<i>maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar</i>	
54.10 Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos.Nr. 54.01 oder 54.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	8,40

Erläuterungen:

- a) Pos.Nr. 54.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw.54.10) und des Befundes

- b) Pos.Nr. 54.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung
 - histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrere Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung des Blockes (der Blöcke falls 54.10), des Präparates (der Präparate falls 54.05 bzw. 54.10) und des Befundes
- c) Zu den Pos.Nrn. 54.01 und 54.02:
werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostisch-therapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 54.01 bzw. 54.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:
- Entnahme mehrerer Lymphknoten
 - Entnahme mehrerer Naevi
 - mehrere Magenbiopsien
 - Entnahme aus paarigen Organen
- d) hinsichtlich der Pos.Nrn. 54.01/54.02, sowie 54.06/54.07 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig
die Pos.Nrn. 54.05 bzw. 54.10 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate – HE Standardfärbung

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. 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.
2. Die Vertragsärzte für Radiologie können nur jene Leistungen abrechnen, die der zuweisende Vertragsarzt angefordert hat und die im Tarifikatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (medizinisch notwendige Überschreitung des Zuweisungsausmaßes) sind nachvollziehbar zu begründen.
3. Über unklare Zuweisungen ist möglichst das Einvernehmen mit dem zuweisenden Vertragsarzt herzustellen.
4. Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifes (Pos.Nr. 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.
5. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Leistung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund sowie die Dokumentation abgegolten.
6. Die Untersuchungsergebnisse sind schriftlich auszufertigen. Die erbrachten Leistungen sind mit geeigneten Medien zu dokumentieren.
7. Soweit Röntgenkontrastmittel nicht im Wege eines im jeweiligen Land bestehenden Pools in natura beigelegt werden, können sie unter Zugrundelegung des Großpackungspreises mit der SVA abgerechnet werden.
8. Untersuchungen auf Rechnung der SVA dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die SVA 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.

9. Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiäre erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits);

Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;

Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Nefte, Halbschwester, Halbbruder;

Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

Hohes Risiko (das bedeutet: 10-Jahres-Risiko zwischen dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

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

Moderates Risiko liegt außerdem in begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters vor.

b. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ

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

c. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

Anmerkung: vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormonersatztherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar.

d. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)

e. Mastodynie einseitig

f. Histologisch definierte Risikoläsionen

Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.

g. Sekretion aus Mamille

Anmerkung: Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss

h. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)

Anmerkung: jährlich Mammographie und Ultraschall beidseits, MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht

i. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle

j. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess

Anmerkung: DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiothikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie

- k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
Anmerkung: z.B. Mamillenrektion, Orangerhaut, Plateaubildung, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie

- l. Besondere medizinische Indikation im Einzelfall
Anmerkung: Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle

10. Keine kurative Mammographie darf bei folgenden Indikationen verrechnet werden: Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Organtarif

Von den im Organtarif ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 50% als Honorarteil und 50% als Unkosten

Schädel

Pos.-Nr.		Punkte
R101	Schädel	76,9
R102	Gesichtsschädel	33,0
R103	Schädelbasis	33,0
R104	Sella	29,3
R105	Schläfenbein, pro Seite	91,6
R106	Nasennebenhöhlen	84,1
R107	Nasenbein	29,3
R108	Kiefergelenk, pro Seite	54,8
R109	Gesamter Oberkiefer	55,5
R110	Gesamter Unterkiefer	55,5
R111	Zahnstatus	107,4
R112	Zähne, 1-3 benachbarte	29,3
<i>(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung verrechenbar)</i>		

Wirbelsäule, knöcherner Thorax

Pos.-Nr.		Punkte
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	91,6
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)</i>		
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und Durchleuchtung	160,9
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)</i>		
R203	Brustwirbelsäule	75,1
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>		
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke	120,0
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>		
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	76,9
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)</i>		
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl.	136,9
<i>(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)</i>		
R207	Rippen, einseitig	49,6
R208	Sternum	76,9

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten

Pos.-Nr.		Punkte
R301	Clavicula, pro Seite	37,7
R302	Scapula, pro Seite	76,9
R303	Oberarm, pro Seite	71,6
R304	Unterarm, pro Seite	71,6

R305	Hand, pro Seite	76,9
R306	Navicularserie, pro Seite (gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)	29,3
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen (mehrere Finger oder Zehen an einem Tag sind mit Pos. Nr. R305 bzw. R310 zu verrechnen)	54,8
R308	Oberschenkel, pro Seite	84,7
R309	Unterschenkel, pro Seite	71,6
R310	Ganzer Fuß, pro Seite	76,9
R311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite (mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit medizinischer Begründung)	62,3
R312	Calcaneus, pro Seite	54,8
R313	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	37,7
R314	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	86,3
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	54,8
R316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	54,8
R317	Becken	49,6
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B. Endoprothese, faux profil usw.) (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)	88,2
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite (nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)	40,3
R320	Kniegelenk, pro Seite	73,9
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite (nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)	95,9
R322	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	80,4
R323	Sprunggelenk, pro Seite	62,3
R324	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	140,4
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	136,9

Halsorgane, Herz und Lunge

Pos.-Nr.		Punkte
R401	Thorax	95,5
R402	Halsorgane	103,6
R403	Tomographie der Lunge, bds.	140,4

Magen – Darmtrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R501	Oesophagus	121,7
R502	Magen-Duodenum in Doppelkontrast	228,5
R503	Dünndarmpassage	78,4
R504	Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	78,4
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	393,2
R506	Abdomen, nativ	49,6

Harntrakt

Pos.-Nr.		Punkte
R701	Harntrakt, Nativaufnahme (nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)	49,6
R702	i.v. Pyelographie	307,0
R703	Inf. Pyelographie	332,2
R704	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	347,6
R705	Tomographie der Nieren, bds.	140,4

Spezialuntersuchungen

Pos.-Nr.		Punkte
R801	Mammographie, beidseits	172,5
R802	Mammographie, einseitig	88,1
R803	Galaktographie	191,4

R804	Hystero- Salpingographie	159,6
R805	Pneumocystographie	96,4
R806	Phlebographie, pro Extremität	190,8
R807	Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung)	103,6
R808	Fremdkörperlokalisierung (Fistelfüllung) bei entzündlichen Darmerkrankungen.....	195,9

Formatetarif

1. Grundhonorar

Pos.-Nr.		Punkte
R 1a	Erste röntgenologische Leistung	16,3
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tag	10,9

2. Sonderleistungen

Pos.-Nr.		Punkte
R 2a	Darmeinlauf mit Kontrastmittel	8,1
R 2e	Intramuskuläre Injektion	4,1

Unkosten

3. Durchleuchtungen und Zuschläge

Pos.-Nr.		Punkte
R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	16,6
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	19,3
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen (Pos.Nr. R 3b + 3 x Pos.Nr. R 3e).....	41,8
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	25,4
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	7,5
R 3f	Zuschlag zur Pos. R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	12,0
R 3g	Zuschlag zur Pos. R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	14,5

4. Aufnahmen

Pos.-Nr.		Punkte
R 4a	Format 9x12	10,7
R 4b	Format 13x18	15,7
R 4c	Format 18x24	20,0
R 4d	Format 15x40	25,4
R 4e	Format 24x30	28,4
R 4f	Format 30x40	32,9
R 4g	Format 35x35	35,9
R 4h	Zahnfilm	6,5
R 4i	Format 35x43	39,0
R 4j	Format 30x90	62,8
R 4k	Format 20x40	29,3

5. Mehrphasenaufnahmen

Pos.-Nr.		Punkte
R 5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	20,0
R 5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	28,4

RÖNTGENTHERAPIE

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

Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit * gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.

- a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes,
b) „Stelle“ ist das erkrankte Organ.
Beispielsweise gilt als Stelle:
Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus).
Jedes große Gelenk, eine Hand, ein Fuß u.ä.
Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS).
Bei herdförmigen Erkrankungen, z.B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.
2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorare und Unkosten im Verhältnis der darüber hinaus durchgeführten Sitzungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.
- Wird bei Positionen aus der Tarifgruppe I und II aus medizinischer Indikation eine zweite oder weitere Serie angeschlossen, so muss die vorangegangene Serie mit der Maximalzahl der vorgesehenen Sitzungen erfüllt sein.

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I: 80 Punkte			
R 9a	Akne	2–6	4
R 9b	Blepharoconjunctivitis	2–6	4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2–6	4
R 9d	Ekzem, chronisch und mykotisch	2–6	4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem, Otitis externa)	2–6	4
R 9f	Encephalitis chronica	2–6	4
R 9g	Epididymitis	2–6	4
R 9h	Epilepsie	2–6	4
R 9i	Erysipel	2–6	4
R 9k	Erythema induratum Bazin	2–6	4
R 9l	Furunkel, unspezifische Lymphadenitis	2–6	4
R 9m	Intertrigo	2–6	4
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus	2–6	4
R 9o	Migräne	2–6	4
R 9p	Mikulicz'sche Erkrankung	2–6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2–6	4
R 9r	Paronychie	2–6	4
R 9s	Periodonitis	2–6	4
R 9t	Periones	2–6	4
R 9u	Poliomyelitis	2–6	4
R 9v	Pruritus	2–6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2–6	4
R 9x	Scrophuloderma	2–6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2–6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2–6	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
10. Tarifgruppe II: 130 Punkte			
R 10a	Agranulocytose	6	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3–4	5
R 10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke ..	4–6	3
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneus-sporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Proctitis, Fistelbestrahlung)	4–6	3

R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6–8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen) ... Hochdruck, Angina pectoris	1	1
R 10h	(Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6*)	2
R 10i	Mastitis acuta	3–6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R 10l	Morbus Werlhof	3	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4–6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4–6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4–6	3
R 10p	Tbc der Haut	3–4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2–6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4–6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R 10u	Thrombophlebitis	4–6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2–6	2
R 10w	Condylomata acuminata	3–4	3
R 10x	Alopecia areata	5	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2–4	3

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

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
11. Tarifgruppe III: 180 Punkte			
R 11a	Aktinomykose mitteltiefer und tiefer Sitz	3–4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster, Neurodermatitis	4–6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3–5	4
R 11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4–6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3–6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4–6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2–8	3
R 11m	Osteomyelitis	4–6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomen- komplex nach Magenresektion, ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4–6	3
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2–4	3
R 11p	Tbc des Darmes	6	4
R 11q	Tonsillarhyperthrophie und Tonsillitis chron.	3*)	3
R 11s	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4–6	4
R 11t	Schloffertumor	6	3
R 11u	Karbunkel	3–4	3

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
12. Tarifgruppe IV: 280 Punkte			
R 12a	Hirndrucksymptome Plexus (chorioideusbestrahlung)	3	3
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
R 12d	Prostatahyperthrophie (bei kontraindizierter Operation)	6–8	3
R 12e	Tbc peritonei	2	4

Pos.-Nr.		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max.-Zahl der Serien pro Jahr
13. Tarifgruppe V: 310 Punkte			
R 13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4*)	3

R 13b	Kastrationsbestrahlung	4*)	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	4*)	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	8	2
R 13g	Polycythämie	8	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2

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

14. Tarifgruppe VI: 340 Punkte

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

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

15. Tarifgruppe VII: 530 Punkte

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

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

16. Tarifgruppe VIII: 770 Punkte

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

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

17. Tarifgruppe IX: 1380 Punkte

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

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

18. Tarifgruppe X: 2100 Punkte

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

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

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

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

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

20. Buckybestrahlung:

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

Pos.-Nr.

21. Radiumtherapie:

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

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

1. Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass

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

2. Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen

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

	Punkte
ERGO inkl. EKG	138

Neben dieser Honorarposition sind keine gesonderten elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.

Punktwerte

Abschnitte der		Punktwerte ab			
Honorarordnung		1.1.2012	01.03.2016	01.01.2017	01.01.2018
A.	I (ohne 1j)	€ 0,6813	€ 0,6990		
A.	I 1j	€ 0,6813	€ 0,6813		
A.	II bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f und 36a bis 36f) und B.	€ 0,6813	€ 0,6983		
A.	VIII (34a bis 34f)	€ 0,5321	€ 0,5321		
A.	XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5218	€ 0,5348		
	Ergometrische Untersuchung	€ 0,5218	€ 0,5218		
A.	IX (35b, 35e, 35f und 36a bis 36f)	€ 0,6499	€ 0,6499		
A.	Xb		€ 1,0600		
A.	XI und C.	€ 0,5115	€ 0,5243		
A.	XIII	€ 0,4690	€ 0,4807		
A.	XIV		€ 1,7480 ²⁾		
D.	Labor	€ 1,6264 ¹⁾	€ 1,3425 ¹⁾	€ 1,2888 ¹⁾	€ 1,2372 ¹⁾
E.	(R1a-R2e)	€ 0,5880	€ 0,6226		
E.	(R3a-R5b)	€ 0,4690	€ 0,4966		
E.	(ohne R1a-R5b)	€ 0,5157	€ 0,5460		

1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 1.3.2016 folgende Ausnahmen:
Werden die Pos.Nrn. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik, die Pos.Nr 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinder- und Jugendheilkunde oder Urologie bzw. die Pos.Nrn. 1.01, 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Punktwert von 1,7480 € zur Anwendung.

2) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 1.3.2016 folgende Ausnahmen:
a) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 4.20, 5.03, 7.02 und 12.93 von Allgemeinmediziner in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
b) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.16, 4.20 und 7.02 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
c) Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
d) Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangen die Laborpunktwerte nach Abschnitt D. zur Anwendung.
e) Wird die Pos.Nr. 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,3425 zur Anwendung.