Honorarordnung

für

Ärzte für Allgemeinmedizin

und

Fachärzte

gemäß § 27 des Gesamtvertrags der

VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENSTETER,
EISENBAHNEN UND BERGBAU
(BVAEB)

Inhaltsübersicht

Honorarordnung	3
Abkürzungsschlüssel	3
Allgemeine Bestimmungen	4
A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	
I. Grundleistungen	
II. Diagnose- und Therapiegespräche	
III. Allgemeine Sonderleistungen	
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin	
VIIIa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde	
VIIIb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Lungenkrankheiten	
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie	
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	
Xa. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Xb. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Psychiatrie	
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	
XII. Sonographische Untersuchungen	<mark>28</mark>
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	0.4
(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)	<mark>31</mark>
XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und	A
Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie)	
Mikrobiologie und Serologie)	3Z
B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	<u>3</u> ∕1
Operationshonorar	
Augenheilkunde	
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesiologie	
Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)	
Urologie	
Orologic	<mark></mark>
C. Physikalische Behandlung	
durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten Instituten für	
Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden	4 9
Thysicalisatic Therapic, are volt 742 terr genuint and in deficit diplomicite i delicatic verwendet werder	10
D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-	
chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie	51
D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie	61
	······································
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	<mark>68</mark>
Röntgendiagnostik	
Röntgentherapie	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden	
die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M)	76

Anhang 1 zur Honorarordnung

Festsetzung des Punktwertes	<mark>78</mark>
Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass	. <mark>79</mark>
Medizinische Hauskrankenpflege	. <mark>79</mark>
Anhana O ann Hanananan ann an	
Anhang 2 zur Honorarordnung	
Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie	<mark>80</mark>

Honorarordnung

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (gemäß § 27 des Gesamtvertrages)

(Bezüglich Punktwert siehe Anhang 1 zur Honorarordnung, Seite 78)

Abkürzungsschlüssel

Α	=	Augenheilkunde	L	= Lungenkrankheiten
AM	=	Allgemeinmedizin	N	= Neurologie- und Psychiatrie, Neurologie
An	=	Anästhesiologie	NC	= Neurochirurgie
С	=	Chirurgie	0	= Orthopädie
C(G)	=	Gefäßchirurgie	PMR	= Physikalische Medizin
D	=	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Р	= Psychiatrie
G	=	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	R	= Radiologie
Н	=	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	U	= Urologie
1	=	Innere Medizin	UC	= Unfallchirurgie
K	=	Kinder- und Jugendheilkunde		
KNP	=	Kinderheilkunde	R	= Regiezuschlag
		(Kinderneuropsychiatrie)	M	= Materialzuschlag
KJP	=	Kinder- und Jugendpsychiatrie		

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

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

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

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

b) In Orten mit mehr als 5.000 Einwohnern, die nicht unter die Sonderregelung zu § 9 Abs. 2 lit. c und f des Gesamtvertrages fallen, k\u00f6nnen innerhalb eines vom Ordinationssitz des Vertragsarztes aus zu denkenden Umkreises mit dem Halbmesser von einem Kilometer Wegegeb\u00fchren nicht in Rechnung gestellt werden. Bei Krankenbesuchen au\u00dferhalb dieses Umkreises kann f\u00fcr die ersten 500 m au\u00dferhalb des Umkreises die Wegegeb\u00fchr f\u00fcr 1 km, f\u00fcr jeden weiteren begonnenen Kilometer die Wegegeb\u00fchr f\u00fcr einen weiteren Kilometer verrechnet werden.

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

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

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

d) Für Wien gilt folgende Regelung:

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

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

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

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

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

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

Von den übrigen Vertragsärzten:

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

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

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

A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos. Nr.		Punkte
	dination (Arzt für Allgemeinmedizin)	
A1	Erste Ordination	20
4.0	Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.	44.5
A2 A3	Weitere Ordination Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	11,5
	Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.	
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	8
	werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.	
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	Ω
AU	Zuschlag für Grünation bei Nacht (20 Gill bis 7 Gill)	
	ankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)	
B1	Erster Krankenbesuch	46
DO	Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.	25
B2 B3	Weiterer Krankenbesuch Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde	
БЭ	Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand -wie z. B. Unfall,	13
	Kollaps, schwere akute Blutung und dgl verrechenbar.	
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen	15
	Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.	
	Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.	
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	
B6	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	
B7 B8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des	4
БО	Gesamtvertrages) bei Tag	4
В9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des	
	Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5
	schlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)	
Bei Kra	ankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	
C1	bei Tag	
C2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	12
	Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Dieser Zuschlag ist nicht	
	verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine	
	Operation verursacht wurde.	
D 711	schlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)	
D1	bei Tag	15
D2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	
DZ	Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen.	20
	Bel dell'i Oshionen b'i dila be ist dei berdiende Aret anzardinen.	
E. Or	dination (Facharzt)	
E1	Erste Ordination erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	20
	Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. F1 verrechenbar.	
E2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
E3	Weitere Ordination	11
E31	Weitere Ordination	13
	verrechenbar nur durch Fachärzte für Innere Medizin <mark>und Urologie</mark>	
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde	4
	Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.	
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen	8
	Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen E4 und E5 können nur	
	verrechnet werden wenn zur hetreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind	

Pos. Nr. E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	Punkte 8
LU	Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.	
E7	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	3
	einmal pro Fall und Monat verrechenbar	
	nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar	
	verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	
F. Kra	inkenbesuch (Facharzt)	
F1	Erster Krankenbesuch erforderlichenfalls einschließlich eingehender Untersuchung	46
	Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. E1 verrechenbar.	
F2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	
F3	Weiterer Krankenbesuch	35
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte	
	der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind	15
F41	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt	0.5
540	für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	6,5
F42	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den	4.5
	Facharzt für Kinderheilkunde	4,5
	wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl verrechenbar.	
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer,	
	die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind	15
F51	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für	
	Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	11,5
F52	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für	,
	Kinderheilkunde	9
	Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.	
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der	
	Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind	30
F61	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für	
	Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	26,5
F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für	
	Kinderheilkunde	
F7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	
F8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	8
F9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f	
E40	des Gesamtvertrages) bei Tag	4
F10	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	-
F11	Zuschlag für die Untersuchung des Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	
ГП	einmal pro Fall und Monat verrechenbar	
	nicht mit MKP-Sonderleistungen am selben Tag verrechenbar	
	verrechenbar nur durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde	
	schlag für Zeitversäumnis (Facharzt)	
	ankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:	•
G1	bei Tag	
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	12
	Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Diese Zuschläge sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.	
H. Z us	schlag für Konsilium (Facharzt)	
H1	bei Tag	30
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	
	Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen.	

I. Wegegebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	€ 2,1239
12	Ein Doppelkilometer bei Nacht	€ 3,1857
	Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer	
	Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen	
	Doppelkilometer verrechnet werden.	

J. Koordination

I1 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt € 13,7729

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen, insgesamt in höchstens 15 % der Fälle pro Jahr. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.

Erläuterungen zum Positionstext:

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

II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1.

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

ab 1.4.2019€ 13,2990

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 und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- c) Der Arzt hat die "Ausführliche therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die "Ausführliche therapeutische Aussprache" mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination zu führen.
 - In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 25% der Behandlungsfälle pro Quartal, von Vertragsfachärzten für physikalische Medizin in höchstens 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal und von den übrigen Vertragsärzten (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie) in höchstens 18% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

- g) Die "Ausführliche therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die "Ausführliche therapeutische Aussprache" nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine "Ausführliche therapeutische Aussprache" verrechnen.
- h) Die gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache" mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages innerhalb eines Abrechnungsmonates ist ausgeschlossen.

2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

ab 1.4.2019 € 19,9178

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- 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 Behandlungsgespräches mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A.IX. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.		Punkte
	lutabnahme	
10a	Blutabnahme aus der Vene	
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	
10c	Aderlass (mindestens 250 ccm)	
10d	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene	7
	nicht gemeinsam mit Pos 10a verrechenbar	
10e	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern	
	bis zu sechs Jahren	11
	nicht gemeinsam mit Pos 10b verrechenbar	
44 1	da Latina and	
	jektionen	0
11a	Subcutane, intracutane Injektion	
11b	Intramuskuläre Injektion	
11c	Intravenöse Injektion	
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	
11e	Eigenblutinjektion	0
445	(Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	0
11f	Intraarterielle Injektion	
11g	Intracardiale Injektion	
11h	Subconjunctivale Injektion	
11i	Parabulbäre Injektion	
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	
111	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten	20
1100	(z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	20
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	
11n	Injektion and Paritaneum	+ R II 8
110	Injektion ans Peritoneum Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	-
11p		
11q	Intrasinuöse Injektion Krampfadernverödung: erste Injektion	
11q 11r	jede weitere Injektion	
1 11	(höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	1
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten:	
113	erste Injektion	Q
11t	jede weitere Injektion	
111	(höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke	10
11v	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	
117	initiaariiculare injektion in grose Gelenke (Genuter, Mile, Huite)	+ R € 5,39
11w	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke	·
1 1 44	(auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	+ R € 5,39
	(addit in the increase with the original officers)	11 6 0,00
12. In	filtrationen	
12a	Subcutane Infiltration	4
12b	Intramuskuläre Infiltration	
12c	Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	
		+ R II
12d	Paravertebralblockade	
		An.C.NC.N.O.I.
13. In	ıfusionen	
13a	Subcutane Infusion	10
13b	Intravenöse Infusion	
13c	Intraperitoneale Infusion	
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	

Pos. Nr.		Punkte
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	8
14. ln	nplantationen	
14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	10
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	
15. lm	npfung	
15a	Diagnostische Impfung	2
	(Pirquet, Moro-Mantoux, Luotest o. Ä. Allergieproben)	
15b	Therapeutische Impfung	2
	(Cutivaccine, Paspat o. ä.)	
16. Pı	unktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie	
	(z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen	
	Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	10
16b	Aus Gelenken	20
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	15
		+ R I
16d	Aus dem Herzbeutel	20
		+ R I
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	20
16f	Suboccipitalpunktion	20
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	20
16h	Sternalpunktion	20
		+ R I
16i	Punktion der Prostata	20
17. Pı	unktion (therapeutisch)	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	15
		+ R I
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	23
		+ R I
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	38
		+ R II
17d	Aus dem Herzbeutel	38
		+ R II
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	
		+ R I
17f	Suboccipitalpunktion	
		+ R I
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	
4-1		+ R I
17h	Aus dem Wasserbruch	
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	
471.	Ave deallembles	+ R I
17k	Aus der Harnblase	
18. B	etäubung, Wiederbelebung	+ R I
18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	2
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	
18c	Infiltrationsanästhesie	
18d	Leitungsanästhesie	
18e	Intravenöse Narkose	
18f	Sacralanästhesie	

Pos. Nr. 18g	Lumbalanästhesie	Punkte23
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheintoten Kinde (Neugeborenen)	+ R I 15
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwands-	
101	entschädigung	
18k	Intubationsharkose	29 An.
		,
	ndoskopien bsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes	
	geführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden. Untersuchung mit dem Kolposkop	10
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	+ R I
		C.H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	
104	Endackeniache Untersuchung der Nacen Nabenhählen	+ R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	دz+ R I
		C.H.
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	23
		+ R I
		C.G.U.
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	23 + R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanales (Endocervicoskopie)	
. • 9		+ R I
		C.G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	
		+ R I
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	C.G.
131	Endoskopische Officisaciang der Hamforite (Ofetilloskopie)	+ R I
		C.D.U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktions-	
	prüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	
		+ R II C.G.U.
191	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung	C.G.U.
101	eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens	53
	(R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)	+RIII
		C.U.
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	
		+ R III An.C.H.I.L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und	AII.C.H.I.L.
iop	Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	83
	(R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)	+RIV
		C.U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkshöhle (Arthroskopie)	
		+ R III C.I.O.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	
		An.C.I.L.
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparaskopie)	
		C.G.I.L.

Pos. Nr.		Punkte
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörper-	
	extraktion oder Tumorabtragung	340
		An.C.H.I.L.
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)	
		An.C.H.I.L.
19x	Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit	
10%	maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie	172
	nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen	+RIII
		C.I.
40	Pos.Nr. 34a (in max. 10 % der Pos.Nr. 19x im Kalendermonat) sowie Pos.Nrn 19y oder 19z	C.I.
19y	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ	
	Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung	
	(Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie	
	nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a	+ RIII
	(in max. 10 % der Pos.Nr. 19y im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x	C.I.
19z	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ	
	Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung	
	(Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie	298
	nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a	+ RIII
	(in max. 10 % der Pos.Nr. 19z im Kalendermonat) sowie Pos.Nr. 19x	C.I.
	Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:	
	Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nrn 19x, 19y und 19z sind die Erfüllung der Richtlinie der	
	Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-	
	endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung und eine kontinuierliche endoskopische Tätigke	eit.
	Der Vertragspartner hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten.	
	Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.	
	Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch zu erfolgen.	dor
	Der Vertragspartner hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechen	
	Form zu dokumentieren. Er hat den von der BVAEB beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten be Unterlagen zu gewähren, soweit dies auf Grund der der BVAEB gesetzlich übertragenen Aufgaben erforder	
	den Bestimmungen des Ärztegesetzes und des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.	iicir ana mit
	Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten.	
	Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistenz-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nach:	zuweisen
20. Är	ztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	8
20b	Aushebung des Magens	
20c	Ausspülung des Magens	
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren	
20f	Duodenalsondierung	
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	
20i	Aufblähung des Mastdarmes	6
20k	Sphinkterdehnung	10
21. Sc	onstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel	
	Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht	
	gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.	
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	3
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der	
	Hauttemperatur	12
		D.I.O.PMR.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	_
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	
	Modellierender Kompressionsverband	
21g	Nodellierender Konipressionsverband	
21h	Abstrich	C.D.O.
	Angrien	- 2

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.		Punkte
22. U	ntersuchungen	
22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	6
		A
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	6
		A
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	
	3	A
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	
	g	A
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	
	Cition outstanding don't distanting not (torimalia, 7 thornal outsp)	ΑΑ
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	
2211	Officer Such drifty Trift Total Cloth	_
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	A.
	· · ·	
22j	Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar	
2014	Hutavariah ing pait dana Evanhthalmannatan adan dan Diviah	A.
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durch-	_
	leuchtungslampe	
001	11. (A
221	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	5
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des	
	Doppelsehens	
		A.N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut	10
	verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit	A
220	Schirmertest	4
		A
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie	
	1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar	A
	W.W	
	remdkörperentfernung	
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter	_
	Fremdkörper aus der Bindehaut	7
	onstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	Wimpernepilation	
24b	Kauterisation der Hornhaut	
		+ R
		A
24c	Spaltung des Hordeolums	
24d	Kanthotomie (ohne Naht)	10

V. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE

Pos. Nr.	/undversorgung	Punkte
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde	8
25b	Abtragung einer großen Brandblase	
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode	
	einmal pro Region verrechenhar	
25e	Naht- und Klammernentfernung	4
	einmal pro Region verrechenbar	
26 K	leine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium	
200	cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms	
	(pro Sitzung)	10
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	
26c	Abtragung einer Eiterblase	
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	
27. V	erbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder	
	Elastoplastverband	12
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	20
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des	
	Kniegelenkes	23
		+ R I
		+ M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	
		+ R II
071		+ M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken,	
	Schiefhalsgips mit Thorax	
		+ R III
27~	Ahmahma ainas klainan Cinavarhandas	+ M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	
27h 27i	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	
2/1	Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt "F" festgesetzten Sätzen vergütet.	
	Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema	
271	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinlei	den
	(nach Sigg). Erstanlange pro Behandlungsfall und Extremität	
		AM.C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27I	8
		AM.C.D.O.
28. V	ersorgung mit Heilbehelfen	
28a	Gipsmodelle für Einlagen	40
	verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder Bettungseinlagen.	+ R I + M 4a

Pos. Nr. 28b	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie	Punkte
200	deren Kontrolle	18
	in maximal 15% der Fälle pro Quartal verrechenbar	0
29. Kr	nochenbrüche (Provisorische Versorgung - Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	6
29b	Alle übrigen Knochen	10
	VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der	
	FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE	
Pos. Nr.		Punkte
	auenheilkunde	4.5
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	
30e	Zellentnahme für cytologische Untersuchung	
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	
30g 30h	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	2
3011	oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat	4
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge	
001	oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	2
30j	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung	
,	in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	G
31. G	eburtshilfe	
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen	
	Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	6
31b	Beistand bei der Entbindung	
	Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können	
24-	gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.	4.0
31c	Manuelle Muttermunddilatation	
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	10
	VII. SONDERLEISTUNGEN	
	aus dem Gebiete der	
	HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN	
	TIALO-, MADER- UNA OTTICERRICATION EN	
Pos. Nr.		Punkte
	ntersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal	
	2 Prüfungen, je	
32b	Tonschwellenaudiometrie	
32c	Sprachaudiometrie	30
	Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden.	
32d	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	
		+ R
32g	Otomikroskopische Untersuchung.	
206	höchstens in 35% der Behandlungsfälle verrechenbar	H.
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	
	ın max. 30 70 der Falle verrechenbar, max. 2 mai pro Patient unu ivionat	H.

Pos. Nr.		Punkte
32i	Otoakustische Emissionen	19 H.
	III maximai 9 % dei Benandiungsialle verrechenbai	11.
33. Th	erapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	4
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern	
	bis zu sechs Jahren	
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	
33d	Nasentamponade nach Bellocq	23
		+ R I
33e	Cerumenentfernung je Ohr	4
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung	
	einschließlich Anästhesie je Seite	
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	
0.01	Marie Le Leite De Life e est A constitue et al Nel est tille et al 1	+RI
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	
00:	Leather the Oak was of a state	+ R I
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	
33k	Attic-Spülung	
331	Vordere Nasentamponade	
		+ R I
	VIII. SONDERLEISTUNGEN	
	aus dem Gebiete der	
	INNEREN MEDIZIN	
Pos. Nr. 34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	Euro
34a	für Fachärzte für Lungenheilkunde in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	1.K.L.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und	I.N.L.
340	absoluter Arrythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	8 2007
	absoluter Arrytimile (eine Ableitung mindestens zwer Mindten)	0,2 <i>991</i> I.K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	
J+0	Dici zasatziiche Abiettangen mit begrandang	0,2337 I.K.
		1.13.
Pos. Nr.		Punkte
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	10
	Die Positionen 34a bis 34c werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über	
	die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde,	
	kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.	
Pos. Nr.		Euro
34g	Belastungs-EKG (Ergometrie)	97,0373
	maximal einmal pro Patient und Quartal und nicht gemeinsam mit Pos 34a, 34b und 34c verrechenbar	l.
	durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer	
	berechtigt wurden. Für die Erteilung einer Verrechnungsberechtigung ist eine Ordinationsausstattung mit	
	Sichtergometer, Defibrillator und Reanimationsset erforderlich.	
34x	24-Stunden Blutdruckmonitoring	42,4768
	verrechenbar in 10 % der Fälle bei Vorliegen folgender Indikationen:	AM.I.
	a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:	
	- bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes	
	durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung	
	b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei	
	- sekundärer Hypertonie	
	- Praeeklampsie - Schlafapnoe - hypertoner Herzhypertrophie	
	, postoor i ioreni ponto prino	

- c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
- bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
- nach Schlaganfall, Herzinfarkt
- mit Herzinsuffizienz
- mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie
- mit Diabetes mellitus
- mit fehlender Rückbildung von Organschäden
- mit Wechselschichtdienst
- mit Symptomen von "Überbehandlung" (z.B. unerklärbarer Schwindel)
- zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie
- bei Schwangeren mit EPH-Gestose

für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;

verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer hiezu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;

verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.

VIIIa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDERHEILKUNDE

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

VIIIb. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der

LUNGENKRANKHEITEN

Pos. Nr.		Punkte
34k	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	
	in maximal 9 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	L.
	Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI),	
	Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung.	
	Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungsnächte),	
	die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die	
0.41	Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.	•
341	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	3
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit	
	graphischer Darstellung	
34n	Bronchospasmolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums)	15
		An.I.K.L.
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender	
	Broncholyse)	19
	5.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0.0	I
245	Messung der Atemwegswiderstände	L.
34p	wessung der Alemwegswiderstande	
		L.
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	60
		L.
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	60
	Pos. Nrn. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.	L.
	Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.	
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina	20.5
	in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	L.
	IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE	
35. U	ntersuchungen	
35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit	10
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration;	31
	bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in	N., KNP.
	maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	,
	Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren.	
	Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines	
	psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/neurologisch Kranken (ICD9-WHO	
	Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3)	21
	nicht neben Ordination/Visite verrechenbar	N., KNP.
	Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren.	Modul II oder III
255	Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	0.4
35f	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation;	
	maximal 1x pro Fall und Quartal und insgesamt in maximal 65 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	N., P., K.
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala	15
	maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar	N.
35h	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala	31
	in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	N.

Pos. Nr. Punkte 36. Therapeutische Verrichtungen Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar N., K. Modul II oder III 1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention 2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren. 36b nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar) 36c Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar N., KNP. Modul II oder III 36d nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose 36e nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose Modul III 36f Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit......8 nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar Anmerkung zu den Pos. 36a. 36c. 36d. 36e. 36f: Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position "PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Anmerkung zu den Pos. 35e. 36a. 36c. 36d. 36e. 36f: Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist. 37a Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden64 Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden. 37b 37c 37d ENG + EMG91 Die Pos. Nrn. 37b bis 37d können in 10% der Fälle eigener Patienten pro Quartal verrechnet werden. Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der ÖÄK gebunden.

X. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der

HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

Pos. Nr. 38. Th	erapeutische Verrichtungen	Punkte
38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	4
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	2
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	6
38d	Blasenspülung	2
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	10
38f	Weitere Strikturdehnung	5
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	2
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von	
	Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre	3
38i	Tiefe Instillation	2
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und	
	nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und	
	Beratung für notwendige	
	Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion	3
	höchstens verrechenbar in 30% der Fälle pro Quartal, 6 Läsionen pro Patient und Jahr	D.
38k	Kühlsonde	
381	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen	10
	(siehe Position 26d und 26e)	40
38n	Elektrolyse	
380	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	
20~	Nieronhoekonon'ikung (cinaahlia@liah Endaakania)	+ R I
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	
20r	Kryotherapie je Sitzung	+ R II
38r		
38s 38t	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	
Jou	Tionoralizascrilagital Nadianii-odel Thoridinbestraniang je Stande	D.
38v	Phototherapie, je Behandlung 116. Behandlung	
001	Thototherapie, je Benandiang 1. 10. Benandiang	D.
38vv	ab 17. Behandlung	
0011	ab 17. Bollandiang	D.
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 116. Behandlung	
0011	Thousand appears to be a serial and the serial and	D.
38ww	ab 17. Behandlung	
		D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	
00%	höchstens in 20% der Fälle im Quartal verrechenbar	U.
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika	
,	,	U.
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters	10
		U.
39a	Evakuation einer Blasentamponade	
	·	+ R I
		U.
39b	Allergologische Exploration	8
	In maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.	D.K.

Pos. Nr.		Punkte
39c	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom)	22
	maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht am selben Tag mit Pos 38i verrechenbar	D

Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Pos. Nr. 40.	Diagnostik	Euro
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	196.76
	1x pro Behandlungszyklus verrechenbar, nicht neben Pos. 40c und 40d verrechenbar	KJP.
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	49,47
		KJP.
40c	Diagnostische Außenanamnese	37,10
		KJP.
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	49,47
		KJP.
40e	Neurologischer Status	31,49
		KJP.
40f	Entwicklungsneurologischer Status	73,07
	max. 2x pro Jahr bei Kindern von 0-6 Jahren verrechenbar und	KJP.
	max. 1x pro Jahr bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr verrechenbar	
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	
		KJP.
40h	Somatischer Status	
		KJP.
40i	Somatogramm	
		KJP.
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	393,53
	1x pro Diagnose in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	KJP.
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	196,76
	2x pro Diagnose max. alle 2 Jahre in max. 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	KJP.
41.	Behandlung	
41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument	74,21
		KJP.
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	196,76
	max. in 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	KJP.
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient)	
42.	Vernetzungsleistung	KJP.
42a	Koordination bei Patienten	24.73
		KJP.
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	
	1x pro Jahr in max. 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	KJP.
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	
•	1x pro Jahr verrechenbar, nicht neben Pos. 42d verrechenbar	KJP.
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan	
	nicht neben Pos. 42c verrechenbar	KJP.

Die Pos. Nrn. 40a bis 42d sind im selben Abrechnungszeitraum nicht neben Leistungen nach anderen Abschnitten der Honorarordnung verrechenbar.

Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der PSYCHIATRIE

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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 verrechenbar.

Ausgenommen davon sind folgende Positionen:

E2, F9, F10, H1, H2, I1, I2, 10a, 11b, 11c, 13a, 13b, 13d, 18g und 35f.

Pos. Nr. **45. Untersuchungen**45a Erstuntersuchung/-behandlung 100,63
P.

Mindestinhalt:

Psychopathologischer Status (Querschnitt)

zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen)

2. Psychiatrischer Längsschnitt

Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-) somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose

3. Behandlungsplan

Erstellung eines psychiatrischen 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

Verrechenbar zwei Mal pro Patient innerhalb von 12 Monaten. Neuerliche Verrechnung möglich, wenn mehr als 12 Monate kein Patientenkontakt erfolgte. Die Positionen 45b bis 45d, 45g, 45i, 45j sind am selben Tag nicht verrechenbar.

9,05 P.

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 (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, 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.

Pos. Nr. 45 C	Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten
	P. 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 (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, 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
	P. Mindestinhalt: 1. Psychopathologischer Status (Querschnitt) Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
	2. Verbale Intervention Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des 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
	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
	Uhrzeit und Verhältnis zum Patienten sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB 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
	P. Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.

Pos. Nr. 45g	Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala,	Euro
	Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	19,90 P.
	Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.	
	Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.	
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	19,90 P.
	Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar. In maximal 12% der Fälle pro Quartal verrechenbar.	• •
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	39,79 P.
	In maximal 25 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	147,26 P.
	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.	
45k	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	179,03 P.
	in maximal 10% der Fälle verrechenbar; maximal 2x pro Patient und Jahr verrechenbar;	
45I	Hausbesuch	18,43 P.
	verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j	Г.

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Pos. Nr.		Euro	
	assage		
p 1a	Manuelle Massage		
p 1b	Apparatemassage		
p 1c	Pneumomassage des Trommelfells	3,3018	
2. Gy	vmnastik		
p 2a	Einzelheilgymnastik	4,2978	
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	4,2886	
p 2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe	2,8407	
3. Be	estrahlungen und elektrische Behandlungen		
р 3а	Anwendung von Wärmelampen	2,7762	
-	(Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)		
p 3b	Quarzbestrahlung	2,7762	
р 3с	Heißluft	3,6429	
p 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten		
	Geräten, je	3,0342	
р 3е	Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	4,6758	
p 3f	Vierzellenbad nach Schnee	5,1648	
p 3g	lontophorese	4,6114	
p 3h	Diathermie	3,6429	
p 3i	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	4,9064	
p 3k	Ultraschall	5,9487	
4. Inhalationen			
p 4a	Dampfinhalation	2,4348	
p 4b	Aerosolinhalation	3,0342	
5. Buckybestrahlung			
р 5а	Buckybestrahlung	12,2847	
	pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	D.	

XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- 1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der BVAEB von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die zur Verrechnung gegenüber der BVAEB 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 Zuweisungen 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 BVAEB weiterleitet.
- 4. Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- 5. Sonographische Untersuchungen durch Fachärzte für Gynäkologie, Innere Medizin, Radiologie und Urologie werden mit 70 % des entsprechenden Eurowertes honoriert, wenn die Anzahl der vom Arzt innerhalb eines Abrechnungsmonats abgerechneten Sonographieuntersuchungen die nachstehenden Werte übersteigt:

	BVAEB-Öffentlich Bedienstete	BVAEB-Eisenbahn Bergbau
- Fachärzte für Gynäkologie	27	11
 Fachärzte für Innere Medizin 	45	22
- Fachärzte für Radiologie	71	26
- Fachärzte für Urologie	109	58

Nach Ablauf eines Jahres erfolgt eine Endabrechnung auf Basis des Jahreswertes im Ausmaß des 12fachen Monatswertes.

- 6. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
- 7. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der BVAEB 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

Pos. Nr.		Euro
Abdo	men und Retroperitoneum	
US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und	
	Gallenwege	24,2109
		R.C.I.K.
US 2	Sonographie des Pankreas	29,6008
		R.C.I.K.
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und	
	des Pankreas)	44,8489
		R.C.I.K.
US 4	Sonographie der Milz	20,1858
		R.C.I.K.UC.
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl.	
	der Bauchaorta)	29,6008
	·	R.C.I.K.U.

Pos. Nr. US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation	Euro 31 3266
	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.
US 8	Sonographie des Unterbauches	29,6008 C.I.K.
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	32,2871 G.R.
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie	34,5124
	Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen	U.R.
Small	-parts-Diagnostik	
SP 1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	
CD 2	Concernable der Heleuseighteile (z. D. Mundheden, Zunge, Lymphyneten, Cheighel	R.I.C.K.
SP 2	Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	43 0495
	Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.	R.H.
SP 3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	7,6240
0D 5	One analysis day Managas hair and day and Managas hair before 1 (in Onita)	H.
SP 5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	15,2481 R.
SP 6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	
		R.C.
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer	
	Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	
CD 0	Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	R.O.UC.
SP 9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	R.K.O.
SP9a	Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei	N.N.O.
0. 04	Coxitis fugax	35,8775
	in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	K.
SP 10	Sonographie des Scrotalinhaltes	
		R.K.U.C.
	ler-Diagnostik	
DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung	
	eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung	17 9343
	Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	C(G).D.I.
DS 2		()
	Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und	
	Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz	
	Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.	C.D.I.
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arterien-	26.0050
	systems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verechenbar.	I.N.C(G).
DS 4		1.1 4 .0(0 <i>)</i> .
	Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante	
	Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell)	10,3190
	Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.	R.I.N.

Pos. Nr. DS5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation	Euro
	und Beurteilung	59.2650
	in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar; Fälle, die ausschließlich zur	N.
	Transcraniellen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die	
	Limitierung, in diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung	
Farbo	luplexdiagnostik	
FD 1	and the contract of the contra	
	Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar	R.I.N.C(G).
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf	
	Pfortaderverschluss im B-Bild	8,9716
		R.C(G).I.K.
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei	
	Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	22,4289
		R.C.I.
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen	
	bidirektionalen Dopplersonographiebefundes	44,8489
	Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	D.I.C(G).R.
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises	
	auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	44 8489
	Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	D.I.C(G).R.
		(-)
Echo	kardiographie	
EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung	
	(inkl. Befunderstellung)	45,8056
		I.
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit	
	gepulstem und/oder CW-Doppler	99,5739
	Verrechenbar in folgenden Indikationen:	1.
	- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener	
	oder erworbener Vitien;	
	- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;	
	- Beurteilung der systolischen und diastolischen	
	Linksventrikelfunktion.	

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

Honorar und Unkosten Pos. Nr. Durchleuchtungen und Zuschläge r 4a r 4b r 4c Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung r 4d r 4e Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels r 4f elektronischer Geräte 6,7285 Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels Aufnahmen r 5a r 5b r 5c r 5d r 5e r 5f r 5q r 5h r 5i

XIV. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(mit Ausnahme der Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- 1. Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen können 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 § 8 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. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem It. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 3, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Ärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können.
- 3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
- 4. Werden die Pos. Nr. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02 und 11.25 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik, die Pos. Nr. 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie bzw. die Pos. Nr. 1.01., 3.07 und 3.08 von Angehörigen des Fachgebiets Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktewert für Akutparameter zur Anwendung.
- 5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
- Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar sind.
- 7. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
- 8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- 9. Über die erbrachten Laborleistungen und die verwendeten Gerätschaften sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

Pos. Nr.	Blutbild	Punkte
1.01	DIULUIIU	۵,4
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest"	
2.04	nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar	AM.I.K.
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	
2.00	nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar	AM.I.K.
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	
3.01	Blutzucker-Bestimmung	
3.01	Didizdoker-Destininding	AM.I.K.U.
3.07	Gesamtbilirubin	
3.07	Gesambiliubin	<mark>0,95</mark> K.
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	
3.00	Diferces and indiferces difficulti	<mark>0,93</mark> K.
3.16	Kalium	
3.10	Nallull	<mark>0,93</mark> .l
4.07	GOT (ASAT)	•••
4.07	GOT (ASAT)	<mark>0,93</mark> K.
4.08	GPT (ALAT)	
4.00	GFT (ALAT)	<mark>0,93</mark> K.
4.20	Troponin T oder Troponin I	
4.20	Troponiir i oder troponiiri	ے, <i>۲</i> AM.I.L.
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische	
5.01	Auswertung	
	mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	<mark>0,30</mark>
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	<mark>0,93</mark>
	auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben	
	Position 5.01 verrechenbar	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02)	<mark>0,93</mark>
		AM.K.U.G.
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
		AM. <mark>K.I.</mark>
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual	2,5
		AM.I.K.L.
12.01	Nativpräparat	3,0
		D.
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9,0
		D.
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterl	narn)4,0
		U.
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenab	strich6,9
	nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04	AM.K.

B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

OPERATIONSHONORAR

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

1. Operation

Gruppe	Punkte
I	55
	110
	190
IV	340
	660
	940
	1330
	1710

2. Erste Assistenz

Gruppe	Punkte
I	18
II	23
III	29
IV	56
V	131
VI	160
VII	263
VIII	338
3. Zweite Assistenz	
Gruppe	Punkte
1	
III	
IV	
V	
VI	
VII	
VIII	169
4. Narkose	
(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)	
Gruppe	Punkte
I	
II	23
IV	56
V	66
VI	85
VII	131
VIII	188
erationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Loka	alanästhesie nach
Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.	

Веі Оре diesen

5. Narkose

durch den Facharzt für Anästhesiologie

ppe Punk	cte
2	29
2	29
2	29
5	
23	35
32	29
l42	

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

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

6. Regiezuschlag

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

Gruppe	Euro
1	8,5297
II	12,7376
III	
IV	25.3517

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

OPERATIONSGRUPPENSCHEMA

für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE Gruppe I

Pos. Nr.		Fachgebiet
O 1a	Incision bei Dakryocystitis	
O 1b	Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	
O 1c	Operation des Chalazion	
O 1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten	A.
	(ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	
O 1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig)	
O 1f	Kanthoplastik mit Naht	
O 1g	Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	
O 1h	Operation am Tränenröhrchen	
O 1i	Quetschung von Trachomkörnern	
O 1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion	A.
	(jede weitere 1/2 Gruppe I)	
O 1I	Elektrolytische Epilation	A.
	Gruppe II	
O 2a	Tarsorrhaphie	A.
O 2b	Tränendrüsenstichelung	A.
O 2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
O 2d	Epicanthusoperation	A.
O 2e	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium	A.
	(Snellensche Naht)	
O 2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	
O 2g	Operation des Pterygium	A.
O 2h	Abrasio corneae +	A.
O 2i	Tätowierung der Cornea +	
O 2k	Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. Ä	
O 2I	Punktion der vorderen Kammer	
O 2m	Nadeldiscission bei angeborener Cataracta	A.
O 2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.
	Gruppe III	
O 3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
O 3b	Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
O 3c	Exstirpation des Tränensackes	A.
O 3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
O 3e	Trichiasisoperation	A.
O 3f	Sklerotomie +	A.
O 3g	Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes	A.
O 3h	Discission bei Cataracta secundaria	
O 3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 3k	Transfixion der Iris
O 3I	Iridotomie
O 3m	Glaskörperabsaugung
O 3n	Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium
	Gruppe IV
O 4a	Schieloperation mit Vorlagerung und Tenotomie
O 4b	Einfache Ptosisoperation
O 4c	Symblepharonoperation mit Plastik
O 4d	Scleral- oder Cornealnaht
O 4e	Vogtsche Stichelung
O 4f	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti
O 4g	Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer
O 4h	LinearextraktionA.
O 4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik
O 4k	Iridektomie
O 4I	Enucleatio bulbi
O 4m	Exenteratio bulbi
	Gruppe V
O 5a	Große plastische Operation an den Lidern
O 5b	Komplizierte Ptosisoperationen
O 5c	Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse)
O 5d	Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode
	Gruppe VI
O 6a	Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie)
O 6b	Entfernung intraoculärer Fremdkörper
O 6c	Evisceratio orbitae
O 6d	Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae
0 00	
	Gruppe VII
O 7a	Hornhautplastik, Linsenimplantation
O 7b	Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung
O 7c	Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein)
	CHIRLIBOIE LINEALI CHIRLIBOIE NELIDOCHIRLIBOIE
	CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE
Bei unt	allbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des
	ionsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeführten Eingriffes zu verrechnen.
0.0	Gruppe I
O 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke
O 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner
	Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella,
0.00	Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)
O 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)
O 8d O 8e	Incision eines Panaritium subcutaneum Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels
O 8f	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkeis
O 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht
O 8h	Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome
O 011	oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)
O 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
O 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung
O 8I	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation

Pos. Nr.		Fachgebiet
	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
O 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	
O 80	Amnioneinpflanzung nach Filatow	C.G.
O 8p	Probeexcision mit Naht	
	0	
0.0	Gruppe II	
O 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme	0.0
O 0h	Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
O 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des	
	Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes	
	sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und	0.0
0.0-	bei Band-rupturen an Knie und Sprunggelenken	C.O.
O 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette)	
O 04	(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	0
O 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum +	
O 9e	Buelausche Heberdrainage	
O 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen	0.0.110.11
0.0	Abszesses mittels schichtweiser Präparation.	C.G.NC.U.
O 9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
O 9h	Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome,	
	Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und	
	Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines	
	Hygroms)	
O 9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	
O 9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
O 9I	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
O 9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
O 9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
O 9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	
O 9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C.O.
O 9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
O 9r	Einfache Krampfadernoperation nach Moszkowicz oder Romich	
	(Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
O 9s	Drüsenimplantation	
O 9t	Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie	
	durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der	_
	Gallenwege bzw. Choledochoskopie	
O 9u	Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes	
	Cwinne III	
O 100	Gruppe III Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition	
O IUa	der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C O
O 10h	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle	0.0.
0 100	bei Osteomyelitisbei Osteomyelitis	0.0
O 100	·	
0 100	Excision großer Wunden und Wundversorgung	C.NC.O.
O 104	(Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	0.0
	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O lue	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie	0.011.0
O 104	zweier Finger u. Ä.)	
	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
U lug	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch	0.0
0.40	nicht lokalisierten Fremdkörpern	
	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom)	
	Radikaloperation einer Hydrocele	
O 10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.

Pos. Nr.		Fachgebiet
O 10I	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena bracchialis, axillaris, der	
	Vena jugularis	
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter	An.C.I.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
O 10o	Operation nach Doppler	C.
	Phrenicusexhairese	
	Vasektomie oder Vasoligatur	
	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von	
	Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C.O.
O 10s	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	
	Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße,	
0 100	Lymphangiographie, Angiographie der Aorta	COR
O 1011	Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	
O lou	Extrailese eliles periprieren i rigeniinusastes	
	Gruppe IV	
O 11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen	
0	Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband,	
	Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	CO
O 11h	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen	0.0.
0 110	bzw. Gelenke	C O
0 110	Nervennaht bei frischen Verletzungen	
	<u> </u>	
	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	
	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
O 11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration;	
	ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen	
	Knochen	
•	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	
	Tracheotomie	
	Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux	
O 11k	Pneumolyse	
O 11I	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	
O 11m	Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss,	
	Gastrotomie	C.U.
O 11n	Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels	
	künstlichen Netzes + +	
O 11o	Adhaesiolyse	C.G.
	Appendektomie + +	
	Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht	
	Noduliexstirpation nach Whitehead	
	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff	
	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	
	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	
	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus	
	Probelaparotomie	
	·	
	Reamputation	
-	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	
O 11z	Radikaloperation von Varicen pro Extremität	C.O.
	Gruppe V	
∩ 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	СH
	Nervenplastik	
	•	
	Neurolyse mit Naht	
	Sehnenplastik	
	Exstirpation eines Parotistumors	
	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk	
O 12a	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C.H.

Pos. Nr.		Fachgebiet
	Scalenotomie	
	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen	
O 12k A	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch	C.G.
O 12I C	Gastroenterostomie	
O 12m E	Enteroanastomose	
O 12n F	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)	C.
O 120 F	Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer	
E	Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)	C.G.
O 12p A	Appendektomie bei perforiertem Appendix	C.
O 12q I	ntraperitonealer Kolostomieverschluss	
	Mehrfache Darmnaht	
	Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption	
	Vagusresektion	
	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	
	Amputation oder Enukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	
	Knochentransplantation	
	Osteosynthese kleiner Knochen	
	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	
	Kompletter Schrittmachereinbau	
	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses	
		C.
	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma	0
þ	per laparatomiam	
	O	
0.40	Gruppe VI	
	Strumektomie	
	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx	
	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe	C.NC.O.
	Schedeplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in	
	einer Sitzung	
	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur	
H	Herzmassage, Probethorakotomie	
O 13f E	Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der	
E	Bauchhöhle	C.
O 13g (Gallenblasenoperation oder Gallengangsoperation (Choledochotomie) einschl. evtl.	
	Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C.
E	Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und	
(O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.	
O 13h A	Anastomosenoperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder	
F	Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus	
b	ozw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie	C.
E	Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h	
	kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.	
	Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode	
O 13k N	Milzexstirpation	C.
O 13I F	Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung	C.G.H.U.
O 13m A	Amputatio recti (sacrale Methoden)	C.
O 13n F	Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über	
h	nandflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen)	C.
	Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen	
	Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des	
	_eistenbandes)	C
	Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der	
	Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes	C
	Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten	
-		
	Knochentransplantation an Diaphysenknochen	
	Osteosynthese großer Röhrenknochen	
U 13t F	Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese	C.NC.O.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 13u Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastik-	
ausgießung u. Ä.	
O 13v Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege	
O 13w Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abidilienden Hantwege	0.0.
Gruppe VII	
O 14a Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikel-	
drainage mit direkter ICP-Messung	
O 14b Operation des Hypophysentumors	
O 14c Resectio mandibulae, maxillae, linguae	
O 14d Zenkersches Speiseröhrendivertikel	C.H.
O 14e Operation am Pericard	C.
O 14f Operation der Mitralstenose	C.
O 14g Herzverletzungen und Steckschüsse	C.
O 14h Pneumektomie	C.L.
O 14i Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Sternumspaltung oder	
transthorakal	
O 14k Decortication der Lunge wegen subacutem Empyem oder Hämatothorax	
O 14I Zwerchfellhernie	
O 14m Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepticum jejuni	
O 14n Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes	
O 14o Große Leberoperationen (Teilresektion)	
O 14p Nebennierenexstirpation	
O 14q Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden	
O 14r Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des	
Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolektomie aus den großen Schlagadern	0
mit Ausnahme der Aorta	
O 14s Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente	
O 14t Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn	
Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C
O 14v Operation einer Rezidiv-Struma, auch mehrfaches Rezidiv	
O 14w Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma	
per thorakotomiam	С
O 14x Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer	
Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat	
Gruppe VIII	
O 15a Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation	
O 15b Oesophagusresektion	
O 15c Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum	C.
O 15d Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße	C.
O 15e Lobektomie	C.L.
O 15f Segmentresektion der Lunge	C.L.
O 15g Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem	C.L.
O 15h Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation)	
O 15i Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile	C.
O 15k Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus	
choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen,	
Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	
O 15I Operation nach Brunswich	
O 15m Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln	
O 15n Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie	
O 15o Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion	C.
O 15p Intrahepatale Gallengangsanastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	
O 15q Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB)	
41	5
•	

Pos. Nr. O 15r Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer	Fachgebie
Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate	
HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN	
Gruppe I O 16a Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren	CD
O 16b Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	
Gruppe II	
O 17a Dermoabrasio bis 10 cm² nach Methode Schreus	C.D.
Gruppe III	6.5
O 17b Dermoabrasio von 10 cm² bis 50 cm² nach Methode Schreus	С.Д.
Gruppe IV O 17c Dermoabrasio über 50 cm² nach Methode Schreus	C.D.
FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE	
Gruppe I	
O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G
O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	0.00.11
O 18c Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision	
O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen	
O 18f Abtragung vaginaler Granulationen	
O 18g Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode	
O 19a Äußere Wendung bei Querlage	G
O 19b Dammnaht I. Grades	G
O 19c Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	G
Gruppe II	
O 20a Exstirpation des Hymens	
O 20b Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	
O 20c Abtragung eines Urethralpolypen	
O 20e Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	
O 20h Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose +	
O 20i Vollständige Abrasio mucosae uteri	
O 20k Pertubation	
O 20I Dammplastik als selbständige Operation	G
O 20m Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	
O 21a Crede in Narkose	
O 21b Dammnaht II. Grades	
O 21c Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	
O 21d Introitusnahe Scheidennaht	
O 21e Kopfschwartenzange O 21f Muttermundincision	
O 21g Hystereuryse	
Gruppe III O 22a Labienresektion	G
O 22b Exstirpation der Bartholinschen Drüse	
O 22c Entforming since singewachespon Possers	٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠٠

Pos. Nr.		Fachgebiet
	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
	Portioamputation und -plastik	
	Exstirpation eines Bauchdeckentumors	
	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)	
_	Vordere Scheidenplastik	
	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	
	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	
	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	
	Naht eines frischen Cervixrisses	
	Cervixnahe Scheidennaht	
	Zange, Vacuumextraktion +	
	Konisation	
	Cerclage nach Shirodkar	
U Zag	Cerciage flacit Stilloukar	G
	Gruppe IV	
O 24a	Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels	
0 2 -10	Sectio caesarea vaginalis	G
∩ 24h	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung	
	Kolporrhaphie mit Perineoplastik + +	
	Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation	
	Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung	
	Salpingotomie + +	
	Ovariotomie, Ovarektomie	
	Konservative Myomoperation	
	Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik	
	Kombinierte Wendung	
	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht	G.
O 25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder	
	Placenta accreta	
	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	
O 25e	Hohe Zange	G.
	O	
O 260	Gruppe V Abdominelle Nervenresektion (Cotte)	CCII
	Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbständige Operation)	
	Kolpokleisis	
	Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe)	
	Tubenimplantation	
	Salpingo-Oophorektomie	
	Operation einer Graviditas extrauterina	
	Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae	
	Sectio caesarea	
O 27b	Hebosteotomie, Symphyseotomie	G.
	Cwimna VII	
O 292	Gruppe VI Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri	_
	Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren,	G.
U 200		0
O 20-	retroperitonealer Tumoren	G.
U 28C	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere	_
O 00 ·	Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominell	
	Exstirpation des Cervixstumpfes	
	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen)	
	Fisteloperation	
	Operative Behandlung der Uterusruptur	
	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen	
O 28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn)	G.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 29a Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	
O 29b Wiederholte sectio caesarea	G.
Gruppe VII	
O 30a Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri	
O 30b Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung	
O 30c Bildung einer künstlichen Scheide	
O 30d Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie	G.
HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN	
Gruppe I	
O 31a Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
O 31b Abtragung von Ohrpolypen	H.
O 31c Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
O 31d Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	H.K.
O 31e Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	
O 31f Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	
O 31g Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses	
O 31h Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	
O 31i Probeexcision aus Nase oder Rachen	
O 31j Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	
o organis cinor traditation in trontino or cino Early	
Gruppe II	
O 32a Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) +	H.
O 32b Intubation +	An.C.H.I.K.
O 32c Kleine plastische Operationen	C.H.
O 32d Punktion eines Antrums bei Säuglingen +	
O 32e Entfernung von adenoiden Vegetationen +	
O 32f Punktion der Stirnhöhle nach Beck +	
O 32g Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz +	
O 32h Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	
O 32i Speichelsteinentfernung	
O 32j Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	
,	
Gruppe III	
O 33a Nasale Entfernung eines Choanenpolypen +	
O 33b Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe +	H.
O 33c Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
O 33d Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
O 33e Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) +	H.
O 33f Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
O 33g Rhynophym	
O 33h Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion	C.D.H.
O 33i Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.
Gruppe IV	Α 1.1
O 34a Tränensackplastik nach West.	A.H.
O 34b Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endooesophogale	0111
Oesophagusvaricensclerosierung	
O 34c Größere plastische Operationen	
O 34d Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
O 34f Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von	, .
der Nase aus	
O 34g Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.

Pos. Nr.	Fachgebiet
O 34h Operation der Deviatio septi nach Killian +	H.
O 34i Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr	ш
O 34k Radikaloperation des Mittelohres	
O 34l Ozaena-Operation	
O 34m Operation eines Nasen-Rachenfibroms	
O 34n Collare Mediastinotomie	
O 34o Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.
Gruppe V	
O 35a Stirnhöhlen-Radikaloperation nach Killian-Riedel O 35b Radikaloperation mit anschließender Labyrinthoperation	
O 35c Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen von Nebenhöhleneiterungen	
O 35d Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten (mit Laryngofissur, Thyreotomie oder mittels	11.
mikrolaryngoskopischen Eingriffes)	Н
O 35e Plastik von Narbenstenosen des Kehlkopfes mit Laryngofissur	
O 35f Myringoplastik	
Gruppe VI	
O 36a Radikaloperation von malignen Tumoren der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes	
O 36b Radikaloperation eines Nasen-Rachenfibroms mit Voroperation	
O 36c Arypexie oder Arydektomie bei doppelseitiger Rekurrensparese	
O 36e Trachealplastik	
Gruppe VII	
O 37a Gehirnoperation	
O 37b Sinusoperation	H.
O 37c Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stirnplastik, Aufbauplastik der Trachea	н
O 37d Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration	
nur einmal verrechenbar	
O 37e Halsausräumung bei malignen Tumoren	C.H.
O 37f Operative Entfernung des Ganglion Gasseri	C.H.
O 37g Facialisdekompression	
O 37h Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere)	H.
INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN,	
NEUROLOGIE- und PSYCHIATRIE, ANÄSTHESIOLOGIE	
Gruppe I	
O 38a Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)	
O 38b Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)	
O 38d Kontrastfüllung bei Bronchographie	
O 38e Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 1 1/2fach	
O 38f Nucleographie	7 111.0.1.11
Gruppe II	A . 1147
O 39a Pneumothorax-Erstanlage +	An.I.K.L.
nur mit besonderer Begründung verrechenbar	
O 39b Pneumoperitoneum-Erstanlage +	I.K.L.
O 39c Liquorausblasung +	
O 39d Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

Gruppe IV

O 41a	Cavernostomie).L
O 41b	Winterschlaf einschl. Betreuung +	ı.N

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)
Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten.
Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt "F"
festgelegten Sätzen vergütet.

Gruppe I

Gruppe i	
O 42a Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
O 42c Subcutane Tenotomie	C.O.
O 42d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
O 42e Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter-	
und Oberarm	C.O.
O 42f Halskrawatte	C.O.
O 42g Oberschenkel (1 1/2fach)	C.O.
Gruppe II	
O 43a Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenks-	
kontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
O 43c Offene Tenotomie	C.O.
O 43d Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O 43e Modellverbände: obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken,	
Oberkörper	C.O.
O 43f Abmeißelung von Exostosen	C.O.
O 43g Operation des Calcaneussporns	C.O.
O 43h Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern	
bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder	
O 44g zu verrechnen)	
O 43i Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei	
Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.
Gruppe III	
O 44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	
O 44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	
O 44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	
O 44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	
O 44e Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	
O 44f Gipsmieder, Gipsschale	
O 44g Gipshose	
O 44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	
O 44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	
O 44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	
O 44I Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	
O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O 44n Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern	
ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder	
O 44g zu verrechnen)	C.K.O.
O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro	
Kalendermonat)	C.O.
O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei	_
Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.

Pos. Nr.	Fachgebiet
Gruppe IV	
O 45a Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei	0.0
Kontraktur des Hüftgelenkes	C.O.
O 45b Gipsbett	C.O.
O 45c Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	
O 45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	
O 45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	
O 45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	
O 45g Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O 45h Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis	C.O.
O 45i Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen	C.O.
O 45k Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	
O 45I Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenke	C.O.
O 45m Plastik kleiner Gelenke	
O 45n Operation der Luxatio acromio - clavicularis	
O 450 Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.
Gruppe V	
O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	CO
O 46b Bolzung großer Röhrenknochen	
O 46c Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	
O 46d Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	
O 46e Arthrodese, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes	
O 46f Operation der Bandscheibenhernie	
O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	
O 46h Abbotsche Operation	C.O.
O 46i Laminektomie	C.NC.O.
O 46k Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	C.O.
O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	
O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)	
O 46n Keilresektion aus dem Tarsus	
O 460 Operation der habituellen Schulterluxation	
Gruppe VI	
O 47b Blutige Reposition der angeborenen oder traumatischen Hüftgelenksverrenkung	C.O.
O 47c Albeesche Operation	
O 47d Herdausräumung bei Tbc oder Tumoren der Wirbelsäule	
O 47e Plastik großer Gelenke	C.O.
UROLOGIE	
Gruppe I	
O 48a Endourethrale Elektrocoagulation	D.U.
O 48b Meatotomie	
Gruppe II	
O 49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren +	
O 49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	
O 49c Urethrotomia interna +	
O 49d Operation eines einfachen Urethralprolapses +	
O 49f Retroperitoneale Luftfüllung	
O 101 1 Ca Opontonioaio Eartialiang	5.1.0.

Pos. Nr.	Fachgebiet
Gruppe III	
O 50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge	
O 50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen	U.
O 50c Urethrotomia externa	U.
O 50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	U.
Gruppe IV	
O 51a Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	C.U.
O 51b Sectio alta, einschl. Stein- oder Fremdkörperentfernung (Zystotomie)	U.
O 51c Urethralplastik	U.
O 51d Epididymektomie	C.U.
Gruppe V	
O 52a Lithotripsie	
O 52b Sectio alta mit Sphinkterplastik	
O 52c Nephropexie	C.U.
O 52d Nephrotomie (erstmalig)	
O 52e Eröffnung eines Prostataabszesses mit Ablösung des Rectums	C.U.
O 52f Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel	G.U.
O 52g Suprasymphysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste	U.
O 52h Epi- oder Hypospadieplastik	
O 52i Transurethrale Teilresektion der Prostata	U.
O 52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors	G.U.
Gruppe VI	
O 53a Teilresektion der Harnblase (Geschwulstentfernung, Divertikel-	
exstirpation)	G.U.
O 53b Einseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den	
Dickdarm	C.G.U.
O 53c Nephrektomie	C.U.
O 53d Sekundäre Nephrotomie	U.
O 53e Pyelotomie	C.U.
O 53f Dekapsulation der Niere	C.U.
O 53g Prostatektomie nach jeder Methode	U.
O 53h Totale Ureterektomie	U.
O 53i Ureterotomia anterior mit Steinentfernung	U.
O 53k Abschließende plastische Operation zum Aufbau einer neuen Harnröhre bei angeborener	
Epi- oder Hypospadia penis, scrotalis oder perinealis	U.
O 53I Versorgung eines traumatischen Harnröhrenabszesses	
Gruppe VII	
O 54a Totale Prostatektomie mit Drüsenausräumung	U
O 54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm	
O 54c Entfernung bösartiger Nierentumoren	
O 54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken	
S C 12 1 LOSARON GITT STOCK GITTE THE STOCK GITTER STOCK	
Gruppe VIII	
O 55a Cystektomie (Totalexstirpation der Harnblase einschließlich Ureterenimplantation)	U.

C. Physikalische Behandlung

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

Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr.	Eu	ıro
TP	Tagsatzpauschale 32,3	34
	einmal pro Patient und Tag verrechenbar	

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.	Zeit (Min.)	Therapeut	
Gruppe 1 - Teilmassage			
PM1 Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM,HM,MTF,PT	
PM2 Druckstrahlmassage	10-12	MM,HM,MTF,PT	
z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage,			
(Hydrojet oder glw.)			
PM3 Manuelle Druck/Triggerpunktmassage	10	MM,HM,MTF,PT	
Ausbildungsnachweis ist der BVAEB vorzulegen			
Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie			
PB1 Bewegungstherapie/Einzel	30	PT	
PB2 Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT	
PB3 Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT	
PB4 Bewegungstherapie/Einzel	20	PT	
PB5 Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT	
PB6 Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen)	30	PT	
PB7 Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen)	20-30	PT,SpoWi,MTF	
Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus folgenden Bereichen, die je zB. Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Musk z.B. Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, z.B. Rowing. Seilzüge sind nur zur U. geeignet.	elgruppen, C	Dberkörper, Arm-, Schulterfix.	
PB8 Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT,SpoWi,MTF	
PB9 Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT,SpoWi,MTF	
PB10 Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,Psy,ET	
PB11 Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT,SpoWi,ET	
PB12 Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,ET	
PB13 Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel	30	PT,SpoWi	
(z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper)			
PB14 Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe	30	PT,SpoWi	
(max. 8 Personen) z.B. Stepper			
PB15 Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT,SpoWi	
PB16 Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT,SpoWi,MTF,ET,Psy	
P4651 Extensionsbehandlung manuell	15		
P4611 Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung	15		
P90V Heilgymnastik Gruppe pro Person	20		
P4631 Zuschlag für Hausbesuch			

Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der BVAEB laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

		Zeit (Min.)	Therapeut
Grup	pe 3 – Thermotherapie		
PT1	Wärmetherapie trocken	10	MM,HM,MTF,PT
PT2	Wärmetherapie feucht	15	MM,HM,MTF,PT
PT3	Lokale Kältetherapie	10	MM,HM,MTF,PT
PT4	Hochfrequenztherapie	10	MM,HM,MTF,PT
	(z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)		
Grup	pe 4 – Elektrotherapie		
PE1	Niederfrequenzstromtherapie	10	MM,HM,MTF,PT
	(z.B. Zellenbad, lontophorese, Impulsgalvanisation,		
	Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation,		
	Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)		
PE2	Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz)	10	MM,HM,MTF,PT
P4717	7 Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert		
Grup	pe 5 – Ultraschalltherapie		
PU1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM,HM,MTF,PT
Grup	pe 6 – Hydrophysikalische Therapie		
PH1	Medizinalbad (z.B. CO² Bad, Moorschwebstoffbad, etc.)	15	MM,HM,MTF,PT
Grup	pe 7 – Sonstige Therapie		
P4652	2 Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit	15	
	automatischen Geräten		
P90L	Glisson- oder Extensionsbett		
P4720	Inhalationstherapie (ohne Medikament)		
P90M	Aerosolinhalation (ohne Medikament)		

Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Im Einzelfall können an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patienten-schutzes hierbei streng auszulegen.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT Physiotherapeut ET Ergotherapeut

MTF Medizinisch-Technischer Fachdienst

MM Medizinischer Masseur

HM Heilmasseur

SpoWi Sportwissenschafter

Psy Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe

D. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinischchemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Für Vertragsfachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der BVAEB aufgelegten Arzthilfeschein (Ersatz-Arzthilfeschein) 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 § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination erbracht werden.
- 2. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung durchgeführt. Die BVAEB kann den Nachweis jederzeit anfordern.
- 3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
- 4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
- Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 verrechenbar sind.
- 6. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
- 7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
- 8. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- 9. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführte Qualitätssicherung sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der BVAEB auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.
- 10. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der BVAEB und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Pos. Nr.		Punkte
	Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen	
1.01	Blutbild	<mark>3,4</mark>
1.04	Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes	10,0
1.09	Retikulozyten-Zählung	6,0
1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	15,0
1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	
1.13	Sternalpunktat: Färbepräparat, Differentialzählung und Beurteilung	
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	
1.16	HLA-B 27	
1.10	nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar	20,0
1.17	Leukozytendifferenzierung < 5 Typ	20.0
1.17	Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.	20,0
1.18	Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ	80 O
1.10	bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung	
1.19	Leukozytendifferenzierung >10 Typ	150.0
1.10	bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung	
	O O Di to . i	
2.04	Gruppe 2: Blutgerinnung	
2.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-	40.0
	Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	
2.03	Thrombozyten-Zählung	
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest"	4,0
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	4.0
	nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar	, -
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4.0
2.07	Thrombinzeit (TZ)	
2.08	Fibrinogen	
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	
	•	
2.11	APC-Resistenznur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening	8,0
2.12	Protein C	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	,
2.13	Protein S	15,0
	nur zur Thrombophiliediagnostik	,
2.14	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je	15,0
	einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar	,
2.15	Lupusantikoagulans	14,0
	Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte APTT	·
	Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen	
3.01	Blutzucker-Bestimmung	
3.02	Fruktosamine	4,0
	nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar	
3.03	HbA1 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	
3.05	Kreatinin	
3.06	Harnsäure	
3.07	Gesamtbilirubin	
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	<mark>0,93</mark>
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	<mark>0,93</mark>
3.10	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	
3 11	Triglyceride (Neutralfette)	0.95

Pos. Nr.		Punkte
3.12	Gesamtcholesterin	
3.13	HDL-Cholesterin	
3.14	LDL-Cholesterin	
3.15	Natrium	
3.16	Kalium	
3.17	Kalzium	<mark>0,93</mark>
3.18	Chloride	<mark>0,93</mark>
3.19	Phosphor	
3.20	Magnesium	-
3.21	Lithium	2,0
	nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar	
3.22	Kupfer	
3.23	Eisen	•
3.24	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung	5,5
	nicht neben Pos. 3.28 verrechenbar	
3.25	Ferritin	,-,-
3.26	Albumin	
3.27	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	
3.28	Transferrin	2,5
	nicht neben Position 3.24 verrechenbar	
3.29	Ammoniak	2,5
	nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie	
3.30	Laktat	2,5
0.04	nur bei Verdacht auf Azidose (z.B. Diabetes mellitus)	0.0
3.31	LP anur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend	9,3
	nui bei riypercholestermanne, grunusatziich 1x ini Leben austeichenu	
	Gruppe 4: Enzyme	
4.01	Aldolase	2,5
4.02	Alkalische Phosphatase	<mark>0,93</mark>
4.03	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	1,8
4.04	Cholinesterase	<mark>0,95</mark>
4.05	CK (Creatin-Kinase)	1,1
4.06	CK-MB-Isoenzym	2,5
	nur bei Infarktverdacht verrechenbar	
4.07	GOT (ASAT)	
4.08	GPT (ALAT)	<mark>0,93</mark>
4.09	Gamma-GT	<mark>0,93</mark>
4.12	Lipase-Bestimmung	1,6
4.13	LDH	<mark>0,93</mark>
4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	9,0
4.16	Myoglobin	5,0
	nur bei Infarktverdacht verrechenbar	
4.20	Troponin T oder Troponin I	7,2
	Gruppe 5: Harnuntersuchungen	
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische	
	Auswertung	<mark>0,93</mark>
	mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung)	<mark>0,93</mark>
	auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben	
	Position 5.01 verrechenbar	
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02)	<mark>0,93</mark>
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	
5.06	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine)	
5.07	Porphobilinogen	
5.08	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	
		•

Pos. Nr.		Punkte
5.09	5-Hydroxyindolessigsäure	15,0
5.10	Mikroalbumin	1,0
5.11	Gesamteiweißbestimmung	<mark>0,93</mark>
5.13	Glukose	<mark>0,93</mark>
5.15	Kreatinin	<mark>0,93</mark>
5.17	Natrium	<mark>0,93</mark>
5.18	Kalium	0,93
5.19	Kalzium	0,93
5.20	Chloride	
5.21	Phosphor	0.93
5.22	Kupfer	
5.23	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase	
	Katecholamine – siehe Gruppe 14	,
	Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen	
6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15,0
	Gruppe 7: Stuhluntersuchungen	
7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste	
	(Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	9,0
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)	2,0
7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	
7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	
7.05	Pankreas-Elastase im Stuhlbei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz	20,0
8.01	Gruppe 8: Sekretuntersuchungen Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder	
0.01	Auraminfärbung nach Anreicherung	5.0
	nicht neben Pos. 8.02 verrechenbar	
8.02	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	8,0
	nicht neben Pos. 8.01 verrechenbar	,
8.05	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie,	
	Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit	15,0
	Gruppe 9: Punktatuntersuchungen	
9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht,	
	Gramfärbung	5,0
	nicht neben Pos. 9.02 verrechenbar	
9.02	Sediment nativ und Färbepräparat	5,0
	nicht neben Pos. 9.01 verrechenbar	
9.03	Bestimmung der Zellzahl	
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	
9.06	Albumin	, -
9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung	
9.08	Glukose	
9.09	Harnsäure	2,0
9.10	LDH	•
9.11	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	3,5
	Gruppe 10: Blutgruppenserologie	
10.01	Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor	15,0
	nur mit Begründung, z.B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar	
10.02	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest	15,0

Pos. Nr.		Punkte
10.03	Coombstest direkt	7,0
10.04	Coombstest indirekt	15,0
10.05	Kälteagglutinationsreaktion	
10.06	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren	11,0
40.07	nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar	40.0
10.07	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration)	13,0
40.00	nur bei rhesusnegativen Schwangeren verrechenbar	
10.08	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest	04.0
40.00	(Pos. Nr. 10.02)	
10.09	Dw	,
10.10	Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellati	onen12,4
	Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung	
11.01	Immunelektrophorese oder Immunfixation	25,0
	nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar	
11.02	Kappa- und Lambdaketten	14,0
11.03	Haptoglobine	7,0
11.04	Coeruloplasmin	10,0
11.05	Alpha-1-Antitrypsin	4,0
11.06	Alpha-2-Makroglobulin	7,0
11.07	Diagnosespezifischer Tumormarker	
	(ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42)	13,0
	nur zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren,	
	höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar	
11.08	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBc-Antikörper)	18,0
11.09	HBs-Antigen	9,0
11.10	HBs-Antikörper	9,0
11.11	HBc-Antikörper	9,0
11.12	HBc-lgM-Antikörper	13,0
	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.13	HBe-Antigen	13,0
	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.14	HBe-Antikörper	13,0
	nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung verrechenbar	
11.15	HAV-Antikörper	
11.16	HAV-IgM-Antikörper	11,5
44.47	nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar	5.0
11.17	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	
11.18	TPHA-Test	
11.19	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	
11.20	19 S (IgM) FTA-ABS-Test	
11.22	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	
11.23	Antistreptolysin-O-Objektträgertest qual.	
11.24	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträgertest qual.	
11.26	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch	
11.30	Mononukleosetest als Objektträgertest	
11.32	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	
11.33	IgE	
11.34	Suchtest auf mind. 6 Allergene	32,0
11 25	bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar	12.0
11.35 11.36	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	
11.36	Anti-DNS	
_	Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	
11.38	Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	
11.39	Mitrochondriale Antikörper	
11.40	Mikrosomale Antikörper	
11.41	Thyreoglobulin Antikörper	11,5

Pos. Nr.		Punkte
11.42	PSA	7,0
	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	
11.43	Freies PSA	5,0
	in max. 10 % der Pos. 11.42	
11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid	10,0
	nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische	
	Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist	
11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13,0
11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK)	11,5
	nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose	
	anforder- und verrechenbar	
11.47	C3-Komplement	
11.48	C4-Komplement	
11.49	ANA-Subsets	9,0
	nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar	
11.50	Leberspezifische Antikörper (z. B. SLK, LKM), je	11,3
44 = 4	max. 3 AK	40.0
11.51	c-ANCA oder p-ANCA	12,0
44.50	max. 2 AK pro Erkrankungsfall	40.0
11.52	Gliadin-AK	10,0
	nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar	
11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	10.0
11.55	bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenbar	10,0
11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin D3	14 0
11.04	nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel	14,0
11.55	Vitamin B12	11.0
	nur zur Anämieabklärung	, 0
11.56	Folsäure	11.0
	nur zur Anämieabklärung	, -
11.57	Apolipoproteine	5,7
	nicht neben Pos 3.13 und 3.14 und max. 2x verrechenbar	
11.58	C1 Esterase Inhibitor	6,9
11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers	
	(z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je	7,9
	max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	
	Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen	
12.01	Nativpräparat	3,0
12.02	Färbepräparat (Gram usw.), außer auf Tbc	5,0
12.03	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen,	•
	Viren o. Ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20.0
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller	-,-
	Färbepräparate	9.0
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller	
	Färbepräparate	9.0
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	
12.00	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je	
12.10	höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar	7,0
12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepräparate	20.0
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder	0,0
	Katheterharn)	4 ∩
12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemo-	∓,∪
. 2. 10	therapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14 N
12.16	Brucella AK KBR	
	=-999-97 111 11911	

Pos. Nr.		Punkte
12.17	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20,0
12.18	Echinokokken KBR	8,0
12.19	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8,0
12.20	HIV-AK (Elisa)	9,0
12.21	HIV-Western-Blot oder IFT	35,0
	nur bei positivem HIV-Test verrechenbar	
12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8,0
12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je	13,5
	nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar	
12.25	Toxoplasmose IIFT	15,0
12.27	Toxoplasmose IgG- oder IgM-AK (EIA)	15,0
	nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung verrechenbar	
12.28	Zystizerkosen KBR	
12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepräparate	20,0
12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	11,5
12.32	Amöben-AK	15,0
12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15,0
12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15,0
12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15,0
12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9,0
12.40	Echinokokken HAT	10,0
12.41	Enteroviren KBR	8,0
12.44	Epstein-Barr VIgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15,0
12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	
12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	15,0
12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	
12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	
12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	
12.53	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	
12.55	Listerien KBR	
12.56	Leishmaniose KBR, HAT	•
12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	
12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	
12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	
12.63	Picorna Virus KBR	
12.64	Qu-Fieber KBR	
12.65	Rota Viren KBR	•
12.66	Trichinose KBR	•
12.67	Trichinose IFT, EIA	
12.68	Tularämie (KBR, Agg. T)	
12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	
12.71	Yersinia KBR	
12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	
12.74	Zystizerkosen IFT	
12.75	Helicobacter pylori AK-Nachweis	
12.70	nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar	
12.76	Borrelien IgG oder IgM-AK	12 0
12.77	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM	
	bei positiven Borrelien	
12.78	HCV-RNS quantitativ	100.0
0	nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar	

Pos. Nr.		Punkte
12.79	HCV-PCR qualitativ	35,0
	grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung	
	zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1 mal pro Quartal verrechenbar,	
	nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar	
12.80	HPV-Typisierung	41,0
	bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernunruhe) anforder- und	
	verrechenbar	
12.81	Cytomegalie-PCR	70,0
	nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten	•
	bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantations-	
	diagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-lgM-Antikörper	
	(unter Vorlage der Vorbefunde)	
12.82	Helicobacter pylori AG im Stuhl	30.0
	nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach	
	Therapieende); zum Erregernachweis wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist	
12.83	Bordetella pertussis PCR	28.0
12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota	
12.04	nur bei Kinder bis zum 10. Lebensiahr anforder- und verrechenbar	
40.05	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	00.0
12.85	HIV PCR quantitativ	80,0
	nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und	
	ausgebildetes Personal	
12.86	Stuhlkultur	17,0
	max. 1 mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
12.87	Clostridientoxin	20,0
	nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und	
	verrechenbar	
12.88	Bartonella henselae-AK	10,5
12.89	Coxsackie B-lgG oder lgM	11,4
12.90	LCM Virus AK	11,4
12.91	Ornithose-Antikörpernachweis je	11.4
12.92	Mycoplasmen AK je	
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich.	
12.00	nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04	
12.94	Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11 4
12.95	Parvovirus AK (Ringelröteln) je	
12.96	Legionelle IgG oder IgM	
12.98	Tetanus-Antikörper	11,4
	Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen	
13.01	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung)	10,0
	höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und pro Quartal verrechenbar	
	Lithium - siehe Gruppe 3	
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	10,0
13.06	Theophyllin	
13.07	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je	
10.07	Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrech	
13.08	Antibiotika, Zytostatika	
13.09	Schwermetalle	20,0
	bei dringendem Vergiftungsverdacht	
	Gruppe 14: Hormone	
14.01	Gesamt-T4 oder freies T4Gesamt-T4 oder freies T4	6.0
	nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle,	
	nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	6.0
· ¬.UZ	nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle,	
	nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	

Pos. Nr.		Punkte
14.03	TSH	5,4
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation - siehe Gruppe 15)	
14.04	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	
14.05	Aldosteron	•
14.06	Cortisol	•
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7,0
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), jehöchstens zwei verrechenbar	25,0
14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure,	
	Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), jehöchstens 2 verrechenbar	18,0
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH)	7,0
14.14	Östradiol	
14.16	Parathormon	
14.19	Progesteron	,
14.20	Prolaktin	,
14.21	Testosteron	
14.22	Wachstumshormon (STH)	•
14.23	17-Hydroxy-Progesteron	
14.24	SHBG	
14.25	DHEA-S	,
14.26	ACTH	•
14.27	Androstendion	•
14.28	c-Peptid	,
14.20	nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar	12,0
14.29	Insulin	12.6
11.20	zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II	
14.30	Osteocalcin	10,7
14.31	Gastrin	
14.32	Crosslabs	10,7
14.33	pro-BNP	15,2
	zur Risikostratifizierung 1 x pro Jahr	
Bestimmung eingesetzt v	gen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft verden.	
	Gruppe 15: Funktionsproben	
15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut-und Harnzucker-	
	bestimmungen)	5.0
15.02	Kreatinin-Clearance endogen	
15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	
16.01	Gruppe 16: Histologie - Zytologie Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte),	
10.01	für jedes untersuchte Organ	10,0
16.02 *)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht	
	auf die Zahl der Präparatezytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9	7,0
16 02 *\		
16.03 *)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht	7.0
16.04	auf die Zahl der Präparate	
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.

Pos. Nr.		Punkte
	Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial	
18.01	Blutentnahme aus der Vene	2,5
18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5,0
18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	5,0
	1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar	
18.04	Abstrich je Abnahmestelle	3,0
18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	3,0
18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	3,0
18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	10,0

D1. Tarif für Vertragsfachärzte für Pathologie

PRÄAMBEL

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

A) ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

- 1. Es sind grundsätzlich nur jene Leistungen (Untersuchungen) verrechenbar, die in der Honorarordnung enthalten sind. Im Einzelfall ist bei nachweislicher vorheriger Zustimmung der BVAEB eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen zulässig. Erbrachte Leistungen (Untersuchungen) werden nur honoriert, wenn sie durch die Zuweisung ihrer Art nach und dem Umfang nach gedeckt sind und die Verdachtsdiagnose (Ausnahme: gynäkologische Zytologie) auf der Zuweisung angegeben ist. Die Leistungen (Untersuchungen) sind in den Ordinationsräumen des Vertragsfacharztes für Pathologie zu erbringen.
- 2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) der BVAEB nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
- 3. Der Vertragsfacharzt für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die die BVAEB leistungszuständig ist, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. aus welchem Titel immer verlangen oder entgegennehmen.
- 4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die BVAEB besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchungen zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der angestrebten Diagnose stehen. Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar. Werden solche Untersuchungen von einem Zuweiser verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.
- 5. Die BVAEB ist berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.
- 6. Hat die BVAEB die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt für Pathologie die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.
- 7. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. 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.
- 8. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der im Leistungskatalog enthaltenen pathologischen Untersuchungen nötigen Geräte und Materialien (inklusive der Kosten für sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien) abgegolten. Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen, Porto, Abholdienste, etc. können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
- 9. Soweit der Leistungskatalog Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

B) BESONDERE BESTIMMUNGEN MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

- 1. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.
- 2. In begründeten Fällen steht der BVAEB nach Verständigung der Österreichischen Ärztekammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem Vertragsfacharzt für Pathologie festzusetzen; dieser wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach 4 Wochen gerechnet vom Einlangen des Briefes zulassen.
- 3. Leistungen der Gruppen 19 (Gynäkologische Zytologie) und 20 (Extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar. In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen BVAEB und Österreichischer Ärztekammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.
- 4. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
- 5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen; für zytologische Untersuchungen ist zusätzlich eine besondere Ausbildung und eine entsprechende Erfahrung notwendig. Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (insbes. dipl. medizinisch-technische Fachkräfte und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD-Gesetz igF. verfügen.
 - Auf Verlangen ist der BVAEB über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.
- 6. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
- 7. Untersuchungen auf Rechnung der BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt für Pathologie wird der BVAEB die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen der BVAEB auch während des aufrechten Vertrags-verhältnisses bekannt geben.
 - Der BVAEB steht das Recht zu, hinsichtlich dieser vom Vertragsfacharzt für Pathologie bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt für Pathologie zu verlangen.
- 8. Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.
 - Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden.

Der Vertragsfacharzt für Pathologie kann der BVAEB wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Jeder Vertragsfacharzt für Pathologie soll regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilnehmen, sofern diese State-of-the-art sind, und von den Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Zytologie und Österreichische Gesellschaft für Pathologie) empfohlen sowie im Rahmen der Europäischen Union angeboten werden.

Die Befunde müssen das Wesen des Präparates erfassen und zur klinischen Frage Stellung nehmen. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliare Gutachten enthalten.

Die Befunde sind der BVAEB auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

9. Histologie

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

10. Zytologie

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

11. Sonderbestimmungen für gynäkologische Zytologie

Die vorbegutachtende Fachkraft hat das gesamte Präparat mikroskopisch zu erfassen, auffällige Stellen zu kennzeichnen und zur Qualität des Abstrichs Stellung zu nehmen. Auffällige Präparate sind dem Vertragsfacharzt für Pathologie samt Kommentar vorzulegen.

Die Befundung der weiblichen Genitalzytologie und insbesondere die Nomenklatur richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften.

10 % der von der genitalzytologischen Fachkraft vorbegutachteten und als unauffällig eingestuften Fälle (Pap I + II) müssen vom Vertragsfacharzt für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der Vertragsfacharzt für Pathologie alle von den vorbegutachtenden Fachkräften als auffällig eingestuften Präparaten, ebenso alle Präparate von Frauen mit auffälligen Vorbefunden oder auffälligen klinischen Angaben. Nachzubefunden sind bei auffälligen Befunden auch frühere, als unauffällig eingestufte Präparate (so genannte negative Vorbefunde).

Die Musterungsarbeit der genitalzytologischen Fachkraft darf 80 Präparate pro Tag nicht überschreiten; dementsprechend beträgt das Jahresmaximalpensum 16.000 Präparate. Für halbtags beschäftigte Fachkräfte beträgt das maximale Tagespensum 50 Präparate.

Für den Vertragsfacharzt für Pathologie ergibt sich eine Durchschnittskontrolle von ca. 20 % des Einlaufmaterials. Die unter Qualitätsaspekten vertretbare Jahresmaximalkapazität der Ordination beträgt 80.000 Präparate (maximal 5 Fachkräfte).

Jede zytodiagnostische Untersuchungen durchführende Ordination soll in der Lage sein, eine zumindest jährliche statistische Auswertung der eingelangten Präparate durchzuführen, entsprechend den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von der BVAEB Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

12. Mikrobiologie

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils die für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

Pos. Nr.		Euro
	Gruppe 19: Gynäkologische Zytologie	
19.01	Gynäkologische Zytodiagnostik , pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang	
	entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	8,31
	Verrechenbar nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Pathologie, die der	
	BVAEB 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.	
19.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen	
	(z.B. Trichomonaden, Pilze)	2,32
	maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;	
	nicht neben Pos. 21.05 und 21.11 verrechenbar.	
19.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger	
	Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen	3,29
	maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;	
	nicht neben Pos. 21.05, 21.06, 21.11 und 21.12 verrechenbar.	
19.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen	
	Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	6,18
19.05	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

Pos. Nr.		Euro
	Gruppe 20: Extragenital Zytologie	
20.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patientin (Material,	
	das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	10,00
	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.02 verrechenbar.	
20.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patientin	
	(Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde)	13,00
	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.01 verrechenbar	
20.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. 20.01 oder 20.02	.5,00
00.04	maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar	0.00
20.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. 20.01 oder 20.02	.6,00
00.05	maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. 20.05 verrechenbar	
20.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. 20.01 oder 20.02	10,00
	maximal 1x pro Zuweisung unter Angabe der Färbungen verrechenbar, nicht neben Pos. 20.04 verrechenbar	
20.06	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur	
20.00	Pos. 20.01 oder 20.02	01 15
	maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der	21,45
	Enddiagnose verrechenbar	
	Endulagnose venechenbar	
Erläut	Offingon:	
Lilaut	erungen: a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen	
	b) Pos. 20.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:	
	- Zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)	
	- Zytologische Adiabettung (gegebenemalis Amertigung des Objektifagers, i arbung etc.) - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes	
	- Archivierung der Objektträger sowie des Befundes	
	c) Pos. 20.02 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. 20.01/20.02 und 20.04/20.05 ist nur eine Alternativverrechnung möglich.	
	a) Thirdistration do 1 66. 26.6 1/26.62 and 26.6 1/26.60 lot har different allowards many mognetic	
	Gruppe 21: Mikrobiologie	
21.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, makroskop. Beschreibung	12.93
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung	_,-
	auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter,	
	inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. 21.18 nur	
	bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	
21.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung	.6,86
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	,
21.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen	
	und Anreicherung	.6,86
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	,
21.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung	
	oder ähnliche nach Anreicherung	.5,96
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
21.05	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganisme	
	(z.B. Trichomonaden, Pilze)	.2,32
	maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;	
	nicht neben Pos. 19.02, 21.11 verrechenbar	
21.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen,	
	Suchziel: Mikroorganismen	.3,29
	maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar;	
	nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar	
21.07	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	
21.08	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepräparat (z.B Gram u.Ä.)	.3,29
	nicht neben Pos. 21.11, 21.12 verrechenbar	

Pos. Nr.		Euro
	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	
21.10	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten	2,75
	Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	
21.11	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	1,86
	ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.05 und 21.06;	
	ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor – nur im KH)	
04.40	siehe Pos. 21.08 und 21.09	
21.12	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials	
	und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien)	2,80
	ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.06;	
	ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. 21.08, 21.09,	
04.40	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	
21.13	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	0.06
	(z.B. Harnkultur)	0,90
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar,	
21 11	nicht neben Pos. 21.21 (zB Uricult) verrechenbar Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	11 01
21.14	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	11,21
21 15	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	11 21
21.15		11,21
21 16	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	12 12
21.10	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	13,12
21 17	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	12 10
21.17	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,10
21 10	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers	
21.10	einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate, je Kultur	8 N1
	maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. 21.01, 21.13 bis 21.17	0,01
	und 21.19 bis 21.20 verrechenbar)	
21 10	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und	
21.13	aller Färbepräparate	15 01
	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	13,01
21 20	Kultur auf Mykobakterien (z.B. Tbc), einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	23 50
21.20	maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	25,59
21 21	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (z.B. Uricult)	3 50
21.21	nicht neben Pos. 21.13 verrechenbar, eventuell notwendige	0,00
	Subkulturen nur unter Pos. 21.18 zu verrechnen	
21 22	Antibiogramm: 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
	beim Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen	,
	Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen	
	Gruppe 22: Histologie	
22.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten),	
	die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden	27,70
	maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate)	
	(unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	
22.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision	
	(Biopsie), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden	27,70
	maximal 1x pro Organ/Organsystem hinsichtlich des Präparates (der Präparate)	
	(unabhängig der Anzahl der Präparate) unter Angabe des Organs verrechenbar	
22.03	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. 22.01 oder 22.02	
	(inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	4,50
22.04	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. 22.01 oder 22.02	7,00
	nicht neben Pos. 22.05 verrechenbar,	
	maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	
22.05	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. 22.01 oder 22.02	13,00
	nicht neben Pos. 22.04 verrechenbar,	
	maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	

Pos. Nr.		Euro
22.06	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur Pos. 22.01 oder 22.02	44,00
	maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar	
22.07	Zuschlag für vermehrte Blöcke zu Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung	
	einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	9,60
22.08	Gefrierschnitt	6.19

Erläuterungen:

- a) Pos. 22.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen repräsentativer Stichproben)
 - Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes
- b) Pos. 22.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Makroskopische Beurteilung
 - Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes
- c) Zu den Pos. 22.01 und 22.02:

Werden in einem zeitlichen Zusammenhang (ein diagnostischtherapeutischer Eingriff) mehrere Präparate des gleichen Organes oder Organsystems entnommen, kann (hinsichtlich der Einsendung) nur einmal die Position 22.01 bzw. 22.02 verrechnet werden. Beispielsweise wird Folgendes angeführt:

- Entnahme mehrerer Lymphknoten
- Entnahme mehrerer Naevi
- Mehrere Magenbiopsien
- Entnahme aus paarigen Organen

Erläuterungen:

- a) Hinsichtlich der Pos. 22.01/22.02, sowie 22.04/22.05 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig.
- b) Die Pos. 22.03 bzw. 22.07 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate HE Standardfärbung.

E. für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

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

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

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

Die Verrechnung von Positionsnummern des Röntgenorgantarifs (Pos. Nrn. R 101 bis R 809) für dort nicht enthaltene Leistungen ist unzulässig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können derartige Leistungen mit den Positionsnummern R1a bis R4k abgerechnet werden.

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

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

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

Untersuchungen auf Rechnung der BVAEB dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweils aktuellen Stand der Radiologie entsprechen. Die BVAEB 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.

Eine diagnostische Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. Familiär erhöhte Disposition

Anmerkung: Kriterien auf Basis der Familienanamnese (in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits); Verwandte ersten Grades: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn; Verwandte zweiten Grades: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe, Halbschwester, Halbbruder; Verwandte dritten Grades: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousin und Cousine ersten Grades

Hohes Risiko (das bedeutet:10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ von mehr als 8%) liegt vor: bei 3 Brustkrebsfällen vor dem 60. LJ oder 2 Brustkrebsfällen vor dem 50. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ oder 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters oder 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters oder männlicher UND weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters Moderates Risiko (das bedeutet 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und dem 50. LJ von 3-8%) liegt vor: bei 1 weibl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ oder 1 männl. Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters oder 1 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 ScreeningIntervalle 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: jährl. Mammographie und Ultraschall bds., 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 Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
- k. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangenhaut, Plateaubildungen, etc.; bei Verdacht auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie
- I. 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

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

RÖNTGENDIAGNOSTIK Organtarif

Pos. Nr.	·	Euro
Schäd	lel	
R101	Schädel	44,58
R102	Gesichtsschädel	19,14
R103	Schädelbasis	19,14
R104	Sella	16,97
R105	Schläfenbein, pro Seite	53,09
R106	Nasennebenhöhlen	48,77
R107	Nasenbein	16,97
R108	Kiefergelenk, pro Seite	31,78
R109	Gesamter Oberkiefer	32,20
R110	Gesamter Unterkiefer	32,20
	Zahnstatus	•
	Zähne, 1-3 benachbarte	•
	(maximal zweimal pro Tag, gemeinsam mit Pos. Nr. R111 nur mit medizinischer Begründung	
	verrechenbar)	
Wirbe	Isäule, knöcherner Thorax	
R201	Halswirbelsäule inkl. notwendiger Schrägaufnahmen	53,09
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R202 verrechenbar)	
R202	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen inkl. notwendigen Schrägaufnahmen und	
	Durchleuchtung	93,32
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 verrechenbar)	
R203	Brustwirbelsäule	43,54
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	
R204	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein inklusive aller notwendigen Funktions- und	
	Zusatzaufnahmen und Durchleuchtung inkl. Sacroiliacalgelenke	69,58
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	
R205	Kreuz- und Steißbein und Sacroiliacalgelenke	44,58
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R206 verrechenbar)	
R206	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap. oder seitl	79,37
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R201 bis R205 verrechenbar)	
R207	Rippen, einseitig	
R208	Sternum	44,58
	ter- und Beckengürtel, Extremitäten	
	Clavicula, pro Seite	•
R302	Scapula, pro Seite	44,58
	Oberarm, pro Seite	
R304	Unterarm, pro Seite	41,53
R305	Hand, pro Seite	44,58
R306	Navicularserie, pro Seite	16,97
	(gemeinsam mit Pos. Nr. R305 nur mit med. Begründung verrechenbar)	
R307	1 Finger, Zehe oder einzelne Handwurzelknochen	31,78
Dana	Oberschenkel, pro Seite	40.11
	•	
	Unterschenkel, pro Seite	
	Ganzer Fuß, pro Seite	
K311	Vorfuß, Mittelfuß oder Fußwurzel, pro Seite	36,12
	(mehr als einmal pro Seite bzw. gemeinsame Verrechnung mit Pos. Nr. R310 nur mit	
D242	medizinischer Begründung) Colonnous, pro Soito	04.70
	Calcaneus, pro Seite	
	Sternoclaviculargelenk, pro Seite	
	Schultergelenk inkl. aller notwendigen Spezial- und Funktionsaufnahmen, pro Seite	
R315	Ellenbogengelenk, pro Seite	
K316	Handgelenk und Mittelhand, pro Seite	31,78

Pos. Nr.		Euro
R317	Becken	28,74
R318	Hüftgelenk, ap. und axial, pro Seite inkl. aller notwendigen Spezialaufnahmen (z. B.	
	Endoprothese, faux profil usw.)	51,14
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R319)	
R319	Hüftgelenk, axial, pro Seite	23,36
	(nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R318)	
R320	Kniegelenk, pro Seite	
R321	Kniegelenk mit Patella, pro Seite	55,63
Dooo	(nur einmal pro Seite und nicht gemeinsam mit Pos. Nr. R320)	40.04
	Defileeaufnahmen, pro Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad)	
	Sprunggelenk, pro Seite	
	Tomographie der Knochen, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	
R325	Ganzbeinaufnahme ap. oder seitl., pro Bein	79,37
Halso	rgane, Herz und Lunge	
	Thorax	55.35
	Halsorgane	•
	Tomographie der Lunge, bds.	
11400	Tomographic del Eurige, bus.	
Mage	n – Darmtrakt	
R501	Oesophagus	70,58
R502	Magen-Duodenum in Doppelkontrast	132,49
R503	Dünndarmpassage	45,46
R504	Dickdarmpassage, 24 h.p.c.	45,46
R505	Irrigoskopie in Doppelkontrast	227,96
R506	Abdomen, nativ	28,74
Galle		40.44
R601	Gallenblase, nativ	19,14
Dooo	(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R603 und R604)	50.00
	Perorale Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	
	i.v. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	
	Inf. Cholangio-Cholecystographie inkl. Nativaufnahme	
R605	Tomographie der Gallenwege	81,40
Harnt	rakt	
R701	Harntrakt, Nativaufnahme	28.74
	(nicht gemeinsam mit Pos.Nrn R702 und R703)	
R702	i.v. Pyelographie	178,01
	Inf. Pyelographie	
	Retrograde MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) inkl. Refluxprüfung oder Urethrographie	·
	inkl. Durchleuchtung mit Kontrastmittel	201,54
R705	Tomographie der Nieren, bds	
-	aluntersuchungen	
R801	Mammographie, beidseits	
	Mammographie, einseitig	
R803	Galaktographie	110.99
R804		
	Hystero- Salpingographie	92,54
R805	Hystero- Salpingographie Pneumocystographie	92,54 55,88
	Hystero- Salpingographie	92,54 55,88 110,60
R806 R807	Hystero- Salpingographie Pneumocystographie	92,54 55,88 110,60 60,06

Pos. Nr.	E	Euro
R809	Knochendichtemessung33,	52
	periphere quantitative Computertomographie (pQCT) oder	
	Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA)	
	verrechenbar maximal einmal pro Patient und Jahr, nicht als Screening-Untersuchung	
	verrechenbar nur von Fachärzten für Radiologie, die von der BVAEB im Einvernehmen der Ärztekammer berechtigt	
	wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich.	

RÖNTGENDIAGNOSTIK Formatetarif

Honorar

Pos. Nr.	Punkte			
1. Grundhonorar	40			
R 1a Erste röntgenologische Leistung				
R 1b Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage	8			
2. Sonderleistungen				
R 2a Darmeinlauf mit Kontrastmittel	6			
R 2e Intravenöse Injektion	3			
Unkosten				
Pos. Nr.	Euro			
3. Durchleuchtungen und Zuschläge				
R 3a Durchleuchtung ohne Kontrastmittel				
R 3b Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	10,1983			
R 3c Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfungen				
(Pos. Nr. R 3b + 3 x Pos. Nr. R 3e)				
R 3d Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf				
R 3e Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	3,9375			
R 3f Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels				
Elektronischer Geräte	6,3408			
R 3g Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels				
elektronischer Geräte	7,6265			
4. Aufnahmen				
R 4a Format 9 x 12	·			
R 4b Format 13 x 18	8,2916			
R 4c Format 18 x 24	10,5531			
R 4d Format 15 x 40	13,3820			
R 4e Format 24 x 30	14,9780			
R 4f Format 30 x 40	,			
R 4g Format 35 x 35	•			
R 4h Zahnfilm	3,4054			
R 4i Format 35 x 43	·			
R 4j Format 30 x 90	·			
R 4k Format 20 x 40	15,4659			
5. Mehrphasenaufnahmen:				
R 5a Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	10.5531			
R 5b Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)				
	.,,,,,			

RÖNTGENTHERAPIE

Anmerkung:

- 1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten. Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit x) gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.
 - a) "Sitzung" ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes.
 - b) "Stelle" ist das erkrankte Organ.

Beispielsweise gilt als Stelle:

Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus). Jedes große Gelenk (eine Hand, ein Fuß etc.).

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS., BWS., LWS.).

Bei herdförmigen Erkrankungen, z. B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.

- 2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
- 3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorar und Unkosten zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen	Max. Zahl der Serien
		pro Stelle	pro Jahr
	ifgruppe I: € 38,8511		_
R 9a	Akne		4
R 9b	Blepharoconjunctivitis		4
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße		4
R 9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch		4
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)		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 9I	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom	2-6	4
R 9m	Intertrigo	2-6	4
R 9n	Lichen Vidal und Ruber planus	2-6	4
R 90	Migräne	2-6	4
R 9p	Mikuliczsche Erkrankung	2-6	4
R 9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R 9r	Paronychie	2-6	4
R 9s	Periodontitis	2-6	4
R 9t	Perniones	2-6	4
R 9u	Poliomyelitis	2-6	4
R 9v	Pruritus	2-6	4
R 9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R 9x	Scropholuderma	2-6	4
R 9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4
10. Ta	rifgruppe II: € 58,2316		
	Agranulocytose	6	3
	Aktinomykose der Haut		5
	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke		4
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe	4-6	3
	(Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis,		
	Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)		
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)		1

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	•	2
	Mastitis acuta		3
	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)		3
	Morbus Werlhof		2
	Neuralgie und Neuritis		3
	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)		2
	Schweißdrüsenentzündung		3
	Tbc der Haut		4
-	Tbc der Lymphknoten		4
	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke		4
	Tbc des Kehlkopfes		4
	Tbc des Urogenitaltraktes		4
	Thrombophlebitis		3
	Warzen (auch multiple)		2
	Condylomata accuminata		3
	Alopecia areata		3
	Angiome (außer Wirbelangiome)		3
K IUy	Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden, wenn innerhalb eines	2-4	3
	Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere Bestrahlung durchgeführt wird.		
11. Ta	rifgruppe III: € 71,0797		
R 11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R 11b	Asthma bronchiale	6	3
R 11c	Clavus	2	3
R 11d	Herpes zoster	4-6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
	Mastopathia cystica, Gynäkomastie		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
	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica		3
	Osteomyelitis		4
	Sympathicusbestrahlung		3
	(Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut		
	duodeni chron., Claudicatio intermittens)		
R 110	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
	Tbc des Darmes		4
-	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie,		
•	z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck)	3	3
R 11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose		4
12 Ta	rifgruppe IV: € 116,4358		
	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus)	3	3
	Lymphogranulomatose		4
	Epulis, Brauner Tumor		3
	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation)		3
	Tbc peritonei		4
13. Ta	rifgruppe V: € 142,3036		
	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4	3
	Kastrationsbestrahlung		2
	Leukämie, Fernbestrahlung		3
	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose		3
	Myoma uteri Endometriose	4	3

Pos. Nr. Indikation	Zahl der Sitzungen	Max. Zahl der Serien		
R 13f Papillomatose des Larynx	pro Stelle	pro Jahr 2		
R 13g Polycythämie		2		
R 13h Totalbestrahlung nach Mallet	10	2		
44 7. 7				
14. Tarifgruppe VI: € 148,7366 R 14a Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut				
ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2-10	3(4)		
R 14b Kraurosis vulvae		3		
R 14c Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form		4		
R 14d Wirbelhaemangiome		4		
es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung				
15. Tarifgruppe VII: € 213,3561				
R 15a Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der				
Haemoblastosen	8-12	4(5)		
R 15b Melanoblastoma mal	10-20			
16. Tarifgruppe VIII: € 355,5875				
R 16a Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der		2(1)		
Haemoblastosen	13-24	3(4)		
17. Tarifgruppe IX: € 517,2805				
R 17a Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der				
Haemoblastosen	25-40	2(3)		
18. Tarifgruppe X: € 711,2923				
R 18a Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschl. der		4 (2)		
Haemoblastosen	41-75	1(2)		
Anmerkung:				
Die bei den Tarifgruppen VI (R 14) - X (R 18) in Klammer angegebenen Maximalzahlen der Serien pro Jahr sind	nur bei			
entsprechender medizinischer Begründung verrechenbar.				
Nachsatz: Zu den Tarifgruppen VII (R 15) - X (R 18) gelten folgende Zuschläge:				
a) bei Gitterbestrahlung		25%		
b) bei Bewegungsbestrahlung				
c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung				
d) bei Kombination von b) und c)	1	25%		
Dec No.		Fun		
Pos. Nr. 20. Buckybestrahlung		Euro		
R 20a Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	11,	8932		
Pos. Nr.		Punkte		
21. Radiumtherapie		i diikte		
R 21a Einmalige Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z. B. Kontrolle nach Röntger	1			
(Radium)therapie oder Begutachtung der Notwendigkeit einer Röntgen(Radium)therapie)		12		

F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

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

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

Zu A. SONDERLEISTUNGEN	_
Pos. Nr. 1. Zu 27d (therap. Verbände), O 43i, O 44p	Euro
Hand und Unterarm:	
M 1a Kinder bis zu 12 Jahren	6.6205
M 1b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	•
Fuß und Unterschenkel:	
M 1c Kinder bis zu 12 Jahren	9,8500
M 1d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	15,0932
Kniegelenk:	
M 1e Kniegelenk	35,9808
2. Zu 27e (therap. Verbände), O 43i, O 44p	
Hand, Unter-, Oberarm:	
M 2a Kinder bis zu 12 Jahren	•
M 2b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	19,0635
Fuß, Unter-, Oberschenkel:	
M 2c Kinder bis zu 12 Jahren	· ·
M 2d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	46,9419
Hals: M 2e Halskrawatte	16 2510
w Ze Haiskrawalle	10,2519
3. Zu 27f (therap. Verbände)	
M 3a Obere Extremität mit Schultergürtel	67 8576
M 3b Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel)	
M 3c Schiefhalsgips mit Thorax	
The Communication of the Commu	
Zu B. OPERATIONSTARIF	
Zu B. OPERATIONSTARIF	
2u B. OPERATIONSTARIF 4. Zu O 42e (Modellverbände)	
	2,5170
4. Zu O 42e (Modellverbände)	,
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß M 4b Hand und Unterarm M 4c Fuß und Unterschenkel Hand, Unter-, Oberarm: M 4d Kinder bis zu 12 Jahren	4,9677 4,9677 4,9677
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513 7,5513 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß M 4b Hand und Unterarm M 4c Fuß und Unterschenkel Hand, Unter-, Oberarm: M 4d Kinder bis zu 12 Jahren M 4e Erwachsene und Kinder über 12 Jahre 5. Zu O 42f (Modellverband) M 5a Halskrawatte 6. Zu O 42g (Modellverband) M 6a Oberschenkel 7. Zu O 43e (Modellverbände) M 7a Obere Extremität mit Schultergürtel M 7b Untere Extremität mit Becken	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513 7,5513 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	4,9677 4,9677 4,9677 7,5513 7,5513 7,5513 7,5513
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	
4. Zu O 42e (Modeliverbände) M 4a Hand oder Fuß	
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	
4. Zu O 42e (Modellverbände) M 4a Hand oder Fuß	

Pos. Nr.		Euro
M 8c	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	71,0681
Gipsso	chale:	
M 8d	Kinder bis 1/2 Jahr	11,9870
M 8e	Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	18,0757
M 8f	Kinder von 1 bis 2 Jahren	29,9869
9. Zu	O 44g und O 45o	
Gipsho	ose:	
	bei Coxitis und Little	
M 9b	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	101,8720
bei Hü	iftgelenksluxation:	
M 9c	Kinder bis 1/2 Jahr	29,9109
M 9d	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	37,3672
M 9e	Kinder von 1/2 bis 1 Jahr	35,9236
M 9f	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	44,9282
M 9g	Kinder von 1 bis 2 Jahren	49,7535
M 9h	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	62,0732
10. Zı	u O 45b	
Gipsbe		
M 10a	a Kinder bis zu 12 Jahren	48,4426
M 10b	b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	96,7713

ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG

1. Festsetzung des Punktwertes

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

Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:

a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b, c, d und e) € 0,9859
b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin€ 1,0380
c) Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie€ 1,1671
d) Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin € 1,4452
e) Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde
f) Abschnitt B. Operationstarif€ 0,9859
g) Abschnitt D. Labor€ 1,2372
h) Abschnitt A.XIV Labor-Akutparameter€ 1,7480
i) Abschnitt E. Röntgen€ 0,8977
j) Abschnitt A.XIV Labor€ 1,2372

2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

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

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

		Euro
Pos. Nr.		ab 1.1.2002
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
KA1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07

4. Medizinische Hauskrankenpflege

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

Pos. Nr.		Euro
H1	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der	
	Hauskrankenpflege	€ 72,6728
	Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage	
H2	bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes	€ 43,6037
Н3	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes	€ 65,4056
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen	•
	Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen	€ 32,7028
	Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem	
	Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der "krankenhausersetzenden medizinischen	
	Hauskrankenpflege" ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage.	
	Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.	
H5	Legen einer Ernährungssonde	€ 10,9009
	Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.	
H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus	€ 10,9009
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen,	
	Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren	
	Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast	
	bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und Ähnlichem)	€ 7.2673
		,_0.0

ANHANG 2 ZUR HONORARORDNUNG

Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

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

- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der BVAEB und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der BVAEB und der ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als "ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik" gemäß "Kompendium Mammographie, Teil 2" geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das "ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik" ist eine Zertifikatskommission gemäß "Kompendium Mammographie, Teil 2" bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, iedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 1a.) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.
- 2.) Das Datenflussmodell *gemäß "Kompendium Mammographie"*, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudnoymisierungsservice des BKFP;
 - c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
 - e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

III. Evaluierung

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

IV. Kompendium Mammographie

- Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)
- Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)
- Teil 3: Anlage 5, 2. ZP VU-GV
- Teil 4: Datenflussmodell (Anm.: nur der relevante Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV).

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

DVR: 0024155