



Österreichische
Gesundheitskasse

ÄRZTINNEN
+ÄRZTE KAMMER
VORARLBERG

Honorarordnung für Vertragsärzte

gültig ab 01.01.2025

Inhaltsverzeichnis

1

HONORARORDNUNG	1
I. Gesamtvergütung	1
II. Kurative ärztliche Hilfe	3
III. Gesunden(Vorsorge)untersuchungen	5
IV. Schlußbestimmungen und Wirksamkeit	7
ANLAGEN zur Honorarordnung	10
Anlage A	11
Ärztlicher Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg	11
<i>Erster Teil</i>	<i>12</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen</i>	<i>12</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	12
Zweites Kapitel Tarife für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen	26
I. Grundleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte.....	26
II. Allgemeine Sonderleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin	33
und Vertragsfachärzte	33
III. Sonderleistungen aus den einzelnen Fachgebieten.....	40
A. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE	40
B. SONDERLEISTUNGEN AUS DEN GEBIETEN DER CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE,	
ORTHOPÄDIE UND ORTHOP. CHIRURGIE, DERMATOLOGIE	42
C. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE	
.....	44
D. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER HALS-, NASEN- UND	
OHRENKRANKHEITEN	45
E. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER INNEREN MEDIZIN UND DER KINDER-	
UND JUGENDHEILKUNDE	47
F. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN ..	51
G. LEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE	53
H. SONDERLEISTUNGEN AUS DEM GEBIETE DER HAUT- UND	
GESCHLECHTSKRANKHEITEN UND DER UROLOGIE	56
IV. Physikalische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	58
V. Laboratoriumsuntersuchungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	
(ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin)	59
VI. Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Teilradiologen (Vertragsärzte für	
Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädie und	
orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Lungenkrankheiten).....	64
VII. Tarife für sonographische Untersuchungen	66
VIII. Operationstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte	72
<i>Zweiter Teil</i>	<i>92</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Radiologie (Organtarif)</i>	<i>92</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	92
Zweites Kapitel Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie	92
Drittes Kapitel	98
Mammographien.....	98
Viertes Kapitel Magnetresonanztomographien.....	106
<i>Dritter Teil</i>	<i>109</i>
<i>Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Labormedizin</i>	<i>109</i>
Erstes Kapitel Allgemeine Bestimmungen	109
Zweites Kapitel Katalog der Vertragsleistungen für die Laboratoriumsmedizin.....	111
Alphabetischer Index	140
Anlage B	153
Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Krankenbehandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 133	
ASVG	153

Anlage C	155
MRT	155
Anlage D	156
Einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen von Anspruchsberechtigten	156
Anlage E	157
Tarife für die Gesundenuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG	157
Anlage F	160
Kassenärztliche Behandlung von Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle)	160
Anlage G	161
PVE - Abrechnungsgrundlagen	161
Anlage H	162
Kompodium Mammographie	162
Anlage I	163
Risikofaktoren COVID-19	163

Hinweis:

Soweit in dieser Honorarordnung auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

HONORARORDNUNG

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg (Kammer) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK, Kasse) gemäß

- a) Gesamtvertrag vom 10.11.1956 (K-Gesamtvertrag Vorarlberg),
- b) Gesamtvertrag vom 9.3.2005 in der Fassung der Zusatzvereinbarung vom 27.6.2005 (GU-Gesamtvertrag).

I. Gesamtvergütung

1. Die Österreichische Gesundheitskasse leistet pro Kalenderjahr
 - a) für die kurative ärztliche Hilfe gem. Abschnitt II 20,63 v. H. sowie
 - b) für die Durchführung von Gesunden(Vorsorge)untersuchungen gem. Abschnitt III 1,37 v. H.und somit eine Gesamtvergütung von 22,0 v. H. ihrer Erträge an Krankenversicherungsbeiträgen für

- pflichtversicherte Erwerbstätige,
- freiwillig Versicherte,
- Arbeitslose,
- Pensionisten,
- Kriegshinterbliebene,
- Asylwerber und
- Familienangehörige von Wehrpflichtigen,

die hinsichtlich ihrer Leistungszuständigkeit der Landesstelle Vorarlberg zugeordnet sind.

Nicht berücksichtigt werden bei der Berechnung die für Zwecke abseits der ärztlichen Hilfe im niedergelassenen Bereich gewidmeten Beiträge. Dies sind derzeit die zur Spitalsfinanzierung gewidmeten Beiträge gemäß § 447f Abs 11 Z 1 ASVG, § 447f Abs 3 Z 3 ASVG, die ebenfalls für die Spitalsfinanzierung eingeführten Zusatzbeiträge für Angehörige gemäß § 51d ASVG und die zum Ausgleich des Entfalls an Rezeptgebühren gewidmeten Beiträge gemäß § 322b Abs 2 ASVG.

2. Zusätzlich wird für die im Zweiten Teil, Viertes Kapitel der Anlage A, enthaltenen Magnetresonanztomographien folgende Regelung getroffen:
Es wird ein Beobachtungszeitraum von drei Jahren festgelegt. Die im letzten Jahr des Beobachtungszeitraumes verrechneten Magnetresonanztomographien bilden die Grundlage für die Errechnung des Aufwandes. Vervielfacht mit dem dann (31.12. des dritten Beobachtungsjahres) gültigen Tarif ergibt sich jene Summe, welche die Kasse ab dem darauffolgenden Jahr der Gesamtvergütung zusätzlich zur Verfügung stellt. Die bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes anfallenden Magnetresonanztomographien bezahlt die Kasse ausserhalb der Gesamtvergütung. Der dreijährige Beobachtungszeitraum beginnt mit dem Quartal, in dem die vertragsärztliche Tätigkeit aufgenommen wird.

3. Die erforderlichen Mittel (kurativ oder Vorsorge) für die in den Brief-Gegenbrief-Vereinbarungen vom 09.09.2024, 15.10.2024, 18.10.2024 sowie in sämtlichen künftigen Vereinbarungen angeführten Erweiterungen zum Ausbau der niedergelassenen kassenvertragsärztlichen Versorgung aus Bundesmitteln gem. § 57 Abs 1a KaKuG in Vorarlberg im Rahmen befristeter erweiterter Job-Sharing-Vereinbarungen, erweiterter Anstellungen sowie vorgriffsweiser Ausschreibungen von Kassenstellen werden für die Dauer der laufenden FAG-Periode bis 31.12.2028 der Gesamtvergütung auf Basis der tatsächlichen Abrechnung der jeweiligen Vertragsärzte (auch wenn diese die in den Brief-Gegenbrief-Vereinbarungen geschätzten Beträge überschreiten) zusätzlich im Rahmen des Jahresabschlusses zur Verfügung gestellt, sofern die Kassenplanstellen in den entsprechenden Fachgruppen ohne Berücksichtigung dieser Erweiterungen voll besetzt waren. Dabei werden im Rahmen einer Gesamtbetrachtung bereits bestehende (aus der Gesamtvergütung finanzierte) Stellenplanerweiterungen (z.B. erweiterte Job-Sharings, erweiterte Anstellungen, Vorgriffe) in die Betrachtung, ob die Kassenplanstellen in der jeweiligen Fachrichtung voll besetzt waren oder nicht, miteinbezogen. Die Gesamtbetrachtung, ob alle Kassenplanstellen der jeweiligen Fachrichtung besetzt sind bzw. ob der Stellenplan durch bereits bestehende (aus der Gesamtvergütung finanzierte) Erweiterungen (z.B. erweiterte Job-Sharings/erweiterte Anstellungen, Vorgriffe etc.) erfüllt/überfüllt ist, erfolgt pro Quartal und pro Fachgruppe gesondert. Die der Gesamtvergütung zur Verfügung zu stellenden Beträge aus Bundesmitteln sind solcherart nach Abrechnung eines jeden Quartals zu berechnen und zwischen Kammer und Kasse abzustimmen. Die unbesetzten Kassenplanstellen für Allgemeinmedizin im Kleinwalsertal werden, solange die dort fehlende Sachleistungsversorgung durch deutsche Ärzte in Oberstdorf aus Gesamtvergütungsmitteln finanziert wird, in der Fachrichtung Allgemeinmedizin nicht als unbesetzte, sondern als besetzte Kassenplanstellen angesehen. Kassenplanstellen, die nur einen Teil eines Quartals besetzt sind, gelten als das ganze Quartal besetzt.

II. Kurative ärztliche Hilfe

1. Mit der Gesamtvergütung werden folgende im Rahmen der Krankenbehandlung von hinsichtlich ihrer Leistungszuständigkeit der ÖGK-Landesstelle Vorarlberg zugeordneten Anspruchsberechtigten gem. § 133 ASVG notwendige Aufwendungen abgegolten:
 - a) die Honorare und Unkosten für die ärztliche Hilfe der im Stellenplan sowie außerhalb des Stellenplans (z.B. Job-Sharing) zwischen Kammer und Kasse vereinbarten Vertragsärzte **(Anlage A)**;
 - b) die Kostenersätze gem. § 131 ASVG für die ärztliche Hilfe der Wahlärzte;
 - c) die Kosten der kassenärztlichen Behandlung in anderen Bundesländern;
 - d) die Kosten der ärztlichen Behandlung im Ausland;
 - e) die Kosten der Laboruntersuchungen **(Anlage B)**;
 - f) MRT-Untersuchungen **(Anlage C)**
 - g) die Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen **(Anlage D)**
 - h) die Honorare und Unkosten für die ärztliche Hilfe der im Stellenplan von Kammer und Kasse vereinbarten Primärversorgungseinheiten einschließlich der (Teil-)kosten für das PV-Management dieser Primärversorgungseinheiten laut Gesamtvertraglicher Honorarvereinbarung gemäß § 342b Abs 4 ASVG für Primärversorgungseinrichtungen in Vorarlberg idgF **(vgl Anlage G)**

2.
 - a) Grundlage für die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit (Pkt. 1 lit. a) bilden diese Honorarordnung und der ärztliche Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg (Anlage A). Für die Vertragsärzte wirksame Änderungen der Honorarordnung und des Honorartarifes bedürfen der Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse.
 - b) Das Honorar für die einzelne vertragsärztliche Leistung wird nach Punkten und festen Sätzen des ärztlichen Honorartarifes (Anlage A) berechnet.
 - c) Die Honorare und Unkosten für die vertragsärztliche Tätigkeit werden nach Maßgabe des ärztlichen Honorartarifes gestaffelt und limitiert.
 - d) Die Verrechnung bestimmter Positionen (siehe hierzu Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 17) des ärztlichen Honorartarifes durch Vertragsärzte kann an eine Sondergenehmigung gebunden werden. Diese Sondergenehmigung kann nur bei Erfüllung der von der Ärztekammer für Vorarlberg aufgestellten Ausbildungsrichtlinien und im Einvernehmen zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Vorarlberg erteilt werden.

- e) Zusammentreffen von kurativen Leistungen mit Gesunden(Vorsorge)untersuchungen oder Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen:
 - aa) An jenen Tagen, an denen eine Gesunden(Vorsorge)untersuchung oder eine Mutter-Kind-Paß-Untersuchung durchgeführt wird, ist die Verrechnung der Grundleistungs-Positionen 10 (1 A) bis 14 (1 d), 16, 17 (1 f und 1ff) und 18 sowie 50 (5 a) bis 59 (5 kk) des ärztlichen Honorarstarifes nicht möglich, es sei denn, der Vertragsarzt wird an demselben Tag infolge eines Akutfalles noch einmal in Anspruch genommen. Der Vertragsarzt hat dies in der elektronischen Abrechnung zu begründen.
 - bb) Sämtliche durch eine Gesunden(Vorsorge)- oder Mutter-Kind-Paß-Untersuchung erbrachten bzw. veranlaßten Leistungen dürfen im laufenden oder im folgenden Quartal nicht noch einmal kurativ verrechnet bzw. veranlaßt werden, außer der Fall ist begründet, was über Anfrage der gemeinsamen Verrechnungsstelle nachzuweisen ist.
 - f) Wird einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse festgestellt, daß ein Vertragsarzt eine bzw. mehrere Positionen des ärztlichen Honorarstarifes erheblich über dem vergleichbaren Landesdurchschnitt verrechnet bzw. veranlaßt hat, so hat der Vertragsarzt über Anfrage binnen einem Monat im Einzelfall glaubhaft zu machen, daß er bei diesen Positionen das Maß des Notwendigen nicht überschritten hat (§ 10 Abs. 2 - 4 des Gesamtvertrages). Kommt der Vertragsarzt diesem Ersuchen nicht nach bzw. gelingt ihm die Glaubhaftmachung nicht, so gilt als festgestellt, daß das Maß des Notwendigen überschritten wurde. Es können somit im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse die beanstandeten verrechneten bzw. veranlaßten Positionen bis auf den Landesdurchschnitt reduziert und die Mehrkosten nicht ausbezahlt bzw. bei einer der nächsten Honorarabrechnungen in Abzug gebracht werden.
 - g) Die Verrechnung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt je Kalendervierteljahr gemäß Zusatzvereinbarung vom 22.9.1950. Die Verrechnung der vertragsärztlichen Leistungen an Personen im Sinne des § 18 des K-Gesamtvertrages Vorarlberg (Betreuungsfälle) erfolgt gemäß den Bestimmungen in **Anlage F**.
An die Vertragsärzte werden für das jeweilige Kalendervierteljahr angemessene Akontozahlungen angewiesen. Das Nähere wird im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse geregelt.
Hievon ausgenommen sind Vertragsfachärzte für Labormedizin (Anlage A, Dritter Teil).
3. Die Bestimmung der Kostenersätze für Honorarnoten der Wahlärzte bzw. die Vergütung von Arztrechnungen im Sinne dieser Honorarordnung hat nach Maßgabe des ärztlichen Honorarstarifes und der Satzung der Österreichischen Gesundheitskasse zu erfolgen.

III.

Gesunden(Vorsorge)untersuchungen

1. Mit der Gesamtvergütung werden folgende im Rahmen der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen von hinsichtlich ihrer Leistungszuständigkeit der ÖGK-Landesstelle Vorarlberg zugeordneten Versicherten und ihren Angehörigen gem. § 132 b ASVG notwendige Aufwendungen abgegolten:

- a) die Honorare für die zur Gesunden(Vorsorge)untersuchung zugelassenen Ärzte
(Anlage E);
- b) die Laborleistungen;
- c) die Honorare für die zum Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes (BKFP) lt. 2. ZP zum Gesundenuntersuchungs-Gesamtvertrag zugelassenen Ärzte;
- d) der Sachaufwand;
- e) allfällige Kosten der Administration, soweit sie nicht bei der Österreichischen Gesundheitskasse oder beim Dachverband anfallen.

Diesbezüglich ist das Einvernehmen zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Vorarlberg erforderlich;

Hinsichtlich der Abgeltung der Kosten für die Abrechnung sind die Bestimmungen der jeweils gültigen Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 27.06.2005 zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen anzuwenden.

- f) die Kosten der einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse zum Zwecke der Erprobung vereinbarten neuen Untersuchungsprogramme.
2. Die Abrechnung der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen durch den Vertragsarzt erfolgt je Kalendervierteljahr, im Abrechnungszeitraum werden alle Leistungsscheine abgerechnet, die vom Arzt bis spätestens am 20. des dem Abrechnungsquartal folgenden Monats der gemeinsamen Verrechnungsstelle vorgelegt werden. Das Honorar für die verschiedenen Leistungen im Rahmen der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen ist in der Anlage E geregelt.
3. Die Honorierung der Gesunden(Vorsorge)untersuchungen laut Anlage E kann im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse limitiert bzw. gestaffelt werden.
4. Die Durchführung
- a) von Basisuntersuchungen (Anlage E) auf Rechnung der Kasse ist ausschließlich den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Innere Medizin,

- b) von gynäkologischen Untersuchungen (Anlage E) auf Rechnung der Kasse ist ausschließlich den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorbehalten.
5. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, mit der Durchführung der Laborleistungen (Anlage E, Pkt. 2, 3 lit b und 6) auf Rechnung der Kasse ausschließlich die „Medizinisches Zentrallaboratorium GmbH“ zu beauftragen und mit der im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung durchzuführenden zytologischen Untersuchung ausschließlich das Pathologische Institut in Feldkirch. Zur Inanspruchnahme anderer Laboreinrichtungen bedarf es der besonderen Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse.
6. Die im Rahmen der VU vorgesehene Intervention hinsichtlich des Prostatakarzinoms wird wie folgt geregelt.

Wenn männliche Anspruchsberechtigte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nach einem PSA-Test fragen, erfolgt durch den Vertragsarzt eine strukturierte Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Durchführung eines PSA-Tests anhand der gemeinsam von Ärztekammer für Vorarlberg, Österreichischer Gesundheitskasse und Österreichischer Krebshilfe aufgelegten Informationsbroschüre.

Will der Proband nach Durchführung dieser Aufklärung die Durchführung dieses Tests, ist wie folgt vorzugehen:

- a) Patient hat das 45. Lj noch nicht vollendet:
Der Patient ist nachweislich darauf aufmerksam zu machen, dass die Kasse die Kosten hierfür nicht übernimmt. Der Arzt beauftragt die PSA Untersuchung und kennzeichnet den Auftrag mit dem Vermerk VU und Rechnung an den Patienten. Die Ausstellung eines Zuweisungsscheines an den Urologen ist nicht zulässig.
- b) Patient hat das 45. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch das 50. Lebensjahr:
Diesfalls kann der Vertragsarzt selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes als kurative Leistung unter Einhaltung der im Folgenden ausgeführten Regelung mittels Zuweisung an das Medizinische Zentrallabor veranlassen.
- c) Patient hat das 50. Lj vollendet:
Diesfalls kann der Vertragsarzt im Rahmen der VU selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes mittels Zuweisung an das Medizinische Zentrallabor veranlassen.

Für lit b) und c) gilt: Die Bestimmung des PSA ist maximal einmal jährlich zulässig, wobei die

allenfalls längeren Intervalle gemäß Leitlinie S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. nicht unterschritten werden dürfen und umfasst nicht die gleichzeitige Bestimmung des freien PSA-Wertes. Dessen Veranlassung ist lediglich zulässig, wenn der PSA-Wert einen Krankheitsverdacht nahelegt.

Unterscheidung zum kurativen Bereich: Eine Veranlassung eines PSA-Tests als kurative Leistung ist abgesehen von lit. b) nur bei Vorliegen und Dokumentation von klinischen Symptomen einer Erkrankung der Prostata zulässig.

7. Ein Ersatz der Kosten für die Inanspruchnahme eines Wahlarztes (§ 131 Abs. 1 ASVG) ist ausgeschlossen. Wahlärzte können ausnahmsweise einen Gesunden(Vorsorge)untersuchungs-Einzelvertrag erhalten, wenn dies zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Vorarlberg im Einzelfall vereinbart wird.
8. Wurden vom gleichen Vertrags(fach)arzt im Rahmen der kurativen ärztlichen Hilfe bereits im laufenden oder im vorangegangenen Quartal Parameter des Laborblocks bestimmt oder ein gynäkologischer Abstrich entnommen, dürfen diese Untersuchungen bei der Gesunden(Vorsorge)untersuchung nicht noch einmal verrechnet oder veranlaßt werden.

IV. Schlußbestimmungen und Wirksamkeit

1. Zusätzlich zur Gesamtvergütung (Abschnitt I) leistet die Österreichische Gesundheitskasse für die administrative Mitarbeit der Vertragsärzte 1 v. H., für die Mitwirkung der Ärztekammer für Vorarlberg an der gemeinsamen Verrechnungsstelle 0,5 v. H. der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. an die Ärztekammer für Vorarlberg.
2. Sämtliche Honorare verstehen sich exklusive Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, BGBl. Nr. 746/1996, in der jeweils geltenden Fassung.
3. Über die Verwendung allfälliger Überschüsse oder die Abdeckung allfälliger Abgänge aus der Gesamtvergütung ist einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse pro Kalenderjahr zu bestimmen. Die Gesamtvergütung weist zum 31.12.2024 einen Abgang von insgesamt € 10.226.667,89 (€ 9.352.508,27 zzgl. des Betrages von 874.159,62 aus der zwischenstaatlichen Abrechnung, der buchhalterisch dem Jahr 2024 nicht mehr zugeordnet werden konnte) auf. Wenn die Mittel der Gesamtvergütung eines Kalenderjahres inkl. der vorher gebildeten Rücklagen (unter Berücksichtigung aller bis zum 28.02. des Folgejahres zu Lasten der Gesamtvergütung transitorisch gebuchten Zahlungen) zur Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen im IV. Quartal des betreffenden

Kalenderjahres nicht mehr ausreichen, werden die Abrechnungssummen der Vertragsärzte im IV. Quartal soweit gekürzt, dass es in der Gesamtvergütung zu keinem Defizit kommt. Sollte die Honorarentwicklung im Jahr 2025 dazu führen, dass die Rücklage der Gesamtvergütung im Rahmen der Jahresendabrechnungen für 2025 einen negativen Stand aufweist, wird die Kasse von der Kürzung der Abrechnungssummen der Vertragsärzte im 4. Quartal absehen – ein Ausgleich wird in diesem Fall über zukünftige Überschüsse erfolgen, wobei ein allfälliger Überschuss aus dem Jahr 2025 (Anm. bei der Berechnung des Überschusses 2025 wird der Betrag von € 874.159,62 aus der zwischenstaatlichen Abrechnung, der buchhalterisch dem Jahr 2024 nicht mehr zugeordnet werden konnte, nicht berücksichtigt) nicht für einen Ausgleich, sondern für eine tarifwirksame Valorisierung ab 1.1.2026 verwendet wird.

Tritt der Gesamtvertrag außer Kraft, ist die Ärztekammer für Vorarlberg zur Verfügung über die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Überschüsse und Rücklagen aus der Gesamtvergütung im Sinne der generellen Zweckwidmung alleine berechtigt. Gleichzeitig wird hiedurch die Österreichische Gesundheitskasse von sämtlichen Verpflichtungen gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg und den Vertragsärzten befreit.

4. Diese Honorarordnung tritt am 01.01.2025 in Kraft und ersetzt die bis dahin gültigen Regelungen.
5. Für ab 01.01.2026 erbrachte Leistungen werden
 - a) die gesonderten Zuschläge gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 4.2 lit. a – g
 - b) die Tarife laut Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel,
 - Pkt. I für ärztliche Koordinierungstätigkeit gem. Pos. 34, für Teilnahme am Schmerzboard gem. Pos. 44
 - Pkt. II für die Unkostenabgeltung bei endoskopischen Untersuchungen gem. Pos. 203, für inkomplette Koloskopie gem. Pos. 216, für hohe Koloskopie gem. Pos. 217, für Substitutionsbehandlung gem. Pos. 238E, 238WE und 238WF, für den Regiezuschlag für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bodyplethysmographie gem. Pos. 417 und
 - Pkt. III für Optische Kohärenztomographie (OCT) gem. Pos. 269
 - c) die Tarife für Teilradiologen gemäß Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel, Pkt. VI. 1.2 und VI.2.
 - d) die Beträge für Röntgenunkosten nach dem Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie gemäß Anlage A, Zweiter Teil, Zweites Kapitel
 - e) die Tarife für Vorsorgeuntersuchungen gem. Anlage E, Pkt. 3a und 5 sowie für die Early Rescreen-Vorsorgemammasonographie
 - f) die Punktwerte gem. Anlage F
 - g) die Tarifansätze für Primärversorgungseinheiten gem. Anlage G

sowie die Punktwerte gemäß Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Punkt 2. jeweils ab dem 1.1. eines jeden Jahres um den vom Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger errechneten Automatikfaktor gemäß Punkt V. der Vereinbarung vom 29. Juli 1991, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, verändert, sofern die Vertragspartner keine abweichende Regelung treffen.

Dornbirn, Wien, am 19.02.2026

Ärztekammer für Vorarlberg
Kurie der niedergelassenen Ärzte

Dr. Alexandra Rümmele-Waibel
Kurienobfrau

MR Dr. Burkhard Walla
Präsident

Österreichische Gesundheitskasse

Für den leitenden Angestellten:

Der Obmann:

MMag.^a Jutta Lichtenecker
Generaldirektor-Stellvertreterin

Mag. Peter McDonald

ANLAGEN
zur Honorarordnung

Anlage A

Ärztlicher Honorartarif für das Bundesland Vorarlberg

Erster Teil

Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Bestimmungen dieses Kapitels sind für Vertragsärzte wirksam, soweit im zweiten Kapitel nicht anderes bestimmt wird. Für Vertragsfachärzte für Radiologie (Zweiter Teil) sowie Vertragsfachärzte für Labormedizin (Dritter Teil) gelten Sonderregelungen.
2. Soweit die einzelne vertragsärztliche Leistung nach Punkten bemessen wird, gelten folgende Punktwerte:

für die Punkte von	1	bis	27.000	pro Quartal	€ 1,5931
für die Punkte von	27.001	bis	55.000	pro Quartal	€ 1,3207
für die Punkte von	55.001	bis	80.000	pro Quartal	€ 0,8172
für die Punkte von	80.001	bis	95.000	pro Quartal	€ 0,6808
für die Punkte ab	95.001			pro Quartal	€ 0,2041

3. Den nachstehenden Vertrags(fach)ärzten werden pro Fall und Quartal an ärztlichen Leistungen (Grund- und Sonderleistungen) höchstens folgende durchschnittliche Punktequoten honoriert:

	Punktequote
Ärzte für Allgemeinmedizin	60

Auf ärztliche Leistungen, die von Ärzten für Allgemeinmedizin über schriftliche Zuweisungen der Vorarlberger Landeskrankenhäuser (Bregenz, Hohenems, Feldkirch, Rankweil und Bludenz), des Krankenhauses Dornbirn, des Krankenhauses Maria-Ebene sowie der Dialyse Nenzing und Bregenz erbracht werden, wird diese Regelung nicht angewendet; vielmehr werden diese Leistungen außerhalb der Punkte-/Scheinquote abgerechnet. Gleiches gilt für ärztliche Leistungen, die von im Kleinwalsertal ansässigen Ärzten für Allgemeinmedizin über schriftliche Zuweisungen der Krankenhäuser Oberstdorf, Immenstadt und Kempten erbracht werden. Diese Krankenhäuser verfügen über entsprechende Vertragspartner-Nummern.

Die Abrechnung dieser von den Krankenhäusern zugewiesenen Fälle bei Allgemeinmedizinern erfolgt analog der Abrechnung von zugewiesenen Fällen bei Fachärzten.

Folgende Positionsnummern gelangen hierfür zur Anwendung:

- Pos. 18EZ – *Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin*

- Pos. 18NZ – *Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses*

Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18EZ; alle Punkte, die in diesem Quartal bei diesem Patienten anfallen, werden außerhalb der Punkte-/Scheinquote abgerechnet (analog wie bei Fachärzten, Pos. 50 und 51).

Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal ohne Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 10. Erfolgt anschließend ein weiterer Kontakt dieses Patienten beim Allgemeinmediziner mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18NZ; alle Punkte, die an diesem Tag anfallen, werden außerhalb der Punkte-/Scheinquote abgerechnet (analog wie bei Fachärzten, Pos. 54).

Fachärzte für	Augenheilkunde und Optometrie	60
- " -	Haut- und Geschlechtskrankheiten	85
- " -	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	65
- " -	Chirurgie	60
- " -	Unfallchirurgie u. Orthopädie	98
- " -	Kinder- und Jugendheilkunde	65
- " -	Lungenkrankheiten	81
- " -	Neurologie u. Psychiatrie	78
- " -	Innere Medizin	90
- " -	HNO	72
- " -	Urologie	95
- " -	Plastische Chirurgie	98

Auf ärztliche Leistungen dieser Fachärzte, welche aufgrund einer ärztlichen Zuweisung erbracht werden, wird diese Regelung nicht angewendet.

4. Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen werden gewisse Aufwendungen der Vertragsärzte ersetzt. Dies sind:
 - a) die Wegegebühren;
 - b) Zuschläge für Krankenbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit e)
 - c) Zuschläge für Mitbesuche

- d) Zusätzliche Zuschläge für Nachtbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte – hier gilt lit. e);
- e) Zuschläge für Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst oder zum Dienst am 24. Dezember oder 31. Dezember eingeteilte Ärzte.
- f) Zuschläge für Nachtordinationen (ausgenommen Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit g)
- g) Zuschläge für Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst oder zum Dienst am 24. Dezember oder 31. Dezember eingeteilte Ärzte.
- h) Zuschläge für zusätzliche Ordinationen in dringlichen Fällen außerhalb der Mindestordinationszeiten gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Einrichtung eines fachärztlichen Dringlichkeits-Terminsystems.

4.1. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen EUR 0,80 je vollem Kilometer. Nach diesem Satz vergütet werden ausschließlich die zum Zweck der Durchführung von Krankenbesuchen tatsächlich zurückgelegten Kilometer ohne Rücksicht auf das vom Arzt benutzte Beförderungsmittel, die Beschaffenheit des Weges, die Tageszeit, den Wochentag etc.

Beim Besuch mehrerer Patienten, die bei der Österreichischen Gesundheitskasse versichert sind, an derselben Adresse kann eine Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Bei am gleichen Tag an mehreren Adressen durchgeführten Krankenbesuchen sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich aus der Besuchsreihe mit Vermeidung jedes Umwegs und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von der kürzesten Wegstrecke und mehr als ein Krankenbesuch am gleichen Tag an derselben Adresse sind in der Wegegebührenliste unter Angabe eines Grundes (zB dringende Berufung etc) zu vermerken.

Die Verrechnung der Wegegebühren hat mittels einer Tagesliste, aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Patienten gemäß Anlagen F und G hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten zu erfolgen.

Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit von Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse festgelegt werden.

4.2. An weiteren Aufwendungen werden vergütet:

- a) Zuschläge für Krankenbesuche (ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit d): ab 01.01.2025: € 24,80 für einen Krankenbesuch

b) Zuschläge für Mitbesuche: ab 01.01.2025: € 8,16 für einen Mitbesuch

c) Zusätzliche Zuschläge für Nachtbesuche in der Zeit von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr
(ausgenommen Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit d).

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2025
für einen Nachtbesuch	€ 64,45

d) Zuschläge für Besuche an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst (der 24.12. und 31.12 gelten hinsichtlich der Verrechenbarkeit von Zuschlägen als Feiertage) eingeteilte Ärzte

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2025
für einen Nachtbesuch (20.00 Uhr - 7.00 Uhr)	€ 119,33
für einen Wochenend-/Feiertagsbesuch	€ 86,81

Neben den Zuschlägen nach d) werden an Stelle der Grundleistungspositionen 22 (2 c) oder 23 (2 d) des Honorartarifes pro Krankenbesuch nur die entsprechende Grundleistungsposition 25 (2 f), 26 (2 ff), 63 (6 f) oder 64 (6 ff) vergütet.

Der Wochenenddienst beginnt in der Regel am Samstag um 7.00 Uhr und endet am Montag um 7.00 Uhr, der Feiertagsdienst beginnt in der Regel am Vorabend um 19.00 Uhr und endet am auf den Feiertag folgenden Tag um 7.00 Uhr.

e) Zuschläge für Nachtordinationen (ausgenommen Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte - hier gilt lit f)

Diese Zuschläge betragen für eine Nachtordination ab 01.01.2025: € 37,20

f) Zuschläge für Ordinationen an zum Wochenend- oder Feiertagsdienst (der 24.12. und der 31.12. gelten hinsichtlich der Verrechenbarkeit von Zuschlägen als Feiertage) eingeteilte Ärzte.

Diese Zuschläge betragen:

	ab 01.01.2025
für eine Nachtordination (20.00 Uhr - 7.00 Uhr)	€ 63,14
für eine Wochenend-/Feiertagsordination	€ 37,20

Neben den Zuschlägen nach f) werden an Stelle der Grundleistungspositionen 13 (1 c), 14 (1 d), des Honorartarifes pro Ordination nur die entsprechende Grundleistungsposition 16 (1f), 17 (1 ff), 58 (5 k), 59 (5 kk) vergütet.

Der Wochenenddienst beginnt in der Regel am Samstag um 7.00 Uhr und endet am Montag um 7.00 Uhr, der Feiertagsdienst beginnt in der Regel am Vorabend um 19.00 Uhr und endet am auf den Feiertag folgenden Tag um 7.00 Uhr.

An Zuschlägen gem. lit. d und lit. f kann von einem zum Wochenend- oder Feiertagsdienst eingeteilten Arzt in Summe mindestens der Betrag von EUR 204,68 ab 01.01.2025 pro Nacht verrechnet werden.

Hinweis: Die in den lit d) und f) geregelten Zuschläge für Nachtbesuche und Nachtordinationen sowie der Mindestzuschlag pro Nacht im Wochenend- und Feiertagsdienst können nicht verrechnet werden, solange das Landes-Zielsteuerungsprojekt „Lückenschluss im kurativen ärztlichen Nachtbereitschaftsdienst“ (vgl. Z 19), gilt.

g) Zuschläge für zusätzliche Ordinationen in dringlichen Fällen außerhalb der Mindestordinationszeiten gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Einrichtung eines fachärztlichen Dringlichkeits-Terminsystems:

Der Zuschlag beträgt für den buchenden Arzt der Grundversorgung (Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde oder Facharzt für Innere Medizin) pro ordnungsgemäß gebuchtem Termin ab dem 01.01.2025
EUR 9,91

Der Zuschlag beträgt für einen im Rahmen des Dringlichkeitsterminsystems ordnungsgemäß gebuchten Dringlichkeitstermin ab dem 01.01.2025 für den anbietenden Facharzt innerhalb des vom einzelnen Facharzt individuell übernommenen Kontingents
EUR 50,69

- Als Ordination gilt jede ärztliche Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken in der Ordinationsstätte des Vertragsarztes. In der Ordinationsgebühr der prakt. Vertragsärzte und Vertragsfachärzte sind alle zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken einschlägigen Verrichtungen, die nicht als Sonderleistungen aufgeführt sind, enthalten.

Zu diesen Verrichtungen zählt insbesondere auch die vom Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der kurativen ärztlichen Hilfe, mit der Durchführung von Gesunden(Vorsorge)untersuchungen und mit Untersuchungen nach dem Mutter-Kind-Pass gewünschte Ausstellung einer Bestätigung über Beginn und Ende (Datum und Uhrzeit) der Anwesenheit in der Ordinationsstätte.

6. Eine Erstordination oder ein Erstbesuch darf nur einmal im Vierteljahr verrechnet werden.
7. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tag 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.
8. Die Nachtzeit gilt von 20.00 Uhr bis 7.00 Uhr.
9. Ordinationen, Besuche und die gesonderten Zuschläge an Wochenenden und Feiertagen können von Samstag 7.00 bis Montag 7.00 Uhr in der Regel nur von dem Arzt verrechnet werden, der zum Wochenenddienst eingeteilt ist. Diese Verrechnungsmöglichkeit besteht auch für Ärzte, die auf Grund ihres Berufssitzes oder sonstiger Umstände an keiner Wochenenddiensteinteilung teilnehmen können. Die Verrechnungsmöglichkeit besteht grundsätzlich für alle Ärzte bei dringender Berufung. Eine Begründung ist erforderlich.

Die Zuschläge nach den Grundleistungspositionen 13 (1 c), 14 (1 d), 22 (2 c), 23 (2 d), 56 (5 h), 57 (5 i), 66 (6 h) und 67 (6 i) können nicht zusammen verrechnet werden.

10. Der Krankenbesuchszuschlag darf nur dann verrechnet werden, wenn der Vertragsarzt sich an einen außerhalb seiner Ordinationsräume gelegenen Ort begeben muß, um einen Kranken ärztlich zu untersuchen, zu beraten oder zu behandeln.
Werden mehrere im gleichen Haus wohnende Kranke gleichzeitig besucht und ärztlich beraten oder behandelt, so darf der Krankenbesuchszuschlag nur für eine Person verrechnet werden, während für die übrigen Personen der Mitbesuchszuschlag sowie die Grundleistungsposition 24 (2 e) bzw. 62 (6 e) verrechnet werden können.
11. Ist ein Vertragsarzt infolge besonderer Verhältnisse gezwungen, seine Sprechstunden in mehreren örtlich voneinander getrennten Räumen abzuhalten, so gelten bezüglich der Berechtigung zur Verrechnung der Besuchsgebühr alle diese Räume als Ordinationsräume im vorstehenden Sinne.

12. Bei Leistungen, die nach dem Operationsgruppenschema (Zweites Kapitel, Abschnitt VIII) bewertet werden, dürfen Leistungen, die einen wesentlichen Bestandteil bilden, nicht besonders berechnet werden.
13. Bei gleichzeitiger Vornahme mehrerer Operationen in verschiedenen Operationsfeldern wird die am höchsten bewertete Operation voll, jede weitere mit 75 v. H. der für sie im Operationsgruppenschema vorgesehenen Punktezahl verrechnet. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen im gleichen Operationsfeld wird die am höchsten bewertete Operation voll, jede weitere mit 75 v. H. der für sie im Operationsgruppenschema vorgesehenen Punktezahl bewertet. Dies gilt auch für Operationen, die von Primärversorgungseinheiten durchgeführt werden.
14. Die im Honorartarif für physikalische Behandlungen (Zweites Kapitel, Abschnitt IV) und Laboratoriumsarbeiten (Zweites Kapitel, Abschnitt V) aufscheinenden Punktezahlen dürfen nur dann verrechnet werden, wenn diese Arbeiten vom Arzt angeordnet oder unter seiner Leitung geleistet werden. Bei physikalischen Behandlungen und Laboratoriumsarbeiten kann nur dann eine Ordinationsgebühr verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wird.
15. Der für die Durchführung der Leistungen dieses Honorartarifes erforderliche Sachaufwand ist in den Punktesätzen inbegriffen, soweit er nicht als Ordinationsbedarf von der Österreichischen Gesundheitskasse beigestellt wird, oder sonst nach festen Sätzen laut Honorartarif abgegolten wird.
16. Die für die sofortige Versorgung des Patienten notwendigen Medikamente, Salben und Lösungen sind in der Regel laut den von der Österreichischen Gesundheitskasse und Ärztekammer für Vorarlberg einvernehmlich festgelegten Richtlinien für die Beistellung des Ordinationsbedarfes mittels pro Ordinatione-Rezepten zu beziehen.
17. Für die Verrechnung nachstehend angeführter Tarifpositionen bedarf es einer Sondergenehmigung (Abschnitt II, Pkt. 2, lit. d der Honorarordnung):
 - Pos. 203 (20 d), 204 (20 f) (Endoskopische Untersuchungen), ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Chirurgie.
 - Pos. 232 (21 k), 233 (21 l), 234 (21 m) (Dopplersonographien).
 - Pos. 402 (34 c) (EKG), ausgenommen Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde.
 - Pos. 403 (34 d) (Ergometrie), ausgenommen Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten.
 - Pos. 423 (35 d) (EEG).

- Alle Positionen in Abschnitt VI. des Zweiten Kapitels (Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie).
- Alle Positionen in Abschnitt VII. des Zweiten Kapitels (Tarife für sonographische Untersuchungen).
- Alle Positionen im dritten Kapitel des Zweiten Teiles (Tarife für Magnetresonanztomographien)

18. Sonderregelung zur Honorierung bei unbesetzten Vertrags(fach)arztstellen:

a.) Voraussetzungen:

aa) Vorliegen einer unbesetzten und zumindest einmal erfolglos ausgeschriebenen Vertragsarztstelle und das Einvernehmen von Kammer und Kasse, dass die Nachbesetzung weiterhin notwendig ist oder Ausfall eines Vertragsarztes für zumindest sechs Wochen infolge elternschaftsbedingter Karenzierung oder Krankenstand; sofern mit erweiterten Job-Sharings und/oder erweiterten Arzt-Anstellungen im Gebiet nach lit ab) eine unbesetzte Vertragsarztstelle zur Gänze abgedeckt wird, liegt keine unbesetzte Vertragsarztstelle im Sinne des 1. Halbsatzes vor;

ab) Einbezogen in die Regelung werden bei Allgemeinmedizinern die Ärzte im Sprengel, bei Fachärzten die Ärzte des jeweiligen Fachgebietes im Bezirk;

ac) Angrenzende Vertragsärzte außerhalb des Sprengels (Ärzte für Allgemeinmedizin) bzw. Bezirkes (Fachärzte), können, sofern sie die Voraussetzungen gem. lit. ad) erfüllen, einen Antrag stellen; Kammer und Kasse entscheiden im Einzelfall, ob sie in die Sonderregelung einbezogen werden;

ad) Die Fallzahl eines einbezogenen Arztes des betreffenden Quartals liegt mind. 10% über dem Durchschnitt der Fallzahl der letzten 3 Jahre (in denen alle Stellen im Sprengel/Bezirk besetzt waren) im betreffenden Quartal (bei Vertragsärzten, die noch nicht so lange in Vertrag sind sowie bei neuen Vertragsärzten sind die Fallzahlen des Medians der jeweiligen Fachgruppe heranzuziehen);

ae) Nur für jene Vertragsärzte, die im betreffenden Quartal mehr als 55.000 Punkte verrechnen;

af) Vertragsärzte, die ein normales oder erweitertes Job-Sharing umsetzen bzw. Vertragsärzte, die einen Arzt bei sich angestellt haben werden in diese Regelung der verbesserten Honorierung miteinbezogen, allerdings in analoger/aliquoter Form im Hinblick

auf ihre Teilungsprozentsätze beim Job-Sharing und bei einer Arztanstellung (dies sowohl bei der Berechnung des Medians als auch bei der Berechnung der individuell geleisteten Mehrfälle). Für Gruppenpraxen, die aus mehr als einer Kassenstelle bestehen (z.B. 1,5 Kassenstellen-Gruppenpraxis), gilt dies ebenfalls analog.

ag) Vertragsärzte, die ein normales oder erweitertes Job-Sharing umsetzen, werden – ungeachtet der analogen/aliquoten Einbeziehung nach lit af) – allerdings erst dann bei der verbesserten Honorierung berücksichtigt, wenn sie zumindest 55.000 Punkte im Quartal honoriert bekommen.

b.) Honorierung:

ba) Ermittlung der zusätzlichen Fälle:

Differenz der Fälle (eigene und zugewiesene Fälle) im jeweiligen Quartal zum Vergleichszeitraum bzw. Maßstab gem. lit a.) ad) bis ag);

bb) Ermittlung der zusätzlich zu honorierenden Punkte:

Multiplikation der gem. lit. b.) ba) ermittelten Fälle mit der durchschnittlichen Punktequote im betreffenden Quartal (bei eigenen (nicht bei zugewiesenen) Fällen höchstens jedoch mit der verrechenbaren durchschnittlichen Punktequote gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Ziff. 3);

bc) Ermittlung des Zusatzhonorars:

Ermittlung der jeweiligen Punktestaffelung, in die die zusätzlichen Punkte gem. lit. b.) bb) fallen, jeweils ausgehend von der höchsten im jeweiligen Quartal für den jeweiligen Arzt anzuwendenden Punktestaffelung sowie Multiplikation der so ermittelten und eingeteilten Punkte mit der Differenz des aufgrund der Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Zif. 2. für die Honorierung des betreffenden Arztes im betreffenden Quartal in der jeweiligen Punktestaffelung anzuwendenden Punktwertes und dem Punktwert für die zweite Punktestaffelung gem. Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel Ziff. 2.

Beispiele für das Jahr 2015:

	Diff. PW zu € 0,9865	Beispiel 1 AM	Beispiel 2 AM	Beispiel 3 AM	Beispiel 4 AM	Beispiel 5 AM	Beispiel 6 FA (GGH)	Beispiel 7 FA (GGH)
Ausgangsbasis								
eigene Fälle		1.053	1.116	2.627	1.561	1.673	918	783
zugewiesene Fälle							28	231
Gesamtfälle		1.053	1.116	2.627	1.561	1.673	946	1.014
Punkte aus eigenen Fällen		44.885	50.813	96.257	78.725	64.900	49.288	47.410
Punkte aus zugewiesenen Fällen							2.916	26.384
Gesamtpunkte		44.885	50.813	96.257	78.725	64.900	52.204	73.794
Quartal mit Mehrfällen (2015)								
eigene Fälle		1.451	1.444	2.892	1.796	1.873	1.100	900
zugewiesene Fälle							35	240
Gesamtfälle		1.451	1.444	2.892	1.796	1.873	1.135	1.140
Veränderung Gesamtfälle ggüber Ausgangsbasis		38%	29%	10%	15%	12%	20%	12%
Punkte aus eigenen Fällen		60.785	62.814	105.797	90.475	72.660	59.400	54.900
Punkte aus zugewiesenen Fällen							3.640	27.360
Gesamtpunkte		60.785	62.814	105.797	90.475	72.660	63.040	82.260
Punktequote eigene Fälle		41,9	43,5	36,6	50,4	38,8	54	61
Punktequote zugewiesene Fälle							104	114
zusätzliche eigene Fälle		398	328	265	235	200	182	117
zusätzliche zugewiesene Fälle							7	9
errechnete zusätzliche Punkte		16.676	14.268	9.699	11.844	7.760	10.374	7.227
davon Punkte über 90.000	€ 0,8339			9.699	475			
davon Punkte zwischen 75.001-90.000	€ 0,4780				11.369			7.227
davon Punkte zwischen 50.001-75.000	€ 0,3763	10.785	12.814			7.760	10.374	
Zusatzhonorar		€ 4.058,40	€ 4.821,91	€ 8.088,00	€ 5.830,48	€ 2.920,09	€ 3.903,74	€ 3.454,51

19. Im Zusammenhang mit dem Landes-Zielsteuerungsprojekt „Lückenschluss im kurativen ärztlichen Nachtbereitschaftsdienst“, beschlossen in den Sitzungen der Landes-Zielsteuerungskommission für Vorarlberg vom 06.05.2019 und vom 19.11.2021, werden die Honorare für Vertragsleistungen bei Nacht für jene Ärzte für Allgemeinmedizin, die in den Sprengeln des Bregenzerwaldes, im Kleinwalsertal und in Lech/Zürs weiterhin 24-h-Bereitschaftsdienste (am Wochenende im Rahmen ihrer gesamtvertraglichen Verpflichtung; während der Woche im Rahmen des vom Land Vorarlberg in Zusammenarbeit mit den Gemeinden organisierten auch kurativen 24-h-Bereitschaftsdienstes) versehen, an jene im neuen Zielsteuerungsprojekt angeglichen. Ab 01.01.2025 erfolgt die Honorierung für die Projektlaufzeit daher folgendermaßen:

a) Ordination oder Hausbesuch im Nachtbereitschaftsdienst:

In jenen Nächten (19:00 Uhr bis 07:00 Uhr), in denen ein entsprechender Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht (der Bereitschaftsdienst ist im Wege des internen Bereiches der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg bekannt zu geben), werden seine Leistungen pro Ordination oder Hausbesuch mit pauschal EUR 150,42 abgegolten – inklusive allfälliger telefonischer Vorbesprechung, Anfahrt, sämtlicher erbrachter

Leistungen etc. Die Verrechnung sonstiger Positionen, Gebühren, Zuschläge usw ist ausgeschlossen.

b) Telefonische Krankenbehandlung im Nachtbereitschaftsdienst:

In jenen Nächten (19.00 Uhr bis 07.00 Uhr), in denen ein entsprechender Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht (der Bereitschaftsdienst ist im Wege des internen Bereiches der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg bekannt zu geben), werden diejenigen Krankenbehandlungen, die von ihm ausschließlich telefonisch gemäß den Bedingungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Honorierung telemedizinischer Leistungen vom 16.2.2021 erfolgen, pauschal mit EUR 34,71 abgegolten. Die Verrechnung sonstiger Positionen, Gebühren, Zuschläge usw ist ausgeschlossen.

Diese Regelungen gelten für die Dauer der Gültigkeit der Vereinbarung zum kurativen Vorarlberger Ärzte-Nachtbereitschaftsdienst vom 19.12.2024.

20. Zur Unterstützung der Vertragsärzte der ÖGK in Vorarlberg im Zusammenhang mit der Pandemie Covid-19 gelten folgende Regelungen:

Im Hinblick auf den Mehraufwand, der für die Abklärung des Long Covid-Verdachts und den besonderen Betreuungsbedarf dieser Patienten anfällt, sind nachstehende Positionen zusätzlich wie folgt verrechenbar:

1) Pos. 32LC (14 Punkte)

Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten; verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung); daneben kann die Pos. 32 für einen solchen Patienten am selben Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet werden.

2) Pos 72LC (14 Punkte)

Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten;

- verrechenbar von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-

- Erkrankung); daneben kann die Pos. 72 für einen solchen Patienten am selben Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet werden.
- verrechenbar von Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; in vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Position 72LC möglich; daneben kann die Pos. 72 für einen solchen Patienten am selben Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet werden.

3) Pos 726LC (35 Punkte)

Blutgasanalyse

verrechenbar von Fachärzten für Lungenheilkunde einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; in vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung möglich; die Verrechnung der Pos. 726 bleibt davon unberührt.

Ab 01.10.2024 sind für die Dauer der Verordnungsmöglichkeit von Paxlovid aus dem EKO folgende Positionen verrechenbar:

Pos.	Bezeichnung	Bewertung
COVT4	Antigentest für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2, sofern die Voraussetzungen für die Verordnung von Paxlovid gemäß Regelung im Erstattungskodex erfüllt sind (Erwachsene mit Symptomen einer COVID-19-Infektion und erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf und kein Verdacht auf eine Unwirksamkeit von Nirmatrelvir, Therapiebeginn innerhalb von höchstens 5 Tagen nach Symptombeginn).	€ 12,00

Nur verrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Lungenheilkunde und Innere Medizin.

Keine gleichzeitige Verrechnung mit anderen Abstrichentnahmepositionen, mit Gastroskopie, Coloskopie, Ergometrie, Belastungs-EKG sowie sonstigen Gesprächspositionen (z.B. „Therapeutische Aussprache“, „Heilmittelgespräche“ etc).

Die Leistung ist bei allen Patienten der oben beschriebenen Zielgruppe verrechenbar, bei denen ein Test durchgeführt wurde, ungeachtet des Ergebnisses des Tests. Die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind publiziert unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_risikofaktoren_covid-19. Die mit Stand 01.02.2024 gültigen Risikofaktoren sind in der Anlage I dargestellt. Mit dem Tarif sind alle Kosten betreffend die Abstrichentnahme, die Anschaffungskosten für den Test und die Testauswertung abgegolten.

Bei einer positiven Testung ist ein umfassendes Assessment durchzuführen. Für dieses wird folgende Position eingeführt:

Pos.	Bezeichnung	Bewertung
COVAS	Umfassendes Assessment inklusive Aufklärung über die Wirkungen und Nebenwirkungen sowie allfällige Wechselwirkungen von Paxlovid bei der gleichzeitigen Einnahme anderer Heilmittel bei positiv auf Covid getesteten Patienten, bei denen die für die Verordnung von Paxlovid gemäß Regelung im Erstattungskodex vorausgesetzten Risikofaktoren und der Zeitraum des Therapiebeginns vorliegen.	€ 13,00

Nur verrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Lungenheilkunde und Innere Medizin.

Keine gleichzeitige Verrechnung mit anderen Abstrichentnahmepositionen, mit Gastroskopie, Coloskopie, Ergometrie, Belastungs-EKG sowie sonstigen Gesprächspositionen (z.B. „Therapeutische Aussprache“, „Heilmittelgespräch“ etc).

Ist der Covid-Test negativ und kommt es daher zu keiner Verrechnung des Covid-Assessments (COVAS), ist im Zusammenhang mit einer notwendigen Behandlung eine Verrechnung von Gesprächspositionen im Rahmen der bestehenden Limitierungen zulässig, wenn sich das Gespräch nicht ausschließlich auf die Covid-Testung bezieht.

Werden junge Erwachsene, die weiterhin von ihren Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde betreut werden und die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf aufweisen, aufgrund der oben beschriebenen Regelungen von ihren behandelnden Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde auf Covid getestet, dürfen diese ebenfalls die Position COVT4 verrechnen. Ist der Covid-Test in diesen Fällen positiv, darf auch die Position COVAS verrechnet werden.

Ausdrücklich wird klargestellt, dass alle Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Covid-Abklärung als Teil einer Krankenbehandlung und einer (allfälligen) Verordnung von Paxlovid erbracht werden, mit dem Kassenhonorar abgegolten sind. Privathonorare für Covid-Testungen sowie Kombinationstests für andere Infektionskrankheiten (RSV, Influenza) sind in diesem Zusammenhang nicht zulässig.

Für den Fall, dass künftig die Tests seitens der Sozialversicherung über den Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt werden, wird der Tarif der Position COVT4 um die Testkosten reduziert.

Zweites Kapitel

Tarife für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

I.

Grundleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte

Pos.Nr. neu / alt		Punkte	
<u>ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN</u>			
<u>1. Ordination</u>			
10	1 A	Erste Ordination	20
11	1 a	Jede weitere Ordination	10
12	1 b	<u>Zuschlag</u> für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4
13	1 c	<u>Zuschlag</u> zur Ordination an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10
14	1 d	<u>Zuschlag</u> zur Ordination bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	10
15	1 e	Ausfertigung eines Rezeptes (Verrechnung einer Ordination nicht zulässig) gilt auch für Fachärzte	4
16	1 f	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
17	1 ff	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
Die Pos. 12 (1 b) und 13 (1 c) können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringende Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten angesetzt sind.			
Hinweis: Die Pos. 17 ist nicht verrechenbar, solange das Landes-Zielsteuerungsprojekt „Lückenschluss im kurativen ärztlichen Nachtbereitschaftsdienst“ (vgl. Erster Teil, Erstes Kapitel, Allgemeine Bestimmungen, Z 19), gilt.			
18	1 g	Erste Ordination über ärztliche Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Arzt für Allgemeinmedizin	26
18EZ		Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin	26

18NZ	Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses	18
------	---	----

1a. Telefonische Krankenbehandlung

Diesbezüglich gilt die zwischen Kammer und ÖGK abgeschlossene gesamtvertragliche Vereinbarung über die Honorierung telemedizinisch erbrachter Leistungen ärztlicher Hilfe vom 16.02.2021.

2. Krankenbesuch

20	2 a	Krankenbesuch (1. und jeder weitere)	42
21	2 b	<u>Zuschlag</u> zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere Blutung u. dgl. verrechenbar) während der Ordinationszeit. Die Notwendigkeit ist zu begründen.	10
22	2 c	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe)	14
23	2 d	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	14
24	2 e	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	20
25	2 f	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
26	2 ff	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4

Hinweis: Die Pos. 26 ist nicht verrechenbar, solange das Landes-Zielsteuerungsprojekt „Lückenschluss im kurativen ärztlichen Nachtbereitschaftsdienst“ (vgl. Erster Teil, Erstes Kapitel, Allgemeine Bestimmungen, Z 19), gilt.

3. Zuschlag für unvorhergesehene Zeitversäumnis

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

30	3 a	bei Tag	20
31	3 b	bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	40
Die Zuschläge nach 30 (3 a) und 31 (3 b) sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.			
32	3 c	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)	14
Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.			
<u>Patientenlimit:</u> pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde			

Gesamtlimit: 15 % der abgerechneten Fälle.

Im Hinblick auf den Mehraufwand, der für die Abklärung des Long Covid-Verdachts und den besonderen Betreuungsbedarf dieser Patienten anfällt, ist nachstehende Position 32LC zusätzlich wie folgt verrechenbar:

32LC Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger 14
Als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten
sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten;
verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Patient mit Long Covid-
Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-
Erkrankung); daneben kann die Pos. 32 für einen solchen Patienten am selben
Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet
werden.

33 3 d Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungs- 35
gespräch, pro 20 Minuten
Diese Pos. beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Her-
stellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammen-
hänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Inter-
aktion. Diese Pos. dient einerseits der differentialdiagnosti-
schen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
(Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits
der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention mit Doku-
mentation der Resultate. Voraussetzung zur Verrechnung
dieser Pos. ist die Verleihung des „ÖÄK-Diploms psycho-
somatische Medizin“

34 Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den
behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin oder
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde € 24,80

Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin oder Fachärzten für Kinder-
und Jugendheilkunde einmal pro
Fall und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven
Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen
Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu
dokumentieren, die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der
ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Gesamtlimit: 5 % der abgerechneten Fälle.

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Notwendigkeit zur Organisation und intensiven Koordination der ambulanten, häuslichen Versorgung von chronisch kranken, polymorbiden sowie onkologischen und palliativen Patienten.
2. Telefonische und/oder persönliche Gespräche bzw. Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung der Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager im Sozialbereich, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).

4. Zuschlag für Konsilium

40	4 a	bei Tag für den Berufenen	40
41	4 b	bei Tag für den Berufenden	30
42	4 c	bei Nacht für den Berufenen	80
43	4 d	bei Nacht für den Berufenden	60
44		Teilnahme am Schmerzboard gemäß Zielsteuerungsprojekt „Schmerzboard Vorarlberg“ laut Beschluss der Vorarlberger Landeszielsteuerungskommission vom 21.11.2016	EUR 129,96

Die Pos. 44 ist von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten, die chronische Schmerzpatienten behandeln, pro 60 min. verrechenbar für die umfassende Dokumentation sowie Aufarbeitung von Fällen und die Teilnahme an Sitzungen des Schmerzboards. Pro Sitzung ist die Position maximal 3 x verrechenbar, wobei die Verrechenbarkeit pro Patient auf eine Sitzung im Quartal beschränkt ist. Es sind damit auch sämtliche sonstigen Aufwendungen in diesem Zusammenhang abgegolten, insb. für Barauslagen, Zeitversäumnis, Fahrtkosten etc.

5. Elektronisches Kommunikations-Service (eKOS)

Die Kommunikation zwischen Versicherungsträger und Vertragsarzt bzw. Vertragsgruppenpraxis im Zusammenhang mit der Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung inkl. allfälliger Freigabe von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen erfolgt ab 01.10.2019 flächendeckend und verpflichtend im Wege des eKOS nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer vom 05.06.2018, im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) kundgemacht zu avsv Nr. 111/2018. Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen in Vorarlberg mit kurativem Einzelvertrag zur Österreichischen Gesundheitskasse, die eKOS integriert über eine Vertragspartnersoftware tatsächlich verwenden, erhalten als Zuschuss zu den EDV-Wartungskosten frühestens ab 01.01.2019 einen Betrag von EUR 4,00 pro Monat ab dem ersten Verwendungsmonat bis einschließlich Dezember 2022. Die Abrechnung erfolgt über die Pos:

45 (eKOS1)	Monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS (für Allgemeinmediziner und Fachärzte)	€ 4,00
------------	---	--------

FACHARZT

5. Ordination

50	5 a	Erste Ordination <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenerkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie, Nuklearmedizin	32
51	5 b	Erste Ordination <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und <u>Befundbericht</u> beim Facharzt für Augenheilkunde, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Urologie	26
Die Positionen 50 (5 a) und 51 (5 b) können nur auf einem Zuweisungsschein und nur dann verrechnet werden, wenn eine eingehende Untersuchung und ein schriftlicher Befundbericht erstellt wurden. Wird kein Befundbericht erstellt, ist nur die Pos. 52 (5 c) verrechenbar.			
52	5 c	Erste Ordination ohne ärztliche Zuweisung bei allen Fachärzten	20
53	5 e	Weitere Ordination beim Facharzt	10
54	5 f	Weitere Ordination beim Facharzt mit neuerlicher Zuweisung und Befundbericht	18
55	5 g	<u>Zuschlag</u> für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4
56	5 h	<u>Zuschlag</u> zur Ordination an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10
57	5 i	<u>Zuschlag</u> zur Ordination bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	10
58	5 k	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
59	5 kk	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4

6. Krankenbesuch

60	6 a	Erster Krankenbesuch <u>über ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht bei allen Fachärzten	62
Diese Position kann nur auf einem Zuweisungsschein verrechnet werden.			
61	6 c	Erster und jeder weitere Krankenbesuch <u>ohne ärztliche Zuweisung</u> einschließlich eingehender Untersuchung bei allen Fachärzten	42
62	6 e	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	20

63	6 f	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
64	6 ff	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4
65	6 g	<u>Zuschlag</u> zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z.B. Unfall, Kollaps, schwere Blutung u. dgl. verrechenbar)	10
66	6 h	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch an Wochenenden oder Feiertagen	14
67	6 i	<u>Zuschlag</u> zum Krankenbesuch bei Nacht	14

Bei den Positionen 65 (6 g) bis 67 (6 i) ist die Dringlichkeit zu begründen.

6a. Telefonische Krankenbehandlung

Diesbezüglich gilt die zwischen Kammer und ÖGK abgeschlossene gesamtvertragliche Vereinbarung über die Honorierung telemedizinisch erbrachter Leistungen ärztlicher Hilfe vom 16.02.2021.

7. Zuschlag für unvorhergesehene Zeitversäumnis

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

70	7 a	bei Tag	20
71	7 b	bei Nacht (20.00 - 7.00 Uhr)	40

Die Zuschläge nach 70 (7 a) und 71 (7 b) sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.

72	7 c	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)	14
----	-----	--	----

Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.

Patientenlimit: pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde

Gesamtlimit: 15 % der abgerechneten Fälle,

Sofern die Pos. 72 von einem Facharzt am gleichen Tag wie die Pos. 416, 417 oder 454 verrechnet wird, werden diese Fälle weder auf das Patienten- noch auf das Gesamtlimit angerechnet.

Im Hinblick auf den Mehraufwand, der für die Abklärung des Long Covid-Verdachts und den besonderen Betreuungsbedarf dieser Patienten anfällt, ist nachstehende Position 72LC zusätzlich wie folgt verrechenbar:

72LC	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten;	14
-	verrechenbar von <u>Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde</u> einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung); daneben kann die Pos. 72 für einen solchen Patienten am	

selben Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet werden.

- verrechenbar von Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; in vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Position 72LC möglich; daneben kann die Pos. 72 für einen solchen Patienten am selben Tag im Rahmen der bestehenden Limitierung zusätzlich erbracht und verrechnet werden.

73	7 d	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten, Diese Pos. beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Diese Pos. dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention mit Dokumentation der Resultate. Voraussetzung zur Verrechnung dieser Pos. ist die Verleihung des „ÖÄK-Diploms psychosomatische Medizin“	35
----	-----	---	----

8. Zuschlag für Konsilium

80	8 a	bei Tag für den Berufenen	40
81	8 b	bei Tag für den Berufenden	30
82	8 c	bei Nacht für den Berufenen	80
83	8 d	bei Nacht für den Berufenden	60

II.
**Allgemeine Sonderleistungen für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzte**

Pos. Nr. neu / alt		Punkte
<u>10. Blutabnahme</u>		
100 10 a	Blutabnahme aus der Vene	4
101 10 b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 10 Jahren	8
102 10 c	Aderlaß (mindestens 150 ccm)	10
103 10 d	Mikroblutentnahme bei Kindern bis zu 6 Jahren, Zuschlag	4
<u>11. Injektionen</u>		
110 11 a	Subcutane, intracutane Injektion (mit der Ordination bzw. Besuch abgegolten)	-
111 11 b	Intramuskuläre Injektion	4
112 11 c	Intravenöse Injektion	6
113 11 d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 10 Jahren	10
114 11 e	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	10
	Die Positionen 111 (11 b), 112 (11 c), 113 (11 d) und 114 (11 e) dürfen bei Serieninjektionen (mehr als 3 Injektionen) nur ohne Ordination verrechnet werden.	
115 11 f	Intraarterielle Injektion	14
116 11 g	Intracardiale Injektion	14
117 11 h	Subconjunktivale Injektion	4
118 11 i	Parabulbäre Injektion	8
119 11 l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten	24
120 11 m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	50
121 11 o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12
122 11 q	Krampfaderverödung, max. 5 Verödungen pro Sitzung	8
123 11 s	Haemorrhoidenverödung durch Injektion	8
124 11 u	Periarticuläre Injektion	10
125 11 v	Intraarticuläre Injektion in ein Gelenk	20

12. Infiltrationen

130	12 a	Subcutane Infiltration	8
131	12 b	Intramuskuläre Infiltration	8
132	12 d	Perineurale Infiltration	8
133	12 e	Intrac. Infiltration durch Dermojet, pro Sitzung	8

13. Infusionen

140	13 a	Intraarterielle Infusion	40
141	13 b	Intravenöse Dauertropfinfusion	20

15. Allergietestungen und Impfungen

150	15 a	Tine-Test und ähnliche, je	2
151	15 b	Allergieproben, Hautfunktionsprüfung, epidermaler Lappchentest, je	2
152	15 c	Intradermaler Pricktest, je	6
153	15 e	Therapeutische Impfung	8

Die Positionen 151 (15 b) und 152 (15 c) können jeweils pro Patient und Quartal mit max. 50 Punkten verrechnet werden.

16. Punktionen (diagnostisch)

160	16 a	Aus oberflächlichen Körperteilen (z.B. Cysten, Schleimbeutel und Lymphknoten, Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä.)	10
161	16 b	Aus einem Gelenk	20
162	16 c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	14
163	16 d	Aus dem Herzbeutel	40
164	16 e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30
165	16 f	Suboccipitalpunktion	30
166	16 h	Sternalpunktion	30
167	16 i	Punktion der Prostata	20
168	16 k	Punktion der Leber, Milz oder Niere ohne Laparoskopie	60
169	16 l	Punktion während der Laparoskopie	30
170	16 m	Punktion aus der Harnblase	20

17. Punktionen (therapeutisch)

171	17 a	Aus einer Cyste, einem Schleimbeutel, einem Lymphknoten, einem Abszeß oder Haematom	16
172	17 b	Aus größeren Gelenken einschließlich ev. Füllung	30
173	17 c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle oder Douglas	50
174	17 d	Aus dem Herzbeutel	60

175	17 e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30
176	17 f	Suboccipitalpunktion	30
177	17 g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanella	30
178	17 i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung	20
179	17 k	Aus der Harnblase	30

18. Betäubung

180	18 a	Kälte- oder Oberflächenanästhesie	4
181	18 c	Infiltrationsanästhesie	8
182	18 d	Leitungsanästhesie	16
183	18 e	Inhalations- oder i.v. Narkose	30
184	18 f	Sacralanästhesie oder Plexusanästhesie	30
185	18 g	Lumbalanästhesie	40
186	18 h	Narkose mit Intubation	50
187	18 i	Lokalanästhesie in das Bruchhämatom	16
188	18 k	Lumbale Sympatikusblockade	24

19. Wiederbelebung

190	19 a	Intensiver Belebungsversuch beim schwer asphyktischen neugeborenen Kind	20
191	19 b	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	30
192	19 c	Apparative Beatmung durch Saugdruckverfahren bei vitaler Indikation, als Zuschlag zu 191 (19 b) und 193 (19 d)	10
193	19 d	Künstliche Beatmung als Wiederbelebungsversuch einschließlich extrathorakaler Herzmassage	30

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

200	20 a	Bougierung der Speiseröhre	10
201	20 b	Ausheberung und Spülung des Magens	40
202	20 c	Zuschlag für Ausspülen des Magens bei Kindern bis zu 10 Jahren	20
203	20 d	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums mit allfälligen Biopsien Zusätzlich gebührt zu dieser Pos. eine Unkostenabgeltung für Sachaufwand in Höhe von EUR 63,23 .	115
204	20 f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes mit allfälligen Biopsien	40
209	20 l	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	6
210	20 m	Bougierung des Mastdarmes oder einer Colostomiefistel	6
211	20 n	Proktoskopie	10
212	20 o	Sphinkterdehnung	10

213	20 p	Hohe Darmirrigation	10
214	20 q	Digitale Ausräumung des Mastdarmes	10
215		Schlingenpolypektomie im Kolon	40
216		Inkomplette (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	EUR 246,85
217		Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	EUR 340,46

Die Pos. 217 ist nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen des Coekum verrechenbar, die Pos. 216 nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen zumindest der flexura coli sinistra. Weitere Verrechnungsvoraussetzung für die Pos. 215 bis 217 ist die Einhaltung der in der Beilage 1 der zwischen Land Vorarlberg (Landesgesundheitsfonds), Kasse und Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg am 25.1.2007 abgeschlossenen Vereinbarung zur Vorsorgekoloskopie enthaltenen Bestimmungen sowie die Dokumentation der Befunde gemäß Beilage 2 dieser Vereinbarung (das Dokumentationsblatt muss erst ab jenem Zeitpunkt, ab dem auch die VlbG. Krankenhäuser dieses für die von ihnen durchgeführten Koloskopien vollständig ausgefüllt der ÖGK übermitteln, verwendet und der ÖGK übermittelt werden; bis dahin genügt die Dokumentation der Inhalte in der Arztkartei). Erforderliche Darmreinigungsmittel, Prämedikationsmittel, Kanülen und Aufziehnadeln, Reinigungs- und Desinfektionsmittel für das Koloskop und für das Koloskopie-Zubehör werden von der Kasse pro ordinatione zur Verfügung gestellt. An jenen Tagen, an denen eine Koloskopie laut Pos. 216 oder 217 verrechnet wird, ist die Verrechnung der Grundleistungs-Positionen 10 (1 A) bis 14 (1 d), 16, 17 (1 f und 1ff) und 18 sowie 50 (5 a) bis 59 (5 kk) des ärztlichen Honorarstarifes für denselben Patienten nicht möglich, es sei denn, der Vertragsarzt wird an demselben Tag infolge eines Akutfalles noch einmal in Anspruch genommen. Der Vertragsarzt hat dies gegebenenfalls in der elektronischen Abrechnung zu begründen.

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

220	21 a	Extraktion eines Zahnes, einwurzelig	10
221	21 b	Extraktion eines Zahnes, mehrwurzelig	16
222	21 c	Oszillometrie mit graphischer Dokumentation	20
223	21cc	Oszillometrie ohne graphische Dokumentation	12
224	21 d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	4
225	21 e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	10
226	21 f	Durchtrennung des Zungenbändchens	8
227	21 g	Sondierung einer Fistel	4
228	21 h	Konservative Behandlung von Hernien, je Sitzung (Reposition oder Behandlung einer kindl. Nabelhernie)	6
229	21 i	Erhebung des Venenstatus an beiden Beinen (Prüfung nach Trendelenberg usw.) mit Dokumentation	10
230	21 ij	Ausführlicher ärztlicher Befundbericht im kassenärztlichen Bereich	6
237	21 ik	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrates), verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	20
235	21n	Wechseln von Magenaustauschsonden (Gastrotube)	14
236	21o	Wechsel von suprapubischen Blasenkathetern	14

238E Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken € 139,93
im Rahmen einer Substitutionsbehandlung

a) Die Ersteinstellung bzw. Wiedereinstellung beinhaltet ein umfassendes Erstgespräch, Abklärungen etc. gemäß der vom Gesundheitsministerium gemeinsam mit den Fachgesellschaften ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP publizierten Leitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ inkl. der engmaschigen Betreuung in Kooperation und Absprache mit Apotheke/Abgabestelle in der ersten Woche nach der Einstellung.

b) Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die in der Einstellungsphase zu erbringen sind:

- Indikationsstellung:

Umfassende Diagnose, Feststellung einer Opioidabhängigkeit (Drogenanamnese, somatische Anamnese, Blutabnahme, psychiatrische Basisdiagnostik, Sozialanamnese), Abklärung möglicher abstinenzorientierter Behandlungsalternativen, Überprüfung von Mehrfachverschreibungen, umfassende Aufklärung, Unterzeichnen des Behandlungsvertrages und Ausstellung eines Substitutionsnachweises, Festlegung weiterer erforderlicher gesundheitsbezogener Maßnahmen mit dem Patienten

- Veranlassen einer Harnabgabe

- Ersteinstellung (Dosisfindung, Einstellung der Zusatzmedikation bzw. Behandlung der Komorbidität)

- Ausstellung von Mitgaberegungen (Festlegung eines Abgabemodus am Dauerrezept, bzw. nachträgliche Änderungen des Abgabemodus mit schriftlicher Begründung)

- Meldung mittels Formblatt an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde

- Engmaschige Betreuung in der ersten Woche nach der Ersteinstellung

- Kontakt und Rücksprache mit den Apotheken

Limitierung: Die Position ist pro Patient und Jahr 1x verrechenbar. Bei dokumentierten Behandlungsabbrüchen und Wiederaufnahme der Behandlung innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung der Position ein zweites Mal möglich.

238WE Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen € 86,11
einer Substitutionsbehandlung – Erstkontakt im Quartal

238 WF Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen € 55,97
einer Substitutionsbehandlung – Folgekontakt im Quartal

Mit diesen Positionen sind alle ärztlichen Leistungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung im Substitutionsprogramm gemäß der vom Gesundheitsministerium gemeinsam mit den Fachgesellschaften ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP publizierten Leitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ und dem Konzept der Vorarlberger Landesregierung „Zukunft der Substitutionsbehandlung in Vorarlberg“ zu erbringen sind, insbesondere somit:

- Weiterbehandlung (Rezeptierung, Therapieveränderungen, medizinische Betreuung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung, Behandlung der Komorbidität)

- Medizinisch indizierte Dosisanpassungen
- Empfehlung weiterer erforderlicher gesundheitsbezogener Maßnahmen
- Ausstellung von Mitgaberegulungen (Festlegung eines Abgabemodus am Dauerrezept bzw. nachträgliche Änderung des Abgabemodus mit schriftlicher Begründung)

Limitierung:

Die Position 238WE ist pro Patient und Quartal 1x verrechenbar, sofern in diesem Quartal vom selben Arzt für den selben Patienten nicht bereits die Pos. 238E zur Abrechnung gelangt.

Die Position 238WF ist zusätzlich zur Pos. 238E oder 238WE pro Patient und Quartal maximal 2 x verrechenbar.

Weiters gilt für die Positionen 238E, 238WE, 238WF:

Die Pos. sind verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenkrankheiten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, die eine entsprechende Zusatzausbildung gemäß der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution, BGBl. I Nr. 449/2006 idGF, (238 E: Basismodul „Indikationsstellung und Einstellung“; 238 WE und 238 WF: Basismodul „Weiterbehandlung“; laufende Fortbildungen entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution) nachweisen und von der zuständigen Bezirkshauptmannschaft zur Durchführung der Drogensubstitutionstherapie zugelassen sind.

Die Verrechnung weiterer Positionen neben den Positionen 238E, 238WE und 238WF am selben Tag ist nur zulässig, wenn diese Positionen aufgrund eines anderen Krankheitsbildes notwendig waren. In diesen Fällen ist eine entsprechende Begründung in der Abrechnung anzuführen.

239	21q	Heilmittelberatungsgespräch Limit: verrechenbar max. in 15 % der abgerechneten Fälle bei Allgemeinmedizinern und max. in 10 % bei Fachärzten aller in der Honorarordnung geregelten Fachgruppen mit Ausnahme der Fachgruppen Radiologie und med. und chem. Labormedizin. Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden. a) Durchforsten von vorhandenen oder vom Patienten mitgebrachten Medikamentenlisten unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf dem Ökotool entsprechende kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).	10
-----	-----	--	----

Das Heilmittelberatungsgespräch hat mind. 5 -10 min. zu dauern. Der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist in Stichworten in der Arztdokumentation zu dokumentieren.

Dopplerschall-Untersuchungen

231	21 j	Nicht direktionale Ultraschall-Doppleruntersuchung beider Beine	15
232	21 k	Direktionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	50
233	21 l	Dopplersonographische Untersuchung des Karotisvertebralisarteriensystems	50
234	21 m	Dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems	24

III.
Sonderleistungen aus den einzelnen Fachgebieten

A. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

240	22 a	Subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	6
241	22 aa	Subjektive Refraktionsbestimmung ohne Astigmatismus	4
242	22 b	Skiaskopie (nach Lindner)	6
243	22 c	Untersuchung mit dem Refraktometer	6
244	22 d	Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking	14
245	22 e	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit pseudoisochromatischen Tafeln und gleichwertigen Testen	4
246	22 f	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit dem Anomaloskop	10
247	22 g	Prüfung des Gesichtsfeldes mit graphischer Darstellung	16
248	22 gg	Programmgesteuerte Perimetrie (Hochleistungsperimetrie)	20
249	22 h	Schirmertest	4
250	22 i	Break-up time (Verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde)	4
251	22 j	Tonometrie mit dem Applanationstonometer	10
252	22 k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder Durchleuchtungslampe	4
253	22 l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe), inklusive Oberflächenanästhesie	6
254	22 m	Heterophoriebestimmung sowie Prüfung der Fusion und des stereoskopischen Sehens	6
255	22 n	Prüfung auf Doppelbilder	6
256	22 nn	Prüfung der Doppelbilder mit dem Leescrén	14
257	22 o	Kontaktglasuntersuchung (Goldmann usw.) inklusive Gonioskopie, inklusive Oberflächenanästhesie	20
258	22 p	Tagesdruckkurve mit mindestens 3 applanationstonometrischen Messungen, inklusive Anästhesie	20
259	22 q	Konvergenztrainer oder Muskeltrainer pro Sitzung	6
260	22 r	Lupenbrillen Anpassung	12
261	22 s	Dynamometrie (RAD)	20
262	22 u	Tonographie	30
263	22 v	Fundusfotographie oder Spaltlampenfotographie inkl. Sachleistung	26

264	22 w	Fluoreszenzangiographie inkl. Sachleistung	50
265	22 ww	Fluoreszenzangioskopie	18
266	22 x	Synoptophoruntersuchung	10
267	22 y	Pleoptophor oder Euthyskopbehandlung pro Sitzung, Amblyopie oder orthoptische Behandlung pro Sitzung	10
268	22 z	Untersuchung mit dem VOLK-Glas oder indirekte Ophthalmoskopie (verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde - nicht neben Pos. 257 (22 o))	6
269		Optische Kohärenztomographie (OCT) verrechenbar in max. 25% der Fälle pro Quartal	EUR 91,37

23. Fremdkörperentfernung

270	23 a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	8
-----	------	--	---

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

280	24 a	Wimpernepilation	6
281	24 b	Kauterisation der Hornhaut	40
282	24 c	Spaltung des Hordeolums	10
283	24 e	Retrobulbäre Injektion 1.	24
284	24ee	jede weitere	12
285	24 f	Tränensackspülung oder Sondierung 1.	40
286	24ff	wiederholt	14
287	24 i	Tränensackphlegmonenincision	40
288		Cataractoperation (unabhängig von der OP-Methode)	320

B. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEN GEBIETEN DER CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, ORTHOPÄDIE UND ORTHOP. CHIRURGIE, DERMATOLOGIE

25. Wundversorgung

290	25 a	Wunde mit Naht und Verband (eine Naht)	20
291	25 b	Kleine Wunde mit Butterfly oder Gewebekleber	10
292	25 c	Abtragung mehrerer großer Blasen in einer Sitzung	10
293		Nahtentfernung bei größeren Wundnähten (zB nach Bypass-OP) Diese Position ist einmal pro Patient und Tag verrechenbar, sofern zumindest 12 Nähte oder Klammern entfernt wurden.	10

26. Kleine operative Eingriffe

300	26 a	Incision eines oberflächlichen Abszesses, Furunkels, einer Paronychie, eines Panaritiums cutaneum oder eines vereiterten Atheroms	10
301	26 d	Exkochleation, Ätzung, Kaustik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	10
302	26 e	Exkochleation, Ätzung, Kaustik mehrerer Warzen oder Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste in einer Sitzung	20
303	26 g	Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	20
304	26 i	Bluttransfusion mit Konserve	30
305	26 b	Incision nach Krampfaderverödung und Thrombektomie	5

27. Verbände

310	27 a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	14
311	27 d	Gipsverband, Hand und Unterarm	30
312	27 e	Gipsverband, Hand, Unter- und Oberarm	50
313	27 f	Gipsverband, obere Extremität und Schultergürtel	120
314	27 g	Gipsverband, Fuß, Unterschenkel oder Hüle	50
315	27 h	Gipsverband, Fuß, Unter- und Oberschenkel	80
316	27 i	Gipsverband, untere Extremität und Becken	150
317	27 k	Abnahme eines großen Gipsverbandes	10
318	27 l	Anbringung eines Gehbügels, Reparatur eines Gipsverbandes	10
319	27 m	Abänderung eines festen Verbandes (Fensterung, Schieneneinsetzung, Aufkeilung)	10
320	27 n	Abduktionsschienenverband mit Stärke- oder Gipsfixation	40
321	27 o	Armverband nach Désault mit Gipsfixation	50

322 27p Behandlung chron. Hautwunde (Ulcusbehandlung) inkl. Verbandanlage mit einem Zeitaufwand von mehr als 10 Minuten. Verbandsmaterial ist dem Patienten zu verordnen. 14

28. Orthopädische Verrichtungen

330 28 a Modell für Einlagen bei Senk-, Spreiz- oder Knickfuß (einschl. Kontrolluntersuchung nach Übernahme der Einlagen) 30

331 28 e Überprüfung und Anpassung eines orthopädischen Behelfes 10

332 28 f Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden oder Elastoplast oder Tape (normaler Kompressionsverband nach Varizenverödung nicht verrechenbar) 20

333 28 h Gezieltes manuelles Wirbelsäulenredressement (max. 3 mal pro Krankheitsfall) 20

334 28 i Manuelle Therapie der Gelenke (nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin), max. 3 mal pro Krankheitsfall 12

335 28 k Anleitung und Demonstration gymn. Übungen durch den Arzt (verrechenbar für Kinderärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie) 10

29. Knochenbrüche

340 29 a Provisorische Versorgung kleiner Knochen (Finger, Zehen, Rippen) 10

341 29 b Alle übrigen Knochen 30

C. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

30. Frauenheilkunde

350	30 a	Gynäkologische Untersuchung	4
351	30 b	Einlegen und Wechseln eines Pessars	6
352	30 d	Untersuchung mit dem Kolposkop	10
353	30 e	Entnahme von Untersuchungsmaterial für Zytodiagnostik oder für Sekretuntersuchung außerhalb der Krebsprophylaxe	4
354	30 h	Einlegung arzneihaltiger Tampons in die Scheide, Ausspülung, Ätzung oder Tamponade der Scheide	8
355	30 c	Elektrokauterisation der Portio oder Cervix	30
356	30i	Hysteroskopie incl. Cervixdilataion	27
357	30j	Probeexcision bei Hysteroskopie	13

verrechenbar nur für Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe. Für Ärzte, bei denen diese Leistung nicht Bestandteil der Facharztausbildung ist, bzw. war, ist als Voraussetzung für die Verrechenbarkeit eine Bestätigung der Ärztekammer für Vorarlberg über die Qualifikation zur Erbringung dieser Leistungen vorzulegen.

31. Geburtshilfe

360	31 a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane unter sterilen Bedingungen (sofern keine geburtshilfliche Leistung verrechnet wird, während der Geburt oder Fehlgeburt)	14
361	31 b	Persönlicher Beistand bei einer Geburt, der während des Geburtverlaufes notwendig wird, sofern kein operativer Eingriff erforderlich ist, außer der aufgewendeten Zeit, aber einschließlich aller kleinen Leistungen wie gyn. Untersuchung, Anästhesierung, Credé-scher Handgriff, Dammschutz, Wiederbelebung des Neugeborenen usw. Bei Verrechnung der Position 361 (31 b) kann die Position 360 (31 a) nicht gleichzeitig verrechnet werden.	100
362	31 c	Manuelle Muttermunddilataion oder Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14
363	31 d	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	50
364	31 e	Beistand bei Mehrfachgeburt ohne Kunsthilfe	150
365	31 f	Ultraschalldiagnostik nach dem Dopplerprinzip, Lokalisation der kindl. Herztöne und Feststellen der Frequenz (nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 366 (31 g))	4
366	31 g	Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	30

D. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN

32. Untersuchungen

370	32 a	Prüfung des statischen Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontannystagmus	10
371	32 a ₁	Eingehende Prüfung des stat. Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontansymptome, Prüfung auf Spontan- oder Provokationsnystagmus mit Kopfschüttelnystagmus und -Lagenystagmus, kalorische oder Drehprüfung	30
372	32 a ₂	Elektronystagmographie in Ruhe (Bei dieser Position ist 370 (32 a) eingeschlossen und darf daher nicht gesondert berechnet werden.)	50
373	32 a ₃	Elektronystagmographie einschließlich experimentieller Reizung	60
374	32 b	Sprachaudiometrie (Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufgehoben werden.)	50
375	32 b ₁	Erweiterte audiographische Abklärung oder Simulationsteste oder überschwellige Methoden	40
376	32 c	Ohrmikroskopie	10
377	32 f	Stimmgabelprüfung	8
378	32 h	Endoskopie der Nebenhöhlen, des Larynx oder des Nasen-Rachenraumes	30
379	32 i	Reintonaudiometrie	30
380	32 j	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) - Zeitaufwand 10 Minuten	16

33. Therapeutische Verrichtungen

381	33 a	Schwierige Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10
382	33 b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu 10 Jahren	16
383	33 c	Umschriebene Ätzung, Elektrokoagulation der Nasenschleimhaut, einfache Nasentamponade, je Seite	12
384	33 d	Schichtentamponade	12
385	33 e	Cerumenentfernung, je Ohr	6
386	33 f	Anwendung des Tubenkatheters einschließlich Oberflächenanästhesie, je Seite	6
387	33 g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	40
388	33 h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	10

389	33hh	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, beidseitig	12
390	33 m	Speichelgangsondierung	20
391	33 n	Logopädische Behandlung, je Sitzung	10
392	33 r	Kaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	36
393	33 s	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell oder aus der Paukenhöhle mit scharfem Löffel oder andere Eingriffe (Entfernung von Ohrpolypen)	20

E. SONDERLEISTUNGEN
AUS DEM GEBIETE DER INNEREN MEDIZIN UND
DER KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE

34. Elektrokardiogramm

400	34 a	Ruhe-EKG (Standard, Goldberger)	10
401	34 b	Ruhe-EKG und 3 Brustwandableitungen	15
402	34 c	Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	20
403	34 d	Ergometrie plus Ruhe-EKG	80

Die Pos. 400, 401 und 402 sind nicht neben der Pos. 403 verrechenbar.

414	34 e	24-Stunden-Langzeit-EKG (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie) Diese Leistung umfasst das Anlegen des Gerätes, die 24-Stunden-Registrierung, die Computerauswertung sowie die Befunderstellung. Die Geräteausstattung ist der Kasse bekanntzugeben. Die Leistung ist zu dokumentieren, aufzubewahren (entsprechend der Dokumentationspflicht des Ärztegesetzes) und der Kasse auf Verlangen innerhalb von 3 Jahren zur Verfügung zu stellen.	125
415	34 o	Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring	50

Indikationen:

1. Nicht klärbarer Hypertonieverdacht bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden und Selbstmessung
 2. Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei sekundärer Hypertonie, Präeklampsie, Schlafapnoe, hypertoner Herzhypertrophie
 3. Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie
 - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch),
 - bei Patienten nach Schlaganfall, Herzinfarkt,
 - bei Patienten mit Herzinsuffizienz,
 - bei Patienten mit echocardiographisch festgestellter Linkshypertonie,
 - bei Patienten mit Diabetes mellitus,
 - bei Schwangeren mit EPH-Gestose,
 - bei Patienten mit fehlender Rückbildung von Organschäden *)
 - bei Patienten mit Wechselschichtdienst *)
 - bei Patienten mit Symptomen von Überbehandlung (z.B. unerklärbarer Schwindel) *)
 - zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie *)
- *) Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung und Selbstmessung.

Gerätevoraussetzungen:

- Entweder oszillatorische oder auskultatorische Messmethode
- Zulassung des Gerätetyps durch die Holtergesellschaft

- Prüfung des Gerätes durch das Amt für Eich- und Messtechnik.

Befunddokumentation:

Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren.

Verrechnungsbeschränkung:

Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie.

Zusätzlich gilt für alle drei Fachgruppen: verrechenbar nur bei Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den jeweils geltenden einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK

404	34 f	Zuschlag für EKG am Krankenbett (Die Positionen 400 (34 a) bis 404 (34 f) werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.)	20
405	34 g	Rheokardiographie, Apexkardiographie, Carotispulskurve	40
406	34 gg	Rheoangiographie, je Extremität	22
407	34 h	Phonokardiogramm	40
408	34 hh	Orthostaseprüfung nach Schellong	10
409	34 i	Pädiatrische Beratung beim Säugling und unmündigen Minderjährigen (max. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres), insbesondere detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei Dyspeptischen oder Distrophischen, sowie bei Stoffwechsel- und allergischen Erkrankungen und Ernährungsstörungen, einmal im Monat verrechenbar	10
410	34 k	Spezielle Untersuchung auf Cerebralparese (CP), Cerebralschäden bei Säuglingen und Kleinkindern (Risikokinder, Verdachts- oder Erkrankungsfälle) (Kann nur einmal vierteljährlich verrechnet werden)	24
411	34 l	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung bei Kindern (Entwicklungs- und Intelligenzquotient und Befundaufstellung z.B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Münchner Entwicklungsskala, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test)	50
412	34 m	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) (Zeitaufwand 10 Minuten)	16
413	34 n	Heilpädagogische Beratung bei Kindern	16
416		Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung	65

Verrechnungsbestimmungen für Pos. 416:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der ÖGK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes inkl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend

Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren.

Weiters gilt:

- a) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.
- b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 73, 81, 83 (Konsilium), 239 (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.

417 Bodyplethysmographie (zur differenzierten Diagnostik aller Obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen) 23

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 417:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.

Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Diesen gebührt ab 1.1.2025 zum Ausgleich der geringeren Punktequote und des hinsichtlich ihrer Patienten zu erwartenden zeitlichen Mehraufwands ein Regiezuschlag zu dieser Pos. in Höhe von EUR 23,14 wobei die Pos. 417 von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit entsprechender Verrechnungsberechtigung in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar ist.

Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen vorzulegen.

418 Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady state Methode) 20

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 418:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.

419 Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden. 8

429 Fortführung eines Somatogramms 6
Einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.

438 Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System) 60

439 Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD) 100

Die Pos. 438 und 439 sind abrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie. Mit den vorgesehenen Honoraren für die Pos. 438 bzw. 439 ist auch der gesamte anlässlich des Kontrolltermins anfallende Material- und Geräteaufwand abgegolten.

F. SONDERLEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN

35. Untersuchungen

420	35 a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit (Kann am gleichen Tag nicht mit Pos. 421 (35 b) verrechnet werden)	16
421	35 b	Aufstellung eines genauen neurologischen Befundes durch elektrische oder andere Untersuchungsmethoden (Grundsätzlich nur einmal vierteljährlich verrechenbar. Bei chronisch degenerativen neurologischen Erkrankungen, die im Rahmen der Therapieeinstellung häufiger kontrolliert werden müssen (z.B. Encephalitis disseminata, Mb. Parkinson) oder bei traumatischen Nervenläsionen ist diese Position max. 3x pro Patient und Quartal verrechenbar.)	34
422	35 c	Bestimmung der Rheobase und Chronaxie	12
423	35 d	EEG (Ruhe und Hyperventilation)	74
424	35 e	Zuschlag für Schlaf-EEG und/oder Provokationsmethode	24
425	35 f	Elektromyographie oder Elektroneurographie und Befund	74
426	35 g	Anwendung und Auswertung neuro-psychiatrischer Testverfahren (z.B. Minimentaltest, CPM- oder SPM-Test)	28
427	35 h	Kleine neuro-psychiatrische Testmethoden (orientierende Testunter- suchung z.B. Uhrentest, Hachinskyi-Test, Alters-Konzentrationstest, BUEVA-Test, Heidelberger Sprachentwicklungstest)	18
428	35 i	Echo-EG	52

36. Therapeutische Verrichtungen

430	36 a ₁	Psychotherapeutische Behandlung - Zeitaufwand mind. 1 Stunde	80
431	36 a ₂	Psychotherapeutische Behandlung; Neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mind. 15 min	30
432	36 a ₃	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 ½ Stunden pro Patient	20
433	36 a ₄	Psychotherapeutische Behandlung; erweiterte neuro- psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigen- gespräch zur Anamneseerhebung) bei schwerwiegenden Krankheits- bildern z.B. Schizophrenien, Borderline-Störungen, Depressionen, mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mind. 30 min.	46
434	36 a ₅	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	100
435	36 b	Psychiatrische psychopharmakologische, parenterale Akutbehandlung einschließlich notwendiger Überwachung	30

436 36 d	Psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allf. Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notw. Zeugnisse	30
437	Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag – 1. Außenanamnese mit Bezugspersonen (Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, persönlich oder telefonisch) und/oder 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)	10 pro beendeten 5 Minuten

Die Pos. 430 (36a1), 432 (36a3), 433 (36a4) hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen, 434 (36a5), 435 (36b) sowie 436 (36d) sind nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychiatrie (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar.

Die Pos. 430 (36a1), 431 (36a2), 432 (36a3), 433 (36a4) sind hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen auch für andere Vertragsärzte mit Ärztekammerdiplom Psychotherapie III verrechenbar.

Die Pos. 430 (36a1), 432 (36a3) und 434 (36a5) können am selben Tag nicht zusammen mit den Pos. 435 (36b) und 436 (36d) verrechnet werden.

Die Pos. 437 ist nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar. Der Koordinationszuschlag ist nur verrechenbar, wenn Uhrzeit und Verhältnis der konsultierten Personen zum Patienten dokumentiert sind. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

G. LEISTUNGEN

AUS DEM GEBIETE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

1. Den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie obliegt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Begutachtung bei psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter an minderjährigen Versicherten bzw. anspruchsberechtigten Angehörigen (§ 123 ASVG) der Versicherungsträger.
2. Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung erfordert auf Grund der Störungsbilder neben einem entsprechenden zeitlichen Aufwand vor allem einen vernetzten, interdisziplinären Zugang. Das ausführliche fachärztliche Gespräch ist sowohl für die Anamneseerhebung als auch für die Diagnostik, Behandlung und Beratung das wichtigste Element.
3. Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben unabhängig von der gesetzlichen Dokumentationspflicht folgende patientenbezogene Aufzeichnungen zu führen:
 - Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse der Patienten
 - Vor- und Zuname, Versicherungsnummer bzw. Geburtsdatum und Adresse des Versicherten, falls der Patient Angehöriger ist
 - Diagnose
 - Behandlungsplan
 - Leistungserbringer, an die die Patienten zur Diagnostik (klinischpsychologische Diagnostik, Labor etc.) weiter verwiesen werden
 - Leistungserbringer, an die die Patienten zur Therapie (Psychotherapie etc.) weiter verwiesen werden
 - von diesen anderen Leistungserbringern übermittelte Befunde

Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, diese Aufzeichnungen mindestens drei Jahre ab dem letzten Behandlungstag aufzubewahren, sofern nicht gesetzlich eine längere Aufbewahrungsfrist vorgesehen ist.

4. Die Honorierung der von den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie erbrachten Leistungen erfolgt nach folgendem Schema:

Pos. Nr.	Pos.text/Verrechnungsbestimmungen	Punkte
490	Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal	513

	Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	
491	Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	466
492	Therapiephase 1 Inhalt: intensive Weiterbehandlung (4 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale	414
493	Therapiephase 2 Inhalt: Weiterbehandlung (3 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale	311
494	Therapiephase 3 - Inhalt: auslaufende Weiterbehandlung (1,5 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal	155

5. Mit der Honorierung gem. den vorstehenden Positionen sind alle Leistungen der Krankenbehandlung abgegolten und es können keine anderen Leistungspositionen gem. der Honorarordnung verrechnet werden.
6. Ein Behandlungszyklus ist eine Diagnosegeleitete Behandlungsphase mit einem während der Eingangsdagnostik festgelegten Behandlungsplan. Die Dauer eines Behandlungszyklus kann aufgrund der sehr unterschiedlichen Problemlagen interindividuell variieren. In der Regel wird nach einer Behandlungspause von 2 Jahren ein neuer Behandlungszyklus beginnen. Abweichungen davon sind zu begründen, zB gravierende Veränderungen von Umgebungsbedingungen* und/oder des Krankheitsverhaltens, Obsorgewechsel, Trauma, Änderung der Diagnose, zB Neuauftreten von psychotischen oder bipolaren Erkrankungen.
*Anm: laut MAS sind dies „aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“.

Ist die Behandlungspause unter 2 Jahren und kann die Behandlung einfach ohne neuen komplexen Abklärungsaufwand oder grundlegend anderer Diagnose weitergeführt werden, gilt das Quartalschema der 5 Positionen (490 bis 494). Selbstredend gilt dieses auch für die laufenden Behandlungen im vorgesehenen „Quartalsabrechnungsablauf“ dieser 5 Positionen.

In begründeten Fällen kann der FA für KJP über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus bis maximal zum vollendeten 21. Lebensjahr weiterbehandeln, wenn die fachliche Expertise beim FA für KJP liegt, zB bei Autismusspektrumsstörungen, Intelligenzminderungen mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychomentalen Entwicklungsverzögerungen; oder wenn

sozialpsychiatrisch-rehabilitative Maßnahmen indiziert sind, die in den aktuellen sozialpsychiatrischen Strukturen für Erwachsene (noch) nicht gewährleistet sind; auch Überleitungen in den Fachbereich der Erwachsenenpsychiatrie prolongieren sich häufig durch dort (noch) fehlende Kapazitäten (Wartezeiten). Diese Überschreitungen des 18. Lebensjahres sind durch den FA für KJP zu begründen.

H. SONDERLEISTUNGEN
AUS DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN
UND DER UROLOGIE

37. Untersuchungen

440	37 a	Endoskopia ureteralis anterior	20
441	37 b	Endoskopia ureteralis posterior	30
442	37 c	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie)	40
443	37 d	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsüberprüfung (Chromocystoskopie)	50
444	37 e	Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens einschl. Endoskopie und Nierenbeckenspülung	60
445	37 f	Dasselbe doppelseitig	80
446	37 g	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	6
447	37 h	Retrograde Füllung der Harnröhre mit Kontrastmittel bis über den Blasenhalshinaus (UCG)	30
448	37 i	Verzögertes Cystogramm + Miktionscystogramm röntgenologisch (RCM)	40
449	37 j	Cystogramm und Miktionscystogramm (CM)	30
450	37 k	Uroflowmetrie	30
451	37 l	Zystomanometrie (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	60
452	37 m	Urethralprofil (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	40
453	37 n	E M G	16
454		Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung Diese Position umfaßt eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit- und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstationen. Die Pos. 454 ist nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar.	20

38. Therapeutische Verrichtungen

460	38 a	Katheterismus der männlichen Harnblase oder Installation	10
461	38 aa	bei Knaben bis zu 6 Jahren	12
462	38 b	Katheterismus der weiblichen Harnblase oder Installation	10
463	38 bb	bei Mädchen bis zu 6 Jahren	12
464	38 c	Einlegen eines Verweilkatheters (Verweilbougies)	14
465	38 d	Blasenspülung (Katheterismus kann gesondert verrechnet werden)	4
466	38 e	Strikturdehnung der Harnröhre	10
467	38 f	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnröhre	10

468	38 g	Einspritzung, Einträufelung und Spülung der Harnröhre	4
469	38 h	Kleine Operation in der hinteren Harnröhre und Entfernung eines Uretherpolypen	20
470	38 i	Tiefe Instillation	4
471	38 k	Rezidivprophylaxe durch Einbringung von Cytostatika in die Harnblase	20
472	38 l	Meatotomie	40
473	38 m	Endourethrale Galvanokaustik	40
474	38 n	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und Warzen (Kaustik)	10
475	38 o	Reposition oder Dehnung der Paraphimose	6
476	38 p	Durchtrennung des Frenulum samt Naht	30
477	38 q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	70
478	38 s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	4
479	38 t	Prostatamassage	4
480	38 u	Curretement der Blase	30
481	40 a	Thermokauterbehandlung, Kohlensäureschneebehandlung, Behandlung mit flüssigem Stickstoff bis 10 Läsionen	10
482	40aa	bei mehr als 10 Läsionen	20
483	40 b	Fräsen erkrankter Nagelplatten	10
484	40 e	Incision eines intravaricösen Thrombus mit Entleerung, pro Incision max. 5 Incisionen pro Sitzung	10
485	40 g	Anlage großer Dermato-therapeutischer Verbände oder Okklusivverbände (kleine Verbände sind in der Ordinationsgebühr einbezogen)	20

IV.
**Physikalische Behandlungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin
und Vertragsfachärzte**

Eine Ordination kann grundsätzlich nur zu Beginn und am Ende der Behandlung verrechnet werden. Eine ev. erforderliche Zwischenordination kann nur mit besonderer Begründung verrechnet werden.

1. Massage

500	P 1 a	Manuelle Teilmassage (mind. 10 Min.)	8
501	P 1 b	Apparatmassage (mind. 10 Min.)	4
502	P 1 c	Pneumomassage des Trommelfelles	6

Die Pos. 500 (P 1 a) und 501 (P 1 b) können pro Quartal max. 2 mal pro Patient verrechnet werden.

2. Gymnastik

510	P 2 a	Anleitung zu heilgymn. Übungen	6
511	P 2 b	Extensionsbehandlung am Extensionstisch	14
512	P 2 c	Orthop. Gruppenturnen für 2 - 4 Personen (Mindestdauer 30 Minuten) pro Person	8
513	P 2 d	Glissonschiene	6
514	P 2 f	Kryo-Therapie	4

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

520	P 3 a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. ä.)	4
521	P 3 c	Schwellstrom oder Exponentialstrom (Lähmungsbehandlung durch den Arzt)	10
522	P 3 d	Galvanisation, Interferenzströme, Diodynamische Ströme und Exponentialstrom mit elektr. gesteuerten Geräten	8
523	P 3 g	Iontophorese	8
524	P 3 i	Kurzwellen und verwandte Hochfrequenzverfahren	8
525	P 3 k	Ultraschall	8

4. Inhalationen

530	P 4 a	Dampfinhalation	4
531	P 4 b	Aerosolinhalation	6

5. PUVA - Bestrahlungen oder UVB

540	P 5 a	Gesamtbestrahlung	12
541	P 5 b	Lokalbestrahlung	6
542	P 5 c	Lichttestung	24

V.

Laboratoriumsuntersuchungen durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte für Labormedizin)

Eine Ordinationsgebühr kann nur dann verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wird. Alle übrigen Laborleistungen können für Rechnung der Kasse nur über behördlich zugelassene Laboratorien erbracht werden.

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 20% der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 20% der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

1. Morphologische Blutuntersuchungen

600	L 1 a	Blutbefund komplett mit Abnahme (Erythrocyten oder Haematokrit, Leukocyten, Haemoglobin, Differentialzählung, Farbeindex bzw. HbE)	30
601	L 1 b	Rotes Blutbild (Erythrocyten oder Haematokrit, Haemoglobin, Farbeindex bzw. HbE)	12
602	L 1 c	Weißes Blutbild (Leukocyten- und Differentialzählung)	16
603	L 1 d	Erythrocyten	6
604	L 1 e	Haemoglobin	4
605		Haemoglobin bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
606	L 1 f	Leukocyten	8
607	L 1 g	Differentialzählung	10
608	L 1 h	Retikulocyten	14
609	L 1 i	Haematokrit	6
610	L 1 k	Haematokrit bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
611	L 1 m	Untersuchung des Sternalpunktates (Differentialzählung und Beurteilung)	30
612	L 1 n	Prüfung der osmotischen Resistenz	20

2. Blutsenkung

620	L 2 a	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme	8
621	L 2 b	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme bei Kindern bis zu 10 Jahren	12

3. Blutgerinnung

630	L 3 b	Thrombocyten	12
-----	-------	--------------	----

631	L 3 c	Gerinnungszeit oder Rekalzifizierungszeit	6
632	L 3 d	Blutungszeit	4
633	L 3 e	Prothrombinzeit (Quick)	10
634	L 3 f	Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thrombinzeit	12
635	L 3 g	Antikoagulantienkontrolle Verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte für Innere Medizin	6
636		D-Dimer (Die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten.)	8

4. Reststickstoff, Eiweißkörper, Kohlehydrate

640	L 4 b	Bestimmung von Harnstoff	14
641	L 4 d	Indikan, Xanthoprotein, qualitativ je	10
642	L 4 i	Blutzucker, Streifentest	4
643	L 4 j	Blutzucker mittels Reflotest	10
644	L 4 k	Blutzucker, fotometrisch	12
645	L 4 l	Latex-Rheumafaktortest	14
646	L 4 m	C-reaktives Protein	18
647	L 4 n	Bilirubin	12
648	L 4 o	Blutzuckerkurve oder Tagesprofil, komplett (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, quantitativ, nur chemisch oder photometrisch)	40
649	L 4 p	Troponin-T Test (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten)	7

5. Kolloidstabilitätsreaktion

650	L 5 h	Thymoltrübungsreaktion	6
-----	-------	------------------------	---

6. Farbstoffe, Wirkstoffe

660	L 6 l	Phosphatase (alkalisch, saure); +) Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Ferment- bestimmungen im Serum	11
-----	-------	--	----

8. Blutgruppenbestimmungen

670	L 8 a	Blutgruppenbestimmungen (A, B, AB, 0) mit Rhesusfaktor	20
671	L 8 b	Immunkörpertitration	12
672	L 8 c	Kompletter Blutgruppenstatus (A, B, AB, 0, deren Unter- gruppen sowie Rhesusfaktor einschl. Immunkörpertitration)	38
673	L 8 d	Blutgruppenbestimmung (Kreuzprobe)	10
674	L 8 e	Coombstest	20

9. Harnuntersuchungen

680	L 9 a	Harnuntersuchung mit Streifen, einzel oder mehrfach,	
-----	-------	--	--

	oder Sulfosalizylsäure	2
681	L 9 b Spez. Gewicht	2
682	L 9 c Sediment	8
683	L 9 d Harnkultur nach Objektträgermethode (z.B. Urikut) mit Anbrütung	6

11. Sputumuntersuchungen

690	L 11 b Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen, Areaminfärbung o.ä., mit Antiforminanreicherung)	14
691	L 11 c Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung o.ä., einfach	8
692	L 11 d Untersuchung auf elastische Fasern	4
693	L 11 e Nativpräparat	4
694	L 11 f Färbepräparat	6

12. Magensaftuntersuchungen

700	L 12 a Magensäurebestimmung mit Pentagastrinstimulation	40
-----	---	----

14. Stuhluntersuchungen

710	L 14 b Stuhl auf Blut	4
711	L 14 d Bilirubin im Stuhl	4
712	L 14 e Urobilinogen im Stuhl	4
713	L 14 g Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)	8
714	L 14 h Stuhl auf Fett	6

15. Funktionsproben

720	L 15 b Bestimmung der Vitalkapazität	10
721	L 15 c Bestimmung der VC. Tieffenaustest und Atemgrenzwert (incl. Aufzeichnung)	16
722	L 15 d Pharmakodynamischer Funktionstest	16
723	L 15 e Atemtraktwiderstandsmessung, nicht durch Bodyplethysmographie	12
726	L 15 g Blutgasanalyse Limit: in 25 % der Fälle verrechenbar	35

Im Hinblick auf den Mehraufwand, der für die Abklärung des Long Covid-Verdachts und den besonderen Betreuungsbedarf dieser Patienten anfällt, ist nachstehende Position zusätzlich wie folgt verrechenbar:

726LC	Blutgasanalyse	35
	verrechenbar von <u>Fachärzten für Lungenheilkunde</u> einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit	

Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; in vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung möglich; die Verrechnung der Pos. 726 bleibt davon unberührt.

724	L 15 o	Prüfung der Leberfunktion durch Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion und Butabnahmen	24
725	L 15 p	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion und dazugehöriger Harnuntersuchungen	20

16. Liquoruntersuchungen

730	L 16 b	Zellzahl	10
731	L 16 c	Pandy, Nonne-Appelt, je	4
732	L 16 i	Untersuchungen auf Tbc	8
733	L 16 j	Bakteriologisches Färbepreparat	6

17. Untersuchung von Punktionsflüssigkeiten

740	L 17 b	Spez. Gewicht	2
741	L 17 c	Rivalta	4
742	L 17 d	Nativpräparat	4
743	L 17 e	Sediment, nativ	4
744	L 17 f	Sediment, Färbepreparat	6
745	L 17 g	Ziehl-Neelsen, o.ä. mit Anreicherung	14

18. Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane

750	L 18 a	Sekretabstrichuntersuchung auf Go, erste Stelle (höchstens 2 weitere Stellen verrechenbar)	8
751	L 18 b	jede weitere Stelle	4
752	L 18 d	Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld) mit Abnahme	20
753	L 18 e	Spermiogramm komplett (Volumen, Farbe, Verfl., Viskos., ph., Spermz., Motilität, abn. Form, Fructose) Beurteilung	70
754	L 18 f	Sekretuntersuchung des Vaginalsmear (Phasenkontrast, Methyleneblau, Trichomonaden)	8
755	L 18 g	Aufwendige native Untersuchung von Genitalsekreten, (Phasenmikroskopie), z.B. Sims Huner Test, Farnkrauttest, Funktionscytologie, Kurzroll-Miller-Test	20

19. Untersuchung sonstiger Sekrete und Beläge

760	L 19 a	Mikroskopische Untersuchung eines Materials auf Krankheitserreger im Nativ-Präparat z.B. Pilze	6
761	L 19 b	Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwendung einfacher Färbeverfahren z.B. Methyleneblau-Färbung	8

762 L 19 c	Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwendung komplizierter Färbeverfahren z.B. Gram-Färbung	14
763 L 19 e	Pilz- bzw. Bakterien-Nachweis, grob-quantitativ, unter Verwendung eines vorgefertigten Nährbodens	20
764 L 19 f	Trichogramm. Mikroskopische Differenzierung und ggf. Färbung von Haaren einschl. deren Wurzeln, einschl. Epilation	20

20. Schwangerschaftsreaktion

770 L 20 c	Serolog. Schwangerschaftstest (nur bei kurat. Notwendigkeit)	32
------------	--	----

VI.

Tarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Teilradiologen (Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Lungenkrankheiten)

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1. Die Vergütung für die bei Durchleuchtungen und Bildaufnahmen entstehenden Unkosten (Röntgen-Unkosten) erfolgt nach festen Sätzen laut Tarif (Pkt. 2).
- 1.2. Röntgenunkosten (Pkt. 1.1.) werden ab 01.01.2025 nur bis insgesamt EUR 18.316,93 pro Quartal vergütet. Dieser Betrag wird bei Ärzten mit Job-Sharing, erweitertem Job-Sharing und Arztanstellungen entsprechend dem laut jeweiligem (Teil-)Einzelvertrag vereinbarten prozentuellen Versorgungsumfang aliquotiert.
- 1.3. Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten können pro Quartal bei maximal 30 % der Patienten eine durchgeführte Durchleuchtung (Pos. 800 (R 1)) verrechnen.

2. Tarife für Teilradiologen

			ab 01.01.2025
800	R 1	Durchleuchtung mit/ohne Kontrastbrei	€ 7,51
801	R 3	Magendurchleuchtung einschl. Motilitätsprüfung am gl. Tag	€ 12,24
802	R 4	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	€ 12,24
803	R 5	Motilitätsprüfung allein	€ 5,35
804	R 6	Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen i.v. Pyelographie, i.v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie)	€ 8,72
805	R 7	Untersuchung mit Doppelkontrast	€ 17,30
806		Zuschlag für Bildverstärker (nur in Verbindung mit den Pos.Nr. 800 (R 1) 801 (R 3) und 802 (R 4) verrechenbar	€ 7,51
<u>Aufnahmen</u>			
810		9 x 12	€ 6,74
811		10 x 10	€ 8,72
812		13 x 18	€ 7,95
813		18 x 24	€ 10,09
814		15 x 40	€ 10,85
815		24 x 30	€ 11,78
816		30 x 40	€ 16,06
817		35 x 35	€ 17,62
818		20 x 40	€ 14,18
819		35 x 43	€ 20,96

820	30 x 90	€ 49,54
821	Zahnfilm je Aufnahme	€ 3,55

Honorar Fachärzte für Radiologie

830	Erste Handhabung pro Quartal	22 Punkte
831	jede weitere	6 Punkte

Honorar Teilradiologie

835	Erste Handhabung pro Quartal	8 Punkte
836	jede weitere	2 Punkte

Honorar Fachärzte für Lungenkrankheiten

840	Erste Handhabung pro Quartal	20 Punkte
841	je weitere	6 Punkte

VII. Tarife für sonographische Untersuchungen

1. Allgemeine Bestimmungen:

- 1.1. Grundsätzlich ist die Abrechenbarkeit sonographischer Untersuchungen im kassenärztlichen Bereich gebunden
 - a) an die Befürwortung der Ärztekammer für Vorarlberg was die Qualifikation des Untersuchers betrifft, sowie
 - b) die Zulassung der Österreichischen Gesundheitskasse.
- 1.2. Als Organe im Sinne der unter Pkt. 2 beschriebenen Leistungen gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und Gefäße einer Körperregion mit Ausnahme der hirnversorgenden und Extremitätengefäße.
- 1.3. Die sonographische Untersuchung eines Organes erfordert die Differenzierung der Organstruktur in mindestens zwei Ebenen und schließt die allfällige Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände (z.B. Gallenblase vor und nach Reiz, Restharnbestimmung) ein. Die mit gezielter Organdiagnostik verbundene Darstellung von Nachbarorganen ist nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß dort ein relevanter pathologischer Befund erhoben wurde.
- 1.4. Nach operativer Entfernung oder bei fehlender Anlage eines Organes gilt die Untersuchung des Organes als durchgeführt, wenn die entsprechende Region untersucht worden ist.
- 1.5. Die Pos. 850 - 895 (SO 1 - 5d) sind nicht zugleich verrechenbar. Muß die Untersuchung auf ein über die jeweilige Position hinausgehendes Organ ausgedehnt werden, so ist die Pos. 950 (SO 18) zusätzlich zu verrechnen (z.B. Ultraschalluntersuchung des kompletten Abdomens 850 + 950 (SO 1 + SO 18), Untersuchung des weiblichen Beckens bei Urologen 890 (SO 5) für Harnblase + 950 (SO 18) für die urolog. relevante Umgebung). Untersuchungen zum Seitenvergleich sind nicht als gesonderte Untersuchungen verrechenbar.
Müssen mehrere Organe einer bestimmten Region untersucht werden, so ist die Pos. der entsprechenden Komplexuntersuchung (850 bis 880 (SO 1 bis SO 4)) anzuwenden.
- 1.6 Die Pos. SO 8 (920) und SO 8a (922) sind nicht zugleich verrechenbar.
- 1.7 Als ein Organ gelten, sofern nicht eine eigene Position dafür vorhanden ist, paarige Organe (z.B. beide Nieren), Organe, die wegen ihrer Topographie nur abschnittsweise untersucht werden können (z.B. Darmtrakt, große Gefäße), sowie Organe und Organteile, die sich topographisch als eine Region darstellen (z.B. Gallenblase und Gallenwege, eine Halsseite).

- 1.8 Unter der Voraussetzung der erbrachten Ausbildungsqualifikation sind grundsätzlich nur folgende Positionen für folgende Fachgruppen verrechenbar:

Vertragsärzte für Allgemeinmedizin:

- a) mit Qualifikation für abdominale Ultraschalldiagnostik:
850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 950 (SO 18)
- b) mit Qualifikation für geburtshilflich-gynäkologischen Ultraschall:
870 (SO 3), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 900 (SO 6), 950 (SO 18)
- c) mit Berechtigung für den Ultraschall der Säuglingshüfte:
940 (SO 10)

Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

870 (SO 3), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 900 (SO 6), 950 (SO 18)

Für die Abrechenbarkeit der Pos. 910 (SO 7) ist eine besondere noch festzulegende Ausbildungsqualifikation und Genehmigung erforderlich.

Vertragsfachärzte für HNO-Krankheiten:

890 (SO 5), 950 (SO 18) zur Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)

Vertragsfachärzte für Innere Medizin:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 920 (SO 8), 922 (SO 8a),

930 (SO 9), 945 (SO 11), 946, 947, 950 (SO 18); zusätzlich mit Zusatzfach

Rheumatologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie ist

ab 1.1.2022 die Pos 895 verrechenbar

Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 920 (SO 8), 922 (SO 8a), 940 (SO 10), 950 (SO 18)

Die Verrechnung der Pos. 920 (SO 8) und 922 (SO 8a) durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ist an den Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den folgenden Ausbildungsrichtlinien gebunden:

Die selbständige Anwendung der Echokardiographie setzt theoretische und praktische Kenntnisse der M-Mode, Schnittbild- und Dopplerechokardiographie voraus. Die Ausbildung kann nach den Richtlinien der Arbeitsgruppe Pädiatrische Kardiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde grundsätzlich auf 3-fachem Weg erreicht werden:

1. Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde mit dem Additivfach für pädiatrische Kardiologie (sobald das Additivfach anerkannt wird)

Nachweis: Approbation zum Additiv-Facharzt für pädiatrische Kardiologie

2. Im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt:

6 Monate Ausbildung im Sinne einer ständigen Tätigkeit (full time) oder 2 Jahre Ausbildung im Sinne einer begleitenden Tätigkeit

Die Ausbildung muss in einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte, deren Leiter den Additiv-Facharzt für pädiatrische Kardiologie besitzt, erfolgen.

In diesem Zeitraum sind 500 selbständig durchgeführte und dokumentierte Untersuchungen, bei denen sowohl die M-Mode Echokardiographie als auch konventioneller Doppler und Farbdoppler zur Anwendung gelangen, nachzuweisen. Mindestens 75 Untersuchungen müssen an Patienten mit einer relevanten Herzpathologie durchgeführt worden sein.

Nachweis: Zeugnis über die erfolgreiche Ausbildung an einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte samt Angabe des Zeitraumes und der Anzahl der untersuchten Fälle.

3. Für Kinderfachärzte, die keine Ausbildung entsprechend Punkt 1 oder 2 absolviert haben – Zuerkennung der Qualifikation bei Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen:
- 3 Monate begleitende Tätigkeit an einer von der Landesärztekammer anerkannten Ausbildungsstätte.
 - Theoretische, von der Landesärztekammer anerkannte Kurse im Ausmaß von 40 Stunden. Die Kurse müssen von einem Kinderkardiologen geleitet werden, der die Befähigung zur Führung einer Ausbildungsstätte für Echokardiographie aufweist.
 - 500 selbständig durchgeführte und dokumentierte Echokardiographien (bestätigtes Logbuch samt Videodokumentation durch den Leiter einer von der Arbeitsgruppe anerkannten Ausbildungsstätte), bei welchem sowohl die M-Mode Echokardiographie als auch konventioneller Doppler und Farbdoppler zur Anwendung gelangen müssen. Mindestens 75 Untersuchungen müssen an Patienten mit einer relevanten Herzpathologie durchgeführt worden sein.
 - Nachweis über die erfolgreiche Ablegung einer theoretischen und praktischen Prüfung bei einem Ausbilder.

Nachweis: Urkunde über die erfolgreiche Ablegung einer theoretischen und praktischen Prüfung bei einem Ausbilder samt Angabe des Ausbildungszeitraumes und der Anzahl der untersuchten Fälle. Nachweis über die Teilnahme an den vorgeschriebenen Kursen.

Die Ausbildung kann nur absolviert werden, wenn die entsprechende Kinderabteilung als Ausbildungsstätte für Echokardiographie von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannt ist. Für die Anerkennung als Ausbildungsstätte gelten die von der ÖGUM (Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) festgelegten Voraussetzungen.

Derzeit sind als Ausbildungsstätten zu nennen (Stand April 2004):

Abteilung für Pädiatrische Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, AKH Wien
Leiterin: Univ. Prof. Dr. U. Salzer-Muhar

Abteilung für Pädiatrische Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck
Leiter: Univ. Prof. Dr. R. Geiger (interemistischer Leiter)

Abteilung für Kardiologie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz
Leiter: Univ. Prof. Dr. A. Beitzke

Department für Kardiologie, Landeskinderklinik Linz
Leiter: Univ. Doz. Dr. G. Tulzer

Kinderspital Salzburg
Leiter: OA Dr. P. Covi

Beschreibung der erwähnten Kurse:

Der 20-stündige Grundkurs sollte folgende Inhalte vermitteln: Anatomie, physikalische Grundlagen, Untersuchungstechniken, Normalbefunde, Ventrikelfunktion, Klappenerkrankungen (Aorten- und Pulmonalvitien), Perikarderguß, Kardiomyopathien, Shunt-Vitien und Basisdiagnostik von cyanotischen Vitien.

Ein Drittel der Zeit sollte praktischen Übungen gewidmet sein, wobei 8 Teilnehmer pro Gerät und Tutor die Obergrenze darstellen.

Der 20-stündige Fortgeschrittenenkurs sollte die Kenntnisse bzgl. Klappen- und Shunt-Vitien vertiefen, die Diagnostik komplexer Vitien und die Bestimmung der Ventrikelfunktion beinhalten.

Die Prüfung wird in 2 Teilen durchgeführt:

- 1.) Theoretischer Teil in Form einer mündlichen Prüfung

2.) Nach erfolgreichem Abschluss des theoretischem Teils Beurteilung der praktischen Fähigkeiten:

- a) Patientenuntersuchung
- b) Präsentation von aufgezeichneten Fällen

Vertragsfachärzte für Neurologie (Neurologie und Psychiatrie):

945 (SO 11)

Vertragsfachärzte für Urologie:

860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 893 (SO 5b), 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

890 (SO 5), 895 (SO 5d), 940 (SO 10), 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Radiologie:

850 (SO 1), 860 (SO 2), 880 (SO 4), 890 (SO 5), 892 (SO 5a), 893 (SO 5b), 894 (SO 5c), 895 (SO 5d), 930 (SO 9), 940 (SO 10), 945 (SO 11), 946, 947, 950 (SO 18)

Vertragsfachärzte für Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie bzw.

Allgemein Chirurgie und Gefäßchirurgie:

946, 947

Vertragsfachärzte für Lungenkrankheiten bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Pneumologie:

890, 950

Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

947

1.9 Mit den Tarifen sind das ärztliche Honorar und sämtliche Kosten einschließlich Dokumentation und Koppelmittel etc. abgegolten.

2. Sonographietarife

			Punkte
850	SO 1	Oberbauch (Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz, Pankreas, große Gefäße sowie gegebenenfalls Nieren und die in der Region liegenden Abschnitte des Magen-Darmtraktes)	70
860	SO 2	Nieren, Retroperitoneum, gegebenenfalls inklus. ableitende Harnwege, Harnblase und Prostata sowie Gefäße der Region	60

870	SO 3	Weibliches Becken (Uterus, cervikale Abschnitte der Vagina, Adnexe beidseits, gegebenenfalls Harnblase, Gefäße und Darmabschnitte der Region)	50
880	SO 4	Männliches Becken (Harnblase, Prostata, gegebenenfalls Gefäße und Darmabschnitte der Region)	38
890	SO 5	Ein Organ (als ein Organ gelten z.B. Gallenblase und Gallenwege, beide Nieren, Uterus, Ovar, siehe auch erläuternde Bestimmungen)	35
892	SO 5a	Endovaginale Sonographie	42
893	SO 5b	Transrektale Prostatasonographie	42
894	SO 5c	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund	25
895	SO 5d	Sonographie der Weichteile einer Schulter	35
900	SO 6	Geburtshilflicher Ultraschall bei medizinischer Indikation	40
910	SO 7	Weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung eines Feten nach vorangegangener Ultraschalluntersuchung mit Verdacht auf Schädigung auf Mißbildung oder Erkrankung (siehe erläuternde Bestimmungen).	70
920	SO 8	Echokardiographie (2-D-Bild + TM einschl. Dokumentation)	80
922	SO 8a	Dopplerechokardiographie/Farbdopplerechokardiographie	100
930	SO 9	Schilddrüse	35
940	SO 10	Hüftgelenke beim Säugling	35
945	SO 11	Duplexsonographie des Karotis-vertebralis-Arteriensystems	90
946		Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen	50

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 946:

Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.

947 Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen 50

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 947:

Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur Abklärung einer venösen Insuffizienz verrechenbar.

950 SO 18 Zuschlag zu den unter Pos. 850-895 und 930 (SO 1, 2, 3, 4, 5a-d und 9) genannten Leistungen bei indizierter Untersuchung von einem oder mehreren weiteren Organen 10

VIII.

Operationstarif für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte

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

Gruppe	1. Operation	2. 1. Ass.	3. 2. Ass.	4. Narkose außer FA f. Anästhes.	5. Narkose durch FA f. Anästhes.
I	50	16	-	-	-
II	100	20	-	12	20
III	170	34	-	16	34
IV	300	60	30	30	60
V	600	120	60	36	140
VI	850	170	80	46	200
VII	1200	240	120	70	300
VIII	1530	300	150	100	380

Zu 4:

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

Zu 5:

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

OPERATIONSGRUPPENSHEMA
FÜR ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FACHÄRZTE

AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

Gruppe I

- 2000 0 1 a Incision bei Dakryocystitis (eine Seite)
- 2001 0 1 b Entfernung kleiner Geschwülste der Lider
- 2002 0 1 c Operation eines Chalazions
- 2003 0 1 d Elektrokoagulation von kleineren Geschwülsten
- 2004 0 1 e Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis 6 Jahre
- 2005 0 1 f Operation am Tränenröhrchen
- 2006 0 1 g Epilation (elektrolytisch oder ähnliche)
- 2007 0 1 h Alkoholinjektion bei Blepharospasmus
- 2008 0 1 i Nähte im Bereich der äußeren Augenanteile

Gruppe II

- 2010 0 2 a Tarsorrhapie
- 2011 0 2 b Fundusuntersuchung in Narkose
- 2012 0 2 c Anpassung eines Kontaktglases
- 2013 0 2 d Entfernung einer tiefen Lidgeschwulst mit Tarsusausschneidung
- 2014 0 2 e Abrasio corneae
- 2015 0 2 f Tätowierung der Cornea
- 2016 0 2 g Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens und Herpes corneae
- 2017 0 2 h Punktion der vorderen Kammer
- 2018 0 2 i Retrobulbäre Alkoholinjektion
- 2019 0 2 j Operative Entfernung von Xanthelasma

Gruppe III

- 2020 0 3 a Einfache Symblepharonoperation
- 2021 0 3 b Epicanthusoperation
- 2022 0 3 c Exstirpation des Tränensackes
- 2023 0 3 d Abtragung oder Reposition des Irisprolapses
- 2024 0 3 e Skleral- oder Cornealnaht
- 2025 0 3 f Sklerotomie
- 2026 0 3 g Plombenentfernung
- 2027 0 3 h Transfixion der Iris
- 2028 0 3 i Iridotomie
- 2029 0 3 j Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium
- 2030 0 3 k Operation des Pterygium

- 2040 0 4 a Schieloperation (ein Auge); drei Muskeln 1 1/2 x Gruppe IV
- 2041 0 4 b Einfache Ptosisoperation
- 2042 0 4 c Symblepharonoperation mit Plastik
- 2043 0 4 d Discission bei Cataracta secundaria
- 2044 0 4 e Nadeldiscission bei angeborener Cataracta
- 2045 0 4 f Iridektomie
- 2046 0 4 g Entfernung einer intraokularen Kunststofflinse

Gruppe V

- 2050 0 5 a Plastische Operation im Bereich der Lider
- 2051 0 5 b Komplizierte Ptosisoperationen (Blaskovics)
- 2052 0 5 c Trichiasisoperation
- 2053 0 5 d Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer
- 2054 0 5 e Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti
- 2055 0 5 f Eucleatio bulbi
- 2056 0 5 g Exenteratio bulbi
- 2057 0 5 h Bulbusfistel
- 2058 0 5 i Glaukomoperationen
- 2059 0 5 j Linearextraktion

Gruppe VI

- 2061 0 6 b Mikrochirurgische Glaukomoperation
- 2062 0 6 c Diasklerale Entfernung von Fremdkörpern
- 2063 0 6 d Entfernung intraokularer Fremdkörper
- 2064 0 6 e Plastischer Lidersatz
- 2065 0 6 f Lichtkoagulation bei Ablatio retinae
- 2066 0 6 g Laserkoagulation
- 2067 0 6 h Evisceratio orbitae mit Plastik

- 2069 0 6 j Kryokoagulation im Augenhintergrund

Gruppe VII

- 2070 0 7 a Vitrektomie
- 2072 0 7 c Biomikroskopische Laser- oder Lichtkoagulation
- 2073 0 7 d Ablatiooperation ohne Subretinaldrainage
- 2075 0 7 f Serien-Laser oder Lichtkoagulation bei ausgedehnten Funduserkrankungen pro Serie und Auge

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE

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

Gruppe I

- 2100 0 8 a Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines kleinen Gelenkes
- 2101 0 8 b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Fraktur eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)
- 2102 0 8 c Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2103 0 8 d Incision eines Panaritium subcutaneum
- 2104 0 8 e Paquelinisierung eines Karbunkels
- 2105 0 8 f Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2106 0 8 g Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht
- 2107 0 8 h Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2108 0 8 i Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
- 2109 0 8 j Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung
- 2110 0 8 k Percutane Bluttransfusion mit Konserve
- 2111 0 8 l Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation
- 2112 0 8 m Amnioneinpflanzung nach Filatow
- 2113 0 8 n Probeexcision bis 3 cm mit Wundverschluß, Stanzung
- 2114 0 8 o Operative Entfernung eines Thrombus aus einer oberflächlichen Vene

Gruppe II

- 2120 0 9 a Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation
- 2121 0 9 b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk
- 2122 0 9 c Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)
- 2123 0 9 d Incision eines Karbunkels
- 2124 0 9 e Buelausche Heberdrainage
- 2125 0 9 f Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation
- 2126 0 9 g Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers
- 2127 0 9 h Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur
- 2128 0 9 i Radikaloperation eines Unguis incarnatus

- 2129 0 9 j Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Anginoms, Epithelioms, Epulis, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder an einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- 2130 0 9 k Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose
- 2131 0 9 l Spaltung einer oberflächlichen Fistula ani
- 2132 0 9 m Unterbindung einer größeren Arterie und Vene mit Präparation (Gefäß-angabe nötig)
- 2133 0 9 n Bluttransfusion mit Freilegung der Vene
- 2134 0 9 o Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm
- 2135 0 9 p Amputation oder Enucleation einer Phalanx
- 2136 0 9 q Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur
- 2137 0 9 r Drüsenimplantation
- 2138 0 9 s Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches

Gruppe III

- 2140 0 10 a Incision eines Panaritium tendineum oder osseum
- 2141 0 10 b Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband
- 2142 0 10 c Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis
- 2143 0 10 d Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung
- 2144 0 10 e Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)
- 2145 0 10 f Kleine Plastik (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. ä.)
- 2146 0 10 g Resektion eines kleinen Gelenkes
- 2147 0 10 h Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung
- 2148 0 10 i Operation einer Geschwulst über 30 mm bzw. transanale Operation eines Rektalpolypen
- 2149 0 10 j Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis
- 2150 0 10 k Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- 2151 0 10 l Operation nach Doppler
- 2152 0 10 m Phrenicusexhairese
- 2153 0 10 n Vasektomie oder Vasoligatur
- 2154 0 10 o Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)
- 2155 0 10 p Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck
- 2156 0 10 q Schleimbeutellexstirpation
- 2157 0 10 r Arthroskopie

- 2158 0 10 s Radikaloperation einer einfachen Hydrocele
- 2159 0 10 t Radikaloperation eines Sakral Dermoids
- 2160 0 10 u Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion

Gruppe IV

- 2170 0 11 a Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkel-fraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband
- 2171 0 11 b Naht eines Nervens bei frischen Verletzungen
- 2172 0 11 c Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)
- 2173 0 11 d Exstirpation eines Kavernoms
- 2174 0 11 e Incision einer Phlegmone des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfil-tration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen
- 2175 0 11 f Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk; Drainage eines großen Gelenkes
- 2176 0 11 g Tracheotomie, Mediastinoskopie
- 2177 0 11 h Thorakokaustik, Thorakoskopie mit PE, Rippenresektion, Operation nach Kux
- 2178 0 11 i Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis
- 2179 0 11 j Colostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Colostomieverschluß
- 2180 0 11 k Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluß einer Bruch-pforte mittels künstlichen Netzes
- 2181 0 11 l Adhäsiolyse
- 2182 0 11 m Appendektomie
- 2183 0 11 n Übernähung des perforierten Magens oder Darmes
- 2184 0 11 o Radikaloperation innerer Noduli
- 2185 0 11 p Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff
- 2186 0 11 q Radikaloperation der Analfistel mit Spinkterbeteiligung
- 2187 0 11 r Periarterielle Sympathektomie nach Leriche
- 2188 0 11 s Probepelaparotomie
- 2189 0 11 t Reamputation
- 2190 0 11 u Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venen-convoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
- 2191 0 11 uu Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen
- 2192 0 11 v Entfernung von tief gelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern
- 2193 0 11 vv Probearthrotomie
- 2194 0 11 w Operation der Kahnbeinpseudarthrose (Exstirpation)
- 2195 0 11 ww Einfache Darmnaht
- 2196 0 11 x Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des

Kryptorchismus einseitig

- 2197 0 11 xx Generatorwechsel nach Schrittmacherimplantation
- 2198 0 11 y Embolisation von Tumoren innerer Organe
- 2199 0 11 yy Verödung von Ösophagusvarizen mittels Pfortaderkatheter
- 2200 0 11 z Verschiebeplastik, Schwenklappenplastik, Rotationsplastik, Fernlappenplastik

Gruppe V

- 2210 0 12 a Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes
- 2211 0 12 b Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes
- 2212 0 12 c Nervenplastik
- 2213 0 12 d Posttraumatische Naht einer Arterie oder tiefen Vene einer Extremität
- 2214 0 12 e Neurolyse mit Naht
- 2215 0 12 f Einbau eines intracardialen permanenten Schrittmachers
- 2216 0 12 g Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk
- 2217 0 12 h Exstirpation eines Parotistumors
- 2218 0 12 i Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk
- 2219 0 12 j Operation einer angeborenen Halsfistel oder Cyste ohne Verbindung zum Pharynx
- 2220 0 12 k Scalenotomie
- 2221 0 12 l Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen, ausgenommen die erste Rippe
- 2222 0 12 m Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch
- 2223 0 12 n Gastroenterostomie
- 2224 0 12 o Enteroanastomose
- 2225 0 12 p Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)
- 2226 0 12 q Radikaloperation einer inneren Hernie oder einer großen Ventralhernie mit über handflächengroßer Bruchpforte, Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)
- 2227 0 12 r Appendektomie bei perforierter Appendix
- 2228 0 12 s Operative Versorgung des Ileus
- 2229 0 12 t Vagusresektion (trunkal)
- 2230 0 12 u Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik
- 2231 0 12 uu Amputation oder Enukeation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes
- 2232 0 12 v Knochentransplantation
- 2233 0 12 vv Osteosynthese eines kleinen Knochens
- 2234 0 12 w Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses
- 2235 0 12 ww Operation eines Oesophagus- oder Kardianeoplasmas mit dem Coelestin-tubus a.s.

- 2236 0 12 x Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2237 0 12 xx Anlegen eines A.V.Shunt für die Haemodialyse
- 2238 0 12 y Resektion, Arthrodese oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2239 0 12 yy Ascitesklappe nach Le Veen
- 2240 0 12 z Subcutane Mastektomie
- 2241 0 12 zz Assistierte Zirkulation mittels intraaort. Ballonpumpe

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

- 2300 0 16 a Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumors
- 2301 0 16 b Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata
- 2302 0 16 c Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naerus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2303 0 16 d Kaustik oder Kryotherapie großer Warzen (Mosaikwarzen, Plantarwarzen)
- 2304 0 16 e Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2305 0 16 f Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2306 0 16 g Probeexcision bis 3 cm und Wundverschluß, Stanzung
- 2307 0 16 h Incision eines Panaritiums subcutaneum
- 2308 0 16 i Incision Bartholinischer Abszeß
- 2309 0 16 j Nagelextraktion an Fingern und Zehen
- 2310 0 16 k Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
- 2311 0 16 l Abtragung von Condylomen

Gruppe II

- 2320 0 16 m Excision einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, kleinen Angioms, Epithelioms, Varixknotens, einzelner Lymphknoten)
- 2321 0 16 n Operative Entfernung von Xanthelasma
- 2322 0 16 o Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose
- 2323 0 16 p Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm
- 2324 0 16 q Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)
- 2325 0 16 r Radikaloperation eines Unguis incarnatus

Gruppe III

- 2330 0 17 a Dermoabrasion bis 10 qcm nach jeder Methode
- 2331 0 17 b Schleifbehandlung nach Aknenarben
- 2332 0 17 c Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung
- 2333 0 17 d Thiersche Plastik

- 2334 0 17 e Operation einer Geschwulst über 30 mm
- 2335 0 17 f Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes

- 2336 0 17 g Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)
- 2337 0 17 h Nahlappenplastik am Körper

Gruppe IV

- 2340 0 17 i Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
- 2341 0 17 j Rhinophymoperation
- 2342 0 17 k Nahlappenplastik am Kopf
- 2343 0 17 l Vollhauttransplantation

Gruppe V

- 2350 0 17 m Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes
- 2351 0 17 n Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Gruppe I

Frauenheilkunde

- 2400 0 18 a Strichcurettage
- 2401 0 18 b Hymenspaltung
- 2402 0 18 c Incision Bartholinischer Abszeß
- 2403 0 18 d Abtragung eines Cervixpolypen
- 2404 0 18 e Abtragung von Condylomen
- 2405 0 18 f Abtragung vaginaler Granulationen
- 2406 0 18 g Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes
- 0407 0 18 h Amniotomie

Gruppe II

Frauenheilkunde

- 2410 0 20 a Pertubation der Hysterosalpingographie (ohne Röntgen)
- 2411 0 20 b (Probe)excision (oder Exkochleation) aus der Portio
- 2412 0 20 c (Probe)excision aus der Scheide
- 2413 0 20 d Abtragung von Urethralpolypen
- 2414 0 20 e Elektrokoagulation oder Freezing einer Erosion
- 2415 0 20 f Insemination

- 2416 0 20 g Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose
- 2417 0 20 h Amnioskopie
- 2418 0 20 i Entfernung eines eingewachsenen Pessars

Geburtshilfe

- 2420 0 21 a Muttermunddiscision
- 2421 0 21 b Kopfschwartzange
- 2422 0 21 c Episiotomie oder Versorgung eines Darmrisses (aller Grade) oder Cervixrisses
- 2423 0 21 d Amniocentese
- 2424 0 21 e Credé in Narkose

Gruppe III

Frauenheilkunde

- 2430 0 22 a Curettage und Cervixdilataion (Metrorrhagie, Abortus aller Monate)
- 2431 0 22 b Exstirpation einer Bartholinischen Cyste oder Marsupialisation
- 2432 0 22 c Conisation oder Portioamputation, Sturmdorf- oder Emmetplastik
- 2433 0 22 d Laparoskopie
- 2434 0 22 e Coeliotomie
- 2435 0 22 f Vaginale konservative Myomoperation

Geburtshilfe

- 2440 0 23 a Cerclage
- 2441 0 23 b Manualhilfe und Extraktion (BEL)
- 2442 0 23 c Vakuumextraktion
- 2443 0 23 d Zange
- 2444 0 23 e Äußere Wendung aus Querlage
- 2445 0 23 f Reposition vorgefallener Kindesteile
- 2446 0 23 g Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt oder Fehlgeburt

Gruppe IV

Frauenheilkunde

- 2450 0 24 a Plastik (vordere und/oder hintere)
- 2451 0 24 b Konservative Myomoperation p.lap.
- 2452 0 24 c Tubenligatur (als selbständiger Eingriff)

Geburtshilfe

- 2460 0 25 a Manuelle Placentalösung oder Nachtastung
- 2461 0 25 b Kombinierte Wendung
- 2462 0 25 c Cervixspaltung (künstliche Fehlgeburt nach dem vierten Monat)

Gruppe V

Frauenheilkunde

- 2470 0 26 a Operation an den Adnexen (Grav.Tub., Exstirpation des Ovars, der Tube, Stomatoplastik, Tubenimplantation, Estes'sche Operation)
- 2471 0 26 b Colpocleisis
- 2472 0 26 c Vaginaefixatio sacralis abdominalis (Prolaps Scheidenblindsack)

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

- 2500 0 31 a Probeexcision aus dem Kopf-Halsbereich, auch Stanze
- 2501 0 31 b Incision eines gegen die Körperoberfläche zu gelegenen Abszesses
- 2502 0 31 c Nadelbiopsien
- 2503 0 31 d Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (Splitter, Steine etc.)
- 2504 0 31 e Probeexcision aus Rachen
- 2505 0 31 f Speichelgangschlitzung und Konkrementextraktion
- 2506 0 31 g Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses
- 2507 0 31 h Chirurgische Versorgung einer Nachblutung nach Tonsillektomie oder Adenotomie
- 2508 0 31 i Nasenmuschelkaustik einseitig
- 2509 0 31 j Nasenmuschelresektion einseitig
- 2510 0 31 k Nasenmuschelinfraktion, ein- oder beidseitig
- 2511 0 31 l Abtragung von Septumauswüchsen einseitig
- 2512 0 31 m Probeexcision aus der Nase
- 2513 0 31 n Einseitige Abtragung von Nasenpolypen als 2. und folgende Sitzung
- 2514 0 31 o Abtragung eines Ohrpolypen ohne Mikroskop
- 2515 0 31 p Parazentese oder Mittelohrpunktion ohne Mikroskop
- 2516 0 31 q Entfernung eines oder beider Paukenröhrchen unter dem Mikroskop
- 2517 0 31 r Incision eines Gehörgangfurunkels

Gruppe II

- 2520 0 32 a Excision eines kleinen benignen Tumors
- 2521 0 32 b Einfache Exstirpation eines einzelnen Lymphknotens
- 2522 0 32 c Chirurgische Lymphknotenbiopsie (Teil- oder Keilresektion)
- 2523 0 32 d Intubation (ausgenommen Narkose)
- 2524 0 32 e Entfernung adenoider Vegetationen
- 2525 0 32 f Epipharyngoskopie, Laryngoskopie mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.
- 2526 0 32 g Exstirpation kleiner Schleimcysten aus dem Mund-Rachen-Bereich
- 2527 0 32 h Nachcurettage des Epipharynx nach Adenotomie und Bellocq-Tamponade
- 2528 0 32 i Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle (Mikulicz)
- 2529 0 32 j Abtragung von Nasenpolypen einseitig (1. Sitzung)
- 2530 0 32 k Durchtrennung der V. angularis
- 2531 0 32 l Kieferhöhlenpunktion mit Trokar und Dauerdrainage einseitig

- 2532 0 32 m Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches mit fixierendem Verband
- 2533 0 32 n Bellocq-Tamponade, kombiniert mit vorderer Tamponade
- 2534 0 32 o Ohrfremdkörperentfernung mit Incision
- 2535 0 32 p Parazentese oder Punktion des Mittelohres unter dem Operationsmikroskop, ev. mit Sekretabsaugung
- 2536 0 32 q Kleine plastische Operationen, wie Narbenexcisionen etc.

Gruppe III

- 2540 0 33 a Excision größerer benigner Tumore
- 2541 0 33 b Exstirpation mehrerer Lymphknoten, nicht en bloc
- 2542 0 33 c Indirekte endolaryngeale Eingriffe
- 2543 0 33 d Direkte endolaryngeale Eingriffe ohne Mikroskop
- 2544 0 33 e Oesophagoskopie, Tracheoskopie, Bronchoskopie
- 2545 0 33 f Sklerosierung von nicht blutenden Speiseröhrenvarizen
- 2546 0 33 g Laser- und Kryochirurgie in Mund und Rachen, je Sitzung
- 2547 0 33 h Exstirpation großer Zysten oder benigner Geschwülste aus dem Mund-Rachen-Bereich
- 2548 0 33 i Aufsuchung und Unterbindung d. V. jug. int. oder eines ihrer Äste
- 2549 0 33 j Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, diagnostisch
- 2550 0 33 k Tonsillektomie einseitig (doppelseitig 1 1/2-fach)
- 2551 0 33 l Stirnhöhleneröffnung nach Beck
- 2552 0 33 m Nasale Entfernung eines Choanenpolypen
- 2553 0 33 n Eröffnung der Kieferhöhle durch die Fossa canina zur Fremdkörper- oder Zahnwurzelentfernung
- 2554 0 33 o Nasennebenhöhlenendoskopie einschließlich Kieferhöhlenpunktion mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.
- 2555 0 33 p Silberklammerung oder Exhairese des N. trigeminus, je Ast
- 2556 0 33 q Paukendrainage unter dem Mikroskop einseitig (Parazentese, Absaugung des Mittelohres, Einsetzen des Röhrchens)
- 2557 0 33 r Chirurgische Versorgung einer frischen Trommelfellverletzung (unter dem Mikroskop)
- 2558 0 33 s Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion

Gruppe IV

- 2560 0 34 a Abszeßtonsillektomie einseitig
- 2561 0 34 b Zungenkeilresektion
- 2562 0 34 c Exstirpation einer Ranula
- 2563 0 34 d Oesophagoskopie mit Probeexcision oder Fremdkörperextraktion oder Bougierung
- 2564 0 34 e Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser mit Probeexcision
- 2565 0 34 f Endolaryngeale Stimmlippenkorrektur (Injektion von plastischem Material

in die exkavierte Stimmlippe)

- 2566 0 34 g Tracheotomie
- 2567 0 34 h Aufsuchung und Unterbindung der A. carotis ext. (ev. - int.) oder eines ihrer Äste
- 2568 0 34 i Endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker'schen Divertikels
- 2569 0 34 j Laser- und Kryochirurgie des Kehlkopfes, je Sitzung unter Mikroskop
- 2570 0 34 k Tonsillektomie beidseitig einschließlich Adenotomie
- 2571 0 34 l Septumoperation nach Killian
- 2572 0 34 m Kieferhöhlenradikaloperation nach Caldwell-Luc
- 2573 0 34 n Operation eines Nasen-Rachen-Fibroms ohne Zusatzeingriffe
- 2574 0 34 o Ozaena-Operation nach Lautenschläger oder Modifikation
- 2575 0 34 p Rhinophym-Operation
- 2576 0 34 q Siebbeinradikaloperation durch Nase oder Kieferhöhle
- 2577 0 34 r Reposition und Versorgung eines offenen Nasenbeinbruches
- 2578 0 34 s Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen nach vorangegangenen Haupteingriff (rhino- oder otogen)
- 2579 0 34 t Stirnhöhleneröffnung nach Beck + Probeexcision und/oder Endoskopie
- 2580 0 34 u Probetympantomie
- 2581 0 34 v Mastoidektomie
- 2582 0 34 w Radikaloperation des Mittelohres
- 2583 0 34 x Exstirpation einer praeaurikulären Fistel
- 2584 0 34 y Teilresektion oder Amputation der Ohrmuschel
- 2585 0 34 yy Plastischer Verschluss einer Fistel zwischen Kieferhöhle und Mundvorhof (nach vorangegangener Kieferhöhlenradikaloperation nur IV/2)
- 2586 0 34 z Trachealplastik, 2. und folgende Akte
- 2587 0 34 zz Ohrmuschelkorrektur sowie andere plastische Operationen an der Ohrmuschel, einseitig (beidseitig 1 1/2-fach)

Gruppe V

- 2590 0 35 a Exstirpation mehrerer Lymphknoten en bloc
- 2591 0 35 b Unterkieferspeicheldrüsenexstirpation
- 2592 0 35 c Exstirpation einer medianen oder lateralen Halsfistel
- 2593 0 35 d Entfernung von benignen Kehlkopfgeschwülsten mittels Laryngofissur (ohne Tracheotomie)
- 2594 0 35 e Collare Mediastinotomie mit Jugularisligatur oder Carotisunterbindung
- 2595 0 35 f Operative Entfernung des Clonus caroticum
- 2596 0 35 g Mikrochirurgie des Kehlkopfes nach Kleinsasser (Abtragung von Tumoren, Dekortication etc.)
- 2597 0 35 h Operation einer angeborenen medianen oder lateralen Halsfistel ohne Verbindung mit benachbarten Körperhöhlen
- 2598 0 35 i Operation einer einseitigen Choanalatresie
- 2599 0 35 j Operation einer einseitigen Nasenatresie

- 2600 0 35 k Tränensackoperation nach West oder Falk
- 2601 0 35 l Operation einer Septumdeviation nach Cottle und/oder Septumrekonstruktion
- 2602 0 35 m Siebbeinoperation von außen
- 2603 0 35 n Radikaloperation der Stirnhöhle nach Riedel oder Modifikation
- 2604 0 35 o Radikaloperation der Kieferhöhle nach Denker
- 2605 0 35 p Operation einer Gehörgangstenose, I. Akt (jeder weitere Eingriff Gruppe III)
- 2606 0 35 q Exstirpation eines Parotistumors (ohne Freilegung des Gesichtsnerves oder eines seiner Äste)
- 2607 0 35 r Gehörgangsbegradigung zusätzlich zur Tympanoplastik
- 2608 0 35 s Radikalhöhlenverkleinerung
- 2609 0 35 t Operation eines Rhinophyms mit Hautplastik
- 2610 0 35 u Trachealplastik I. Akt
- 2611 0 35 v Verschiedene Lappenplastiken oder Rundstiellappenplastik für Kopf und Hals, I. Akt. Weitere Akte in Gruppe III einzuordnen

ORTHOPÄDIE

(Soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Gruppe I

- 2700 0 42 a Modellverband: Hand- oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm, Halskrawatte, Oberschenkel (1 1/2-fach)
- 2701 0 42 b Redressement in Narkose bei Finger, Zehen
- 2702 0 42 c Wiederholtes Redressement bei einfachem Plattfuß, Klumpfuß, Klauenhand, Klumphand
- 2703 0 42 d Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'sche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)
- 2704 0 42 e Subcutane Tenotomie
- 2705 0 42 f Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke
- 2706 0 42 g Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)
- 2707 0 42 h Incision einer Bursitis olecrani und praepatellaris
- 2708 0 42 i Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht
- 2709 0 42 j Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)
- 2710 0 42 k Incision einer oberflächlichen Phlegmone
- 2711 0 42 l Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm
- 2712 0 42 m Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation
- 2713 0 42 n Probeexcision mit Naht

- 2714 0 42 o Halskrawatte
- 2715 0 42 p Modellverband Oberschenkel (1 1/2-fach)
- 2716 0 42 q Incision eines Panaritium subcutaneum
- 2717 0 42 r Percutane Bluttransfusion mit Konserve

Gruppe II

- 2720 0 43 a Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke
- 2721 0 43 b Plantarfasciotomie
- 2722 0 43 c Exostosenabmeißelung an Hand oder Fuß
- 2723 0 43 d Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper
- 2724 0 43 e Radikaloperation eines Unguis incarnatus
- 2725 0 43 f Erstmaliges Redressement bei leichtem Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur
- 2726 0 43 g Wiederholtes Redressement bei hochgradigem Plattfuß und Klumpfuß
- 2727 0 43 h Offene Tenotomie
- 2728 0 43 i Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation
- 2729 0 43 j Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und des Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk
- 2730 0 43 k Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur
- 2731 0 43 l Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur
- 2732 0 43 m Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers
- 2733 0 43 n Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Angioms, Epithelioms, Epulis, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder an einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- 2734 0 43 o Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches
- 2735 0 43 p Entfernung leicht zugänglichen Osteosynthesematerials
- 2736 0 43 q Stellungskorrektur durch Aufkeilen eines Gipsverbandes
- 2737 0 43 r Versorgung kleiner Wunden mit kosmetischer Naht
- 2738 0 43 s Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette), Secundärnaht
- 2739 0 43 t Amputation oder Enucleation einer Phalanx
- 2740 0 43 u Schienen aus Gips oder einem anderen, modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen von Gliedmaßenengelenken
- 2741 0 43 v Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschl. Fixation

Gruppe III

- 2750 0 44 a Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)
- 2751 0 44 b Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis
- 2752 0 44 c Treparation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis
- 2753 0 44 d Gipshose

- 2754 0 44 e Gipsmieder, Gipsschale
- 2755 0 44 f Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen
- 2756 0 44 g Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation
- 2757 0 44 h Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes
- 2758 0 44 i Resektion eines kleinen Gelenkes
- 2759 0 44 j Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke
- 2760 0 44 k Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers
- 2761 0 44 l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an Fingern und Zehen
- 2762 0 44 m Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband
- 2763 0 44 n Operation nach Doppler
- 2764 0 44 o Exartikulation und Amputation von Fingern und Zehen
- 2765 0 44 p Incision eines Panaritium tendineum oder osseum
- 2766 0 44 q Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung
- 2767 0 44 r Operation einer Geschwulst über 30 mm
- 2768 0 44 s Marknagel- und Schenkelhalsnagelentfernung (oder anderes schwer zugängliches Osteosynthesematerial und Drähte)
- 2769 0 44 t Kleine Plastiken (Thierschplastik oder Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger und ähnliches)
- 2770 0 44 u Sacraldermoid-Operation
- 2771 0 44 v Schleimbeutelexstirpation
- 2772 0 44 w Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)
- 2773 0 44 ww Sequestrotomie
- 2774 0 44 x Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung, Secundärnaht
- 2775 0 44 xx Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- 2776 0 44 y Unblutige Eingriffe zur Stellungskorrektur oder Mobilisation
- 2777 0 44 yy Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion
- 2778 0 44 z Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden pro Quartal (ausgenommen Breitwickeln oder Spreizkissen)
- 2779 0 44 zz Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)

Gruppe IV

- 2780 0 45 a Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis
- 2781 0 45 b Operation des hohen Calcaneus
- 2782 0 45 c Operation bei Dupuytren'scher Kontraktur ohne Hautplastik
- 2783 0 45 d Gipsbett
- 2784 0 45 e Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode
- 2785 0 45 f Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren
- 2786 0 45 g Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren
- 2787 0 45 h Plastik kleiner Gelenke
- 2788 0 45 i Redressement in Narkose bei Kontraktur des Hüftgelenkes
- 2789 0 45 j Redressement in Narkose von Fußdeformitäten
- 2790 0 45 k Sequestrotomie mit Spül- und Saugdrainage
- 2791 0 45 l Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen
- 2792 0 45 m Freie Transplantation von Periost und Knochen
- 2793 0 45 n Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkel-fraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextention, einschließlich Reposition und Gipsverband
- 2794 0 45 o Sehennahrt (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)
- 2795 0 45 p Incision und Drainage von Empyemen großer Gelenke
- 2796 0 45 q Reamputation
- 2797 0 45 r Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk, Drainage eines großen Gelenkes
- 2798 0 45 s Marknagel- und Schenkelnagel-Wechsel
- 2799 0 45 t Incision eines Phlegmons des Mundbodens, Beckenbodens und Urinin-filtration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen
- 2800 0 45 u Versorgung von Wunden mit Eröffnung von Sehnenscheiden und Gelenken bei starker Verschmutzung
- 2801 0 45 uu Bei frischen Verletzungen Naht eines Nerven
- 2802 0 45 v Rippenresektion (eine)
- 2803 0 45 vv Periarterielle Sympathektomie nach Leriche
- 2804 0 45 w Patellektomie
- 2805 0 45 ww Entfernung kleiner Endoprothesen
- 2806 0 45 x Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen
- 2807 0 45 xx Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venen-convoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich
- 2808 0 45 y Operation der Epicondylitis nach jeder Methode
- 2809 0 45 yy Muskeloperationen
- 2810 0 45 z Totalplastik eines Fingergelenkes (Implantation eines künstlichen Ge-lenkes mit Stellungskorrektur)
- 2811 0 45 zz Korrigierende (Keil)Gipsverbände

Gruppe V

- 2820 0 46 a Arthrodesse des Ellbogens-, Hand-, Knie- und Sprunggelenkes
- 2821 0 46 b Resektion, Arthrodesse oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)
- 2822 0 46 c Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)
- 2823 0 46 d Keilresektion aus dem Tarsus
- 2824 0 46 e Explorative Laminektomie
- 2825 0 46 f Laminektomie und Hemilaminektomie

- 2826 0 46 g Meniscusoperation, Operation freier Gelenkskörper oder Löffler
- 2827 0 46 h Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahren
- 2828 0 46 i Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahren
- 2829 0 46 j Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder an langen Röhrenknochen
- 2830 0 46 k Aufrichtung von Wirbelbrüchen, einschließlich Anlegung eines Gipsmieders
- 2831 0 46 l Fixation mit Drähten und Schrauben
- 2832 0 46 m Goetze-Cerclage des Schienbeins
- 2833 0 46 n Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit Hautplastik
- 2834 0 46 o Operation der Kahnbeinpseudoarthrose
- 2835 0 46 p Amputation oder E nukleation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes
- 2836 0 46 q Knochentransplantation
- 2837 0 46 r Osteosynthese eines kleinen Knochens
- 2838 0 46 s Rectussehennaht, Achillessehennaht, Patellarnaht und Naht des Ligamentum patellae propium
- 2839 0 46 t Scalenotomie
- 2840 0 46 tt Schenkelhalsnagelung
- 2841 0 46 u Operative Verlängerung oder Transposition einer Sehne
- 2842 0 46 uu Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung des Vv. perforantes
- 2843 0 46 v Nervenplastik
- 2844 0 46 vv Neurolyse mit Nervennaht
- 2845 0 46 w Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk
- 2846 0 46 ww Schulterblatthochstand
- 2847 0 46 x Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik
- 2848 0 46 xx Wachstumsbeeinflussende Operation
- 2849 0 46 y Operation der Luxatio acromio-clavicularis (inkl. Fascienplastik)
- 2850 0 46 yy Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatische Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)

- 2851 0 46 z Synovektomie eines großen Gelenkes oder mehrerer kleinerer Gelenke bzw. Tenosynovektomie bei PCP
2852 0 46 zz Carpaltunnelsyndrom

UROLOGIE

Gruppe I

- 2900 0 48 a Abtragung von Condylomen

Gruppe II

- 2910 0 49 a Prostatabiopsie rectal oder perineal (Saug- oder Stanzmethode)
2911 0 49 b Urethralpolyp und Urethralprolaps bei Frauen

2912 0 49 c Unblutige Reposition einer Paraphimose
2913 0 49 d Operation der Phimose

Gruppe III

- 2920 0 50 a Renovasographie bzw. Cavographie
2921 0 50 b Hodenbiopsie
2922 0 50 c Nierenbiopsie
2923 0 50 d Pneumoretroperitoneum
2924 0 50 e Schlingenextraction eines Uretersteins
2925 0 50 f Elektrokoagulation einzelner kleiner Papillome der Harnblase, Harnröhre
2926 0 50 g Vasectomie bzw. Vasoligatur
2927 0 50 h Operation (scrotal) einer Hydrocele
2928 0 50 i Urethrotomie externa zur Steinentfernung
2929 0 50 j Eröffnung eines Prostataabszesses
2930 0 50 k Eröffnung eines paraurethralen Abszesses
2931 0 50 l Entfernung einer Cyste der glandula vestibularis minor oder eines Varixknotens an der äußeren Harnröhrenmündung der Frau
2932 0 50 m Lymphographie
2933 0 50 n Perkutane Nephrostomie
2934 0 50 o Innere Ureterschienung mit dem Gibbon- bzw. Pigtail-Katheter
2935 0 50 p Tefloninjektion in die Harnröhre bei Inkontinenz

Gruppe IV

- 2940 0 51 a Elektrokoagulation mehrerer Blasenpapillome und Blasentumore
2941 0 51 b Probeexcision aus Harnblasentumoren und Prostata
2942 0 51 c Cystostomie
2943 0 51 d Sectio alta zur Stein- oder Fremdkörperentfernung
2944 0 51 e Semicastratio

- 2945 0 51 f Orchiectomie bds. intrakapsulär
- 2946 0 51 g Penisamputation
- 2947 0 51 h Epididymectomie
- 2948 0 51 i Operation des Kryptorchismus (inguinale Ektopie)
- 2949 0 51 j Einfache Orchidopexie
- 2950 0 51 k Operation einer Varicocele scrotal

Gruppe V

- 2960 0 52 a Nephropexie
- 2961 0 52 b Cystotomie mit Entfernung von Blasentumoren
- 2962 0 52 c Lithotrypsie
- 2963 0 52 d Endourethrale optische Stricturschlitzung
- 2964 0 52 e Erweiterte Incontinenzoperation bei der Frau (Schlingenoperation u.dgl.)
- 2965 0 52 f Harnröhrenplastik bei Epi-, Hypospadie oder Strictus, Harnröhrendivertikel, je Akt
- 2966 0 52 g Plastische Operation am Samenleiter (Recanalisation etc.)
- 2967 0 52 h Plastische Operation am Penis (Induratio penis plastica und dgl., z.B. Penisprothese)
- 2968 0 52 i Implantate zur elektrischen Stimulation
- 2969 0 52 j Kryptorchismus (Orchidopexie mit Funikulyse)
- 2970 0 52 k Varicoceleoperation nach Palomo
- 2971 0 52 l Penisamputation mit Drüsenausräumung

Zweiter Teil

Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Radiologie (Organtarif)

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Auf die Verrechnung der ärztlichen Leistungen laut dem Organtarif (Zweites Kapitel) finden die Regelungen über die Punktwerte gemäß dem Ersten Teil, Erstes Kapitel, Punkt 2 entsprechende Anwendung. Für die Verrechnung der ärztlichen Handhabungen sind die für Vertragsfachärzte für Radiologie im Ersten Teil, zweites Kapitel, Abschnitt VI festgelegten Punktesätze anzuwenden.
2. Bei den Honoraren der Vertragsfachärzte für Radiologie wird keine Punktequote (Erster Teil, Erstes Kapitel, Punkt 3) zur Anwendung gebracht.
3. Die Vergütung für Röntgen-Unkosten erfolgt nach festen Sätzen laut Organtarif.
4. Die Abrechnung von Leistungen, welche im Zweiten Kapitel nicht katalogisiert sind, hat nach Maßgabe des Tarifes für Teilradiologen (Erster Teil, Zweites Kapitel, Abschnitt VI) zu erfolgen.
Die Verrechnung der ärztlichen Handhabungen hat hierbei nach den für Vertragsfachärzte für Radiologie gültigen Punktesätzen zu erfolgen.

Zweites Kapitel

Organtarif für Vertragsfachärzte für Radiologie

Pos. Nr.	Organ		Punkte	Unkosten ab 01.01.2025
	<u>Schädel</u>			
3100	Schädel	2x24/30	28	€ 23,58
3101	Schädel und Schädelbasis nach Unfall	3x24/30	34	€ 35,37
3103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zur Pos. 3100 verrechnet werden, aber	1x24/30	22	€ 11,78

	höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen)			
3104	Sella	1x13/18	22	€ 7,95
3105	beide Schläfenbeine	6x13/18	52	€ 47,71
3106	beide Schläfenbeine nach Stenvers	2x18/24	28	€ 20,19
3110	Gesichtsschädel	2x18/24	28	€ 20,19
3111	Nasennebenhöhlen (NNH)	3x18/24 zu 60 %, 3x13/18 zu 40 %	34	€ 27,72
3112	Nasenbeine	1x13/18	22	€ 7,95
3113	Oberkiefer/Seite	1x18/24	22	€ 10,09
3114	Unterkiefer/Seite	1x18/24	22	€ 10,09
3115	beide Kiefergelenke	4x13/18	40	€ 31,81
3116	1 Kiefergelenk	2x13/18	28	€ 15,89
3121	Zahnstatus/Panorama	10 Zahnfilme		€ 35,47
	<u>Wirbelsäule/Knöcherner Thorax</u>			
3200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl.	2x30/90	28	€ 99,10
3201	WS Ganzaufnahme stehend, ap od. seitl.	1x30/90	22	€ 49,54
3210	HWS	2x18/24,1x13/18	34	€ 28,14
3211	HWS + Funktionsaufnahmen	3x18/24,1x13/18, 1x24/30	46	€ 50,03
3212	Foramina Intervertebralia der HWS	2x18/24	28	€ 20,19
3220	BWS	2x20/40 zu 90 %, 2x30/40 zu 10 %	28	€ 28,76
3229	LWS	2x20/40	28	€ 28,40
3230	LWS-Kreuzbein	2x20/40,1x24/30	34	€ 40,16
3231	Kreuz- und Steißbein	2x24/30	28	€ 23,58
3240	Rippen bds. nach Unfall	2x30/40 +1xR1	34	€ 47,14
3241	Rippen eine Seite nach Unfall	1x30/40 +1xR1	28	€ 31,08
3243	Rippen eine Seite (knöcherner Thorax)	1x30/40	22	€ 16,06
3250	Sternum	2x24/30	28	€ 23,58
3251	Sternum-Zonographie	4x18/24 +1xR6	40	€ 49,10
	<u>Schulter- u. Beckengürtel, Extremitäten</u>			
3310	bde Schultergelenke	4x18/24	40	€ 40,39
3311	ein Schultergelenk	2x18/24	28	€ 20,19
3312	Scapula bds	4x24/30	40	€ 47,14
3313	Scapula einseitig	2x24/30	28	€ 23,58
3314	Clavicula bds	2x18/24	28	€ 20,19
3315	Clavicula bds mit Belastung	2x18/24,1x20/40	34	€ 34,40
3316	Clavicula einseitig	1x18/24	22	€ 10,07
3317	ein Sternoclaviculargelenk	1x24/30	22	€ 11,78

3318	bde Sternoclaviculargelenke	2x24/30	28	€ 23,58
3319	bde Sternoclaviculargelenke-Zonographie	4x24/30 +1xR6	40	€ 55,87
3320	bde Oberarme (ohne Gelenke)	4x20/40	40	€ 56,75
3321	1 Oberarm (ohne Gelenke)	2x20/40	28	€ 28,40
3322	bde Ellbogengelenke	4x18/24	40	€ 40,39
3323	1 Ellbogengelenk	2x18/24	28	€ 20,19
3324	bde Unterarme (ohne Gelenke)	4x20/40	40	€ 56,75
3325	1 Unterarm (ohne Gelenke)	2x20/40	28	€ 28,40
3330	bde Hände	2x24/30	28	€ 23,58
3331	1 Hand	1x24/30	22	€ 11,78
3332	bde Handwurzeln	4x13/18	40	€ 31,81
3333	1 Handwurzel	2x13/18	28	€ 15,89
3334	bde Handgelenke und distaler UA	4x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in 15 %	46	€ 36,10
3335	1 Handgelenk und distaler UA	2x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in 15 %	34	€ 18,94
3336	1 Finger oder 1 Zehe bds	4x13/18	40	€ 31,81
3337	1 Finger oder 1 Zehe einseitig	2x13/18	28	€ 15,89
3339	Naviculare Serie nach Trauma	4x13/18	40	€ 31,81
3340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl.Hüftgelenk ap)	1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	€ 19,99
3341	Becken bis 2. Lj.	1x18/24	22	€ 10,09
3342	Becken 3. bis 6. Lj.	1x24/30	22	€ 11,78
3343	Becken + Sacroiliacalgelenk	1x35/43,2x18/24	34	€ 41,16
3344	Sacroiliacalgelenke	2x18/24	28	€ 20,19
3345	Sacroiliacalgelenke-Zonographie	6x18/24 +1xR6	52	€ 69,32
3349	bde Hüftgelenke ap und axial,bis 7. Lj.	1x24/30,2x18/24 (hier Pos. 3342 bereits incl.)	34	€ 31,98
3350	bde Hüftgelenke ap und axial ab 7. Lj.	2x24/30,1x35/43 (hier Pos. 3340 bereits incl.)	34	€ 44,54
3351	1 Hüftgelenk ap und axial	2x24/30	28	€ 23,58
3353	Hüftgelenk axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite	1x24/30	22	€ 11,78
3354	Hüfte axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite	1x18/24 (gilt bei Pos.3342)	22	€ 10,09
3355	Hüfte Faux profil	1x24/30	22	€ 11,78
3356	Antetorsionsaufnahme der Hüftgelenke	1x35/43	22	€ 20,96
3357	Hüftgelenk bei Endoprothese/Seite	1x20/40	22	€ 14,18
3358	bde Oberschenkel	4x20/40	40	€ 56,75
3359	1 Oberschenkel	2x20/40	28	€ 28,40
3360	bde Kniegelenke	4x18/24	40	€ 40,39
3361	1 Kniegelenk	2x18/24	28	€ 20,19

3362	bde Kniegelenke + Patella axial	4x18/24,1x24/30	46	€ 52,18
3363	1 Kniegelenk + Patella axial	3x18/24	34	€ 30,29
3364	bde Kniegelenke stehend	1x30/40	22	€ 16,06
3365	Tunnelaufnahme (Knie)/Seite	1x18/24	22	€ 10,09
3367	Defilée/Seite (30°, 60°, 90°)	3x18/24	34	€ 30,29
3368	bde Unterschenkel	4x20/40	40	€ 56,75
3369	1 Unterschenkel	2x20/40	28	€ 28,40
3370	bde Füße (ohne Sprunggelenk)	2x18/24,2x24/30	40	€ 43,78
3371	1 Fuß (ohne Sprunggelenk)	1x18/24,1x24/30	28	€ 21,88
3372	bde Sprunggelenke	4x18/24	40	€ 40,39
3373	1 Sprunggelenk	2x18/24	28	€ 20,19
3374	bde Vorfüße	4x18/24	40	€ 40,39
3375	1 Vorfuß	2x18/24	28	€ 20,19
3376	bde Calcanei seitlich und axial	4x13/18	40	€ 31,81
3377	1 Calcaneus seitlich und axial	2x13/18	28	€ 15,89
3380	bde untere Extremitäten Ganzaufnahmestehend ap	2x30/90	28	€ 99,10
3381	1 untere Extremität Ganzaufnahme stehend ap	1x30/90	22	€ 49,54
3390	Tomographie Skelett/Ebene (max 2)	8x18/24, 1xR6	64	€ 89,49
3391	Tomographie Skelett/1 Ebene	4x18/24, 1xR6	40	€ 49,10
	<u>Halsorgane, Herz und Lunge</u>			
3400	Herz-Lunge, ab 9. Lj.	2x35/35 zu50 %, 2x35/43 zu 50 %	28	€ 38,56
3401	Herz-Lunge, bis 9. Lj.	2x24/30	28	€ 23,58
3402	Herz-Lunge, Durchleuchtung	1xR1	22	€ 15,02
3403	Herz-Schrägaufnahme ab 9. Lj.	2x35/35 (zusammen mit Pos.3400/3402)	28	€ 35,21
3404	Herz-Schrägaufnahme bis 9. Lj.	2x24/30 (zusammen mit Pos.3401/3402)	28	€ 23,58
3410	Halsorgane	2x24/30 zu 60 %, 2x18/24 zu 40 %, 1xR1	34	€ 37,24
3490	Tomographie Lunge/Ebene (max. 2)	6x24/30/Ebene, 1xR6	52	€ 79,44
3491	Tomographie bde Lungen (nur 1 Ebeneverrechenbar)	8x35/35, 1xR6	64	€ 149,58
3492	Tomographie Mediastinum und/oder beider Hili	7x24/30, 1xR6	58	€ 91,22
	<u>Magen/Darmtrakt</u>			
3500	Abdomen, Übersicht (mit Begründung 2xverrechenbar im Stehen und Liegen)	1x35/43	22	€ 20,96

3510	Oesophagus	8x10/10, 1xR1	70	€ 84,78
3520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast)	8x10/10,1x24/30, 1xR3, 1xR7	82	€ 118,61
3530	Dünndarmpassage	3x24/30,1x35/35	40	€ 52,95
3540	Darmpassage	1x35/35	22	€ 17,62
3541	frakt. Dickdarmpassage	2x35/35,1x24/30, 1x18/24, 1xR1	46	€ 72,12
3550	Appendix	2x18/24	28	€ 20,19
3560	Irrigoskopie (Doppelkontrast)	8x10/10,1x35/43, 2x35/35, 1xR4,1xR6, 1xR7	94	€ 171,72
3561	Dünndarmdarstellung nach Sellink	2x35/43,2x24/30, 2x18/24, 1xR1,1xR6, 1xR7	64	€ 126,75
	<u>Gallentrakt</u>			
3600	Gallenblase, nativ	1x18/24 zu50 %, 1x24/30zu 50 %	22	€ 10,94
3601	orale Cholecystographie	2x18/24,1x24/30	34	€ 31,98
3610	i.v. Cholexystangiographie	4x24/30	46	€ 47,14
3611	Inf. Cholexystangiographie	4x24/30, 1xR6	60	€ 55,87
3620	i.v. Cholangiographie	4x24/30	46	€ 47,14
3621	Inf. Cholangiographie	4x24/30, 1xR6	60	€ 55,87
3690	Tomographie Gallenblase und Gallenwege (bei Verrechnung von 3610 oder 3611oder 3620 oder 3621)	4x18/24, 1xR6	40	€ 49,10
	<u>Harntrakt</u>			
3700	Harntrakt, nativ liegend (mit Begründung 2 x verrechenbar, wenn erforderlich)	1x35/43 zu75 %, 1x30/40 zu 25 %	22	€ 19,75
3702	Harnblase, Nativaufnahme	1x18/24	22	€ 10,09
3710	i.v. Pyelographie (incl. Pos. 3700)	3x35/43,2x24/30, 1x18/24, 1xR6	58	€ 105,27
3711	stehende Aufnahme bei i.v.P. oder auchals Spätaufnahme	1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	€ 19,99
	(zusätzlich zu Pos. 3710 verrechenbar)			
3712	Cystographie nach i.v.P.	3x18/24	34	€ 30,29
3713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	3x24/30, 1xR1	40	€ 50,40
3714	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie)	6x10/10, 1xR1	58	€ 67,35
3730	Urethrographie retrograd	2x24/30,1x18/24, 1xR1	40	€ 48,71
3731	Retrograde Cystographie	2x24/30,1x18/24, 1xR1, 1xR6	40	€ 57,41

3732	Retrograde Pyelographie/Seite	3x20/40,1xR1, 1xR6	40	€ 66,31
3790	Tomographie beider Nieren (nativ)	4x24/30, 1xR6	40	€ 55,87
3791	Tomographie beider Nieren (incl.i.v.P.)	3x35/43,4x24/30, 1x18/24, 1xR6	70	€ 128,85
	<u>Spezialuntersuchungen</u>			
3810	Mammographie	6x18/24,1x18/24 zu 15 %	48	€ 53,71
3811	Mammographie nach Ablatio	3x18/24	28	€ 26,18
3812	Galaktographie	2x18/24	28	€ 20,19
3813	Pneumozystographie	2x18/24	28	€ 20,19
3820	Phlebographie/obere Extremität/Seite	2x20/40,6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	€ 104,45
3821	Phlebographie/untere Extremität/Seite	4x20/40,8x10/10, 1xR1, 1xR6	74	€ 150,26
3831	Fistelfüllung	1x24/30,2x18/24, 1xR1	40	€ 47,01
3833	Hystero-Salpingographie	2x18/24,6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	€ 96,25
3834	Arthrographie-Schulter/Seite	3x18/24,6x10/10, 1xR11xR6, 1xR7	82	€ 123,66
3835	Handarthrographie	6x13/18,1xR1, 1xR6	58	€ 71,46
3840	Fremdkörperlokalisierung	3x18/24, 1xR1	40	€ 45,32
3841	Augenfremdkörper	3x18/24	34	€ 30,29
3842	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)	ärztliche Handhabung mit dem unter Unkosten ausgewiesenen Betrag abgegolten		€ 56,20

3900 Pos. für nicht katalogisierte Leistungen (Abrechnung nach bisherigem Muster)

Drittes Kapitel

Mammographien

I. Leistungsvoraussetzungen:

Kurative Mammographien gem. dem Zweiten Kapitel (Pos. 3810 und 3811) können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der Kasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Aufnahme einer Radiologin / eines Radiologen in das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) erfolgt immer mit einem Monatsersten, wobei nach Einbringung aller erforderlichen Unterlagen bei der Akademie der Ärzte GesmbH eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest sechs Kalenderwochen besteht. Die Aufnahme eines Standorts in das Programm erfolgt mit dem nächstfolgenden Quartalsbeginn nach Mitteilung an den Standort (Vertragspartner) durch die Kasse, wobei eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest 10 Kalenderwochen ab Einreichung aller erforderlichen Unterlagen bei der Koordinierungsstelle des Programms besteht.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe I. Punkt 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse schriftlich und rechtzeitig im Vorhinein informiert.

1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
- b) technische Qualitätssicherung gemäß Beilage 1 „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 (I. 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 HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologin/Radiologe eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einem Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammografien (im Folgenden: Intensivbefundertraining wieder einsteigen.

Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger ins Programm, die keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammografieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings vor Programmeinstieg erbringen. Gelingt die Erfüllung der Mindestfrequenzen im ersten Jahr der Programmteilnahme nicht, kann das Einstiegs-Intensivbefundertraining einmalig angerechnet werden.

Die Einstiegsregelung soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß I. Punkt. 2. lit. a auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 30.06. 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.

Die voranstehende Regelung zum Intensivbefundertraining soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

Aus dem von der ÖÄK anerkannten e-learning für Befunder sind für die jährlichen Frequenzen im Assessment bis zu 300 Mammografien anrechenbar.

Zur Sanierung von Frequenzen können bis zu 500 Mammografien aus diesem Tool angerechnet werden. Dieses steht somit alternativ zu anderen Befundertrainings (z.B. Intensivbefundertraining) zur Verfügung.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen (Multidisziplinärer Kurs und Befunderkurs) vor Programmteilnahme, aufrechtes dfp-Diplom, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation (jährlicher Qualitätszirkel einberufen durch den regionalverantwortlichen Radiologen) durch eine laufende Fortbildung im Ausmaß von 40 dfp-Punkten für die Fortbildung im Bereich der Senologie jeweils in einem Fortbildungszeitraum entsprechend dem Diplom-Fortbildungs-Programm von 5 Jahren.
- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß I. Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (I. Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 5.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß I. 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.
- 6.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß I. Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen unbefristeten Zertifikaten erfolgt durch die ÖÄK.
- 7.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß I. Punkt 4 - 6, 8, 9 und 11 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wurde, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.
- 8.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes I. 3. zu erfüllen.

- 9.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Für die Einstiegsschulung und regelmäßige Fortbildung der Erstellerinnen/Ersteller ist der Qualitätsstandard Brustkrebs-Früherkennung zu berücksichtigen. 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.
- 10.) Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die Kasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.
- 11.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt I. 3. durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 2 geregelt.
- 12.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.

I.a Sonderregelungen für Standorte

- (1) Ein erstmalig ins Programm einsteigender Standort hat die erforderlichen Mindestfrequenzen innerhalb der ersten 24 Monate ab Programmteilnahme (gilt ab dem ersten vollen Kalenderjahr) nachzuweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Der Dachverband (DV) und die ÖÄK bekennen sich dazu, dass Mammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.
- (2) Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen DV und BKNÄ von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft aus einem anerkannten wichtigen Grund (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

(3) Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen DV und BKNÄ von der Anforderung der Mindestfrequenz befristet für eine zwischen DV und BKNÄ festgelegte Dauer bei Ausbildungsrelevanz oder bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

(4) Der Dachverband und die ÖÄK werden unter Gewährleistung derselben oder vergleichbarer Voraussetzungen für intramurale wie für niedergelassene BKFP-Standorte die Wiederaufnahmemöglichkeiten für einen Standort in dem für Sonderregelungen für Standorte (gem. Abs. 2) vorgesehenen Prozess anlassbezogen prüfen und entscheiden.

II. Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie:

Asymptomatische Frauen:

1. familiär erhöhte Disposition
2. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lj
3. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

Symptomatische Frauen:

4. BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung
5. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
6. Mastodynie einseitig
7. Histologisch definierte Risikoläsionen
8. Sekretion aus Mamille
9. Z.n. Mamma-Ca.OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
10. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
11. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
12. Sonstige medizinische Indikation, nämlich: <Angabe der konkreten Indikation>

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind Bestandteil der Anlage I „Kompendium Mammographie“, Teil 3 (Beilage zu dieser Honorarordnung).

Zukünftige zwischen ÖÄK und DV vereinbarte Änderungen der Indikationenliste werden auf www.hauptverband.at und www.aerztekammer.at veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Dachverband und ÖÄK werden die Auswirkungen der Indikation „sonstige medizinische Indikation“ auf Bundesebene gemeinsam beobachten und gemeinsam evaluieren, sowie bei Auffälligkeiten gemeinsame Maßnahmen setzen. Zahlenmäßige Auffälligkeiten und deren Ursachen, insbesondere bei einzelnen Zuweiserinnen und Zuweisern, werden auch auf Landesebene gemeinsam beobachtet und dort allenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst.

Dachverband und ÖÄK werden, sobald einer der beiden dies einfordert, in Verhandlungen bezüglich der Auswirkungen dieser Position sowie deren allfällige Änderung eintreten. Dies kann gegebenenfalls auch zur Übernahme einer einzelnen Indikation in die Indikationenliste oder zur Begrenzung dieser Position führen.

Sollte es hinsichtlich dieses Prozederes sowie der von Dachverband oder ÖÄK gewünschten Überarbeitung der Position „sonstige medizinische Indikation“ unlösbare Differenzen geben, werden Hauptverband und ÖÄK Gespräche zur Installierung eines Schiedsgerichtes, welches sodann Entscheidungen im gegebenen Zusammenhang zu treffen hat, führen.

III. Dokumentation

1.) Das Befundungsergebnis und die Befundungsschritte aller Brustuntersuchungen (Erstbefund der Mammographie, Mammasonographie, Zweitbefund der Mammographie, Konsensus) sind unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.

1a) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die

Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

- 1b) Es wird ein neues Doku-Blatt „Selbstzahler Mammografie (SMZ)“ zur Dokumentation von Frauen, die der Screeningpopulation angehören, aber in kürzeren Intervallen eine Mammografie durchführen lassen, welche sie selbst bezahlen, eingeführt. Dies ermöglicht einerseits eine korrekte Dokumentation; andererseits können diese Mammografien so den Frequenzen angerechnet werden. Eine Datenübermittlung erfolgt nur bei Zustimmung der Frau.

- 2.) Das Datenflussmodell gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK geregelt, ist bei Änderungen einvernehmlich zu regeln und hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. folgenden Grundsätzen zu folgen:
 - (a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsstelle, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - (b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - (c) Die Daten werden von der Pseudonymisierungsstelle an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - (d) Eine Identifikation einer medizinischen Einrichtung bzw. eines Arztes ist nur der wissenschaftlichen Evaluierungsstelle zum Zwecke der Feedbackberichte möglich;
 - (e) 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.
 - (f) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die gemeinsame Verrechnungsstelle muss gesichert sein.

- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

IV. Evaluierung

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

Die Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ ist in Anlage I enthalten.

Die Bestimmungen dieses Kapitels sowie des Punkt 4. der Anlage E treten mit dem im Rahmen des 2. ZP VU-GV (Durchführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms) auf den Einladungsversand folgenden Quartalsbeginn in Kraft und gelten nur in jenem zeitlichen und inhaltlichen Ausmaß, in dem das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm gemäß dem 2. ZP VU-GV durchgeführt wird. Bei Außerkrafttreten des 2. ZP VU-GV treten die Bestimmungen dieses Kapitels sowie des Punkt 4. der Anlage E gleichzeitig außer Kraft und gelten wiederum die Bestimmungen des Punkt 4. der Anlage E in der Fassung der Honorarordnung, welche vor dem Inkrafttreten dieser Honorarordnung in Geltung stand.

Viertes Kapitel

Magnetresonanztomographien

1. Zur Verrechnung von Magnetresonanztomographien (im folgenden MRT) sind nur Vertragsfachärzte für Radiologie (Medizinische Radiologie-Diagnostik) berechtigt, die von der Ärztekammer für Vorarlberg befürwortet und von der Kasse zugelassen worden sind (s. Abschnitt II, Pkt. 2. lit. d der Honorarordnung). Der Vertragsarzt muss den Qualitätserfordernissen für MR-Untersuchungen der Österreichischen Ärztekammer (Facharzt f. Radiologie, MR-Ausbildung mindestens sechs Monate in einer entsprechenden Abteilung; alternativ: mindestens sechsmonatige Erfahrung mit Computertomographie sämtlicher Körperregionen und zusätzlich mindestens dreimonatige MR-Ausbildung) entsprechen.
2. Die MRT dürfen nur mit Ganzkörpergeräten, welche eine Feldstärke von mindestens 1 Tesla aufweisen, durchgeführt werden.
3. Die MRT können nur aufgrund von Zuweisungen mittels des von der Kasse hierfür aufgelegten Röntgen-Überweisungsscheines in Anspruch genommen werden.
4. Die Durchführung der MRT ist an die vorherige ausdrückliche Genehmigung des chef(vertrauens)ärztlichen Dienstes der Kasse für jede einzelne Körperregion gebunden. Der Umfang der Untersuchungen ist laut untenstehendem Schema eingeschränkt.
5. Für die erbrachten MRT wird der untenstehende Tarif pro Untersuchung festgelegt. Dieser Tarif ist pro Tag und Versicherten nur einmal verrechenbar. Bei Vorliegen einer med. gerechtfertigten Diagnose können vom chef(vertrauens)ärztlichen Dienst auch zwei Untersuchungen an einem Tag bewilligt werden.
6. Mit dem Tarif sind alle mit der MRT-Untersuchung verbundenen Leistungen (insbesondere Personalkosten, Sachkosten, zusätzliche Schichtuntersuchungen, sonstiges Gebrauchsmaterial etc.) abgegolten.

Tarif	pro MRT	ab 01.11.2011	€ 135,00
-------	---------	---------------	----------

Das Kontrastmittel wird von der ÖGK beigestellt.

Umfang der MR-Untersuchungen (Regionen)

SCHÄDEL

- * cerebrale MR (übliche Darstellung des Gehirns)
- * hintere Schädelgrube, Schädelbasis (Schwindel, Akustikusneurinom)
- * Sella
- * Orbita
- * Innenohr
- * NNH (= Gesichtsschädel)
- * Mundboden - Zunge - Speicheldrüsen

HALS

- * Halslymphknoten
- * Schilddrüse
- * Larynx

THORAX

- * Lunge
- * Mediastinum
- * Herz
- * Gefäße

ABDOMEN

- * Oberbauch (Leber, Milz)
- * Pankreas
- * Nieren
- * Unterbauch = Becken

BANDSCHEIBEN, SKELETT, GELENKE

- * HWS
- * BWS
- * LWS
- * Temporo-Mandibulargelenk
- * Schulter
- * Oberarm
- * Ellbogen
- * Unterarm
- * bd. Hände
- * bd. Handgelenke
- * bd. Sacro-Iliacalgelenke
- * bd. Hüftgelenke
- * Oberschenkel
- * Knie
- * Unterschenkel
- * Sprunggelenk
- * Fuß
- * MR-Arthrographie

MR-ANGIOGRAPHIE

- * Kopf
- * Hals
- * Thorax
- * Oberbauch
- * Nieren
- * Becken
- * Extremität

SONSTIGE

Mamma, Hoden etc. sowie unklassifizierbare Untersuchungen
bis 3 Sequenzen = 1 Untersuchung

Dritter Teil

Ärztlicher Honorartarif für Vertragsfachärzte für Labormedizin

Erstes Kapitel

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Abrechnung der Vertragsleistungen erfolgt monatlich. Die Abrechnungen sind bis jeweils zum 20. des Folgemonats bei der gemeinsamen Verrechnungsstelle einzureichen.
2. Die einzelnen Vertragsleistungen (Zweites Kapitel) sind in Punkten bemessen. Der Punktewert beträgt ab 01.01.2024 EUR 0,23.
3. Bei den Honoraren der Vertragsfachärzte für Labormedizin wird keine Punktequote (Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 3) zur Anwendung gebracht.
4. Es sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem jeweiligen Untersuchungsauftrag verlangt werden und im Katalog enthalten sind. Analoge Leistungspositionen können ausnahmsweise verrechnet werden, wenn die vorherige Zustimmung des Krankenversicherungsträgers vorliegt.
Für vom Zuweiser verlangte Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, darf kein Privathonorar vom Patienten verlangt werden.
Leistungen, für die eine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist, sind nur dann verrechenbar, wenn die Bewilligung vor Erbringung der Leistung(en) vorliegt. Die Abrechnung der Leistungen bedingt positive Ergebnisse der Qualitätskontrollen gemäß Pkt. 13.
5. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Untersuchungsauftrag vorzunehmen. Aufbau und Inhalt des Untersuchungsauftrages bedürfen der Zustimmung der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer für Vorarlberg. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.
6. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, Formulare usw. sowie die erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten. Für in vivo Funktionstests (z.B. TRH Test) ist das Medikament auf Rezept zu verschreiben.
7. 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.

8. Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
9. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form (= Befund) auszufertigen. Über die erbrachten Laborleistungen und die durchgeführten Qualitätskontrollen sind Aufzeichnungen zu führen. Die erhobenen Laborbefunde sind mindestens 3 Jahre aufzubewahren und der Österreichischen Gesundheitskasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
10. 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.
11. Sofern in einzelnen Positionen nichts vermerkt ist und die Art der Untersuchung es zulässt, sind alle Tests nach quantitativen, dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechenden Verfahren durchzuführen. Die Wahl der Methode obliegt dem Leistungserbringer.
12. Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechen und über welche zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse Einvernehmen besteht.
13. Jedes Vertragslaboratorium hat regelmäßig auf eigene Rechnung an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilzunehmen und laufend interne Qualitätskontrollen entsprechend dem jeweiligen Stand der Labormedizin durchzuführen. Die positive Qualitätskontrolle ist über einvernehmliches Verlangen von Österreichischer Gesundheitskasse und Ärztekammer für Vorarlberg nachzuweisen.
14. Sonderbestimmung für Zuweiser:
Sämtliche besonderen Bestimmungen für Vertragslaboratorien sind von den zuweisenden Vertragsärzten bei der Zu(Über)weisung zu berücksichtigen.

Zweites Kapitel

Katalog der Vertragsleistungen für die Laboratoriumsmedizin

<u>Pos.Nr.</u>	<u>Positionstext</u>	<u>Bewertungszahlen</u>
<u>Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen</u>		
1.01	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (Mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild).	13
1.02	Kleines Blutbild (Blutbild bzw. Absolutwerte): Rotes Blutbild und Leukozyten-Zählung (Mechanisiertes Blutbild <u>ohne</u> Differentialblutbild).	7
1.03	Rotes Blutbild: Zählung der Erythrozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter.	5
1.04	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	9
1.05	Leukozyten-Zählung	3
1.06	Erythrozyten-Zählung	3
1.07	Hämoglobin-Bestimmung	3
1.08	Hämatokrit	3
1.09	Retikulozyten-Zählung	5
1.10	Untersuchung der Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz'sche Innenkörper	5
1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	11
1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	30
1.14	Zytochemische Spezialfärbungen (höchstens 2 verrechenbar), je	10

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
1.15	Fetales Hb quantitativ	10
1.16	Freies Hb im Serum	8
1.17	CO-Hb	8
1.18	MET-Hb	8
1.19	Hämoglobinelektrophorese	22
	HbA ₁ (HbA _{1c}) - siehe Gruppe 3	
1.20	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	3
1.21	MCV	3
1.22	Alkalische Leukozytenphosphatase	10
1.23	Zelltypisierung mit monokl. Antikörpern	Rechnung
1.24	Differenzierung B u. T-Lymphozyten	35
1.25	HLA B 27 mit Kreuzreaktionen	120
1.29	Säulenchromatische Haemoglobinauftrennung	35
1.30	Osmolalität (Serum oder Harn)	10

Gruppe 2: Blutgerinnung

2.01	Gerinnungsstatus: Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung (Quick), partielle Thromboplastinezeit-Bestimmung	18
2.02	Blutungszeit-Bestimmung	3
2.03	Thrombozyten-Zählung	4
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, "Quick") oder Normotest (nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar)	8
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	8
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	8
2.07	Thrombinzeit (TZ)	8
2.08	Fibrinogen	8
2.09	Fibrinogen - Fibrin-Spaltprodukte	6
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	12
2.11	Protein C	35
2.12	Protein S	35
2.13	Faktor V	12
2.14	Faktor VII	12
2.15	Faktor VIII	12
2.16	Faktor IX	12
2.17	Faktor XIII	12
2.18	Ristocetincofaktor	35
2.19	Euglobulinlysiszeit	Rechnung
2.20	Gerinnungszeit	3
2.21	Thrombelastogramm	35
2.22	Faktor X (Stuart Prower)	12
2.23	Thrombozytenaggregation	25
2.24	Reptilasezeit	6
2.25	Aethanol Gel Test	6

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen</u>		
3.01	Blutzuckerbestimmung	5
3.02	Fruktosamine (nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar)	5
3.03	HbA ₁ oder HbA _{1c} (nur bei Diabetes; nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar)	15
3.04	Harnstoff oder BUN	5
3.05	Kreatinin	5
3.06	Harnsäure	5
3.07	Gesamtbilirubin	5
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	5
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
3.10	Albumin	5
3.11	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	22
3.12	Triglyceride (Neutralfette)	5
3.13	Gesamtcholesterin	5
3.14	HDL-Cholesterin	6
3.15	LDL-Cholesterin	6
3.16	Natrium	5
3.17	Kalium	5
3.18	Kalzium	5
3.19	Chloride	5
3.20	Phosphor	5
3.21	Magnesium	5
3.22	Lithium	5

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
3.23	Zink	5
3.24	Kupfer	8
3.25	Eisen	5
3.26	Eisenbindungskapazität = Transferin x Faktor	12
3.27	Ferritin - siehe Pos. Nr. 11.63	18
3.28	Blei (Atomabs)	Rechnung
3.29	Cadmium	Rechnung
3.30	Quecksilber	Rechnung
3.31	Lipidelektrophorese	22
3.32	Aethylalkohol (pro medico)	10
3.33	Gallensaeuren	5
3.34	Phospholipide	5
3.35	Galaktose	5
3.36	Xylose	5
3.37	Aethylalkohol - Notfall	20
3.38	Amoniak	10
3.39	Laktat	10

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 4: Enzyme</u>		
4.01	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	18
4.02	Aldolase	5
4.03	Alkalische Phosphatase	5
4.04	a-Amylase	5
4.05	Cholinesterase	5
4.06	CK (Creatin-Kinase)	5
4.07	CK-MB-Isoenzym (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	9
4.08	Myoglobin (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	5
4.09	GOT (ASAT)	5
4.10	GPT (ALAT)	5
4.11	g - GT	5
4.12	GLDH	5
4.13	a-HBDH	5
4.14	Lipase-Bestimmung	5
4.15	LDH	5
4.16	Lysozym	12
4.17	Prostata-spezifische Phosphatasen (SPPH)	6
4.18	Saure Phosphatasen, gesamt	5
4.19	Isoenzym-Elektrophorese (LDH, CPK, APH)	22
4.20	Osteoklasten Phosphatase	5
4.21	Amylase Differenzierung Parot Pankr.	22
4.22	Glucose 6 PDH	40
4.23	Immunelektrophorese (Immunfix) Serum oder Harn	37
4.24	LAP (Leucin-Aryl-Amidase)	5

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 5: Harnuntersuchungen</u>		
5.01	Kompletter Harnbefund: makroskopische Beschreibung, chemischer Harnbefund mittels Streifentests (mindestens 5 Parameter) und Sediment	4
5.02	Streifentest im Harn (auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar)	1
5.03	Sediment	2,5
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	3
5.05	Albumin - neph. oder turbid.	12
5.06	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
5.07	Elektrophorese der Harnproteine (nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweiß-Ausscheidung verrechenbar)	22
5.08	Glukose	5
5.09	Harnstoff oder BUN	5
5.10	Kreatinin	5
5.11	Harnsäure	5
5.12	Natrium	5
5.13	Kalium	5
5.14	Kalzium	5
5.15	Chloride	5
5.16	Phosphor	5
5.17	Kupfer (Atomabsorption)	Rechnung
5.18	a-Amylase	5
5.19	Lysozym	12
5.20	Fujiwara-Reaktion	6
5.21	Phorphyrine gesamt (Uroporphyrine, Koproporphyrine, Zwischenporphyrine) je	12

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
5.22	Porphobilinogen	12
5.23	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	20
5.24	5-Hydroxyindolessigsäure	20
5.25	Mikroalbumin (turbid)	12
5.26	Bence Jones Prot Immunfix	37
5.27	Kreatin	12
5.28	Hydroxyprolin	12
5.40	Trichloressigsäure	12
5.43	Diskelektrophorese	22
5.44	Oxalsäure	10
5.45	b2-Mikroglobulin	12
5.46	Blei (Atomabs)	Rechnung
5.47	Katecholamine je Best. (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Metanephrin) - siehe Gruppe 14	20
5.50	Vanillinmandelsäure	20
5.51	Homovanillinsäure	20
5.53	Schwangerschaftstest qual.	12

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes qualitativ	10
6.02	Röntgenstruktur-Analyse eines Harnkonkrementes	65
6.03	Infrarot Spektroskopie	65

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern)	10
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3 mal 20 P.), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)	6
7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	10
7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	10
7.05	Stuhl auf Chymotrypsin	10

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	10
8.02	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	10
8.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilze), Gramfärbung (Bakterien und Pilze)	10
8.05	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit und Fruktosegehalt	30
8.06	Spermafructose	5
	Gonokokken-Nachweis - siehe Gruppe 12	
	Chlamydien-Nachweis - siehe Gruppe 12	
	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest - siehe Gruppe 12	

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung	10
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat	10
9.03	Bestimmung der Zellzahl	5
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	10
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	10
9.06	Albumin - neph. oder turbid.	12
9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung	5
9.08	Glukose	5
9.09	Harnsäure	5
9.10	LDH	5
9.11	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qualitativ	5
9.12	CRP quantitativ (turbid., neph.)	12
9.13	Kalzium	5
9.14	Rheumafaktor Latex	5
9.16	Rheumafaktor (turbid., neph.)	12

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

10.01	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor (nur mit Begründung, z.B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar)	20
10.02	Rhesusuntergruppen (Rhesusfaktoraufschlüsselung) bei Anti-D negativen Patienten oder bei Erstschwangerschaft	16
10.03	ist 10.04	
10.04	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest (nur bei Anti-D negativen Schwangeren verrechenbar)	20
10.05	Coombstest direkt	10
10.06	Coombstest indirekt = 10.04 (3-Stufen-Antikörperbestimmung u. Enzymtest)	20
10.07	Kälteagglutinationsreaktion	11
10.08	Du	40
10.09	Kontrolle unklarer Ergebnisse (Bestätigungstests)	Rechnung
10.10	Antikörperidentifizierung (Wärme und Kälte)	80

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchungen

11.01	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) je Parameter	12
11.02	Immunelektrophorese oder Immunfixation (nur bei M-Gradienten in der Sermun- elektrophorese verrechenbar)	37
11.03	Kappa- und Lambdaketten quantitativ	12
11.04	Bence-Jones-Nachweis	37
11.05	IgE gesamt, Phadiatop je Parameter	25
11.06	Multidisc auf mindestens 4 Allergene	25
11.07	Allergen Einzeltest (höchstens 5 Einzeltests pro Patient verrechenbar)	25
11.08	a1-Antitrypsin	12
11.09	a2-Makroglobulin	12
11.10	Haptoglobin	12
11.11	Coeruloplasmin	12
11.13	Anti-Nukleäre-Antikörper-IF (ANA), Austitration	14
11.14	Anti-DNS-RIA	35
11.15	Mitochondriale Antikörper IF, Austitration	14
11.16	Glatte Muskulatur Antikörper IF, Austitration	14
11.17	Thyreoglobulin Antikörper	35
11.18	Mikrosomale Antikörper	35
11.19	Konsumtionstest, erstes Antigen	18
11.20	jedes weitere Antigen (höchstens 3 weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	10
11.21	Immunfluoreszenztest mit Zellen oder Gewebeschnitten	14
11.23	HBs-Antigen	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.24	HBs-Antikörper	18
11.25	HBc-Antikörper	18
11.26	HBc-IgM-Antikörper	18
11.27	HBe-Antigen	18
11.28	HBe-Antikörper	18
11.29	HAV-Antikörper	18
11.30	HAV-IgM-Antikörper	18
11.31	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL), Austitration	6
11.32	TPHA-Test, Austitration	12
11.33	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS), Austitration	14
11.34	19 S (IgM) FTA-ABS-Test, Austitration	14
11.35	RF (Rheumafaktor)-Test-Objektträger-test qualitativ	6
11.36	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch quantitativ	12
11.37	Antistreptolysin-O-Objektträger-test qualitativ	6
11.38	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	12
11.39	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qualitativ	6
11.40	CRP (C-reaktives Protein)-Test neph. oder turbid.	12
11.41	Waalser Rose mit Titerbestimmung, Austitration	12
11.42	LE (Lupus erythematoses)-Test-Objektträger-test qualitativ	6
11.43	Reaktion nach Paul Bunnell, Hanganutziu-Deicher	6
11.44	Mononukleosetest als Objektträger-test	6

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.45	Immunologischer Schwangerschaftstest quantitativ (nur bei Verdacht auf Extrauterin gravidität oder Blasenmole verrechenbar) - siehe Pos. Nr. 14.05	25
11.46	Delta Antigen	Rechnung
11.47	Delta Antikörper Rechnung	Rechnung
11.48	C3-Komplement b1c Globulin	12
11.49	C4-Komplement	12
11.50	PAP	25
11.51	PSA	21
11.52	APCA	12
11.53	Acetylcholin Receptor Ak	35
11.54	ENA	35
11.55	AFP	25
11.56	CEA	18
11.57	CA-19-9	35
11.58	CA 125	35
11.59	CA-50	35
11.60	CA 15-3	35
11.61	IgM SPHA 19 S	35
11.62	AStar	25
11.63	Ferritin	25
11.64	Transferrin	12
11.65	Hämopexin	12
11.66	Anti Streptodornase B	35
11.67	IgD	12
11.68	Insulin AK	35
11.69	Antikörper gegen quergestreifte Muskulatur	35

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
11.70	Antikörper gegen Herzmuskulatur	35
11.71	Inselzell Antikörper	35
11.72	Antikörper gegen Speicheldrüsen	35
11.73	C1 Esterase Inhibitor	12
11.74	Vitamin B12	25
11.75	Folsäure	25
11.76	TRAK Thyreotropin Receptor Autoantikörper	35
11.77	Colon Epithel Antikörper	35
11.78	Reticulin Antikörper	35
11.79	IgG-Rast Wespe	35
11.80	IgG-Rast Biene	35
11.81	Malaria Antikörper falciparum IF	14
11.82	Kryoglobuline (Immunfix)	37
11.90	AST turbidim. u. neph.	12
11.91	Apolipoprotein A	12
11.92	Apolipoprotein B	12
11.93	Vitamin A, B, C, D, E je	35

Pos. 11.93 wird ab 01.05.2025 wie folgt honoriert:

11.93a	Vitamin A	35
11.93b	Vitamin B	35
11.93c	Vitamin C	35
11.93d	Vitamin D	35

Eine Veranlassung der Vitamin D – Serumspiegelbestimmung (Pos. 11.93d) durch einen Arzt bzw. Facharzt auf Kassenkosten ist nur bei Vorliegen folgender Indikationen pro Kalenderjahr (für das Jahr 2025 gilt, dass der Zeitraum vom 1.5.2025 bis zum 31.12.2025 als Kalenderjahr gilt) maximal 2 mal pro Patient zulässig:

- Osteoporose
- Rachitis bzw. Osteomalazie
- medikamentös bedingt beschleunigter Vitamin-D-Metabolismus (z.B. Steroide)
- chronische Niereninsuffizienz
- Transplantierte und immunsupprimierte Personen

- St. post. Magenbypass
- Malabsorptionssyndrom
- Morbide Adipositas
- Laufende Antiepileptikamedikation
- Unvermeidbarer, permanenter Mangel an Sonnenlicht (insb. Bei dauernd immobilen Patientinnen und Patienten)

11.93e	Vitamin E	35
11.94	Hepatitis-C-Untersuchung	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
<u>Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen</u>		
12.01	Nativpräparat mikroskopisch	2,5
12.02	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	6
12.03	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung (Ziehl-Neelson)	8
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	16,3
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	15
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	16
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	16
12.09	Kultur auf Protozoen	16
12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger (höchstens 2 Subkulturen verrechenbar), je	8
12.11	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20
12.12	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	15
12.13	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	5
12.14	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 6 zu prüfende Substanzen), je Erreger (12 Substanzen s. Pos.Nr. 12.82)	18

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.15	Tierversuch, erstes Tier	30
12.16	Tierversuch, jedes weitere Tier (höchstens 2 weitere pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	15
12.17	Adeno-Viren KBR, Austitration	12
12.18	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	18
12.19	Amöben - AK HHT	12
12.20	Bilharziose (Schistosomiasis) - IFT (Elisa s. Pos.Nr. 12.83)	14
12.21	Bilharziose (Schistosomiasis) - HHT	12
12.22	Brucella AK KBR	12
12.23	Campylobakter KBR intest., jej., pylori je (Elisa oder Urease s. Pos.Nr. 12.84)	1,2
12.24	Candida alb. HT	12
12.25	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.85)	16,3
12.26	Chlamydien - Antigen EIA	18
12.27	Chlamydien - IgG oder IgM Antikörper (EIA), je	18
12.28	Coxsackie- B KBR (3 B1 - B6, A, B, Echo) je	12
12.29	Echinokokken KBR	12
12.30	Echinokokken HT (Elisa s. Pos.Nr. 12.86)	12
12.31	Enteroviren KBR	12
12.32	Echoviren KBR	12
12.33	Epstein-Barr V. KBR	12
12.34	Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (IFT), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.87)	14
12.35	FSME HHT	12

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.36	FSME - IgM oder IgG AK (EIA), je	18
12.37	Gonokokken - Antigen (EIA)	18
12.38	Gruber - Widal (O- u. H-Antigene) Salmonellen typhi paratyphi A, B, C	30
12.39	HIV - AK (Elisa)	18
12.40	HIV-Western-Blot (nur bei positivem HIV-Test verrechenbar)	40
12.41	Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2 je (Elisa s. Pos.Nr. 12.88)	14
12.42	Influenza A KBR	12
12.43	Influenza A - IgG oder IgM-AK (IF). je (Elisa s. Pos.Nr. 12.89)	14
12.44	Influenza B KBR	12
12.45	Influenza B - IgG oder IgM-AK (IF), je (Elisa s. Pos.Nr. 12.90)	14
12.46	Leptospiren (Aggl.T)	6
12.47	Legionella KBR	12
12.48	Listerien KBR	12
12.49	Leishmaniose KBR (HAT s. Pos.Nr. 12.91)	12
12.50	Malaria - dicker Tropfen	10
12.51	Malaria - AK (IF)	14
12.52	Masern - KBR, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.92)	12
12.53	Mumps KBR, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.93)	12
12.54	Ornithose KBR	12
12.55	Pertussis KBR	12
12.56	Pertussis IF, je (Elisa s. Pos.Nr. 12.94)	14

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.57	Picorna Virus KBR	12
12.58	Qu-Fieber KBR	12
12.59	Rota Viren KBR (Elisa s. Pos.Nr. 12.95)	12
12.60	Röteln HHT	17,6
12.61	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA) je	18
12.62	Toxoplasmose (Sabin-Feldmann oder IF)	16,3
12.63	Toxoplasmose KBR	16,3
12.64	Toxoplasmose IgM-AK (EIA)	18
12.65	Trichinose KBR	12
12.66	Trichinose IF (Elisa s. Pos.Nr. 12.96)	14
12.67	Tularämie (KBR) (Agglutination s. Pos.Nr. 12.97)	12
12.68	Varicellen-Zoster KBR	12
12.69	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	18
12.70	Yersinia KBR, Typ 3, Typ 9, pseudotuberculosis je	12
12.71	Zytomegalie KBR (IF s. Pos.Nr. 12.98)	12
12.72	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	18
12.73	Zystizerkosen KBR	12
12.74	Zystizerkosen IF	14
12.75	Borellien	35
12.76	Early Antigen-IF	14
12.77	Respiratory Syncytial Virus Elisa	18
12.78	Respiratory Syncytial Virus IF	14
12.79	Tetanus AK EIA	18
12.80	Tetanus AK IF	14

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
12.81	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Elisatest	18
12.82	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 12 zu prüfende Substanzen) je Erreger	25
12.83	Bilharziose (Schistosomiasis) - EIA	18
12.84	Campylobakter EIA oder Urease	18
12.85	Candida EIA	18
12.86	Echinokokken EIA	18
12.87	Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (EIA), je	18
12.88	Herpes simplex IgG oder IgM-AK Typ 1, Typ 2 (EIA), je	18
12.89	Influenza A-IgG oder IgM-AK (EIA), je	18
12.90	Influenza B - IgG oder IgM-AK (EIA), je	18
12.91	Leishmaniose HAT	12
12.92	Masern - EIA, je	18
12.93	Mumps EIA, je	18
12.94	Pertussis EIA, je	18
12.95	Rota Viren EIA	18
12.96	Trichinose EIA	18
12.97	Tularämie (Agglutination)	6
12.98	Zytomegalie IF	14
12.99	Streptokokken A EIA Rachenabstrich	18

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

13.01	Antikonvulsiva (Phenytoin, Phenobarbital, Carbamacepin, Ethosuximid, Primidon, Valproinsäure)	25
	Lithium - siehe Gruppe 3	
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	25
13.03	Theophyllin	25
13.04	Antiarrhythmika	25
13.05	Antibiotika und Zytostatika	25
13.06	Drogennachweis (außer die Pos. 13.08 bis 13.13)	25
13.07	Salicilate	25
13.08	Opiate im Harn	13,4
13.09	Benzodiazepine	13,4
13.10	Amphetamine im Harn	13,4
13.11	Cannabis im Harn	13,4
13.12	Kokain im Harn	13,4
13.13	Methadon im Harn	13,4

Gruppe 14: Hormone

Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

14.01	Gesamt-T4 oder freies T4	19
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3	19
14.03	TSH	19
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) - siehe Gruppe 15	
14.04	Aldosteron	35
14.05	Chorion-Gonadotropin (b-HCG) (Notfall + 75 %)	25
14.06	Cortisol	25
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH) (Notfall + 75 %)	25
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) je	20
14.09	Katecholamine im Sammelharn (Adrenalin, Noradrenalin, Methanephrine, Dopamin) je	20
14.10	17-Ketosteroide im Harn	25
14.11	17-OH-Kortikosteroide im Harn	25
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH) (Notfall + 75 %)	25
14.13	Gesamtöstrogene	25
14.14	Östradiol (E2) (Notfall + 75 %)	25
14.15	Gesamt-Östriol oder freies Östriol (E3)	35
14.16	Parathormon	35
14.17	Plazenta-Laktogen (HPL)	35
14.18	Pregnandiol im Harn	20

Pos.Nr.	Positionstext	Bewertungszahlen
14.19	Progesteron (Notfall + 75 %)	35
14.20	Prolaktin	20
14.21	Testosteron	25
14.22	Wachstumshormon (STH, HGH)	25
14.23	Dehydroepiandrosteronsulfat DHEAS	35
14.24	Thyreoglobulin	20
14.25	ETR	19
14.26	SHBG Sexualhormon bindendes Globulin	35
14.27	Gastrin	35
14.28	C-Peptid	35
14.29	ACTH	35
14.30	Osteocalcin	35
14.31	Calcitonin	35
14.32	Insulin	35
14.33	Freies Testosteron	35
14.34	Renin	35
14.35	NT-pro-BNP	60

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzuckerbestimmungen) je Glucose	5
15.02	Kreatinin-Clearence endogen	12
15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	38
15.04	Schillingtest	
15.07	Dexamethasontest Anzahl Cortisol	
15.08	ACTH Test Anzahl Cortisol	
15.09	Xylosebelastung Anzahl Xylose	Abrechnung nach Anzahl der entsprechenden Bestimmungen (s. entsprechender Tarif)
15.10	Galaktosebelastung Anzahl Galaktose	
15.12	Phosphat Clearence Anzahl Phosphat	
15.13	Metopirontest Anzahl 17 Ketosteroide Anzahl 11 Hydroxysteroide	

Gruppe 16: Histologie -Zytologie

16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	17,8
16.02	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	10,7
	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten - siehe Gruppe 9	
16.03	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	8,4

Gruppe 17: Sonstige Leistungen

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

18.01	Blutentnahme aus der Vene	3
18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	5
18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt (1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar)	
18.04	Abstrich je Abnahmestelle	
18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	
18.06	Katheterabnahme (nur bei bakteriologischer Harnuntersuchung verrechenbar)	
18.07	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	

Alphabetischer Index

Leistungsbezeichnung	Pos.Nr.	Leistungsbezeichnung	Pos.Nr.
		α -Amylase (siehe auch 5.18)	4.04
A			
Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	18.07	Amylase Differenzierung Parot Pankr.	4.21
Abstrich je Abnahmestelle	18.04	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	4.01
Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä.) mittels Elisatest	12.81	Antiarrhythmika	13.04
Acetylcholin Receptor Ak	11.53	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika - mindestens 6 zu prüfende Substanzen	12.14
ACTH	14.29	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit einschließlich Tbc-Resistenz auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika - mindestens 12 zu prüfende Substanzen	12.82
ACTH Test Anzahl Cortisol	15.08	Antibiotika	13.05
Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	12.18	Anti-DNS-RIA	11.14
Adeno-Viren KBR, Austitration	12.17	Antigen - erstes (Konsumationstest)	11.19
Aethanol Gel Test	2.25	Antigen - jedes weitere	11.20
Aethylalkohol - Notfall	3.37	Antigen - HBe	11.27
Aethylalkohol (pro medico)	3.32	Antigen - HBs	11.23
AFP	11.55	Antikörper - HBc-IgM	11.26
Albumin	3.10	Antikörper - HBc	11.25
Albumin - neph. oder turbid.	5.05	Antikörper - HBs	11.24
Albumin - neph. oder turbid.	9.06	Antikörper gegen Herzmuskulatur	11.70
Aldolase	4.02	Antikörperidentifizierung (Wärme und Kälte)	10.10
Aldosteron	14.04	Antikörper - Mikrosomale	11.18
Allergen Einzeltest	11.07		
Amöben - AK HHT	12.19		
Amoniak	3.38		
Amphetamine im Harn	13.10		

Antikörper - Michondriale IF, Austitration	11.15	Bakterien - Kultur anaerob	12.06
		Bence-Jones-Nachweis	11.04
Antikörper gegen quergestreifte Muskulatur	11.69	Bence Jones Prot Immunfix	5.26
Antikörper gegen Speicheldrüse	11.72	Benzodiazepine im Harn	13.09
Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest (nur bei Anti-D negativen Schwangeren verrechbar)		Bilharziose (Schistosomiasis) - EIA	12.83
- 3-Stufen Antikörpersuchtest	10.04	Bilharziose (Schistosomiasis) - IFT (Elisa s. Pos.Nr. 12.83)	12.20
Antikonvulsiva (Phenytoin, Phenobarbital, Carbamacepin, Ethosuximid, Primidon, Valproinsäure)	13.01	Bilharziose (Schistosomiasis) - HHT	12.21
Anti-Nukleäre-Antikörper-IF (ANA), Austitration	11.13	Bilirubin - Gesamt	3.07
Antistreptolysin-O-Objektträger-test qualitativ	11.37	Bilirubin - direkt u. indirekt	3.08
Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	11.38	Blei (Atomabs)	3.28 5.46
Antithrombin III-Bestimmung	2.10	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	18.02
a1-Antitrypsin	11.08	Blutbild - kleines	1.02
APCA	11.52	Blutbild - komplettes	1.01
Apolipoprotein A	11.91	Blutbild - rotes	1.03
Apolipoprotein B	11.92	Blutbild - weißes	1.04
AStar	11.62	Blutentnahme aus der Vene	18.01
AST turbidim. u. neph.	11.90	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor	10.01
		Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	12.11
		Blutparasiten im Ausstichpräparat oder dicken Tropfen	1.12
Bakterien - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	1.20
Bakterien - Kultur aerob	12.05	Blutungszeit-Bestimmung	2.02

D

Dehydroepiandrosteronsulfat DHEAS	14.23
Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	5.23
Delta Antigen	11.46
Delta Antikörper	11.47
Dexamethasontest Anzahl Cortisol	15.07
Digoxin oder Digitoxin	13.02
Diskelektrophorese	5.43
Drogennachweis	13.06
Du	10.08

E

Early Antigen-IF	12.76
Echinokokken EIA	12.86
Echinokokken HT (Elisa s. Pos.Nr. 12.86)	12.30
Echinokokken KBR	12.29
Echoviren KBR	12.32
Eisen	3.25
Eisenbindungskapazität	3.26
Eiweiß-Bestimmung - Gesamt	3.09 5.06 9.07
Elektrophorese der Harnproteine	5.07
ENA	11.54
Enteroviren KBR	12.31
Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper	12.87

Epstein-Barr V. - IgG oder IgM Antikörper (IFT)	12.34
Epstein-Barr V. KBR	12.33
Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz'sche Innenkörper	1.10
Erythrozytenresistenz	1.11
Erythrozyten-Zählung	1.06 5.04
ETR	14.25
Euglobulinlysiszeit	2.19

F

Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	8.02 12.03
Färbepreparat (Gram usw.), außer Tbc	12.02
Faktor V	2.13
Faktor VII	2.14
Faktor VIII	2.15
Faktor IX	2.16
Faktor X (Stuart Prower)	2.22
Faktor XIII	2.17
Ferritin	3.27 11.63
Fibrinogen	2.08
Fibrinogen - Fibrin-Spalt- produkte	2.09
Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	14.07

Folsäure	11.75
Fruktosamine	3.02
FSME HHT	12.35
FSME - IgM oder IgG AK (EIA)	12.36
FTA-ABS-Test, Austitration - 19 S (IgM)	11.34
Fujiwara-Reaktion	5.20

G

Galaktose	3.35
Galaktosebelastung	15.10
Gallensauren	3.33
Gastrin	14.27
Gerinnungsstatus: Thrombo- zyten-Zählung, Prothrombin- zeit-Bestimmung (Quick), partielle Thromboplastin- zeit-Bestimmung	2.01
Gerinnungszeit	2.20
GLDH	4.12
Glucose	5.08 9.08
Glucose 6 PDH	4.22
Glucose-Toleranztest - oral	15.01
Gonokokken - Antigen (EIA)	12.37
GOT (ASAT)	4.09
GPT (ALAT)	4.10
Gruber - Widal (O- u. H-Antigene)	12.38

H

Hämokrit	1.08
Haemoglobinauftrennung - Säulen- chromatisch	1.29
Hämoglobin-Bestimmung	1.07
Hämoglobinelektrophorese	1.19
Hämopexin	11.65
Haptoglobin	11.10
Harnbefund - komplett und Sediment	5.01
Harnkonkrement - Chemische Analyse qualitativ	6.01
Harnkonkrement - Röntgenstruktur- Analyse	6.02
Harnsäure	3.06 5.11 9.09
Harnstoff	3.04 5.09
Harn - Streifentest	5.02
HAV-Antikörper	11.29
HAV-IgM-Antikörper	11.30
HbA1 oder HbA1 c	3.03
Hb - fetal quantitativ	1.15
Hb - frei im Serum	1.16
HBc-Antikörper	11.25
HBc-IgM-Antikörper	11.26
a-HBDH	4.13

HBe-Antigen	11.27	Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS), Austitration - indirekter Immunfluoreszenztest mit Zellen oder Gewebeschnitten Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) Influenza A - IgG oder IgM-AK (IF) Influenza A-IgG oder IgM-AK (EIA) Influenza A KBR Influenza B - IgG oder IgM-AK (EIA) Influenza B - IgG oder IgM-AK (IF) Influenza B KBR Inselzell Antikörper Insulin Insulin AK Isoenzym-Elektrophorese (LDH, CPK, APH)	
HBe-Antikörper	11.28		11.33
HBs-Antigen	11.23		
HBs-Antikörper	11.24		11.21
Hepatitis-C-Untersuchung	11.94		11.01
Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2	12.41		12.43
Herpes simplex IgG oder IgM-AK, Typ 1, Typ 2 (EIA)	12.88		12.89
Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe	16.01		12.42
			12.90
HIV - AK (Elisa)	12.39		
HIV-Western-Blot	12.40		12.45
HLA B 27 mit Kreuzreaktionen	1.25		12.44
Homovanillinsäure	5.51		11.71
5-Hydroxyindolessigsäure	5.24		14.32
Hydroxyprolin	5.28		11.68
		4.19	
I		K	
IgD	11.67		
IgE gesamt, Phadiatop je Parameter	11.05	Kälteagglutinationsreaktion	10.07
IgG-Rast Biene	11.80	Kalium	3.17
IgG-Rast Wespe	11.79	Kalium	5.13
IgM SPHA 19 S	11.61	Kalzium	3.18
Immunelektrophorese (Immunfix) Serum oder Harn	4.23	Kalzium	5.14
		Kalzium	9.13
Immunelektrophorese oder Immunfixation	11.02	Kappaketten - quantitativ	11.03
		Katecholamine (Adrenalin,	

Malaria - AK (IF)	12.51	Natrium	3.16 5.12
Malaria Antikörper falciparum IF	11.81	NT-pro-BNP	14.35
Malaria - dicker Tropfen	12.50		
Masern - EIA, je	12.92		
Masern - KBR, je	12.52	O	
MCV	1.21	Östradiol (E2)	14.14
Methadon im Harn	13.13	Gesamt-Östriol oder freies Östriol (E3)	14.15
MET-Hb	1.18	Gesamtöstrogene	14.13
Metopirontest	15.13	Opiate im Harn	13.08
Mikroalbumin (turbid)	5.25	Ornithose KBR	12.54
b2-Mikroglobulin	5.45	Osmolalität (Serum oder Harn)	1.30
Mikrosomale Antikörper	11.18	Osteocalcin	14.30
Mitochondriale Antikörper IF, Austitration	11.15	Osteoklasten Phosphatase	4.20
Mononukleasetest als Objekt- trägertest	11.44	Oxalsäure	5.44
Mulidisc auf mindestens 4 Allergene	11.06	P	
Mumps EIA	12.93	PAP	11.50
Mumps KBR	12.53	Parathormon	14.16
Glatter Muskulatur Antikörper IF, Austitration	11.16	C-Peptid	14.28
Mykoplasmen - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Pertussis EIA	12.94
Mykoplasmen - Kultur auf	12.08	Pertussis IF	12.56
Myoglobin	4.08	Pertussis KBR	12.55
N		Phorphyrine gesamt (Uropor- phyrine, Koproporphyrine, Zwischenporphyrine)	5.21
Nativpräparat mikroskopisch	12.01	Phosphatase - Alkalische	4.03
		Phosphat Clearance Anzahl Phosphat	15.12

Phosphatasen, gesamt - Saure	4.18	Quick	2.01
Phospholipide	3.34	Quecksilber	3.30
Phosphor	3.20		
	5.16	R	
Picorna Virus KBR	12.57		
		Renin	14.34
Pilzen - Abstrichpräparat mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04	Reptilasezeit	2.24
Pilze - Kultur auf	12.07		
Plazenta-Laktogen (HPL)	14.17	Respiratory Syncytial Virus Elisa	12.77
Porphobilinogen	5.22	Respiratory Syncytial Virus IF	12.78
Pregnandiol im Harn	14.18	Reticulin Antikörper	11.78
Progesteron	14.19	Retikulozyten-Zählung	1.09
Prolaktin	14.20	Rhesusuntergruppen (Rhesus- faktoraufschlüsselung)	10.02
Prostata-spezifische Phosphatasen (SPPH)	4.17	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch quantitativ	11.36
Protein C	2.11	Rheumafaktor Latex	9.14
Protein S	2.12	RF (Rheumafaktor)-Test-Objekt- träger-test qualitativ	11.35
Prothrombinzeit-Bestimmung (Quick)	2.01	Rheumafaktor (turbid., neph.)	9.16
Protozoen - Kultur	12.09	Ristocetincofaktor	2.18
PSA	11.51	Röntgenstruktur-Analyse eines Harnkonkrementes	6.02
Punktionsflüssigkeiten - Zytologische Beurteilung	9.05	Röteln HHT	12.60
Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ, spez. Gewicht, Gram- färbung	9.01	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA)	12.61
		Rota Viren EIA	12.95
		Rota Viren KBR	12.59
Q		S	
Qu-Fieber KBR	12.58	Salicilate	13.07

Schillingtest	15.04	Stuhl auf okkultes Blut (3 mal 20 P.), je Untersuchung (inkl. Testbriefchen)	7.02
Schwangerschaftstest qual.	5.53		
Schwangerschaftstest - immunologisch quantitativ	11.45 14.05	Stuhl auf Chymotrypsin	7.05
Sediment	5.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	7.04
Sediment nativ und Färbepräparat	9.02	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	7.03
Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	18.05		
Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt	18.03	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern)	7.01
Sekrete der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilzen), Gramfärbung (Bakterien und Pilzen) - Mikroskopische Untersuchung	8.03	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger	12.10
Serumproteine - Elektrophorese (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)	3.11	T	
		T3 - Gesamt oder freies	14.02
SHBG Sexualhormon bindendes Globulin	14.26	T4 - Gesamt oder freies	14.01
Spektroskopie - Infrarot	6.03	Tbc - Färbepräparat nach Anreicherung (Ziehl-Neelson)	8.02 12.03
Spermafructose	8.06	Tbc - Kultur	12.12
Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl	8.05	Testosteron	14.21
Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung	8.01	Testosteron - freies	14.33
		Tetanus AK EIA	12.79
Sternalpunktat: Färbepräparat	1.13	Tetanus AK IF	12.80
		Theophyllin	13.03
Streptokokken A EIA Rachenabstrich	12.99	Thrombelastogramm	2.21
Anti Streptodornase B	11.66	Thrombinzeit (TZ)	2.07

Thromboplastinzeit-Bestimmung - partielle	2.01	Tularämie (Agglutination)	12.97
Thromboplastinzeit (PTT) - Partielle	2.06	Tularämie (KBR)	12.67
Thromboplastinzeit (TPZ, "Quick") oder Normotest	2.04	V	
Thrombotest	2.05	Vanillinmandelsäure	5.50
Thrombozytenaggregation	2.23	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA)	12.69
Thrombozyten-Zählung	2.01 2.03	Varicellen-Zoster KBR	12.68
Thyreoglobulin	14.24		
Thyreoglobulin Antikörper	11.17	Viren - Abstrichpräparate mittels Immunfluoreszenz (Elisa s. Pos.Nr. 12.81)	12.04
Tierversuch, erstes Tier	12.15	Vitamin A, B, C, D, E je	11.93,
Tierversuch, jedes weitere Tier	12.16	11.93a bis 11.93e	
Toxoplasmose IgM-AK (EIA)	12.64	Vitamin B12	11.74
Toxoplasmose KBR	12.63		
Toxoplasmose (Sabin-Feldmann oder IF)	12.62	W	
TPHA-Test, Austitration	11.32	Waalser Rose mit Titerbestimmung, Austitration	11.41
TRAK Thyreotropin Receptor Autoantikörper	11.76	Wachstumshormon (STH, GH)	14.22
Transferrin	11.64		
TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	15.03	X	
Trichinose EIA	12.96	Xylose	3.36
Trichinose IF	12.66	Xylosebelastung Anzahl Xylose	15.09
Trichinose KBR	12.65		
Trichloressigsäure	5.40	Y	
Triglyceride (Neutralfette)	3.12		
TSH	14.03	Yersinia KBR, Typ 3, Typ 9,	

pseudotuberculosis 12.70

Z

Zelltypisierung mit monokl.
Antikörpern 1.23

Zellzahl - Bestimmung 9.03

Zink 3.23

Zytizerkosen IF 12.74

Zytizerkosen KBR 12.73

Zytochemische Spezialfärbung 1.14

Zytodiagnostik (ausgenommen
gynäkologisch) 16.02

Gynäkologische Zytodiagnostik
(Papanicolaou) 16.03

Zytomegalie IF 12.98

Zytomegalie IgG- oder IgM-AK
(EIA) 12.72

Zytomegalie KBR 12.71

Zytostatika 13.05

Anlage B

Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen der Krankenbehandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 133 ASVG

Die im Rahmen der ärztlichen Hilfe für Anspruchsberechtigte notwendigen Laboruntersuchungen sind Teil der Krankenbehandlung gemäß § 133 ASVG.

Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Labormedizin ist in Anlage A geregelt. Ebenfalls aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung werden die Kosten jener Laboruntersuchungen abgegolten, welche

- a) von der „Medizinisches Zentrallaboratorium GmbH“, Feldkirch oder Dornbirn,
- b) vom pathologischen Institut, Feldkirch sowie
- c) von Laboreinrichtungen außerhalb des Bundeslandes Vorarlberg, die mit Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden,
erbracht werden.

Hinsichtlich der Abgeltung der erbrachten Leistungen des pathologischen Institutes gem. lit. b) wird Folgendes vereinbart:

Bis 31.12.2006 wurden die Kosten der Laboruntersuchungen durch das pathologische Institut nach den tatsächlich angefallenen Untersuchungen und gem. den vor Inkrafttreten der Regelungen zur LKF-Finanzierung aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und dem pathologischen Institut geltenden Tarifen abgegolten. Ab 01.01.2007 werden diese Leistungen pauschaliert abgegolten. Basis für die Pauschalierung sind die für 2006 abgegoltenen Kosten in Höhe von € 178.439,62 für das I. Quartal, € 171.794,41 für das II. Quartal, € 202.728,27 für das III. Quartal und € 185.389,64 für das IV. Quartal. Diese verändern sich jedes Kalenderjahr im gleichen Verhältnis wie die Gesamtvergütung gem. Abschnitt I, Z 1 lit. a) der Honorarordnung für das betreffende Quartal. Sie werden jeweils auf dem Vorschlag für die Honorarverteilung unter dem Titel Pathologie Feldkirch als Ausgaben angelastet. Diese Regelung gilt solange, wie die für Anspruchsberechtigte der Österreichischen Gesundheitskasse anfallenden Kosten für Laboruntersuchungen des pathologischen Institutes Feldkirch in der LKF-Finanzierung enthalten sind. Ist dies nicht mehr der Fall, ist über die Art und Weise der Abgeltung der dann anfallenden Kosten Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse herzustellen, wobei die Kosten für die Leistungen des pathologischen Institutes oder eines allfällig alternativ für diese Leistungen mit Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse von Vertragsärzten in Anspruch genommen Labors

jedenfalls weiterhin aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung abgegolten werden.

Anlage C

MRT

1. Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie für MRT ist in Anlage A, Zweiter Teil, Drittes Kapitel geregelt. Ebenfalls aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung werden die Kosten jener MRT abgegolten, welche von freiberuflich tätigen einschlägig berufsberechtigten Ärzten erbracht werden und für die eine Leistungspflicht der soz. Krankenversicherung besteht.
2. Die Regelung gem. Ziff. 1. gilt nicht
 - a) für Leistungen mithilfe von MRT-Geräten, welche nach dem 31.07.2011 ohne Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg zusätzlich in den für Vorarlberg geltenden Regionalen Strukturplan (RSG) aufgenommen werden und/oder
 - b) für Leistungen mithilfe von MRT-Geräten, welche zum 31.07.2011 in dem für Vorarlberg geltenden RSG enthalten sind, wenn nach dem 31.07.2011 die krankenanstaltenrechtliche Bewilligung zum Betrieb dieser MRT-Geräte entfällt bzw. ausgesetzt wird und die MRT-Geräte sodann ausschließlich im Rahmen einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit betrieben werden.
3. Für Zuweisungen wird abweichend von § 13 a Gesamtvertrag folgende Regelung getroffen:

Die Vertragsärzte sind verpflichtet, MRT für die eine Leistungspflicht der soz. Krankenversicherung besteht, ausschließlich an Vertragsärzte (Vertragseinrichtungen) zuzuweisen, die im für Vorarlberg geltenden Regionalen Strukturplan Gesundheit enthaltene MRT-Geräte betreiben. Zur Zuweisung an andere Leistungserbringer bedarf es der besonderen Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse. Liegt eine solche Zustimmung nicht vor, werden die der Kasse entstehenden Aufwendungen für die MRT dem zuweisenden Vertragsarzt im Rahmen der nächstfolgenden kurativen Abrechnung vom zustehenden Honorar abgezogen und bei bereits erfolgter Belastung der Gesamtvergütung dieser wieder zugeschrieben.

Anlage D

Einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung für psychotherapeutische Behandlungen von Anspruchsberechtigten

Aus Mitteln der Gesamtvergütung für die kurative ärztliche Hilfe gemäß Abschnitt II. der Honorarordnung wird die in der zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse (als Rechtsnachfolgerin der Vorarlberger Gebietskrankenkasse) und der Ärztekammer für Vorarlberg abgeschlossenen Tarifvereinbarung vom 05.05.1997 einvernehmlich festgelegte Kostenbeteiligung abgegolten.

Anlage E

Tarife für die Gesundenuntersuchungen gemäß § 132 b ASVG

Für Gesundenuntersuchungen gem. dem Gesamtvertrag über Vorsorgeuntersuchungen vom 09.03.05 in der Fassung der Zusatzvereinbarung vom 27.06.2005 gelten folgende Tarife:

1. Das Allgemeine Untersuchungsprogramm gemäß Anlage 1 zum VU-GV wird honoriert mit

ab 01.01.2025 € 104,00

Mit diesem Honorar sind auch alle die VU betreffenden administrativen Tätigkeiten abgegolten, die sich aus dem VU-GV in der derzeit geltenden Fassung einschließlich des 4. Zusatzprotokolls ergeben. Für die ab 01.07.2024 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen erfolgt die Honorierung zum obigen Tarif nur unter der Voraussetzung der elektronischen Übermittlung der Befundblätter. Sofern trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung die Befundblätter für Vorsorgeuntersuchungen ab 01.07.2024 nicht elektronisch übermittelt werden, wird nicht der obige Tarif, sondern der vorher geltende Tarif in Höhe von € 85,00 abgerechnet.

(Beispiel: Werden in einem Abrechnungszeitraum ab dem 01.07.2024 von einem Vertragsarzt insgesamt 50 VUs abgerechnet, davon 30 Befundblätter elektronisch übermittelt, die restlichen 20 noch physisch, so gebührt für die 30 VUs mit elektronischer Befundübermittlung ein Honorar von je € 104,00 und für die restlichen 20 VUs € 85,00).

2. Die Laborleistungen werden honoriert wie folgt:

Frauen, Männer ab 18. Lebensjahr

Gesamt- und HDL-Cholesterin, g-GT gesamt € 6,00

(Die Parameter Triglyceride, rotes Blutbild für Frauen und Harnstreifen werden nicht mehr veranlasst und honoriert).

3. a) Die gynäkologische Untersuchung wird ab 01.01.2025 honoriert mit € 33,60
b) Die im Rahmen gynäkologischer Untersuchungen zu veranlassende zytologische Untersuchung wird mit € 6,40 honoriert.

4. Vorsorgemammographien und Vorsorgemammasonographien gemäß der 3. Zusatzvereinbarung zum 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (VU-GV) werden wie folgt honoriert:

BKFP-Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie – Pos. MAMSON:

Ab 01.01.2025	€	107,21
Ab 01.01.2026	€	109,26
Ab 01.01.2027	€	111,30
Ab 01.01.2028	€	113,34
Ab 01.01.2029	€	115,38

Für Mammographiefunde, die samt Bilddaten an ELGA übermittelt werden, gebührt im Zeitraum von 01.01.2024 bis 31.12.2026 zur Förderung der Digitalisierung eine Zuzahlung. Diese kann mit folgender Tarifposition abgerechnet werden:

MAMBEF „Übermittlung BKFP-Mammographiefund samt Bilddatei an ELGA“
 Max. 1x pro MAMSON verrechenbar € 1,00

Für die Risikoaufklärung, Information und Beratung der Zielgruppe von Frauen von Beginn des 41. bis Vollendung des 75. Lebensjahres wird ab 01. Juli 2023 bis 30. Juni 2025 eine weitere Beratungsposition eingeführt:

BERAUF „Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen des BKFP“

Ab 01. Juli 2024 bis 30. Juni 2025 € 18,00

Verrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit VU-Vertrag

Weiters gilt:

- Konkrete Inhalte der Gesprächsposition sind Ersteinschätzung des familiären Risikos (Indikationenliste), Erhebung weiterer Risikofaktoren anhand der Anamnese und vorliegender Radiologiebefunde sowie Beratung bzgl. Inanspruchnahme des BKFP
- Die Position ist bei Frauen in der Zielgruppe von Beginn des 41. bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres einmal alle 2 Jahre verrechenbar. In diesem Zwei-Jahreszeitraum kann sie von den Ärzten für Allgemeinmedizin in 20% der Fälle in der Zielgruppe und von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in 25% der Fälle in der Zielgruppe verrechnet werden.

Für die Finanzierung stehen in Vorarlberg für das erste Jahr der Laufzeit für Ärzte für Allgemeinmedizin eine Summe von € 49.354,00 und für Fachärzte für Frauenheilkunde und

Geburtshilfe eine Summe von € 61.693,00 zur Verfügung. Für das zweite Jahr der Laufzeit stehen für Ärzte für Allgemeinmedizin eine Summe von € 52.257,00 und für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine Summe von € 65.322,00 zur Verfügung. Sollten diese Summen zur Honorierung der verrechneten Positionen nicht ausreichen, werden die Honorare für diese Positionen in jenem Quartal, in dem die entsprechende Summe zur Neige geht, soweit aliquot gekürzt, dass mit der entsprechenden Summe das Auslangen gefunden wird.

Werden im Rahmen eines Early Rescreen gem. 2. ZV zum 2. ZP zum VU-GV alleinig Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, ist dafür folgende Position verrechenbar:

Early-Rescreen-Vorsorgemammasonographien (beidseitig) € 35,06

5. Zur Sicherstellung der umfassenden Information und individuellen Beratung der Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr im Zusammenhang mit dem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP) wurde nachstehende Honorarposition für Vorsorgeuntersuchungs-Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe geschaffen:

Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP € 3,73

Diese Position ist verrechenbar einmal innerhalb von zwei Jahren für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr. Diese Position gilt für die Laufzeit der zwischen Österreichischer Ärztekammer und Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung zum BKFP, solange sie auch in dieser enthalten ist.

6. Die Bestimmung des PSA-Wertes wird honoriert mit € 4,83

Liefert ein VU-Vertragsarzt die VU-Befundblätter (Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammographie) nicht in elektronischer Form über das e-card-System gemäß dem Zusatzprotokoll vom 17.6.2008 zum VU-Gesamtvertrag vom 9.3.2005, erfolgt - unbeschadet der rechtlichen Verpflichtung des VU-Vertragsarztes zur elektronischen Lieferung - bis auf Weiteres ein Abzug von € 6 vom VU Honorar.

Anlage F

Kassenärztliche Behandlung von Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle)

1. Die Vertragsärzte sind verpflichtet, Personen im Sinne des § 18 des Gesamtvertrages vom 10.11.1956 (Betreuungsfälle) gegen Vorlage des Krankenkassenschecks (Betreuungskrankenscheines) zu behandeln.
2. Die diesbezüglichen Abrechnungsunterlagen sind vom Vertragsarzt gesondert und entsprechend den Erläuterungen der Abrechnungskarte vorzulegen.
3. Die Honorierung der erbrachten Leistungen erfolgt auf Grundlage der Honorarordnung für Vorarlberger Vertragsärzte der Österreichischen Gesundheitskasse , jedoch außerhalb der Gesamtvergütung. Hierbei sind die in der Honorarordnung angeführten Staffellungen und Limitierungen nicht anzuwenden. Die Punktwerte betragen für die

EUR ab
01.01.2025

- | | |
|---|--------|
| a) kassenärztliche Behandlung von Versicherten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen der Österreichischen Gesundheitskasse, die hinsichtlich Ihrer Leistungszuständigkeit nicht der Landesstelle Vorarlberg zugeordnet sind, oder anderer Krankenversicherungsträger aus dem Anwendungsbereich der VO (EG) 883/2004 | 1,8532 |
| b) kassenärztliche Behandlung von Personen, denen mangels eines Versicherungsverhältnisses in der gesetzlichen Krankenversicherung und aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit Krankenhilfe von einem Träger der Sozialhilfe gewährt wird ("Sozialhilfeempfänger")..... | 1,8532 |
| c) kassenärztliche Behandlung von Personen, die von der Österreichischen Gesundheitskasse nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes (KOVG), Heeresversorgungsgesetzes (HVG), Opferfürsorgegesetzes (OFG) oder des Strafvollzugsgesetzes (StVG) ("zugeteilte Anspruchsberechtigte") zu betreuen sind | 1,4622 |

Anlage G

PVE - Abrechnungsgrundlagen

Die Kostentragung gemäß § 2 Abs 5 sowie die ÖGK-Tarife gemäß §§ 12, 13, 14 und 16 der Gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung gem. § 342b Abs 4 ASVG für Primärversorgungseinrichtungen in Vorarlberg (AVSV Nr. 50/2022 idgF) sind wie folgt:

- PV-Management in der Gründungsphase gem. § 2 Abs 5 der oa Vereinbarung einmalig maximal
€ 17.356,15
- Grundpauschale gem. § 12 der oa Vereinbarung pro ärztlichem VZÄ und Quartal
€ 28.926,91
- Für Fallpauschalen (§ 13 der oa Vereinbarung) und Einzelleistungsvergütungen (§ 14 der oa Vereinbarung) ergeben sich die jeweils geltenden Honoraransätze für Punktwerte und Euro-Beträge aus den Anlagen A bis F dieser Honorarordnung sowie aus den Vereinbarungen zwischen Kammer und Kasse betreffend Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass -Untersuchungen und Disease Management Programm „Diabetes Mellitus – Therapie aktiv“.

Anlage H

Kompendium Mammographie

- Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 3. ZV zum 2. ZP VU-GV)
- Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)
- Teil 3: Erläuterungen zu den einzelnen Indikationen für die diagnostische Mammographie (Anlage 1 zur 2. ZV zur HO 2019)
- Teil 4: Datenflussmodell kurative Mammographie (*Anm.: nur der relevante Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV*).

Anlage I

Risikofaktoren COVID-19



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

Als Risikofaktoren für einen schweren COVID-19-Verlauf gelten:

- Alter über 60 Jahre
- Body Mass Index > 30 kg/m²
- Immunsuppression
- Chronische Lungenerkrankung
- Chronische kardiovaskuläre Erkrankung
- Chronische Nierenerkrankung
- Sichelzellkrankheit
- Insulinabhängiger Diabetes mellitus
- Aktive onkologische Erkrankung
- Neurologische Entwicklungsstörungen
- Andere medizinisch komplexe Erkrankungen oder medizinisch bedingte Technologieabhängigkeit