A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A	Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen		
A/01	GRUNDLEISTUNGEN		
A/01/01	Arzt für Allgemeinmedizin - Ordination		
10	Erste Ordination	20	
10FP	PVE-Fallpauschale ÖGK (1x pro Patient und Quartal)	41	
10FPZ	PVE-Zuschlag zur Fallpauschale bei Fremdkassen (1x pro Patient und Quartal)	4	
11	Jede weitere Ordination	10	
12	ZUSCHLAG für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4	
13	ZUSCHLAG zur Ordination an Wochenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10	
14	ZUSCHLAG zur Ordination bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	10	36,12
15	Ausfertigung eines Rezeptes (Verrechnung einer Ordination nicht zulässig) gilt auch für Fachärzte	4	
16	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	36,12
17	Nachtordination im Wochend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag (nicht mehr verrechenbar nach Neuregelung Bereitschaftsdienst ab 1.1.2020)		
18NZ	Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses	18	
18EZ	Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin	26	
18	Erste Ordination über ärztliche Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung und BEFUNDBERICHT beim Arzt für Allgemeinmedizin Die Pos. 12 und 13 können nur verrechnet werden, wenn es sich um ärztlich dringende Fälle handelt und zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten angesetzt sind.	26	
19	Telefonordination (nicht mehr verrechenbar nach Einführung der Telemedizin ab 1.4.2021)		
9800	PVE-Pseudoposition für jede weitere Ordination		
A/01/02	Arzt für Allgemeinmedizin - Krankenbesuche		
20	Krankenbesuch (1. und jeder weitere)	42	24,08
21	ZUSCHLAG zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z.B. Unfall, Kollaps, schwere Blutungen u. dgl. verrechenbar) während der Ordinationszeit. Die Notwendigkeit	10	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
	ist zu begründen.			
22	ZUSCHLAG zum Krankenbesuch an Wochenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe)		14	
23	ZUSCHLAG zum Krankenbesuch bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)		14	62,57
24	Mitbesuch, z.B. in Heimen , Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten		20	7,92
25	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag		4	84,28
26	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag (nicht mehr verrechenbar nach Neuregelung Bereitschaftsdienst ab 1.1.2020)			
A/01/03	Arzt für Allgemeinmedizin - Zuschlag für unvorhergesehenes Zeitversäumnis Bei Ordinationen und Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde			
30	bei Tag		20	
31	bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)		40	
	Die Zuschläge nach 30 und 31 sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.			
32LC	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 einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung); verrechenbar ab 1.7.2022		14	
32	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch) 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.		14	
33	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten	P ab 1.1.1998	35	
	Diese Position beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge und systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Diese Position dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer			

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
	Krankheitszustände (Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention mit Dokumentation der Resultate. Voraussetzung zur Verrechnung dieser Position ist die Verleihung des "ÖÄK-Diploms psychosomatische Medizin"			
34	Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde. Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin 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).			24,08
A/01/04	Arzt für Allgemeinmedizin - Zuschlag für Konsilium			
40	bei Tag für den Berufenen		40	
41	bei Tag für den Berufenden		30	
42	bei Nacht für den Berufenen		80	
43	bei Nacht für den Berufenden		60	
44	Teilnahme am Schmerzboard gemäß Zielsteuerungsprojekt "Schmerzboard - Vorarlberg" laut Beschluss der Vorarlberger Landeszielsteuerungskommission vom 21. 11. 2016 Diese Position 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 3x 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.			126,17
45	Monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS (für Allgemeinmediziner und Fachärzte)	P		4,00

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/01/05	Facharzt - Ordination			
50	Erste Ordination ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und BEFUNDBERICHT beim Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Nuklearmedizin	Z	32	
51	Erste Ordination ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht beim Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Urologie Die Positionen 50 und 51 können nur auf einem Zuweisungsschein und nur dann verrechnet werden, wenn eine eingehende Untersuchung und ein schriftlicher Befundbericht erstellt wurde. Wird kein Befundbericht erstellt, ist nur die Pos. 52 verrechenbar.	Z	26	
52	Erste Ordination ohne ärztliche Zuweisung bei allen Fachärzten		20	
53	Weitere Ordination beim Facharzt		10	
54	Weitere Ordination beim Facharzt mit neuerlicher Zuweisung und Befundbericht		18	
55	ZUSCHLAG für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im Anschluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)		4	
56	ZUSCHLAG zur Ordination an Wochenenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)		10	
57	ZUSCHLAG zur Ordination bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)		10	36,12
58	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag		4	36,12
59	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag		4	62,57
68	Telefonordination (nicht mehr verrechenbar nach Einführung der Telemedizin ab 1.4.2021)			
A/01/06	Facharzt - Krankenbesuche			
60	Erster Krankenbesuch ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht bei allen Fachärzten Diese Position kann nur auf einem Zuweisungsschein verrechnet werden.	Z	62	24,08
61	Erster und jeder weitere Krankenbesuch OHNE ÄRZTLICHE Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung bei allen Fachärzten		42	24,08

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
62	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	20	7,92
63	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	84,28
64	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	115,85
65	ZUSCHLAG zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z.B. Unfall, Kollaps, schwere Blutung u. dgl. verrechenbar).	10	
66	ZUSCHLAG zum Krankenbesuch an Wochenenden und Feiertagen	14	
67	ZUSCHLAG zum Krankenbesuch bei Nacht	14	62,57
	Bei den Positionen 65 bis 67 ist die Dringlichkeit zu begründen.		
A/01/07	Facharzt - Zuschlag für unvorhergesehenes Zeitversäumnis Bei Ordinationen und Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde		
70	bei Tag	20	
71	bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	40	
	Die Zuschläge nach 70 und 71 sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.		
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; 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); verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie sowie 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; verrechenbar ab 1.7.2022	14	
72	Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch) Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit	14	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert

dem Besuch abgegolten.

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

GESAMTLIMIT: 15 % der abgerechneten Fälle.

73	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten ab 1.1.1998	P		35

Diese Position beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Diese Position 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 Position ist die Verleihung des "ÖÄK-Diploms psychosomatische Medizin"

A/01/08 Facharzt - Zuschlag für Konsilium

80	bei Tag für den Berufenen		40
81	bei Tag für den Berufenden		30
82	bei Nacht für den Berufenen		80
83	bei Nacht für den Berufenden		60

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/02	Allgemeine Sonderleistungen		
A/02/01	Blutabnahme		
100	Blutabnahme aus der Vene	4	
101	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 10 Jahren	8	
102	Aderlaß (mindestens 150 ccm)	10	
103	Mikroblutentnahme bei Kindern bis zu 6 Jahren, Zuschlag	4	
A/02/02	Injektionen		
110	Subcutane, intracutane Injektion (mit der Ordination bzw. Besuch abgegolten)		
111	Intramuskuläre Injektion	4	
112	Intravenöse Injektion	6	
113	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zu 10 Jahren	10	
114	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	10	
	Die Positionen 111, 112, 113 und 114 dürfen bei Serieninjektionen (mehr als 3 Injektionen) nur ohne Ordination verrechnet werden.		
115	Intraarterielle Injektion	14	
116	Intracardiale Injektion	14	
117	Subconjunktivale Injektion	4	
118	Parabulbäre Injektion	8	
119	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten	24	
120	Injektion an den Plexus ceoliacus, in das Ganglion Gasseri	50	
121	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12	
122	Krampfadernverödung, max. 5 Verödungen pro Sitzung	8	
123	Haemorrhoidenverödung durch Injektion	8	
124	Periarticuläre Injektion	10	
125	Intraarticuläre Injektion in ein Gelenk	20	
A/02/03	Infiltrationen		
130	Subcutane Infiltration	8	
131	Intramuskuläre Infiltration	8	
132	Perineurale Infiltration	8	
133	Intrac. Infiltration durch Dermojet, pro Sitzung	8	
A/02/04	Infusionen		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
140	Intraarterielle Infusion	40	
141	Intravenöse Dauertropfinfusion	20	
A/02/05	Allergietestungen und Impfungen		
150	Tine-Test und ähnliche, je	2	
151	Allergieproben, Hautfunktionsprüfung, epidermaler Läppchentest, je	2	
152	Intradermaler Pricktest, je	6	
153	Therapeutische Impfung	8	
	Die Positionen 151 und 152 können jeweils pro Patient und Quartal mit maximal 50 Punkten verrechnet werden.		
A/02/06	Punktionen (diagnostisch)		
160	Aus oberflächlichen Körperteilen (z.B. Cysten, Schleimbeutel und Lymphknoten, Abszessen, Hämatomen, fraglichen Tumoren o.ä.	10	
161	Aus einem Gelenk	20	
162	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	14	
163	Aus dem Herzbeutel	40	
164	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30	
165	Suboccipitalpunktion	30	
166	Sternalpunktion	30	
167	Punktion der Prostata	20	
168	Punktion der Leber, Milz oder Nieren ohne Laparoskopie	60	
169	Punktion während der Laparoskopie	30	
170	Punktion aus der Harnblase	20	
A/02/07	Punktionen (therapeutisch)		
171	Aus einer Cyste, einem Schleimbeutel, einem Lymphknoten, einem Abszeß oder Hämatom	16	
172	Aus größeren Gelenken einschließlich ev. Füllung	30	
173	Aus der Brust- oder Bauchhöhle oder Douglas	50	
174	Aus dem Herzbeutel	60	
175	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	30	
176	Suboccipitalpunktion	30	
177	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanella	30	
178	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung	20	
179	Aus der Harnblase	30	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/02/08	Betäubung			
180	Kälte- oder Oberflächenanästhesie		4	
181	Infiltrationsanästhesie		8	
182	Leitungsanästhesie		16	
183	Inhalations- oder i.v. Narkose		30	
184	Sacralanästhesie oder Plexusanästhesie		30	
185	Lumbalanästhesie		40	
186	Narkose mit Intubation		50	
187	Lokalanästhesie in das Bruchhämatom		16	
188	Lumbale Sympatikusblockade		24	
A/02/09	Wiederbelebung			
190	Intensiver Belebungsversuch beim schwer asphyktischen neugeborenen Kind		20	
191	Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung		30	
192	Apparative Beatmung durch Saugdruckverfahren bei vitaler Indikation, als Zuschlag zu 191 und 193.		10	
193	Künstliche Beatmung als Wiederbelebungsversuch einschließlich extrathorakaler Herzmassage.		30	
A/02/10	Ärztliche Verrichtung am Magen-Darmtrakt			
200	Bougierung der Speiseröhre		10	
201	Ausheberung und Spülung des Magens		40	
202	Zuschlag für Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu 10 Jahren		20	
203	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums mit allfälligen Biopsien		115	61,39
204	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes mit allfälligen Biopsien		40	
209	Digitaluntersuchung des Mastdarmes		6	
210	Bougierung des Mastdarmes oder einer Colostomiefistel		6	
211	Proktoskopie		10	
212	Sphinkterdehnung		10	
213	Hohe Darmirrigation		10	
214	Digitale Ausräumung des Mastdarmes		10	
215	Schlingenpolypektomie im Kolon	P	40	
216	Inkomplette (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	P		239,66

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
217	Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung 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.	P		330,54
A/02/11	Sonstige ärztliche Verrichtungen			
220	Extraktion eines Zahnes, einwurzelig		10	
221	Extraktion eines Zahnes, mehrwurzelig		16	
222	Oszillometrie mit graphischer Dokumentation		20	
223	Oszillometrie ohne graph. Dokumentation		12	
224	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht		4	
225	Lösung von Konglutinationen pro Fall		10	
226	Durchtrennung des Zungenbändchens		8	
227	Sondierung einer Fistel		4	
228	Konservative Behandlung von Hernien, je Sitzung (Reposition oder Behandlung einer kindl. Nabel-hernie)		6	
229	Erhebung des Venenstatus an beiden Beinen (Prüfung nach Trendelenberg usw.) mit Dokumentation.		10	
230	Ausführlicher ärztl. Befundbericht im kassenärztlichen Bereich		6	
235	Wechseln von Magenaustauschsonden (Gastrotube)		14	
236	Wechsel von suprapubischen Blasenkathetern		14	
237	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrates), verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	P	20	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
238WF	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung - Folgekontakt im Quartal	P	54,34

Mit diesen Positionen sind alle ärztlichen Leistungen abgegeolten, 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
- Ausstetllung von Mitgaberegelungen (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 Position 238E zur Abrechnung gelangt. Die Position 238WF ist zusätzlich zur Position 238E oder 238WE pro Patient und Quartal maximal 2x verrechenbar.

Weiters gilt für die Positionen 238E, 238WE, 238 WF: Die Positionen 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, (238E: Basismodul "Indikationsstellung und Einstellung"; 238WE und 238WF: 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.

Die bisherige Position 238 entfällt.

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
238E	Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken 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 Leitlinien "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 Mitgaberegelungen (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 enes Jahres ist die Verrechnung der Position ein zweites Mal möglich.	P		135,85
238WE	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung - Erstkontakt im Quartal	P		83,60
239	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 der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder		10	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
	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). Das Heilmittelberatungsgespräch hat mind. 5 - 10 min. zu dauern. Der Arzt führ 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.			
A/02/12	Dopplerschall-Untersuchungen			
231	Nicht direktionale Ultraschall-Dopplermessung des distalen Arteriendruckes beider Beine			15
232	Direktionale Dopplersonographie aller Extremitäten-arterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve aller Extremitäten-arterien, Durchführung ev. Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	P		50
233	Dopplersonographische Untersuchung des Karotis-vertebralisarteriensystem	P		50
234	Dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems	P		24

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/03	Sonderleistungen aus dem Gebiet der Augenheilkunde		
A/03/01	Untersuchungen		
240	Subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	6	
241	Subjektive Refraktionsbestimmung ohne Astigmatismus	4	
242	Skiaskopie (nach Lindner)	6	
243	Untersuchung mit dem Refraktometer	6	
244	Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking	14	
245	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit pseudoisochramtischen Tafeln und gleichwertigen Testen	4	
246	Prüfung der Farbtüchtigkeit mit dem Anomaloskop	10	
247	Prüfung des Gesichtsfeldes mit graphischer Darstellung	16	
248	Programmgesteuerte Perimetrie (Hochleistungsperimetrie)	20	
249	Schirmertest	4	
250	Break-up-time (Verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde)	4	
251	Tonometrie mit dem Applanationstonometer	10	
252	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder Durchleuchtungslampe	4	
253	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe), incl. Oberflächenanästhesie	6	
254	Heterophoriebestimmung sowie Prüfung der Fusion und des steroskopischen Sehens	6	
255	Prüfung auf Doppelbilder	6	
256	Prüfung der Doppelbilder mit dem Leescren	14	
257	Kontaktglasuntersuchung (Goldmann usw.) inkl. Gonioskopie, incl. Oberflächenanästhesie	20	
258	Tagesdruckkurve mit mindestens 3 applanationstono-metrischen Messungen, incl. Anästhesie	20	
259	Konvergenztrainer oder Muskeltrainer pro Sitzung	6	
260	Lupenbrillenanpassung	12	
261	Dynamometrie (RAD)	20	
262	Tonographie	30	
263	Fundusfotographie oder Spaltlampenfotographie incl. Sachleistung	26	
264	Fluoreszenzangiographie incl. Sachleistung	50	
265	Fluoreszenzangioskopie	18	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
266	Synoptophoruntersuchung	10	
267	Pleoptophor oder Euthyskopbehandlung pro Sitzung, Amblyopie oder orthoptische Behandlung pro Sitzung	10	
268	Untersuchung mit dem VOLK-Glas oder indirekte Ophthalmoskopie (verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie - nicht verrechenbar neben Position 257).	6	
269	Oculäre Kohärenztomographie (OCT)		88,71
	GESAMTLIMIT: 25 % der abgerechneten Fälle.		
A/03/02	Fremdkörperentfernung		
270	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	8	
A/03/03	Sonstige augenärztliche Verrichtungen		
280	Wimpernepilation	6	
281	Kauterisation der Hornhaut	40	
282	Spaltung des Hordeolums	10	
283	Retrobulbäre Injektion 1.	24	
284	jede weitere	12	
285	Tränensackspülung oder Sondierung 1.	40	
286	wiederholt	14	
287	Tränensackphlegmonenincision	40	
288	Cataractoperation (unabhängig von der OP-Methode)	320	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/04	Sonderleistungen aus den Gebieten der Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie u. orthop. Chirurgie, Dermatologie		
A/04/01	Wundversorgung		
290	Wunde mit Naht und Verband (eine Naht)	20	
291	Kleine Wunde mit Butterfly oder Gewebekleber	10	
292	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	
A/04/02	Kleine operative Eingriffe		
300	Incision eines oberflächlichen Abszesses, Furunkels, einer Paronychie, eines Panaritiums cutaneum oder eines vereiterten Atheroms	10	
301	Exkochleation, Ätzung, Kaustik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	10	
302	Exkochleation, Ätzung, Kaustik mehrerer Warzen oder Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste in einer Sitzung	20	
303	Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	20	
304	Bluttransfusion mit Konserve	30	
305	Incision nach Krampfadernverödung und Thrombektomie	5	
A/04/03	Verbände		
310	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	14	
311	Gipsverband, Hand und Unterarm	30	
312	Gipsverband, Hand, Unter- und Oberarm	50	
313	Gipsverband, obere Extremität und Schultergürtel	120	
314	Gipsverband, Fuß, Unterschenkel oder Hülse	50	
315	Gipsverband, Fuß, Unter- und Oberschenkel	80	
316	Gipsverband, untere Extemität und Becken	150	
317	Abnahme eines großen Gipsverbandes	10	
318	Anbringung eines Gehbügels, Reparatur eines Gipsverbandes	10	
319	Abänderung eines festen Verbandes (Fensterung, Schieneneinsetzung, Aufkeilung)	10	
320	Abduktionsschienenverband mit Stärke- oder Gipsfixation	40	
321	Armverband nach Desault mit Gipsfixation	50	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
322	Behandlung chronischer Hautwunde (Ulcusbehandlung) inkl. Verbandanlage mit einem Zeitaufwand von mehr als 10 Minuten; Verbandsmaterial ist dem Patienten zu verordnen.	14	

A/04/04 Orthopädische Verrichtungen

330	Modell für Einlagen bei Senk-, Spreiz- oder Knickfuß (einschließlich Kontrolluntersuchung nach Übernahme der Einlagen)	30	
331	Überprüfung und Anpassung eines orthopädischen Behelfes	10	
332	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden oder Elastoplast oder Tape (normaler Kompressionsverband nach Varizenverödung nicht verrechenbar)	20	
333	Gezieltes manuelles Wirbelsäulenredressement (max. 3 mal pro Krankheitsfall)	20	
334	Manuelle Therapie der Gelenke (nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin) max. 3 mal pro Krankheitsfall	12	
335	Anleitung und Demonstration gymn. Übungen durch den Arzt (verrechenbar für Kinderärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie)	10	

A/04/05 Knochenbrüche

340	Provisorische Versorgung kleiner Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	10	
341	Alle übrigen Knochen	30	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/05	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
A/05/01	Frauenheilkunde		
350	Gynäkologische Untersuchung	4	
351	Einlegen und Wechseln eines Pessars	6	
352	Untersuchung mit dem Kolposkop	10	
353	Entnahme von Untersuchungsmaterial für Zytodiagnostik oder für Sekretuntersuchung außerhalb der Krebsprophylaxe	4	
354	Einlegung arzneilhaltiger Tampons in die Scheide, Ausspülung, Ätzung oder Tamponade der Scheide	8	
355	Elektrokauterisation der Portio oder Cervix	30	
356	Hysteroskopie incl. Cervixdilatation	27	
357	Probeexcision bei Hysteroskopie 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.	13	
A/05/02	Geburtshilfe		
360	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane unter sterilen Bedingungen (sofern keine geburtshilfliche Leistung verrechnet wird, während der Geburt oder Fehlgeburt)	14	
361	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. Crede-scher Handgriff, Dammschutz, Wiederbelebung des Neugeborenen usw. Bei Verrechnung der Position 361 kann die Position 360 nicht gleichzeitig verrechnet werden.	100	
362	Manuelle Muttermunddilatation oder Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14	
363	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	50	
364	Beistand bei Mehrfachgeburt ohne Kunsthilfe	150	
365	Ultraschalldiagnostik nach dem Dopplerprinzip, Lokalisation der kindl. Herztöne und Feststellen der Frequenz (nicht gleichzeitig verrechenbar mit Position 366)	4	
366	Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	30	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/06	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten		
A/06/01	Untersuchungen		
370	Prüfung des statischen Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontannystagmus	10	
371	Eingehende Prüfung des stat. Gleichgewichtes, Prüfung auf Spontansymtome, Prüfung auf Spontan- oder Provokationsnystagmus mit Kopfschüttelnystagmus und Lagenystagmus, kalorische oder Drehprüfung	30	
372	Elektronystagmographie in Ruhe (Bei dieser Position ist 370 eingeschlossen und darf daher nicht gesondert berechnet werden)	50	
373	Elektronystagmographie einschließlich experimentieller Reizung	60	
374	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	Erweiterte audiographische Abklärung od. Simulationsteste oder überschwellige Methoden	40	
376	Ohrmikroskopie	10	
377	Stimmgabelprüfung	8	
378	Endoskopie der Nebenhöhlen, des Larynx oder des Nasen-Rachenraumes	30	
379	Reintonaudiometrie	30	
380	Sprachenentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) (Zeitaufwand 10 Minuten)	16	
A/06/02	Therapeutische Verrichtungen		
381	Schwierige Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	10	
382	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu 10 Jahren	16	
383	Umschriebene Ätzung, Elektrokoagulation der Nasenschleimhaut, einfache Nasentamponade, je Seite	12	
384	Schichtentamponade	12	
385	Cerumenentfernung, je Ohr	6	
386	Anwendung des Tubenkatheters einschließlich Oberflächenanästhesie, je Seite	6	
387	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	40	
388	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	10	
389	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle,	12	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	beidseitig		
390	Speichelgangsondierung	20	
391	Logopädische Behandlung, je Sitzung	10	
392	Kaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	36	
393	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell oder aus der Paukenhöhle mit scharfem Löffel oder andere Eingriffe (Entfernung von Ohrpolypen)	20	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/07	Sonderleistungen aus den Gebieten Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde			
A/07/01	Elektrokardiogramm			
400	Ruhe EKG (Standard, Goldberger)	P	10	
401	Ruhe EKG und 3 Brustwandableitungen	P	15	
402	Ruhe EKG mit 6 Brustwandableitungen	P	20	
403	Ergometrie plus Ruhe EKG (Verrechenbarkeit nur nach Genehmigung) Die Pos. 400, 401 und 402 sind nicht neben der Pos. 403 verrechenbar.	P	80	
404	Zuschlag für EKG am Krankenbett Die Positionen 400 bis 404 werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.	P	20	
405	Rheokardiographie, Apexcardiographie, Carotispulskurve		40	
406	Rheoangiographie, je Extremität		22	
407	Phonokardiogramm		40	
408	Orthostaseprüfung nach Schellong		10	
409	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	Spezielle Untersuchung auf Cerebralparese (CP), Cerebralschäden bei Säuglingen und Kleinkindern (Risikokinder, Verdachts- oder Erkrankungsfälle) (Kann nur einmal vierteljährlich verrechnet werden)		24	
411	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	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) (Zeitaufwand 10 Minuten)		16	
413	Heilpädagogische Beratung bei Kindern		16	
414	24-Stunden-Langzeit-EKG (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin und 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	P	125	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert

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.

415	Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring	P	50	

Indikationen:
1. Nicht klärbarer Hypertonieverdacht bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes durch die Kombination von Sprechstunden und Selbstmessung
2. Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei sekundärer Hypertonie, Präklampsie, 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 Schwanzgeren 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 u. Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie *)

*) Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstunden-
messung 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 Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie. Zur Therapiekontrolle gem. Ziff. 3 der Indikationen (nach erfolgter Neueinstellung) auch verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin.
Zusätzlich gilt für alle drei Fachgruppen: verrechenbar nur bei Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den jeweils geltenden einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK.

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
416	Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung	P	65	

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
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 incl. 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 Spondyloarthritiden 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)	P	23	

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
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 Padiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Diesen gebührt ab 1.1.2024 zum Ausgleich der geringeren Punktequote und des hinsichtlich ihrer Patienten zu erwartenden zeitlichen Mehraufwands ein Regiezuschlag zu dieser Pos. in Höhe von EUR 22,47 wobei die Pos. 417 von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
	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)	P	20	
	VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: 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. Einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.		6	
438	Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System)	P	60	
439	Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD)	P	100	
	VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Die Pos. 438 und 439 sind abrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie ab dem 1.10.2019. Mit den vorgesehenen Honoraren für die Pos. 438 bzw. 439 ist auch der gesamte anlässlich des Kontrolltermins anfallende Material- und Geräteaufwand abgegolten.			

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/08	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten			
A/08/01	Untersuchungen			
420	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit (Kann am gleichen Tag nicht mit 421 verrechnet werden)		16	
421	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	Bestimmung der Rheobase und Chronaxie		12	
423	EEG (Ruhe und Hyperventilation)	P	74	
424	Zuschlag für Schlaf-EEG und/oder Provokationsmethode	P	24	
425	Elektromyographie oder Elektroneurographie und Befund		74	
426	Anwendung und Auswertung neuro-psychiatrischer Testverfahren (z. B. Minimentaltest, CPM- oder SPM-Test)		28	
427	Kleine neuro-psychiatrische Testmethoden (orientierende Testuntersuchung z. B. Uhrentest, Hachinskyi-Test, Alters-Konzentrationstest, BUEVA-Test, Heidelberger Sprachentwicklungstest)		18	
428	Echo-EG		52	
A/08/02	Therapeutische Verrichtungen			
430	Psychotherapeutische Behandlung - Zeitaufwand mindestens 1 Stunde	P	80	
431	Psychotherapeutische Behandlung; neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mindestens 15 min	P	30	
432	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	20	
433	Psychotherapeutische Behandlung; erweiterte neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) bei schwerwiegenden Krankheitsbildern z. B. Schizophrenien, Borderline-Störungen, Depressionen, mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mindestens 30 Minuten	P	46	
434	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle		100	
435	Psychiatrische psychopharmakologische, parenterale Akutbehandlung einschließlich notwendiger Überwachung		30	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
436	Psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse	30	
	Die Positionen 430, 432, 433 hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen, 434, 435 sowie 436 sind nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychiatrie (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar.		
	Die Positionen 430, 431, 432, 433 sind hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen auch für andere Vertragsärzte mit Ärztekammerdiplom Psychiatrie III verrechenbar.		
	Die Positionen 430, 432 und 434 können am selben Tag nicht zusammen mit den Positionen 435 und 436 verrechnet werden.		
437	Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag - pro beendeten 5 Minuten 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	
	Die Position 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.		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/09	Leistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
A/09/01	Leistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
490	Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	513	
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	

Mit der Honorierung gem. den vorstehenden Positionen sind alle Leistungen der Krankenbehandlung abgegolten und es können keine anderen Leistungspositionen gem. der Honorarordnung verrechnet werden.

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/10	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie		
A/10/01	Untersuchungen		
440	Endoskopia urethralis anterior	20	
441	Endoskopia urethralis posterior	30	
442	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie)	40	
443	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsüberprüfung (Chromocystoskopie)	50	
444	Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens einschl. Endoskopie und Nierenbeckenspülung	60	
445	Dasselbe doppelseitig	80	
446	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	6	
447	Retrograde Füllung der Harnröhre mit Kontrastmittel bis über den Blasenhals hinaus (UCG)	30	
448	Verzögertes Cystogramm + Miktionscystogramm, röntgenologisch (RCM)	40	
449	Cystogramm und Miktionscystogramm (CM)	30	
450	Uroflowmetrie	30	
451	Zystomanometrie (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	60	
452	Urethralprofil (Verrechenbar von Fachärzten für Urologie)	40	
453	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. Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	20	
A/10/02	Therapeutische Verrichtungen		
460	Katheterismus der männlichen Harnblase oder Instillation	10	
461	bei Knaben bis zu 6 Jahren	12	
462	Katheterismus der weiblichen Harnblase oder Instillation	10	
463	bei Mädchen bis zu 6 Jahren	12	
464	Einlegen eines Verweilkatheters (Verweilbougies)	14	
465	Blasenspülung (Katheterismus kann gesondert verrechnet werden)	4	
466	Strikturdehnung der Harnröhre	10	
467	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Harnröhre	10	

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

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/11	Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte Eine Ordination kann grundsätzlich nur zu Beginn und am Ende der Behandlung verrechnet werden. Eine eventuell erforderliche Zwischenordination kann nur mit besonderer Begründung verrechnet werden.		
A/11/01	Massage		
500	Manuelle Teilmassage (mind. 10 Minuten)	8	
501	Apparatmassage (mind. 10 Minuten)	4	
502	Pneumomassage des Trommelfelles	6	
	Die Pos. 500 und 501 können pro Quartal maximal 2mal pro Patient verrechnet werden.		
A/11/02	Gymnastik		
510	Anleitung zu heilgymn. Übungen	6	
511	Extensionsbehandlung am Extensionstisch	14	
512	Orthop. Gruppenturnen für 2 - 4 Personen (Mindestdauer 30 Minuten) pro Person	8	
513	Glissonschlinge	6	
514	Kryo-Therapie	4	
A/11/03	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen		
520	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o.ä.)	4	
521	Schwellstrom oder Exponentialstrom (Lähmungs-behandlung durch den Arzt)	10	
522	Galvanisation, Interferenzströme, Diadynamische Ströme und Exponentialstrom mit elektr. gesteuerten Geräten	8	
523	Iontophorese	8	
524	Kurzwelle und verwandte Hochfrequenzverfahren	8	
525	Ultraschall	8	
A/11/04	Inhalationen		
530	Dampfinhalation	4	
531	Aerosolinhalation	6	
A/11/05	PUVA-Bestrahlungen oder UVB		
540	Gesamtbestrahlung	12	
541	Lokalbestrahlung	6	
542	Lichttestung	24	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert

A/12 Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

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

Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45 % bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35 % 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 ab dem 1. Quartal 2009 mehr als 45 % bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35 % 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.

Der Prozentsatz von 45 % verringert sich bei Vertragsfachärzten ab dem 1. 1. 2010 jährlich um 3 %-Punkte bis ein Prozentsatz von 25 % erreicht ist, der Prozentsatz von 35 % verringert sich bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ab dem 1. 1. 2010 jährlich um 2 %-Punkte bis ein Prozentsatz von 20 % erreicht ist.

A/12/01 Morphologische Blutuntersuchungen

600	Blutbefund komplett mit Abnahme (Erythrocyten oder Hämatokrit, Leukocyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Färbeindex bzw. HbE)	30
601	Rotes Blutbild (Erythrocyten oder Hämatokrit, Hämoglobin, Färbeindex bzw. HbE)	12
602	Weißes Blutbild (Leukocyten- und Differentialzählung)	16
603	Erythrocyten	6
604	Hämoglobin	4
605	Hämoglobin bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
606	Leukocyten	8
607	Differentialzählung	10
608	Retikulocyten	14
609	Hämatokrit	6
610	Hämatokrit bei Kindern bis zu 2 Jahren	10
611	Untersuchung des Sternalpunktates (Differentialzählung und Beurteilung)	30
612	Prüfung der osmotischen Resistenz	20

A/12/02 Blutsenkung

620	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme	8

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
621	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme bei Kindern bis zu 10 Jahren	12	
A/12/03	Blutgerinnung		
630	Thrombocyten	12	
631	Gerinnungszeit oder Rekalzifizierungszeit	6	
632	Blutungszeit	4	
633	Prothrombinzeit (Quick)	10	
634	Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thrombinzeit	12	
635	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	
A/12/04	Reststickstoff, Eiweißkörper, Kohlehydrate		
640	Bestimmung von Harnstoff	14	
641	Indikan, Xanthoprotein, qualitativ je	10	
642	Blutzucker, Streifentest	4	
643	Blutzucker mittels Reflotest	10	
644	Blutzucker fotometrisch	12	
645	Latex-Rheumafaktortest	14	
646	C-reaktives Protein	18	
647	Bilirubin	12	
648	Blutzuckerkurve oder Tagesprofil, komplett (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, quantitativ, nur chemisch oder photometrisch)	40	
649	Troponin-T Test (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten)	7	
A/12/05	Kolloidstabilitätsreaktionen		
650	Thymoltrübungsreaktion	6	
A/12/06	Farbstoffe, Wirkstoffe		
660	Phosphatase (alkalisch, saure); + Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Fermentbestimmungen im Serum	11	
A/12/07	Blutgruppenbestimmungen		
670	Blutgruppenbestimmungen (A, B, AB, O) mit Rhesusfaktor	20	
671	Immunkörpertitration	12	
672	Kompletter Blutgruppenstatus (A, B, AB, O, deren Untergruppen sowie Rhesusfaktor einschl. Immunkörpertitration)	38	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
673	Blutgruppenbestimmung (Kreuzprobe)	10	
674	Coombstest	20	
A/12/08	Harnuntersuchungen		
680	Harnuntersuchung mit Streifen, einzel oder mehrfach oder Sulfosalizylsäure	2	
681	Spez. Gewicht	2	
682	Sediment	8	
683	Harnkultur nach Objektträgermethode (z.B. Urikult) mit Anbrütung	6	
A/12/09	Sputumuntersuchungen		
690	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen, Arauminfärbung o.ä., mit Anti-forminanreicherung)	14	
691	Ziehl-Neelsen oder elastische Fasern	8	
692	Untersuchung auf elastische Fasern	4	
693	Nativpräparat	4	
694	Färbepräparat	6	
A/12/10	Magensaftuntersuchungen		
700	Magensäurebestimmung mit Pentagastrinstimulation	40	
A/12/11	Stuhluntersuchungen		
710	Stuhl auf Blut	4	
711	Bilirubin im Stuhl	4	
712	Urobilinogen im Stuhl	4	
713	Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)	8	
714	Stuhl auf Fett	6	
A/12/12	Funktionsproben		
720	Bestimmung der Vitalkapazität	10	
721	Bestimmung der VC, Tieffenautest und Atemgrenzwert (incl. Aufzeichnung)	16	
722	Pharmakodynamischer Funktionstest	16	
723	Atemtraktwiderstandsmessung, nicht durch Body-plethysmographie	12	
724	Prüfung der Leberfunktion durch Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion und Blutabnahmen	24	
725	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion und dazugehöriger Harnuntersuchungen	20	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
726	Blutgasanalyse Limit: In 25 % der Fälle verrechenbar		35	
726LC	Blutgasanalyse verrechenbar nur für Fachärzte 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; verrechenbar ab 1.7.2022	Z	35	
A/12/13	Liquoruntersuchungen			
730	Zellzahl		10	
731	Pandy, Nonne-Appelt, je		4	
732	Untersuchungen auf Tbc		8	
733	Bakteriologisches Färbepräparat		6	
A/12/14	Untersuchung von Punktionsflüssigkeiten			
740	Spez. Gewicht		2	
741	Rivalta		4	
742	Nativpräparat		4	
743	Sediment, nativ		4	
744	Sediment, Färbepräparat		6	
745	Ziehl-Neelsen, o.ä. mit Anreicherung		14	
A/12/15	Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane			
750	Sekretabstrichuntersuchung auf Go, erste Stelle (höchstens 2 weitere Stellen verrechenbar)		8	
751	jede weitere Stelle		4	
752	Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld) mit Abnahme		20	
753	Spermiogramm komplett (Volumen, Farbe, Verfl., Viskos., ph., Spermz., Motilität, abn. Form, Fructose) Beurteilung		70	
754	Sekretuntersuchung der Vaginalsmear (Phasenkontrast, Methylenblau, Trichomonaden)		8	
755	Aufwendige native Untersuchung von Genitalsekreten, (Phasenmikroskopie), z.B. Sims Huner-Test, Farnkrauttest, Funktionscytologie, Kurzroll-Miller-Test		20	
A/12/16	Untersuchung sonstiger Sekrete und Beläge			
760	Mikroskopische Untersuchung eines Materials auf Krankheitserreger im Nativ-Präparat, z.B. Pilze		6	
761	Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwendung einfacher Färbeverfahren, z.B. Methylenblau-Färbung		8	
762	Mikroskopische Untersuchung eines Materials unter Anwen-		14	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	dung komplizierter Färbeverfahren, z.B. Gram-Färbung		
763	Pilz- bzw. Bakterien-Nachweis, grob-quantitativ, unter Verwendung eines vorgefertigten Nährbodens	20	
764	Trichogramm. Miroskopische Differenzierung und ggf. Färbung von Haaren einschl. deren Wurzeln, einschl. Epilation	20	
A/12/17	Schwangerschaftsreaktion		
770	Serolog. Schwangerschaftstest (nur bei kurat. Notwendigkeit)	32	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/13	Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie, Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie und Lungenkrankheiten, Anästhesiologie und Intensivmedizin			
A/13/01	Durchleuchtungen und Zuschläge			
800	Durchleuchtung mit/ohne Kontrastbrei	P		7,29
801	Magendurchleuchtung einschl. Motalitätsprüfung am gleichen Tag	P		11,88
802	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	P		11,88
803	Motalitätsprüfung allein	P		5,19
804	Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen (i.v. Pyelographie, i.v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie)	P		8,47
805	Untersuchung mit Doppelkontrast	P		16,80
806	Zuschlag für Bildverstärker, nur in Verbindung mit 800, 801 und 802 verrechenbar	P		7,29
A/13/02	Aufnahmen			
810	9 x 12	P		6,54
811	10 x 10	P		8,47
812	13 x 18	P		7,72
813	18 x 24	P		9,80
814	15 x 40	P		10,53
815	24 x 30	P		11,44
816	30 x 40	P		15,59
817	35 x 35	P		17,11
818	20 x 40	P		13,77
819	35 x 43	P		20,35
820	30 x 90	P		48,10
821	Zahnfilm je Aufnahme	P		3,45
A/13/03	Honorar Fachärzte für Radiologie			
830	Erste Handhabung pro Quartal	P	22	
831	jede weitere	P	6	
A/13/04	Honorar Teilradiologen			
835	Erste Handhabung pro Quartal	P	8	
836	jede weitere	P	2	
A/13/05	Honorar Fachärzte für Lungenkrankheiten			
840	Erste Handhabung pro Quartal	P	20	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
841	jede weitere	P	6	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/14	Sonographie-Tarife			
A/14/01	Sonographie-Tarife			
850	Oberbauch (Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz, Pankreas, große Gefäße sowie gegebenenfalls Nieren und die in der Region liegenden Abschnitte des Magen-Darmtraktes)	P	70	
860	Nieren, Retroperitoneum, gegebenenfalls inklus. ableitende Harnwege, Harnblase und Prostata sowie Gefäße der Region	P	60	
870	Weibliches Becken (Uterus, cervikale Abschnitte der Vagina, Adnexe beidseits, gegebenenfalls Harnblase, Gefäße und Darmabschnitte der Region)	P	50	
880	Männliches Becken (Harnblase, Prostata, gegebenenfalls Gefäße und Darmabschnitte der Region)	P	38	
890	Ein Organ (als ein Organ gelten z.B. Gallenblase und Gallenwege, beide Nieren, Uterus, Ovar, siehe auch erläuternde Bestimmungen)	P	35	
892	Endovaginale Sonographie	P	42	
893	Transrektale Prostatasonographie	P	42	
894	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund	P	25	
895	Sonographie der Weichteile einer Schulter	P	35	
900	Geburtshilflicher Ultraschall bei medizinischer Indikation	P	40	
910	Weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung eines Feten nach vorangegangener Ultraschalluntersuchung mit Verdacht auf Schädigung, auf Mißbildung oder Erkrankung (siehe erläuternde Bestimmungen).	P	70	
920	Echokardiographie (2-D-Bild + TM einschl. Dokumentation)	P	80	
922	Dopplerechokardiographie bzw. Farbdoppler-Echokardiographie	P	100	
930	Schilddrüse	P	35	
940	Hüftgelenke beim Säugling	P	35	
945	Duplexsonographie des Carotis-vertebralis-Arteriensystems	P	90	
946	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.	P	50	
947	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur Abklärung einer venösen Insuffizienz verrechenbar.	P	50	

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
950	Zuschlag zu den unter Pos. 850 - 895 und 930 genannten Leistungen bei indizierter Untersuchung von einem oder mehreren weiteren Organen	P	10	

Erläuternde Bestimmungen

Grundsätzlich ist die Verrechenbarkeit sonographischer Untersuchungen im kassenärztlichen Bereich gebunden an die Befürwortung der Ärztekammer für Vorarlberg was die Qualifikation des Untersuchers und die Zulassung der Vorarlberger Gebietskrankenkasse.

Als Organe im Sinne der vorbeschriebenen 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.

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.

Nach operativer Entfernung oder bei fehlender Angabe eines Organes gilt die Untersuchung des Organes als durchgeführt, wenn die entsprechende Region untersucht worden ist.

Die Positionen 850 bis 895 sind nicht zugleich verrechenbar. Muß die Untersuchung auf ein über die jeweilige Position hinausgehendes Organ ausgedehnt werden, so ist die Position 950 zusätzlich zu verrechnen (z. B. Ultraschalluntersuchung des kompletten Abdomens 850 + 950, Untersuchung des weiblichen Beckens bei Urologen 890 für Harnblase + 950 für die urologisch relevante Umgebung). Untersuchungen zum Seitenvergleich sind nicht als gesonderte Untersuchungen verrechenbar.

Müssen mehrere Organe einer bestimmten Region untersucht werden, so ist die Position der entsprechenden Komplexuntersuchung (850 bis 880) anzuwenden.

Die Pos. 920 und 922 sind nicht zugleich verrechenbar.

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).

Unter der Voraussetzung der erbrachten Ausbildungsqualifikation sind grundsätzlich nur folgende Positiionen für folgende Fachgruppen verrechenbar:

Vertragsärzte für Allgemeinmedizin:

a) Mit Qualifikation für abdominelle Ultraschalldiagnostik:

850, 860, 880, 890, 950

b) Mit Qualifikation für gynäkologisch-geburtshilflichen Ultraschall:

870, 890, 892, 900, 950, 5009, 5019, 5049

c) Mit Berechtigung für den Ultraschall der Säuglingshüfte:

940, 5069, 5119

Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

870, 890, 892, 900, 950, 5009, 5019, 5049

Für die Verrechenbarkeit der Position 910 ist eine besonders noch festzulegende Ausbildungsqualifikation und Genehmigung erforderlich.

Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:

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

Vertragsfachärzte für Innere Medizin:

850, 860, 880, 890, 895, 920, 922, 930, 945, 946, 947, 950

Für die Verrechenbarkeit der Pos. 895 durch Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie sowie Vertragsfachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie bedarf es allerdings einer Sondergenehmigung! Für den Abschluss einer solchen Sondergenehmigung ist unter Nachweis der fachlichen Qualifikation (ÖÄK-Ultraschall-Zertifikat Bewegungsapparat) bei der Ärztekammer für Vorarlberg anzusuchen.

Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

850, 860, 880, 890, 920, 922, 940, 950, 5069, 5119

Die Verrechnung der Pos. 920 und 922 durch Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ist an den Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den Richtlinien der Arbeitsgruppe Pädiatrische Kardiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde gebunden; diese Richtlinien sind bei der Ärztekammer für Vorarlberg erhältlich.

Vertragsfachärzte für Neurologie (Neurologie und Psychiatrie):

945

Vertragsfachärzte für Urologie:

860, 880, 890, 893, 950

Vertragsfachärzte für Radiologie:

850, 860, 880, 890, 892, 893, 894, 895, 930, 940, 945, 946, 947, 950

Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

890, 895, 940, 950, 5069, 5119

Vertragsfachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie:

946, 947

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

890, 950

Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

947

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

Diese erläuternden Bestimmungen sind ein integrierender Bestandteil des Honorartarifes und somit der Honorarordnung.

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B	Operationstarif und Operationsgruppenschema für praktische Ärzte und Fachärzte		
B/01	ALLGEMEINES zum Operationsgruppenschema		
B/01/01	Zusatzpositionen		
1000	Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hiefür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50%, doch muß die Notwendigkeit und Dringlichkeit begründet werden.		
1010	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.		
B/01/02	1. Assistenz (kann nur verrechnet werden, wenn diese Assistenz durch einen Arzt erfolgt):		
1510	Operationsgruppe I	16	
1520	Operationsgruppe II	20	
1530	Operationsgruppe III	34	
1540	Operationsgruppe IV	60	
1550	Operationsgruppe V	120	
1560	Operationsgruppe VI	170	
1570	Operationsgruppe VII	240	
1580	Operationsgruppe VIII	300	
B/01/03	2. Assistenz (kann nur verrechnet werden , wenn diese Assistenz durch einen Arzt erfolgt):		
	Operationsgruppe I		
	Operationsgruppe II		
	Operationsgruppe III		
1640	Operationsgruppe IV	30	
1650	Operationsgruppe V	60	
1660	Operationsgruppe VI	80	
1670	Operationsgruppe VII	120	
1680	Operationsgruppe VIII	150	
B/01/04	NARKOSE außer Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin:		
	Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an-		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet.		
	Operationsgruppe I		
1720	Operationsgruppe II	12	
1730	Operationsgruppe III	16	
1740	Operationsgruppe IV	30	
1750	Operationsgruppe V	36	
1760	Operationsgruppe VI	46	
1770	Operationsgruppe VII	70	
1780	Operationsgruppe VIII	100	
B/01/05	NARKOSE durch Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin:		
	Operationsgruppe V - VIII nur verrechenbar, wenn die Narkoseleistung eine i.v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter B/01/04 anzuwenden.		
	Operationsgruppe I		
1820	Operationsgruppe II	20	
1830	Operationsgruppe III	34	
1840	Operationsgruppe IV	60	
1850	Operationsgruppe V	140	
1860	Operationsgruppe VI	200	
1870	Operationsgruppe VII	300	
1880	Operationsgruppe VIII	380	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/02	AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE		
B/02/01	Gruppe I		
2000	Incision bei Dakryocystitis (eine Seite)	50	
2001	Entfernung kleiner Geschwülste der Lider	50	
2002	Operation eines Chalazions	50	
2003	Elektrokoagulation von kleineren Geschwülsten	50	
2004	Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis 6 Jahren	50	
2005	Operation am Tränenröhrchen	50	
2006	Epilation (elektrolytisch oder ähnliche)	50	
2007	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	50	
2008	Nähte im Bereich der äußeren Augenanteile	50	
B/02/02	Gruppe II		
2010	Tarsorrhapie	100	
2011	Fundusuntersuchung in Narkose	100	
2012	Anpassung eines Kontaktglases	100	
2013	Entfernung einer tiefen Lidgeschwulst mit Tarsusausschneidung	100	
2014	Abrasio corneae	100	
2015	Tätowierung der Cornea	100	
2016	Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens und Herbes corneae	100	
2017	Punktion der vorderen Kammer	100	
2018	Retrobulbäre Alkoholinjektion	100	
2019	Operative Entfernung von Xanthelasmen	100	
B/02/03	Gruppe III		
2020	Einfache Symblepharonoperation	170	
2021	Epicanthusoperation	170	
2022	Exstirpation des Tränensackes	170	
2023	Abtragung oder Reposition des Irisprolapses	170	
2024	Skleral- oder Cornealnaht	170	
2025	Sklerotomie	170	
2026	Plombenentfernung	170	
2027	Transfixion der Iris	170	
2028	Iridotomie	170	
2029	Einfache Operation gegen des Ektropium und	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	Entropium		
2030	Operation des Pterygium	170	
B/02/04	Gruppe IV		
2040	Schieloperation (ein Auge); drei Muskeln 1 1/2 x Gruppe IV	300	
2041	Einfache Ptosisoperation	300	
2042	Symblepharonoperation mit Plastik	300	
2043	Discission bei Cataracta secundaria	300	
2044	Nadeldiscission bei angeborener Cataracta	300	
2045	Iridektomie	300	
2046	Entfernung einer intraokularen Kunststofflinse	300	
B/02/05	Gruppe V		
2050	Plastische Operation im Bereich der Lider	600	
2051	Komplizierte Ptosisoperationen (Blaskovics)	600	
2052	Trichiasisoperation	600	
2053	Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer	600	
2054	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	600	
2055	Enucleatio bulbi	600	
2056	Exenteratio bulbi	600	
2057	Bulbusfistel	600	
2058	Glaukomoperationen	600	
2059	Linearextraktion	600	
B/02/06	Gruppe VI		
2061	Mikrochirurgische Glaukomoperation	850	
2062	Diasklerale Entfernung von Fremdkörpern	850	
2063	Entfernung intraokularer Fremdkörper	850	
2064	Plastischer Lidersatz	850	
2065	Lichtkoagulation bei Ablatio retinae	850	
2066	Laserkoagulation	850	
2067	Evisceratio orbitae mit Plastik	850	
2069	Kryokoagulation im Augenhintergrund	850	
B/02/07	Gruppe VII		
2070	Vitrektomie	1200	
2072	Biomikroskopische Laser- oder Lichtkoagulation	1200	
2073	Ablatiooperation ohne Subretinaldrainage	1200	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2075	Serien-Laser oder Lichtkoagulation bei ausgedehnten Funduserkrankungen pro Serie und Auge	1200	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/03	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.		
B/03/01	Gruppe I		
2100	Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines kleinen Gelenkes	50	
2101	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Fraktur eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)	50	
2102	Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm	50	
2103	Incision eines Panaritium subcutaneum	50	
2104	Paquelinisierung eines Karbunkels	50	
2105	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	50	
2106	Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht	50	
2107	Extirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)	50	
2108	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	50	
2109	Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung	50	
2110	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	50	
2111	Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation	50	
2112	Amnioneinpflanzung nach Filatow	50	
2113	Probeexcision bis 3 cm mit Wundverschluß, Stanzung	50	
2114	Operative Entfernung eines Thrombus aus einer oberflächlichen Vene	50	
B/03/02	Gruppe II		
2120	Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	100	
2121	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	100	
2122	Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)	100	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2123	Incision eines Karbunkels	100	
2124	Buelausche Heberdrainage	100	
2125	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	100	
2126	Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenolo- gisch lokalisierten Fremdkörpers	100	
2127	Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur	100	
2128	Radikaloperation eines Unguis incarnatus	100	
2129	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)	100	
2130	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	100	
2131	Spaltung einer oberflächlichen Fistula ani	100	
2132	Unterbindung einer größeren Arterie und Vene mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	100	
2133	Bluttransfusion mit Freilegung der Vene	100	
2134	Probeextirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm	100	
2135	Amputation oder Enucleation einer Phalanx	100	
2136	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	100	
2137	Drüsenimplantation	100	
2138	Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches	100	
B/03/03	Gruppe III		
2140	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	170	
2141	Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	170	
2142	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	170	
2143	Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung	170	
2144	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	170	
2145	Kleine Plastik (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.a.)	170	
2146	Resektion eines kleinen Gelenkes	170	
2147	Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung		
2148	Operation einer Geschwulst über 30 mm bzw. transanale Operation eines Rektalpolypen	170	
2149	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis	170	
2150	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	170	
2151	Operation nach Doppler	170	
2152	Phrenicusexhairese	170	
2153	Vasektomie oder Vasoligatur	170	
2154	Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)	170	
2155	Nodulioperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	170	
2156	Schleimbeutelexstirpation	170	
2157	Arthroskopie	170	
2158	Radikaloperation einer einfachen Hydrocele	170	
2159	Radikaloperation eines Sakral Dermoids	170	
2160	Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	170	
B/03/04	Gruppe IV		
2170	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkel-fraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	300	
2171	Naht eines Nervens bei frischen Verletzungen	300	
2172	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	300	
2173	Exstirpation eines Kabunkels	300	
2174	Incision einer Phlegmone des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	300	
2175	Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk; Drainage eines großen Gelenkes	300	
2176	Tracheotomie, Mediastinoskopie	300	
2177	Thorakokaustik, Thorakoskopie mit PE, Rippenresektion, Operation nach Kux	300	
2178	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	300	
2179	Colostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Colostomieverschluß	300	
2180	Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder	300	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	Verschluß einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes		
2181	Adhäsiolyse	300	
2182	Appendektomie	300	
2183	Übernähung des perforierten Magens oder Darmes	300	
2184	Radikaloperation innerer Noduli	300	
2185	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff	300	
2186	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	300	
2187	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	300	
2188	Probelaparotomie	300	
2189	Reamputation	300	
2190	Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich	300	
2191	Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen	300	
2192	Entfernung von tief gelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	300	
2193	Probearthrotomie	300	
2194	Operation der Kahnbeinpseudarthrose (Exstirpation)	300	
2195	Einfache Darmnaht	300	
2196	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus einseitig	300	
2197	Generatorwechsel nach Schrittmacherimplantation	300	
2198	Embolisation von Tumoren innerer Organe	300	
2199	Verödung von Ösophagusvarizen mittels Pfortaderkatheter	300	
2200	Verschiebeplastik, Schwenklappenplastik, Rotationsplastik, Fernlappenplastik	300	
B/03/05	Gruppe V		
2210	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	600	
2211	Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes	600	
2212	Nervenplastik	600	
2213	Posttraumatische Naht einer Arterie oder tiefen Vene einer Extremität	600	
2214	Neurolyse mit Naht	600	
2215	Einbau eines intracardialen permanenten Schrittmachers	600	
2216	Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk	600	
2217	Exstirpation eines Parotistumors	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2218	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk	600	
2219	Operation einer angeborenen Halsfistel oder Cyste ohne Verbindung zum Pharynx	600	
2220	Scalenotomie	600	
2221	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen, ausgenommen die erste Rippe	600	
2222	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch	600	
2223	Gastroenterostomie	600	
2224	Enteroanastomose	600	
2225	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)	600	
2226	Radikaloperation einer inneren Hernie oder einer großen Ventralhernie mit über handflächengroßer Bruchpforte, Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)	600	
2227	Appendektomie bei perforierter Appendix	600	
2228	Operative Versorgung des Ileus	600	
2229	Vagusresektion (trunkal)	600	
2230	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	600	
2231	Amputation oder Enukleation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes	600	
2232	Knochentransplantation	600	
2233	Osteosynthese eines kleinen Knochens	600	
2234	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses	600	
2235	Operation eines Oesophagus- oder Kardianeoplasmas mit dem Coelestintubus a.s.	600	
2236	Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)	600	
2237	Anlegen eines A.V.Shunt für die Haemodialyse	600	
2238	Resektion, Arthrodese oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)	600	
2239	Ascitesklappe nach Le Veen	600	
2240	Subcutane Mastektomie	600	
2241	Assistierte Zirkulation mittels intraaort. Ballonpumpe	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/04	HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN		
B/04/01	Gruppe I		
2300	Elektrotomie eines ausgedehnten flächenhaften Hauttumors	50	
2301	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	50	
2302	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)	50	
2303	Kaustik oder Kryotherapie großer Warzen (Mosaikwarzen, Plantarwarzen)	50	
2304	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	50	
2305	Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm	50	
2306	Probeexcision bis 3 cm und Wundverschluß, Stanzung	50	
2307	Incision eines Panaritiums subcutaneum	50	
2308	Incision Bartholinischer Abszeß	50	
2309	Nagelextraktion an Fingern und Zehen	50	
2310	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	50	
2311	Abtragung von Condylomen	50	
B/04/02	Gruppe II		
2320	Excision einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms. Atheroms, Lipoms, kleinen Angioms, Epithelioms, Varixknotens, einzelner Lymphknoten)	100	
2321	Operative Entfernung von Xanthelasmen	100	
2322	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	100	
2323	Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm	100	
2324	Excision einer mittleren Wunde 5 - 10 cm (Wundtoilette)	100	
2325	Radikaloperation eines Unguis incarnatus	100	
B/04/03	Gruppe III		
2330	Dermoabrasion bis 10 qcm nach jeder Methode	170	
2331	Schleifbehandlung nach Aknenarben	170	
2332	Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung	170	
2333	Thiersche Plastik	170	
2334	Operation einer Geschwulst über 30 mm	170	
2335	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	170	
2336	Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2337	Nahlappenplastik am Körper	170	
B/04/04	Gruppe IV		
2340	Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich	300	
2341	Rhinophymoperation	300	
2342	Nahlappenplastik am Kopf	300	
2343	Vollhauttransplantation	300	
B/04/05	Gruppe V		
2350	Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes	600	
2351	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/05	FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE		
B/05/01	Gruppe I Frauenheilkunde		
2400	Strichcurettage	50	
2401	Hymenspaltung	50	
2402	Incision Bartholinischer Abszeß	50	
2403	Abtragung eines Cervixpolypen	50	
2404	Abtragung von Condylomen	50	
2405	Abtragung vaginaler Granulationen	50	
2406	Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	50	
2407	Amniotomie	50	
B/05/02	Gruppe II Frauenheilkunde		
2410	Pertubation der Hysterosalpingographie (ohne Röntgen)	100	
2411	(Probe)excision (oder Exkochleation) aus der Portio	100	
2412	(Probe)excision aus der Scheide	100	
2413	Abtragung von Urethralpolypen	100	
2414	Elektrokoagulation oder Freezing einer Erosion	100	
2415	Insemination	100	
2416	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	100	
2417	Amnioskopie	100	
2418	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	100	
B/05/03	Gruppe II Geburtshilfe		
2420	Muttermunddiscision	100	
2421	Kopfschwartenzange	100	
2422	Episiotomie oder Versorgung eines Dammrisses (aller Grade) oder Cervixrisses	100	
2423	Amniocentese	100	
2424	Crede in Narkose	100	
B/05/04	Gruppe III Frauenheilkunde		
2430	Curettage und Cervixdilatation (Metrorrhagie, Abortus aller Monate)	170	
2431	Exstirpation einer Bartholinischen Cyste oder Marsupalisation	170	
2432	Conisation oder Portioamputation, Sturmdorf- oder Emmetplastik	170	
2433	Laparoskopie	170	
2434	Coeliotomie	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2435	Vaginale konservative Myomoperation	170	
B/05/05	Gruppe III Geburtshilfe		
2440	Cerclage	170	
2441	Manualhilfe und Extraktion (BEL)	170	
2442	Vakuumextraktion	170	
2443	Zange	170	
2444	Äußere Wendung aus Querlage	170	
2445	Reposition vorgefallener Kindesteile	170	
2446	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt oder Fehlgeburt	170	
B/05/06	Gruppe IV Frauenheilkunde		
2450	Plastik (vordere und/oder hintere)	300	
2451	Konservative Myomoperation p.lap.	300	
2452	Tubenligatur (als selbständiger Eingriff)	300	
B/05/07	Gruppe IV Geburtshilfe		
2460	Manuelle Placentalösung oder Nachtastung	300	
2461	Kombinierte Wendung	300	
2462	Cervixspaltung (künstliche Fehlgeburt nach dem vierten Monat)	300	
B/05/08	Gruppe V Frauenheilkunde		
2470	Operation an den Adnexen (Grav. Tub., Exstirpation des Ovars, der Tube, Stomatoplastik, Tubenimplantation, Estes'sche Operation)	600	
2471	Colpocleisis	600	
2472	Vaginaefixatio sacralis abdominalis (Prolaps, Scheidenblindsack)	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/06	HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN		
B/06/01	Gruppe I		
2500	Probeexcision aus dem Kopf-Halsbereich, auch Stanze	50	
2501	Incision eines gegen die Körperoberfläche zu gelegenen Abszesses	50	
2502	Nadelbiopsien	50	
2503	Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (Splitter, Steine etc.)	50	
2504	Probeexcision aus Rachen	50	
2505	Speichelgangschlitzung und Konkrementextraktion	50	
2506	Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngeal-abszesses	50	
2507	Chirurgische Versorgung einer Nachblutung nach Ton-sillektomie oder Adenotomie	50	
2508	Nasenmuschelkaustik einseitig	50	
2509	Nasenmuschelresektion einseitig	50	
2510	Nasenmuschelinfraktion, ein- oder beidseitig	50	
2511	Abtragung von Septumauswüchsen einseitig	50	
2512	Probeexcision aus der Nase	50	
2513	Einseitige Abtragung von Nasenpolypen als 2. und folgende Sitzung	50	
2514	Abtragung eines Ohrpolypen ohne Mikroskop	50	
2515	Parazentese oder Mittelohrpunktion ohne Mikroskop	50	
2516	Entfernung eines oder beider Paukenröhrchen unter dem Mikroskop	50	
2517	Incision eines Gehörgangfurunkels	50	
B/06/02	Gruppe II		
2520	Excision eines kleinen benignen Tumors	100	
2521	Einfache Exstirpation eines einzelnen Lymphknotens	100	
2522	Chirurgische Lymphknotenbiopsie (Teil- oder Keilresektion)	100	
2523	Intubation (ausgenommen Narkose)	100	
2524	Entfernung adenoider Vegetationen	100	
2525	Epipharyngoskopie, Laryngoskopie mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.	100	
2526	Exstirpation kleiner Schleimcysten aus dem Mund-Rachen-Bereich	100	
2527	Nachcurettage des Epipharynx nach Adenotomie und Bellocq-Tamponade	100	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2528	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle (Mikulicz)	100	
2529	Abtragung von Nasenpolypen einseitig (1. Sitzung)	100	
2530	Durchtrennung der V. angularis	100	
2531	Kieferhöhlenpunktion mit Trokar und Dauerdrainage einseitig	100	
2532	Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruches mit fixierendem Verband	100	
2533	Bellocq-Tamponade, kombiniert mit vorderer Tamponade	100	
2534	Ohrfremdkörperentfernung mit Incision	100	
2535	Parazentese oder Punktion des Mittelohres unter dem Operationsmikroskop, ev. mit Sekretabsaugung	100	
2536	Kleine plastische Operationen, wie Narbenexcisionen etc.	100	
B/06/03	Gruppe III		
2540	Excision größerer benigner Tumore	170	
2541	Exstirpation mehrer Lymphknoten, nicht en bloc	170	
2542	Indirekte endolaryngeale Eingriffe	170	
2543	Direkte endolaryngeale Eingriffe ohne Mikroskop	170	
2544	Oesophagoskopie, Tracheoskopie, Bronchoskopie	170	
2545	Sklerosierung von nicht blutenden Speiseröhrenvarizen	170	
2546	Laser- und Kryochirurgie in Mund und Rachen, je Sitzung	170	
2547	Exstirpation großer Zysten oder benigner Geschwülste aus dem Mund-Rachen-Bereich	170	
2548	Aufsuchung und Unterbindung d. V. jug. int. oder eines ihrer Äste	170	
2549	Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, diagnostisch	170	
2550	Tonsillektomie einseitig (doppelseitig 1 1/2-fach)	170	
2551	Stirnhöhleneröffnung nach Beck	170	
2552	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	170	
2553	Eröffnung der Kieferhöhle durch die Fossa canina zur Fremdkörper- oder Zahnwurzelentfernung	170	
2554	Nasennebenhöhlenendoskopie einschließlich Kieferhöhlenpunktion mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.	170	
2555	Silberklammerung oder Exhairese des N. trigeminus, je Ast	170	
2556	Paukendrainage unter dem Mikroskop einseitig (Parazentese, Absaugung des Mittelohres, Einsetzen des Röhrchens)	170	
2557	Chirurgische Versorgung einer frischen Trommelfellverletzung (unter dem Mikroskop)	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2558	Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	170	
B/06/04	Gruppe IV		
2560	Abszeßtonsillektomie einseitig	300	
2561	Zungenkeilresektion	300	
2562	Exstirpation einer Ranula	300	
2563	Oesophagoskopie mit Probeexcision oder Fremdkörper-extraktion oder Bougierung	300	
2564	Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser mit Probeexcision	300	
2565	Endolaryngeale Stimmlippenkorrektur (Injektion von plastischem Material in die exkavierte Stimmlippe)	300	
2566	Tracheotomie	300	
2567	Aufsuchung und Unterbindung der A. carotis ext. (ev. - int.) oder eines ihrer Äste	300	
2568	Endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker'schen Divertikels	300	
2569	Laser- und Kryochirurgie des Kehlkopfes, je Sitzung unter Mikroskop	300	
2570	Tonsillektomie beidseitig einschließlich Adenotomie	300	
2571	Septumoperation nach Killian	300	
2572	Kieferhöhlenradikaloperation nach Caldwell-Luc	300	
2573	Operation eines Nasen-Rachen-Fibroms ohne Zusatzeingriffe	300	
2574	Ozaena-Operation nach Lautenschläger oder Modifkation	300	
2575	Rhinophym-Operation	300	
2576	Siebbeinradikaloperation durch Nase oder Kieferhöhle	300	
2577	Reposition und Versorgung eines offenen Nasenbeinbruches	300	
2578	Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen nach vorangegangenem Haupteingriff (rhino- oder otogen)	300	
2579	Stirnhöhleneröffnung nach Beck + Probeexcision und/oder Endoskopie	300	
2580	Probetympanotomie	300	
2581	Mastoidektomie	300	
2582	Radikaloperation des Mittelohres	300	
2583	Exstirpation einer praeaurikulären Fistel	300	
2584	Teilresektion oder Amputation der Ohrmuschel	300	
2585	Plastischer Verschluß einer Fistel zwischen Kieferhöhle und Mundvorhof (nach vorangegangener Kieferhöhlenradikal-operation nur IV/2)	300	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2586	Trachealplastik, 2. und folgende Akte	300	
2587	Ohrmuschelkorrektur sowie andere plastische Operationen an der Ohrmuschel, einseitig (beidseitig 1 1/2-fach)	300	
B/06/05	Gruppe V		
2590	Exstirpation mehrerer Lymphknoten en bloc	600	
2591	Unterkieferspeicheldrüsenexstirpation	600	
2592	Exstirpation einer medianen oder lateralen Halsfistel	600	
2593	Entfernung von benignen Kehlkopfgeschwülsten mittels Laryngofissur (ohne Tracheotomie)	600	
2594	Collare Mediastinotomie mit Jugularisligatur oder Carotisunterbindung	600	
2595	Operative Entfernung des Clomus caroticum	600	
2596	Mikrochirurgie des Kehlkopfes nach Kleinsasser (Abtragung von Tumoren, Dekortication etc.)	600	
2597	Operation einer angeborenen medianen oder lateralen Halsfistel ohne Verbindung mit benachbarten Körperhöhlen	600	
2598	Operation einer einseitigen Choanalatresie	600	
2599	Operation einer einseitigen Nasenatresie	600	
2600	Tränensackoperation nach West oder Falk	600	
2601	Operation einer Septumdeviation nach Cottle und/oder Septumrekonstruktion	600	
2602	Siebbeinoperation von außen	600	
2603	Radikaloperation der Stirnhöhle nach Riedel oder Modifikation	600	
2604	Radikaloperation der Kieferhöhle nach Denker	600	
2605	Operation einer Gehörgangsstenose, I. Akt (jeder weitere Eingriff Gruppe III)	600	
2606	Exstirpation eines Parotistumors (ohne Freilegung des Gesichtsnerves oder eines seiner Äste.)	600	
2607	Gehörhangsbegradigung zusätzlich zur Tympanoplastik	600	
2608	Radikalhöhlenverkleinerung	600	
2609	Operation eines Rhinophyms mit Hautplastik	600	
2610	Trachealplastik I. Akt	600	
2611	Verschiedene Lappenplastiken oder Rundstiellappenplastik für Kopf und Hals, I. Akt. Weitere Akte in Gruppe III einzuordnen.	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/07	ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE (Soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)		
B/07/01	Gruppe I		
2700	Modellverband: Hand- oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm, Halskrawatte, Oberschenkel (1 1/2-fach)	50	
2701	Redressement in Narkose bei Finger, Zehen	50	
2702	Wiederholtes Redressement bei einfachem Plattfuß, Klumpfuß, Klauenhand, Klumphand	50	
2703	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Beck'sche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	50	
2704	Subcutane Tenotomie	50	
2705	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	50	
2706	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)	50	
2707	Incision einer Bursitis olecrani und praepatellaris	50	
2708	Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht	50	
2709	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)	50	
2710	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	50	
2711	Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm	50	
2712	Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation	50	
2713	Probeexcision mit Naht	50	
2714	Halskrawatte	50	
2715	Modellverband Oberschenkel (1 1/2-fach)	50	
2716	Incision eines Panaritium subcutaneum	50	
2717	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	50	
B/07/02	Gruppe II		
2720	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	100	
2721	Plantarfasciotomie	100	
2722	Exostosenabmeißelung an Hand und Fuß	100	
2723	Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel,	100	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper		
2724	Radikaloperation eines Unguis incarnatus	100	
2725	Erstmaliges Redressement bei leichtem Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur	100	
2726	Wiederholtes Redressement bei hochgradigem Plattfuß und Klumpfuß	100	
2727	Offene Tenotomie	100	
2728	Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	100	
2729	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	100	
2730	Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur	100	
2731	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	100	
2732	Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers	100	
2733	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)	100	
2734	Reposition eines unkomplizierten Naseneinbruches	100	
2735	Entfernung leicht zugänglichen Osteosynthesematerials	100	
2736	Stellungskorrektur durch Aufkeilen eines Gipsverbandes	100	
2737	Versorgung kleiner Wunden mit kosmetischer Naht	100	
2738	Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette), Secundärnaht	100	
2739	Amputation oder Enucleation einer Phalanx	100	
2740	Schienen aus Gips oder einem anderen, modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen von Gliedmaßengelenken	100	
2741	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformalität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat einschl. Fixation	100	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/07/03	Gruppe III		
2750	Arthrodese, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	170	
2751	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	170	
2752	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	170	
2753	Gipshose	170	
2754	Gipsmieder, Gipsschale	170	
2755	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	170	
2756	Osteoklasse oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	170	
2757	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	170	
2758	Resektion eines kleinen Gelenkes	170	
2759	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	170	
2760	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	170	
2761	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an Fingern und Zehen	170	
2762	Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	170	
2763	Operation nach Doppler	170	
2764	Exartikulation und Amputation von Fingern und Zehen	170	
2765	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	170	
2766	Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpers bzw. eines Nagels nach Knochennagelung	170	
2767	Operation einer Geschwulst über 30 mm	170	
2768	Marknagel- und Schenkelhalsnagelentfernung (oder anderes schwer zugängliches Osteosynthesematerial und Drähte)	170	
2769	Kleine Plastiken (Thierschplastik oder Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger und ähnliches)	170	
2770	Sacraldermoid-Operation	170	
2771	Schleimbeutelexstirpation	170	
2772	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	170	
2773	Sequestrotomie	170	
2774	Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung, Secundärnaht	170	
2775	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	170	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2776	Unblutige Eingriffe zur Stellungskorrektur oder Mobilisation	170	
2777	Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	170	
2778	Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden pro Quartal (ausgenommen Breitwickeln oder Spreizkissen)	170	
2779	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	170	
B/07/04	Gruppe IV		
2780	Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis	300	
2781	Operation des hohen Calcaneus	300	
2782	Operation bei Dupuytren'scher Kontraktur ohne Hautplastik	300	
2783	Gipsbett	300	
2784	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	300	
2785	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	300	
2786	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	300	
2787	Plastik kleiner Gelenke	300	
2788	Redressement in Narkose bei Kontraktur des Hüftgelenkes	300	
2789	Redressement in Narkose von Fußdeformitäten	300	
2790	Sequestrotomie mit Spül- und Saugdrainage	300	
2791	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	300	
2792	Feie Transplantation von Periost und Knochen	300	
2793	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkel-fraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextention, einschließlich Reposition und Gipsverband	300	
2794	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	300	
2795	Incision und Drainage von Empyemen großer Gelenke	300	
2796	Reamputation	300	
2797	Entfernung eines Fremdkörpers aus einem großen Gelenk Drainage eines großen Gelenkes	300	
2798	Marknagel- und Schenkelnagel-Wechsel.	300	
2799	Incision eines Phlegmons des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, V-Phlegmone, Röhrenabszeß an langen Knochen	300	
2800	Versorgung von Wunden mit Eröffnung von Sehnenscheiden und	300	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	Gelenken bei starker Verschmutzung		
2801	Bei frischen Verletzungen Naht eines Nerven	300	
2802	Rippenresektion (eine)	300	
2803	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	300	
2804	Patellektomie	300	
2805	Entfernung kleiner Endoprothesen	300	
2806	Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen	300	
2807	Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich	300	
2808	Operation der Epicondylitis nach jeder Methode	300	
2809	Muskeloperationen	300	
2810	Totalplastik eines Fingergelenkes (Implantation eines künstlichen Gelenkes mit Stellungskorrektur	300	
2811	Korrigierende (Keil)Gipsverbände	300	
B/07/05	Gruppe V		
2820	Arthrodese des Ellbogens-, Hand-, Knie- und Sprunggelenkes	600	
2821	Resektion, Arthrodese oder Arthrolyse eines großen Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)	600	
2822	Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	600	
2823	Keilresektion aus dem Tarsus	600	
2824	Explorative Laminektomie	600	
2825	Laminektomie und Hemilaminektomie	600	
2826	Meniscusoperation, Operation freier Gelenkskörper oder Löffler	600	
2827	Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahren	600	
2828	Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahren	600	
2829	Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder an langen Röhrenknochen	600	
2830	Aufrichtung von Wirbelbrüchen, einschließlich Anlegung eines Gipsmieders	600	
2831	Fixation mit Drähten und Schrauben	600	
2832	Goetze-Cerclage des Schienbeins	600	
2833	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit Hautplastik	600	
2834	Operation der Kahnbeinpseudoarthrose	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2835	Amputation oder Enukleation eines großen Knochens, der Mittelhand, des Mittelfußes, Amputation des Ober- oder Unterschenkels, Ober- oder Unterarmes	600	
2836	Knochentransplantation	600	
2837	Osteosynthese eines kleinen Knochens	600	
2838	Rectussehnennaht, Achillessehnennaht, Patellarnaht und Naht des Ligamentum partellae propium	600	
2839	Scalenotomie	600	
2840	Schenkelhalsnagelung	600	
2841	Operative Verlängerung oder Transposition einer Sehne	600	
2842	Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zusätzlicher Unterbindung der Vv. perforantes	600	
2843	Nervenplastik	600	
2844	Neurolyse mit Nervennaht	600	
2845	Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk	600	
2846	Schulterblatthochstand	600	
2847	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	600	
2848	Wachstumsbeeinflussende Operation	600	
2849	Operation der Luxatio acromio-clavicularis (inkl. Fascien-plastik)	600	
2850	Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)	600	
2851	Synovektomie eines großen Gelenkes oder mehrerer kleinerer Gelenke bzw. Tenosynovektomie bei PCP	600	
2852	Carpaltunnelsyndrom	600	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
B/08	UROLOGIE		
B/08/01	Gruppe I		
2900	Abtragung von Condylomen	50	
B/08/02	Gruppe II		
2910	Prostatabiopsie rectal oder perineal (Saug- oder Stanz-methode)	100	
2911	Urethralpolyp und Urethralprolaps bei Frauen	100	
2912	Unblutige Reposition einer Paraphimose	100	
2913	Operation der Phimose	100	
B/08/03	Gruppe III		
2920	Renovasographie bzw. Cavographie	170	
2921	Hodenbiopsie	170	
2922	Nierenbiopsie	170	
2923	Pneumoretroperitoneum	170	
2924	Schlingenextraction eines Uretersteins	170	
2925	Elektrokoagulation einzelner kleiner Papillome der Harnblase, Harnröhre	170	
2926	Vasectomie bzw. Vasoligatur	170	
2927	Operation (scrotal) einer Hydrocele	170	
2928	Urethrotomie externa zur Steinentfernung	170	
2929	Eröffnung eines Prostataabszesses	170	
2930	Eröffnung eines paraurethralen Abszesses	170	
2931	Entfernung einer Cyste der glandula vestibularis minor oder eines Varixknotens an der äußeren Harnröhrenmündung der Frau	170	
2932	Lymphographie	170	
2933	Perkutane Nephrostomie	170	
2934	Innere Ureterschienung mit dem Gibbon- bzw. Pigtail-Katheter	170	
2935	Tefloninjektion in die Harnröhre bei Inkontinenz	170	
B/08/04	Gruppe IV		
2940	Elektrokoagulation mehrerer Blasenpapillome und Blasen-tumore	300	
2941	Probeexcision aus Harnblasentumoren und Prostata	300	
2942	Cystostomie	300	
2943	Sectio alta zur Stein- oder Fremdkörperentfernung	300	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
2944	Semicastratio	300	
2945	Orchiectomie bds. intrakapsulär	300	
2946	Penisamputation	300	
2947	Epididymectomie	300	
2948	Operation des Kryptorchismus (inquinale Ektopie)	300	
2949	Einfache Orchidopexie	300	
2950	Operation einer Varicocele scrotal	300	
B/08/05	Gruppe V		
2960	Nephropexie	600	
2961	Cystotomie mit Entfernung von Blasentumoren	600	
2962	Lithotrypsie	600	
2963	Endourethrale optische Stricturschlitzung	600	
2964	Erweiterte Incontinenzoperation bei der Frau (Schlingen-operation und dgl.)	600	
2965	Harnröhrenplastik bei Epi-, Hypospadie oder Strictus, Harnröhrendivertikel, je Art	600	
2966	Plastische Operation am Samenleiter (Recanalisation etc.)	600	
2967	Plastische Operation am Penis (Induratio penis plastica und dgl., z.B. Penisprothese)	600	
2968	Implantate zur elektrischen Stimulation	600	
2969	Kryptorchismus (Orchidopexie mit Funikulyse)	600	
2970	Varicocelenoperation nach Palomo	600	
2971	Penisamputation mit Drüsenausräumung	600	

E N T F E R N U N G S G E B Ü H R E N

1. Seit 1.1.2019 können die Wegegebühren bei jedem Krankenbesuch verrechnet werden. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen einheitlich € 0.80 je vollem Kilometer (die höheren Sätze für Berg- und Fußkilometer werden abgeschafft). 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 Vorarlberger Gebietskrankenkasse 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 Strecke 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 (siehe Beilage), aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Fremdkassenfällen hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten (wie bisher) zu erfolgen.
   Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit der Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse festgelegt werden.

2. Gesonderte Zuschläge für Nachtbesuche und Nachtordinationen in der Zeit von 20.00 - 07.00 Uhr:

Nachtordination	EUR 36,12
Nachtbesuch	EUR 62,57

   Zuschläge für Besuche und Ordinationen an zum Wochenend- und Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte:

Ordination	EUR 36,12
Besuch	EUR 84,28

A L L G E M E I N E B E S T I M M U N G E N

1. Als Ordination gilt jede ärztliche Untersuchung, Beratung oder Behandlung. In der Ordinationsgebühr der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte sind alle zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken einschlägigen Verrichtungen, die nicht als Sonderleistungen aufgeführt sind, enthalten.

2. Es darf eine Erstordination oder ein Erstbesuch einmal im Vierteljahr verrechnet werden.

3. 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.

4. Die Nachtzeit gilt von 20.00 Uhr bis 07.00 Uhr.

5. Ordinationen, Besuche und die gesonderten Zuschläge an Wochenenden und Feiertagen können von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 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. Verrechnungsmöglichkeit besteht grundsätzlich für alle Ärzte bei dringender Berufung. Eine Begründung ist erforderlich.

   Die Zuschläge nach den Positionen 13, 14, 22, 23, 56, 57, 66 und 67 können nicht zusammen verrechnet werden.

6. Die Besuchsgebühr darf nur dann verrechnet werden, wenn der Arzt 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 die Besuchsgebühr nur für eine Person verrechnet werden, während für die übrigen Personen die Positionen 24 bzw. 62 verrechnet werden können.

7. Ist ein Arzt 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.

8. Bei Leistungen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Leistungen, die einen wesentlichen Bestandteil bilden, nicht besonders verrechnet werden.

9. 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 vor-

gesehenen 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.

10. Die im Honorartarif für Laboratoriumsarbeiten und physikalische Behandlung aufscheinenden Punktezahlen dürfen nur dann verrechnet werden, wenn diese Arbeiten vom Arzt angeordnet oder unter seiner Leitung geleistet werden. Bei physikalischen Behandlungen und Laborleistungen kann nur dann eine Ordinationsgebühr verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wird.

11. Der für die Durchführung der Leistungen dieses Honorartarifes und der Laboratoriumsarbeiten erforderliche Sachaufwand ist in den Punktesätzen inbegriffen, soweit er nicht als Ordinationsbedarf von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse beigestellt wird.

12. Die für die sofortige Versorgung des Patienten notwendigen Medikamente, Salben und Lösungen sind in der Regel laut den von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse festgelegten Richtlinien für die Beistellung des Ordinationsbedarfes mittels pro Ordinatione-Rezepten zu beziehen.

13. Die nachstehend angeführten Honorarpositionen bedürfen zu ihrer Verrechenbarkeit einer Sondergenehmigung:

    E E G
    E K G
    Röntgen
    Ergometrie
    Ultraschall
    Echokardiographie
    Direktionale Dopplersonographie
    Automat. ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C	Organtarif Fachgruppe Radiologie		
C/01	Schädel, Gesichtsschädel, Kiefer		
C/01/01	Schädel, Gesichtsschädel, Kiefer		
3100	Schädel 2x24/30	28	22,89
3101	Schädel und Schädelbasis nach Unfall 3x24/30	34	34,34
3103	Schädelbasis (kann in begründeten Fällen vom Radiologen zusätzlich zu Pos. 3100 verrechnet werden, aber höchstens in 10 % aller auf Schädel lautenden Zuweisungen) 1x24/30	22	11,44
3104	Sella 1x13/18	22	7,72
3105	beide Schläfenbeine 6x13/18	52	46,32
3106	beide Schläfenbeine nach Stenvers 2x18/24	28	19,60
3110	Gesichtsschädel 2x18/24	28	19,60
3111	Nasennebenhöhlen (NNH) 3x18/24 zu 60%, 3x13/18 zu 40 %	34	26,91
3112	Nasenbeine 1x13/18	22	7,72
3113	Oberkiefer/Seite 1x18/24	22	9,80
3114	Unterkiefer/Seite 1x18/24	22	9,80
3115	beide Kiefergelenke 4x13/18	40	30,88
3116	1 Kiefergelenk 2x13/18	28	15,43
3121	Zahnstatus/Panorama 10 Zahnfilme		34,44

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/02	Wirbelsäule/Knöcherner Thorax		
C/02/01	Wirbelsäule/Knöcherner Thorax		
3200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seitl. 2x30/90	28	96,21
3201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl. 1x30/90	22	48,10
3210	HWS 2x18/24, 1x13/18	34	27,32
3211	HWS + Funktionsaufnahmen 3x18/24, 1x13/18, 1x24/30	46	48,57
3212	Foramina Intervertebralia der HWS 2x18/24	28	19,60
3220	BWS 2x20/40 zu 90 %, 2x30/40 zu 10 %	28	27,92
3229	LWS 2x20/40	28	27,57
3230	LWS-Kreuzbein 2x20/40, 1x24/30	34	38,99
3231	Kreuz- und Steißbein 2x24/30	28	22,89
3240	Rippen-bds. nach Unfall 2x30/40 + 1xR1	34	45,77
3241	Rippen-eine Seite nach Unfall 1x30/40 + 1xR1	28	30,17
3243	Rippen-eine Seite (knöcherner Thorax) 1x30/40	22	15,59
3250	Sternum 2x24/30	28	22,89
3251	Sternum-Zonographie 4x18/24 + 1xR6	40	47,67

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/03	Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
C/03/01	Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten		
3310	beide Schultergelenke 4x18/24	40	39,21
3311	ein Schultergelenk 2x18/24	28	19,60
3312	Scapula beidseitig 4x24/30	40	45,77
3313	Scapula einseitig 2x24/30	28	22,89
3314	Clavicula beidseitig 2x18/24,	28	19,60
3315	Clavicula beidseitig mit Belastung 2x18/24, 1x20/40	34	33,40
3316	Clavicula einseitig 1x18/24	22	9,80
3317	ein Sternoclaviculargelenk 1x24/30	22	11,44
3318	beide Sternoclaviculargelenke 2x24/30	28	22,89
3319	beide Sternoclaviculargelenke-Zonographie 4x24/30 x 1xR6	40	54,24
3320	beide Oberarme (ohne Gelenke) 4x20/40	40	55,10
3321	1 Oberarm (ohne Gelenke) 2x20/40	28	27,57
3322	beide Ellbogengelenke 4x18/24	40	39,21
3323	1 Ellbogengelenk 2x18/24	28	19,60
3324	beide Unterarme (ohne Gelenke) 4x20/40	40	55,10
3325	1 Unterarm (ohne Gelenke) 2x20/40	28	27,57
3330	beide Hände 2x24/30	28	22,89
3331	1 Hand 1x24/30	22	11,44
3332	beide Handwurzeln 4x13/18	40	30,88
3333	1 Handwurzel 2x13/18	28	15,43
3334	beide Handgelenke und distale UA	46	35,05

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	4x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in 15 %		
3335	1 Handgelenk und distaler UA 2x18/24 zu 85 % und 1x24/30 in 15 %	34	18,39
3336	1 Finger oder 1 Zehe beidseitig 4x13/18	40	30,88
3337	1 Finger oder 1 Zehe einseitig 2x13/18	28	15,43
3339	Naviculare-Serie nach Trauma 4x13/18	40	30,88
3340	Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenk ap) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	19,41
3341	Becken bis 2. Lj. 1x18/24	22	9,80
3342	Becken 3. bis 6. Lj. 1x24/30	22	11,44
3343	Becken + Sacroiliacalgelenk 1x35/43, 2x18/24	34	39,96
3344	Sacroiliacalgelenke 2x18/24	28	19,60
3345	Sacroiliacalgelenke-Zonographie 6x18/24 x 1xR6	52	67,30
3349	beide Hüftgelenke ap und axial, bis 7. Lj. 1x24/30, 2x18/24 (hier Pos. 3342 bereits incl.)	34	31,05
3350	beide Hüftgelenke ab und axial ab 7. Lj. 2x24/30, 1x35/43 (hier Pos. 3340 bereits incl.)	34	43,24
3351	1 Hüftgelenk ap und axial 2x24/30	28	22,89
3353	Hüftgelenk axial bei bereits vorhandener Becken-aufnahme/Seite 1x24/30	22	11,44
3354	Hüfte axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite 1x18/24 (gilt bei Pos. 3342)	22	9,80
3355	Hüfte Faux profil 1x24/30	22	11,44
3356	Antetorsionsaufnahme der Hüftgelenke 1x35/43	22	20,35
3357	Hüftgelenk bei Endoprothese/Seite 1x20/40	22	13,77
3358	beide Oberschenkel 4x20/40	40	55,10
3359	1 Oberschenkel 2x20/40	28	27,57
3360	beide Kniegelenke	40	39,21

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	4x18/24		
3361	1 Kniegelenk 2x18/24	28	19,60
3362	beide Kniegelenke + Patella axial 4x18/24, 1x24/30	46	50,66
3363	1 Kniegelenk + Patella axial 3x18/24	34	29,41
3364	beide Kniegelenke stehend 1x30/40	22	15,59
3365	Tunnelaufnahme (Knie)/Seite 1x18/24	22	9,80
3367	Defilèe/Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad) 3x18/24	34	29,41
3368	beide Unterschenkel 4x20/40	40	55,10
3369	1 Unterschenkel 2x20/40	28	27,57
3370	beide Füße (ohne Sprunggelenk) 2x18/24, 2x24/30	40	42,50
3371	1 Fuß (ohne Sprunggelenk) 1x18/24, 1x24/30	28	21,24
3372	beide Sprunggelenke 4x18/24	40	39,21
3373	1 Sprunggelenk 2x18/24	28	19,60
3374	beide Vorfüße 4x18/24	40	39,21
3375	1 Vorfuß 2x18/24	28	19,60
3376	beide Calcanei seitlich und axial 4x13/18	40	30,88
3377	1 Calcaneus seitlich und axial 2x13/18	28	15,43
3380	beide untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap 2x30/90	28	96,21
3381	1 untere Extremität Ganzaufnahme stehend ap 1x30/90	22	48,10
3390	Tomographie Skelett/Ebene (max. 2) 8x18/24, 1xR6	64	86,88
3391	Tomographie Skelett/1Ebene 4x18/24, 1xR6	40	47,67

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/04	Halsorgane, Herz und Lunge		
C/04/01	Halsorgane, Herz und Lunge		
3400	Herz-Lunge, ab 9. Lj. 2x35/35 zu 50 %, 2x35/43 zu 50 %	28	37,44
3401	Herz-Lunge, bis 9. Lj. 2x24/30	28	22,89
3402	Herz-Lunge, Durchleuchtung 1xR1	22	14,58
3403	Herz-Schrägaufnahme ab 9. Lj. 2x35/35 (zusammen mit Pos. 3400/3402)	28	34,18
3404	Herz-Schrägaufnahme bis 9. Lj. 2x24/30 (zusammen mit Pos. 3401/3402)	28	22,89
3410	Halsorgane 2x24/30 zu 60 %, 2x18/24 zu 40 %, 1xR1	34	36,16
3490	Tomographie Lunge/Ebene (max. 2) 6x24/30 Ebene, 1xR6	52	77,13
3491	Tomographie beide Lungen/nur 1 Ebene verrechenbar 8x35/35, 1xR6	64	145,23
3492	Tomographie Mediastinum und/oder beider Hili 7x24/30, 1xR6	58	88,56

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/05	Magen/Darmtrakt		
C/05/01	Magen/Darmtrakt		
3500	Abdomen, Übersicht (mit Begründung 2x verrechenbar im Stehen und Liegen) 1x35/43	22	20,35
3510	Oesophagus 8x10/10, 1xR1	70	82,31
3520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x24/30, 1xR3, 1xR7	82	115,16
3530	Dünndarmpassage 3x24/30, 1x35/35	40	51,41
3540	Darmpassage 1x35/35	22	17,11
3541	frakt. Dickdarmpassage 2x35/35, 1x24/30, 1x18/24, 1xR1	46	70,02
3550	Appendix 2x18/24	28	19,60
3560	Irrigoskopie (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x35/43, 2x35/35, 1xR4, 1xR6, 1xR7	94	166,72
3561	Dünndarmdarstellung nach Sellink 2x35/43, 2x24/30, 2x18/24, 1xR1, 1xR6, 1xR7	64	123,06

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/06	Gallentrakt		
C/06/01	Gallentrakt		
3600	Gallenblase, nativ 1x18/24 zu 50 % , 1x24/30 zu 50 %	22	10,62
3601	orale Cholecystographie 2x18/24, 1x24/30	34	31,05
3610	i.v. Cholexystangiographie 4x24/30	46	45,77
3611	Inf. Cholexystangiographie 4x24/30, 1xR6	60	54,24
3620	i.v. Cholangiographie 4x24/30,	46	45,77
3621	Inf. Cholangiographie 4x24/30, 1xR6	60	54,24
3690	Tomographie Gallenblase und Gallenwege (bei Verrechnung von 3610 oder 3611 oder 3620 oder 3621) 4x18/24, 1xR6	40	47,67

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/07	Harntrakt		
C/07/01	Harntrakt		
3700	Harntrakt, nativ liegend (mit Begründung 2 x verrechenbar, wenn erforderlich) 1x35/43 zu 75 %, 1x30/40 zu 25 %	22	19,17
3702	Harnblase, Nativaufnahme 1x18/24	22	9,80
3710	i.v. Pyelographie (incl. Pos. 3700) 3x35/43, 2x24/30, 1x18/24, 1xR6	58	102,20
3711	stehende Aufnahme bei i.v.P. oder auch als Spätaufnahme (zusätzlich zu 3710 verrechenbar) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	19,41
3712	Cystographie nach i.v.P. 3x18/24	34	29,41
3713	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 3x24/30, 1xR1	40	48,93
3714	MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 6x10/10, 1xR1	58	65,39
3730	Urethrographie retrograd 2x24/30, 1x18/24, 1xR1	40	47,29
3731	Retrograde Cystographie 2x24/30, 1x18/24, 1xR1, 1xR6	40	55,74
3732	Retrograde Pyelographie/Seite 3x20/40, 1xR1, 1xR6	40	64,38
3790	Tomographie beider Nieren (nativ) 4x24/30, 1xR6	40	54,24
3791	Tomographie beider Nieren (incl. i.v.P.) 3x35/43, 4x24/30, 1x18/24, 1xR6	70	125,10

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/08	Spezialuntersuchungen		
C/08/01	Spezialuntersuchungen		
3810	Mammographie 6x18/24, 1x18/24 zu 15 %	48	52,15
3811	Mammographie nach Ablatio 3x18/24	28	25,42
3812	Galaktographie 2x18/24	28	19,60
3813	Pneumozystographie 2x18/24	28	19,60
3820	Phlebographie/obere Extremität/Seite 2x20/40, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	101,41
3821	Phlebographie/untere Extremität/Seite 4x20/40, 8x10/10, 1xR1, 1xR6	74	145,88
3831	Fistelfüllung 1x24/30, 2x18/24, 1xR1	40	45,64
3833	Hystero-Salpingographie 2x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	93,45
3834	Arthrographie-Schulter/Seite 3x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6, 1xR7	82	120,06
3835	Handarthrographie 6x13/18, 1xR1, 1xR6	58	69,38
3840	Fremdkörperlokalisation 3x18/24, 1xR1	40	44,00
3841	Augenfremdkörper 3x18/24	34	29,41
3842	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)		54,56

Nicht als Screening, sondern nur mit medizinischer Indikation. Wiederholungsuntersuchung frühestens nach einem Jahr, außer mit medizinischer Begründung. Gerätenachweis ist der Ärztekammer und der Gebietskrankenkasse vorzulegen.

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/09	Pos. für nicht katalogisierte Leistungen		
C/09/01	Pos. für nicht katalogiesierte Leistungen		
3900	Pos. für nicht katalogisierte Leistungen (Abrechnung nach bisherigem Muster)		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
E	Vorsorgeuntersuchungen		
E/01	Pseudopositionen		
E/01/01	Pseudopositionen		
BERAUF	Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen BKFP (verrechenbar ab 1.7.2023)		
MAMBEF	Übermittlung BKFP-Mammographiebefund samt Bilddatei an ELGA		
MAMMOT	Zuschlag zu MAMSON für Einsatz Tomosynthese		
MAMSON	BKFP-Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie		
4020	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung		
4030	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm) - Untersuchung		
4040	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm) - Abschlussgespräch		
4050	Vorsorgemammographie (beidseitig) (verrechenbar bis 31.12.2022)		
4052	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP		
4055	Vorsorgemammasonographie (beidseitig) Limit: 35 % der Vorsorgemammographiefälle (Gilt erst ab Inkrafttreten des österreichweiten Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes.) (verrechenbar bis 31.12.2022)		
4056	Vorsorgemammasonographie (Diese Position ist zu verrechnen, wenn es nach dem vorgesehenen Untersuchungsprozess im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes zu einer Einladung zum ReScreen vor Ablauf der definierten Untersuchungsintervalle kommt und im Zuge dessen die Durchführung einer Mammasonographie ohne vorherige Durchführung einer Mammographie vorgesehen ist. In diesem Fall ist die Verrechenbarkeit dieser Mammasonographien nicht limitiert.)		
4060	Vorsorgekoloskopie (ab 50J); Hohe diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	P	
4061	Vorsorgekoloskopie (ab 50J); Inkomplette diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	P	
E/01/02	Diabetes mellitus Programm Vorarlberg (DMP)		
4100	DMP - Erstbetreuung	P	
4200	DMP - laufende Betreuung	P	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
F	Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen		
F/01	Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen		
F/01/01	Schwangerenuntersuchungen		
5009	Ultraschalluntersuchung in der 8. - 12. Schwangerschaftswoche	P	
5010	Erste Schwangerenuntersuchung bis zu 16. Schwangerschaftswoche		
5019	Ultraschalluntersuchung in der 16. - 20. Schwangerschaftswoche	P	
5020	Zweite Schwangerenuntersuchung in der 17. - 20. Schwangerschaftswoche		
5021	Zweite Schwangerenuntersuchung mit Blutentnahme		
5025	Interne Untersuchung in der 17. - 20. Schwangerschaftswoche durch Ärzte für Allgemeinmedizin in Verbindung mit der 2. Untersuchung		
5026	Interne Untersuchung durch Ärzte für Allgemeinmedizin bei Zuweisung		
5027	Interne Untersuchung durch Internisten		
5030	Dritte Schwangerenuntersuchung in der 25. - 28. Schwangerschaftswoche mit Blutabnahme		
5035	OGTT (mind. 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ; die Zuckerbestimmung muss mit einer qualitätsgesicherten Methode, chemisch oder enzymatisch erfolgen), Zuckerlösung wird von der Kasse beigestellt		
5040	Vierte Schwangerenuntersuchung in der 30. - 34. Schwangerschaftswoche		
5041	Vierte Schwangerenuntersuchung mit Blutabnahme		
5049	Ultraschalluntersuchung in der 30.- 34. Schwangerschaftswoche	P	
5050	Fünfte Schwangerenuntersuchung in der 35. - 38. Schwangerschaftswoche		
5051	Fünfte Schwangerenuntersuchung mit Blutentnahme		
5060	Untersuchung des Kindes in der 1. Lebenswoche bei Hausgeburt oder im Entbindungsheim		
5069	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der ersten Lebenswoche	P	
F/01/02	Kindesuntersuchungen		
5110	Erste Kindesuntersuchung in der 4. - 7. Lebenswoche		
5111	Orthopädische Untersuchung in der 4. - 7. Lebenswoche		
5119	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 6.- 8. Lebenswoche	P	
5120	Zweite Kindesuntersuchung im 3. - 5. Lebensmonat		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
5130	Dritte Kindesuntersuchung im 7. - 9. Lebensmonat		
5131	HNO-Untersuchung im 7. - 9. Lebensmonat		
5140	Vierte Kindesuntersuchung im 10 - 14. Lebensmonat		
5141	Augenuntersuchung im 10. - 14. Lebensmonat		
5142	10. - 14. Lebensmonat / Zuschlag zur Augenuntersuchung gem. P Pos 5141 für den Fall, dass diese als Autorefraktometrie zur Früherkennung von Sehstörungen mit einem Photorefraktometriegerät durchgeführt wird		
5150	Fünfte Kindesuntersuchung im 22. - 26. Lebensmonat		
5151	Augenfachärztliche Untersuchung im 22. - 26. Lebensmonat		
5160	Sechste Kindesuntersuchung im 34. - 38. Lebensmonat		
5170	Siebte Kindesuntersuchung im 46. - 50. Lebensmonat		
5180	Achte Kindesuntersuchung im 58. - 62. Lebensmonat		

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
G	Psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der 2-er-Regelung			
G/01	Diagnosecodes			
G/01/01	Neurotische Störungen			
6100	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6110	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6120	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6130	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/02	Einfache Entwicklungen und Konfliktreaktionen			
6200	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6210	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6220	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6230	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/03	Störungen der Persönlichkeitsentwicklung			
6300	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6310	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6320	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6330	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/04	Postpsychotische Defektzustände (leichte Form)			
6400	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6410	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6420	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6430	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/05	Depressionen			
6500	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6510	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6520	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6530	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/06	Schizoaffektive Störungen			
6600	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
6610	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6620	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6630	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13
G/01/07	Psychosomatische Erkrankungen			
6700	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		48,61
6710	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		84,54
6720	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		105,68
6730	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		21,13

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
H	Sonstiges		
H/01	Gebühren für österreichische Fremdkassen usw.		
H/01/01	Wegegebühren für österreichische Fremdkassen, deutsche Grenzgänger, EWR-Urlauber sowie Fürsorgefälle		
7010	Für jeden bei einem Besuch zum Kranken zurückgelegten Kilometer		0,80

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
I	COVID-19-Pandemie		
I/01	Pandemieimpfung		
I/01/01	COVID-19-Impfungen		
COVA1	1. COVID-Auffrischungsimpfung (verrechenbar ab 1.9.2021 - 30.9.2022)		20,00
COVA2	2. COVID-Auffrischungsimpfung (verrechenbar ab 1.9.2021 - 30.9.2022)		20,00
COVIA	COVID-Auffrischungsimpfungen (verrechenbar ab 1.9.2022 - 31.3.2025)		15,00
8000	Erste Teilimpfung (verrechenbar bis 31.3.2025)		15,00
8100	Zweite Teilimpfung (verrechenbar bis 31.3.2025)		15,00
I/01/02	COVID-19-Risiko-Attest		
COVRA	COVID-19-Risiko-Attest (abrechenbar vom 22.11. - 30.6.2022 und vom 1.8. - 30.4.2023)		50,00
COVRF	COVID-19-Risiko-Folgeattest (abrechenbar vom 22.11. - 30.6.2022 und vom 1.8. - 30.4.2023)		20,00
I/01/03	COVID-19-Testungen		
COVTE	Antigentest bei asymptomatischen RisikopatientInnen (verrechenbar ab 1.9.2022 - 30.6.2023)		25,00

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
Im Rahmen eines Arztbesuches können niedergelassene ÄrztInnen - auch bei asymptomatischen Personen unter folgenden Voraussetzungen Antigentests durchführen:

- Personen gehören einer Risikogruppe im Sinne der COVID-19 Risikogruppenverordnung an
- Personen, die an Diabetes mellitus erkrankt sind
- Personen haben einen BMI >= 30
- Personen haben das 60. Lebensjahr vollendet.

Für die Testung können analog zur Testung von symptomatischen Personen € 25,-- pro zu testender Person mit der Sozialversicherung abgerechnet werden.
Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der COVID-19-Tests ist die Eingabe der notwendigen Daten in die Meldeplattform des Bundes. (https://gda.gesundheit.gv.at)

COVT1	Antigentest bei symptomatischen Personen positiv (verrechenbar ab 1.7.2023 - 31.3.2024)		25,00
COVT2	Antigentest bei symptomatischen Personen negativ (verrechenbar ab 1.7.2023 - 31.3.2024)		25,00
COVT4	Antigentest für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2, sofern die Voraussetzungen für die Verordnung von Paxlovid gemäß Regelung im EKO 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		12,00

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert

Symptombeginn).
(verrechenbar ab 1.10.2024)

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
Nur abrechenbar von den FG AM, HNO, Lunge, IM und Kind.
Keine gleichzeitige Verrechnung mit anderen Abstrichentnahmepositionen, mit Gastroskopie, Coloskopie, Ergometrie, Belastungs-EKG sowie sonstigen Gesprächspositionen (z.B. "Therapeutische Aussprache", " Heilmittelgespräch" etc).

8301	Antigentest bei symptomatischen Personen positiv mit PCR-Test veranlasst (verrechenbar bis 30.6.2023)	25,00
8302	Antigentest bei symptomatischen Personen negativ ohne PCR-Test (verrechenbar bis 30.6.2023)	25,00
8303	Antigentest bei symptomatischen Personen negativ mit PCR-Test veranlasst (verrechenbar bis 30.6.2023)	25,00

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
Die Pos. 8301,8302 und 8303 sind von Kassenvertragsärzten, die Antigentestungen durchführen, ab 22.10.2020 verrechenbar.
Bei jenen Patienten, bei denen der klinische Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 besteht und die entsprechende Symptome aufweisen sieht die Honorierung bis 30.06.2021 folgende Staffelung vor:

- € 65,- je Fall ab der 1. bis zur 30. pro Monat durchgeführten Testung
- € 50,- je Fall ab der 31. bis zur 60. pro Monat durchgeführten Testung
- € 35,- je Fall ab der 61. pro Monat durchgeführten Testung.

Honorierung ab 01.7.2021 - 30.6.2023:

- € 25,- pro Testung;

Das Honorar ist ein Pauschalhonorar für

- das Material (d.h. der Arzt muss die Antigentestkits auf eigene Kosten anschaffen),
- die Probenentnahmen(der im Falle eines positiven Antigentests zwingend erforderliche PCR-Abstrich ist ebenfalls von diesem Honorar mitumfasst).
- die Auswertung des Antigentests,
- die dazugehörige Dokumentation sowie
- das therapeutische Gespräch zwischen Arzt und Patient.

I/01/04 COVID-19-Impfzertifikate

COVDA	Ausdruck Zertifikat Auffrischungsimpfung (verrechenbar bis 30.6.2023)	3,00
COVD1	Ausdruck erstes Impfzertifikat (verrechenbar ab 19.5.2021 - 30.6.2023)	3,00
COVD2	Ausdruck zweites Impfzertifikat (verrechenbar ab 19.5.2021 - 30.6.2023)	3,00
COVSA	Bestätigung einer Impfbefreiung aufgrund Schwangerschaft (verrechenbar ab 5.2. - 19.7.2022)	12,00

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
I/01/05	COVID-19-Aufklärungsgespräche		
COVAG	Aufklärungsgespräch für COVID-19 Therapeutika (verrechenbar ab 1.9.2022 - 30.6.2023) VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Niedergelassene VertragsärztInnen sollen ihre PatientInnen über die vorhandenen COVID-19 Therapeutika aufklären. Für diesen Mehraufwand (Wechselwirkungen, Kontraindikationen, Risikostellung, etc.) kann der Vertragsarzt/die Vertragsärztin pro Gespräch € 12,-- mit der Sozialversicherung abrechnen. PATIENTENLIMIT: pro Patient und Quartal max 1 mal		12,00
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 EKO vorausgesetzten Risikofaktoren und der Zeitraum des Therapiebeginns vorliegen. (verrechenbar ab 1.10.2024) VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Nur abrechenbar von den FG AM, HNO, Lunge, IM und Kind. Keine gleichzeitige Verrechnung mit anderen Abstrichentnahmepositionen, mit Gastroskopie, Coloskopie, Ergometrie, Belastungs-EKG sowie sonstigen Gesprächspositionen (z.B. "Therapeutische Aussprache", "Heilmittelgespräch" etc).		13,00

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
J	Impfungen		
J/01	Öffentliches Impfprogramm Influenza		
J/01/01	Influenza-Impfungen		
INFLU0	INFLUENZA-Impfung mit Selbstbehalt (verrechenbar bis 31.8.2024)		
INFLU1	INFLUENZA-Impfung ohne Selbstbehalt (verrechenbar ab 1.9.2024)		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
Z	Zusatzpositionen		
Z/01	Zusatzpositionen		
Z/01/01	Zusatzpositionen für veranlasste präoperative Abklärungen und postoperative Nachsorge sowie für Palliativbetreuung		
9000	Präoperative Abklärung erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9001	Präoperative Abklärung erfolgt in "Eigenregie" oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
9100	Postoperative Nachsorge erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9101	Postoperative Nachsorge erfolgt bei dem vom Arzt selbst zur Operation ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
9200	Palliativbetreuung erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9201	Palliativbetreuung erfolgt beim "eigenen Patienten" oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
Z/01/02	Zusatzposition für Behandlung in genehmigter Zweitordination		
9500	Zusatzposition für Behandlung in genehmigter Zweitordination		
Z/01/03	Dringlichkeits-Terminsystem		
9600	Terminbuchung durch Hausarzt		9,62
9601	Gebuchter Termin beim Facharzt		49,21
Z/01/04	Nachtbereitschaft im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für den Sprengel Lech/Zürs		
9610	Nachtbereitschaft Ordination		146,04
9619	Nachtbereitschaft Telefon		33,70
9620	Nachtbereitschaft Hausbesuch		146,04

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:
Die Pos. 9610, 9619 und 9620 sind nur für Ärzte für Allgemeinmedizin im Sprengel Lech/Zürs ab 1.10.2019 abrechenbar.
Die Ärzte für Allgemeinmedizin im Sprengel Lech/Zürs können diese Positionen jedoch nur im Zeitraum vom 1.12 - 30.4. jeden Jahres abrechnen!

Z/01/05	Telemedizin		
9710	Telefonische Leistungserbringung		
9720	Videokonsultation		
9730	Telemedizinische Leistungserbringung + Persönliche Behandlung. Abzurechnen zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag.		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
Z/01/06	PVE-Leistungen von Mitgliedern des erweiterten Teams		
9810	Wundmanagement		
9820	Diabetikerbetreuung		
9830	Psychotherapie		
9840	Sozialarbeit		
9850	Diaetologie		