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	
11 Jede weitere Ordination	10	
ZUSCHLAG für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im An- schluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4	
<pre>2000 ZUSCHLAG zur Ordination an Wochenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)</pre>	10	
200 ZUSCHLAG zur Ordination bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	10	30,60
15 Ausfertigung eines Rezeptes (Verrechnung einer Ordination nicht zulässig) gilt auch für Fachärzte	4	
Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	30,60
Nachtordination im Wochend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag (nicht mehr verrechenbar nach Neuregelung Bereitschaftsdienst ab 1.1.2020)	4	51,94
18 Erste Ordination über ärztliche Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung und BEFUNDBERICHT beim Arzt für Allgemeinmedizin	26	
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.		
19 Telefonordination	10	
A/01/02 Arzt für Allgemeinmedizin - Krankenbesuche		
20 Krankenbesuch (1. und jeder weitere)	42	20,40
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 ist zu begründen.	10	
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	53,01
Mitbesuch, z.B. in Heimen , Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	14	6,71
25 Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	71,40
26 Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst,	4	98,16

A/HG/UG/Positionen Punkte Wert

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.

32 Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die 14 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: 12 % der abgerechneten Fälle.

Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungs- Pgspräch, pro 20 Minuten ab 1.1.1998

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 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 20,40 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 VGKK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

GESAMTLIMIT: 5 % der abgerechneten Fälle.

32

26

7.

A/HG/UG/Positionen Punkte Wert

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, Physiound Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).

A/01/04 Arzt für Allgemeinmedizin - Zuschlag für Konsilium

40	hoi Tac	für	den Berufenen	40
40	per rag	Lur'	den Berutenen	40

- 41 bei Tag für den Berufenden 30
- 42 bei Nacht für den Berufenen 80
- 43 bei Nacht für den Berufenden 60
- Teilnahme am Schmerzboard gemäß Zielsteuerungsprojekt 106,91
 "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.

Monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS (für 4,08 Allgemeinmediziner und Fachärzte)

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
- 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

A/HG/	UG/Positionen	Punkte	Wert
	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.		
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	30,60
58	Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	30,60
59	Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	51,94
68	Telefonordination	10	
A/01/	'06 Facharzt - Krankenbesuche		
60	Erster Krankenbesuch ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließ- lich eingehender Untersuchung und Befundbericht bei allen Fachärzten	Z 62	20,40
	Diese Position kann nur auf einem Zuweisungsschein verrechnet werden.		
61	Erster und jeder weitere Krankenbesuch OHNE ÄRZTLICHE Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung bei allen Fachärzten	42	20,40
62	Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	14	6,71
63	Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	71,40
64	Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	98,16
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	53,01
	Bei den Positionen 65 bis 67 ist die Dringlichkeit		

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
zu begründen.		
A/01/07 Facharzt - Zuschlag für unvorhergesehenes Zeitver- säumnis		
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.		
72 Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertel- stunde (ärztliches Gespräch)	14	
Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.		
PATIENTENLIMIT: pro Patient und Quartal max. 3 mal $1/4$ Stunde		
GESAMTLIMIT: 12 % der abgerechneten Fälle.		
Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungs- gespräch, 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/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 ver- rechnet werden.		
A/02/	706 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/	707 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	52,02
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	Р	203,06

238

88,11

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
217	Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung	Р		280,06
	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 VGKK übermitteln, verwendet und der VGKK 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.			
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	Р	20	

Kassenärztliche Behandlung von Substitutionspatienten in P

Wert

24

P

A/HG/U	JG/Positionen	Pu	ınkte
	den von der Vereinbarung der Kasse mit dem Land vom 22. 2. 2013 umfassten Einrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin. Die Verrechnung sonstiger Positionen der Honorarordnung im Rahmen der Untersuchung/Behandlung neben dem Pauschalhonorar ist unzulässig.		
239	Heilmittelberatungsgespräch Limit: verrechenbar max. in 12 % der abgerechneten Fälle bei Allgemeinmedizinern und max. in 7 % 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 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.		10
A/02/1			
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
224	Donnlargenegwenhigghe IIntergughung des wenägen	D	2.4

Dopplersonographische Untersuchung des venösen

234

Systems

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	
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	
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 verrechen- bar neben Position 257).	6	
269	Oculäre Kohärenztomographie (OCT)		75,17
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	

A/HG/	UG/Positionen	Punkte	Wert
A/04	Sonderleistungen aus den Gebieten der Chirurgie, Unfall- chirurgie, 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	
322	Behandlung chronischer Hautwunde (Ulcusbehandlung) inkl. Verbandanlage mit einem Zeitaufwand von mehr als 10	14	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
Minuten; Verbandsmaterial ist dem Patienten zu verordnen		
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	
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		
Provisorische Versorgung kleiner Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	10	
341 Alle übrigen Knochen	30	

A/HG/U	UG/Positionen	Punkte	Wert
A/05	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheil- kunde und Geburtshilfe		
A/05/0	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 Krebs- prophylaxe	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/05/0	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	4	
266	(nicht gleichzeitig verrechenbar mit Position 366)	20	
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 Oberflächen- anästhesie, 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	

Eingriffe (Entfernung von Ohrpolypen)

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	20	

Seite:

17

A/HG/U	JG/Positionen		Punkte	Wert
A/07	Sonderleistungen aus den Gebieten Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde			
A/07/0	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)	P	80	
	Die Pos. 400, 401 und 402 sind nicht neben der Pos. 403 verrechenbar.			
404	Zuschlag für EKG am Krankenbett	P	20	
	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.			
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 Entwicklungsunter- suchung 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 $115 \, \text{mm/Hg}$ 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 *)
- $\mbox{\ensuremath{^{\star}}})$ 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 beide Fachgruppen: verrechenbar nur bei Nachweis einer entsprechenden Ausbildung nach den jeweils geltenden einschlägigen Ausbildungsrichtlinien der ÖÄK.

65

A/HG/UG/Positionen Punkte Wert

krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung

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 VGKK 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 P 23 obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen)

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar. Auch Fachärzte für Kinderund Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Padiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der VGKK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der VGKK auf Verlangen vorzulegen.

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

A/HG/	UG/Positionen	Punkte	Wert
	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)	€ 60	
439	Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD)	2 100	

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).		
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	Р 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

Psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse

30

10

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).

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 VGKK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

A/HG/UG/Positionen		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 O 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	
Therapiephase 1 Inhalt: intensive Weiterbehandlung (4 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale	414	
Therapiephase 2 Inhalt: Weiterbehandlung (3 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale	311	
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	

8

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

620

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	

Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit

A/HG/UG/Positionen		Wert
Blutabnahme		
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	
Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thrombinzeit	12	
635 Antikoagulantienkontrolle Verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte für Innere Medizin	6	
Olie 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	
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		
Phosphatase (alkalisch, saure); + Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Fermentbe- stimmungen 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	38	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert	
	Untergruppen sowie Rhesusfaktor einschl. Immun- körpertitration)			
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		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
725	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion und dazugehöriger Harnuntersuchungen	20	
726	Blutgasanalyse Limit: In 25 % der Fälle verrechenbar	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 Anwendung komplizierter Färbeverfahren, z.B. Gram-Färbung	14	
763	Pilz- bzw. Bakterien-Nachweis, grob-quantitativ, unter Verwendung eines vorgefertigten Nährbodens	20	
764	Trichogramm. Miroskopische Differenzierung und ggf.	20	

A/HG/UG/Positionen

Färbung von Haaren einschl. deren Wurzeln, einschl.
Epilation

A/12/17 Schwangerschaftsreaktion

Seite:

32

770 Serolog. Schwangerschaftstest 32 (nur bei kurat. Notwendigkeit)

Honorartarif für Vorarlberg, gültig ab 01.01.2020

A/HG/UG/Positionen Punkte				Wert	
A/13		Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie, Ärzte für Allge- meinmedizin, Fachärzte für Orthopädie und ortho- pädische Chirurgie, Unfallchirurgie und Lungenkrankheiten, Anästhesiologie und Intensivmedizin			
A/13/	01	Durchleuchtungen und Zuschläge			
800	Du	rchleuchtung mit/ohne Kontrastbrei	P		6,18
801		gendurchleuchtung einschl. Motalitätsprüfung am eichen Tag	P		10,07
802	Du	rchleuchtung mit Kontrasteinlauf	P		10,07
803	МС	talitätsprüfung allein	P		4,40
804	Ру	schlag für lang dauernde Untersuchungen (i.v. elographie, i.v. Cholangiographie, Irrigoskopie, mographie)	P		7,17
805	Un	tersuchung mit Doppelkontrast	P		14,24
806		schlag für Bildverstärker, nur in Verbindung mit 800, 1 und 802 verrechenbar	P		6,18
A/13/	02	Aufnahmen			
810	9	x 12	P		5,54
811	10	x 10	P		7,17
812	13	x 18	P		6,54
813	18	x 24	P		8,31
814	15	x 40	P		8,93
815	24	x 30	P		9,70
816	30	x 40	P		13,21
817	35	x 35	P		14,49
818	20	x 40	P		11,67
819	35	x 43	P		17,24
820	30	x 90	P		40,76
821	Za	hnfilm je Aufnahme	P		2,92
A/13/	03	Honorar Fachärzte für Radiologie			
830	Er	ste Handhabung pro Quartal	P	22	
831	je	de weitere	P	6	
A/13/04 Honorar Teilradiologen					
835	Er	ste Handhabung pro Quartal	P	8	
836	je	de weitere	P	2	
A/13/05 Honorar Fachärzte für Lungenkrankheiten					
840	Er	ste Handhabung pro Quartal	P	20	

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

Honorartarif für Vorarlberg, gültig ab 01.01.2020

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. ab- leitende Harnwege, Harnblase und Prostata sowie Ge- fäße 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	P	50	
	VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.			
947	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen	P	50	
	VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur			

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

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	

36

Honorartarif für Vorarlberg, gültig ab 01.01.2020

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. Ultraschall-untersuchung 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:

- a) Mit Qualifikation für abdominelle Ultraschalldiagnostik: 850, 860, 880, 890, 950
- b) Mit Qualifikation für gynäkologisch-geburtshilflichen Ultraschall: 870, 890, 892, 900, 950, 5019, 5049
- c) Mit Berechtigung für den Ultraschall der Säuglingshüfte: 940, 5069, 5119

Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

870, 890, 892, 900, 950, 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, 920, 922, 930, 945, 946, 947, 950

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 Kinderund 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

Seite:

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 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 34 Operationsgruppe III 1540 Operationsgruppe IV 60 1550 Operationsgruppe V 120 1560 Operationsgruppe VI 170 1570 Operationsgruppe VII 240 1580 Operationsgruppe VIII 300 2. Assistenz (kann nur verrechnet werden , wenn diese B/01/03 Assistenz durch einen Arzt erfolgt): Operationsgruppe I Operationsgruppe II Operationsgruppe III 30 1640 Operationsgruppe IV 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 Lokalanästhe- sie 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 Barbitursäure-präparaten 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		
2060 Cataractoperation	850	
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	
2068 Linsenimplantation in das aphake Auge	850	
2069 Kryokoagulation im Augenhintergrund	850	
B/02/07 Gruppe VII		
2070 Vitrektomie	1200	

A/HG/	UG/Positionen	Punkte	Wert
2071	Mikrochirurgische Cataractoperation	1200	
2072	Biomikroskopische Laser- oder Lichtkoagulation	1200	
2073	Ablatiooperation ohne Subretinaldrainage	1200	
2074	Kombinierte Cataract-Glaukom-Operation	1200	
2075	Serien-Laser oder Lichtkoagulation bei ausgedehnten	1200	

Seite:

44

Honorartarif für Vorarlberg, gültig ab 01.01.2020

Funduserkrankungen pro Serie und Auge

A/HG/UG/Positionen

100

Punkte Wert

11/110/	00,100101011	1 dillicc	WCI
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 Fremd- körpers 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 ober- flächlichen 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)

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	

_					
c	0	٦.	+	_	•

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/Posit	ionen	Punkte	Wert
2435 Vaginal	e konservative Myomoperation	170	
B/05/05 Grup	pe III Geburtshilfe		
2440 Cerclag	е	170	
2441 Manualh	ilfe und Extraktion (BEL)	170	
2442 Vakuume	xtraktion	170	
2443 Zange		170	
2444 Äußere	Wendung aus Querlage	170	
2445 Reposit	ion vorgefallener Kindesteile	170	
	de des Uterus bei atonischen Blutungen nach der oder Fehlgeburt	170	
B/05/06 Grup	pe IV Frauenheilkunde		
2450 Plastik	(vordere und/oder hintere)	300	
2451 Konserv	ative Myomoperation p.lap.	300	
2452 Tubenli	gatur (als selbständiger Eingriff)	300	
B/05/07 Grup	pe IV Geburtshilfe		
2460 Manuell	e Placentalösung oder Nachtastung	300	
2461 Kombini	erte Wendung	300	
2462 Cervixs Monat)	paltung (künstliche Fehlgeburt nach dem vierten	300	
B/05/08 Grup	pe V Frauenheilkunde		
Ovars,	on an den Adnexen (Grav. Tub., Exstirpation des der Tube, Stomatoplastik, Tubenimplantation, che Operation)	600	
2471 Colpoct	eisis	600	
	fixatio sacralis abdominalis (Prolaps, nblindsack)	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 ein- seitig	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 Kieferhöhlen- punktion 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 Trommelfellver- letzung (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 Extensions- verband) 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 Extensions- verband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unter-	100	
	schenkels, des Schlüsselbeines und des Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehen- grundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk		
2730	Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur	100	
2731	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	100	
2732	Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgeno- logisch 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	100	
	einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)		
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	100	
	(Wundtoilette), Secundärnaht		
2739	Amputation oder Enucleation einer Phalanx	100	
2740	Schienen aus Gips oder einem anderen, modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen von Gliedmaßen- gelenken	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 Mark- höhle 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 Hammer- zehenoperation	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 lokalisier- ten 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 (ausge- nommen 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 Blasentumore	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	

Seite:

ENTFERNUNGSGEBÜHREN

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 probesuchtem 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 30,60 Nachtbesuch EUR 53,01

Zuschläge für Besuche und Ordinationen an zum Wochenend- und Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte: Ordination EUR 30,60 Besuch EUR 71,40

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

- 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	19,39
3101 Schädel und Schädelbasis nach Unfall 3x24/30	34	29,09
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	9,70
3104 Sella 1x13/18	22	6,54
3105 beide Schläfenbeine 6x13/18	52	39,25
3106 beide Schläfenbeine nach Stenvers 2x18/24	28	16,61
3110 Gesichtsschädel 2x18/24	28	16,61
3111 Nasennebenhöhlen (NNH) 3x18/24 zu 60%, 3x13/18 zu 40 %	34	22,80
3112 Nasenbeine 1x13/18	22	6,54
3113 Oberkiefer/Seite 1x18/24	22	8,31
3114 Unterkiefer/Seite 1x18/24	22	8,31
3115 beide Kiefergelenke 4x13/18	40	26,17
3116 1 Kiefergelenk 2x13/18	28	13,08
3121 Zahnstatus/Panorama 10 Zahnfilme		29,18

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	81,52
3201 WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seitl. 1x30/90	22	40,76
3210 HWS 2x18/24, 1x13/18	34	23,15
3211 HWS + Funktionsaufnahmen 3x18/24, 1x13/18, 1x24/30	46	41,16
3212 Foramina Intervertebralia der HWS 2x18/24	28	16,61
3220 BWS 2x20/40 zu 90 %, 2x30/40 zu 10 %	28	23,66
3229 LWS 2x20/40	28	23,35
3230 LWS-Kreuzbein 2x20/40, 1x24/30	34	33,04
3231 Kreuz- und Steißbein 2x24/30	28	19,39
3240 Rippen-bds. nach Unfall 2x30/40 + 1xR1	34	38,78
3241 Rippen-eine Seite nach Unfall 1x30/40 + 1xR1	28	25,57
3243 Rippen-eine Seite (knöcherner Thorax) 1x30/40	22	13,21
3250 Sternum 2x24/30	28	19,39
3251 Sternum-Zonographie 4x18/24 + 1xR6	40	40,40

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	33,22
3311 ein Schultergelenk 2x18/24	28	16,61
3312 Scapula beidseitig $4x24/30$	40	38,78
3313 Scapula einseitig 2x24/30	28	19,39
3314 Clavicula beidseitig 2x18/24,	28	16,61
3315 Clavicula beidseitig mit Belastung 2x18/24, 1x20/40	34	28,29
3316 Clavicula einseitig 1x18/24	22	8,31
3317 ein Sternoclaviculargelenk 1x24/30	22	9,70
3318 beide Sternoclaviculargelenke 2x24/30	28	19,39
3319 beide Sternoclaviculargelenke-Zonographie 4x24/30 x 1xR6	40	45,96
3320 beide Oberarme (ohne Gelenke) $4x20/40$	40	46,69
3321 1 Oberarm (ohne Gelenke) $2x20/40$	28	23,35
3322 beide Ellbogengelenke 4x18/24	40	33,22
3323 1 Ellbogengelenk $2x18/24$	28	16,61
3324 beide Unterarme (ohne Gelenke) $4x20/40$	40	46,69
3325 1 Unterarm (ohne Gelenke) $2x20/40$	28	23,35
3330 beide Hände $2x24/30$	28	19,39
3331 1 Hand 1x24/30	22	9,70
3332 beide Handwurzeln 4x13/18	40	26,17
3333 1 Handwurzel 2x13/18	28	13,08
3334 beide Handgelenke und distale UA	46	29,70

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	15,58
3336 1 Finger oder 1 Zehe beidseitig $4x13/18$	40	26,17
3337 1 Finger oder 1 Zehe einseitig 2x13/18	28	13,08
3339 Naviculare-Serie nach Trauma 4x13/18	40	26,17
3340 Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenk ap) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	16,44
3341 Becken bis 2. Lj. 1x18/24	22	8,31
3342 Becken 3. bis 6. Lj. 1x24/30	22	9,70
3343 Becken + Sacroiliacalgelenk 1x35/43, 2x18/24	34	33,86
3344 Sacroiliacalgelenke 2x18/24	28	16,61
3345 Sacroiliacalgelenke-Zonographie 6x18/24 x 1xR6	52	57,03
3349 beide Hüftgelenke ap und axial, bis 7. Lj. 1x24/30, 2x18/24 (hier Pos. 3342 bereits incl.)	34	26,31
3350 beide Hüftgelenke ab und axial ab 7. Lj. $2x24/30$, $1x35/43$ (hier Pos. 3340 bereits incl.)	34	36,64
3351 1 Hüftgelenk ap und axial $2x24/30$	28	19,39
3353 Hüftgelenk axial bei bereits vorhandener Becken- aufnahme/Seite 1x24/30	22	9,70
3354 Hüfte axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite $1 \times 18/24$ (gilt bei Pos. 3342)	22	8,31
3355 Hüfte Faux profil 1x24/30	22	9,70
3356 Antetorsionsaufnahme der Hüftgelenke 1x35/43	22	17,24
3357 Hüftgelenk bei Endoprothese/Seite 1x20/40	22	11,67
3358 beide Oberschenkel 4x20/40	40	46,69
3359 1 Oberschenkel 2x20/40	28	23,35
3360 beide Kniegelenke	40	33,22

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	4x18/24		
3361	1 Kniegelenk 2x18/24	28	16,61
3362	beide Kniegelenke + Patella axial 4x18/24, 1x24/30	46	42,92
3363	1 Kniegelenk + Patella axial 3x18/24	34	24,92
3364	beide Kniegelenke stehend 1x30/40	22	13,21
3365	Tunnelaufnahme (Knie)/Seite 1x18/24	22	8,31
3367	Defilèe/Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad) 3x18/24	34	24,92
3368	beide Unterschenkel 4x20/40	40	46,69
3369	1 Unterschenkel 2x20/40	28	23,35
3370	beide Füße (ohne Sprunggelenk) 2x18/24, 2x24/30	40	36,00
3371	1 Fuß (ohne Sprunggelenk) 1x18/24, 1x24/30	28	18,00
3372	beide Sprunggelenke 4x18/24	40	33,22
3373	1 Sprunggelenk 2x18/24	28	16,61
3374	beide Vorfüße 4x18/24	40	33,22
3375	1 Vorfuß 2x18/24	28	16,61
3376	beide Calcanei seitlich und axial 4x13/18	40	26,17
3377	1 Calcaneus seitlich und axial 2x13/18	28	13,08
3380	beide untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap $2x30/90$	28	81,52
3381	1 untere Extremität Ganzaufnahme stehend ap 1x30/90	22	40,76
3390	Tomographie Skelett/Ebene (max. 2) 8x18/24, 1xR6	64	73,62
3391	Tomographie Skelett/1Ebene 4x18/24, 1xR6	40	40,40

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	31,73
3401 Herz-Lunge, bis 9. Lj. 2x24/30	28	19,39
3402 Herz-Lunge, Durchleuchtung 1xR1	22	12,36
3403 Herz-Schrägaufnahme ab 9. Lj. 2x35/35 (zusammen mit Pos. 3400/3402)	28	28,97
3404 Herz-Schrägaufnahme bis 9. Lj. 2x24/30 (zusammen mit Pos. 3401/3402)	28	19,39
3410 Halsorgane 2x24/30 zu 60 %, 2x18/24 zu 40 %, 1xR1	34	30,64
3490 Tomographie Lunge/Ebene (max. 2) 6x24/30 Ebene, 1xR6	52	65,35
3491 Tomographie beide Lungen/nur 1 Ebene verrechenbar 8x35/35, 1xR6	64	123,05
3492 Tomographie Mediastinum und/oder beider Hili $7x24/30$, $1xR6$	58	75,04

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	17,24
3510 Oesophagus 8x10/10, 1xR1	70	69,74
3520 Magen-Duodenum (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x24/30, 1xR3, 1xR7	82	97,57
3530 Dünndarmpassage 3x24/30, 1x35/35	40	43,57
3540 Darmpassage 1x35/35	22	14,49
3541 frakt. Dickdarmpassage 2x35/35, 1x24/30, 1x18/24, 1xR1	46	59,33
3550 Appendix 2x18/24	28	16,61
3560 Irrigoskopie (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x35/43, 2x35/35, 1xR4, 1xR6, 1xR7	94	141,26
3561 Dünndarmdarstellung nach Sellink 2x35/43, 2x24/30, 2x18/24, 1xR1, 1xR6, 1xR7	64	104,26

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	9,00
3601 orale Cholecystographie 2x18/24, 1x24/30	34	26,31
3610 i.v. Cholexystangiographie 4x24/30	46	38,78
3611 Inf. Cholexystangiographie 4x24/30, 1xR6	60	45,96
3620 i.v. Cholangiographie $4x24/30$,	46	38,78
3621 Inf. Cholangiographie 4x24/30, 1xR6	60	45,96
3690 Tomographie Gallenblase und Gallenwege (bei Verrechnung von 3610 oder 3611 oder 3620 oder 3621) 4x18/24, 1xR6	40	40,40

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	16,24
3702 Harnblase, Nativaufnahme 1x18/24	22	8,31
3710 i.v. Pyelographie (incl. Pos. 3700) 3x35/43, 2x24/30, 1x18/24, 1xR6	58	86,60
3711 stehende Aufnahme bei i.v.P. oder auch als Spätaufnahme (zusätzlich zu 3710 verrechenbar) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	16,44
3712 Cystographie nach i.v.P. 3x18/24	34	24,92
3713 MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 3x24/30, 1xR1	40	41,45
3714 MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 6x10/10, 1xR1	58	55,40
3730 Urethrographie retrograd 2x24/30, 1x18/24, 1xR1	40	40,06
3731 Retrograde Cystographie 2x24/30, 1x18/24, 1xR1, 1xR6	40	47,23
3732 Retrograde Pyelographie/Seite 3x20/40, 1xR1, 1xR6	40	54,55
3790 Tomographie beider Nieren (nativ) 4x24/30, 1xR6	40	45,96
3791 Tomographie beider Nieren (incl. i.v.P.) 3x35/43, 4x24/30, 1x18/24, 1xR6	70	105,99

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
C/08 Spezialuntersuchungen		
C/08/01 Spezialuntersuchungen		
3810 Mammographie 6x18/24, 1x18/24 zu 15 %	48	44,18
3811 Mammographie nach Ablatio 3x18/24	28	21,54
3812 Galaktographie 2x18/24	28	16,61
3813 Pneumozystographie 2x18/24	28	16,61
3820 Phlebographie/obere Extremität/Seite 2x20/40, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	85,92
3821 Phlebographie/untere Extremität/Seite 4x20/40, 8x10/10, 1xR1, 1xR6	74	123,61
3831 Fistelfüllung 1x24/30, 2x18/24, 1xR1	40	38,66
3833 Hystero-Salpingographie 2x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	79,18
3834 Arthrographie-Schulter/Seite 3x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6, 1xR7	82	101,73
3835 Handarthrographie 6x13/18, 1xR1, 1xR6	58	58,78
3840 Fremdkörperlokalisation 3x18/24, 1xR1	40	37,28
3841 Augenfremdkörper 3x18/24	34	24,92
3842 Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)		46,23

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

 ${\tt C/09/01}$ Pos. für nicht katalogiesierte Leistungen

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

4200 DMP - laufende Betreuung

Ρ

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
E	Vorsorgeuntersuchungen		
E/01	Pseudopositionen		
E/01/	01 Pseudopositionen		
4020	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung		
4030	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm) - Untersuchung		
4040	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm) - Abschlussgespräch		
4050	Vorsorgemammographie (beidseitig)		
4052	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP		
4055	Vorsorgemammasonographie (beidseitig) Limit: 35 % der Vorsorgemammographiefälle (Gilt erst ab Inkrafttreten des österreichweiten Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes.)		
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	Р	
E/01/	02 Diabetes mellitus Programm Vorarlberg (DMP)		
4100	DMP - Erstbetreuung	P	

A/HG/U	G/Positionen		Punkte	Wert
F	Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen			
F/01	Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen			
F/01/0	1 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. Schwanger- schaftswoche durch Ärzte für Allgemeinmedizin in Verbindung mit der 2. Untersuchung			
5026	Interne Untersuchung durch Ärzte für Allgemein- medizin 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/01/0	2 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-Regel	ung		
G/01	Diagnosecodes			
G/01/	01 Neurotische Störungen			
6100	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6110	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6120	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6130	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	02 Einfache Entwicklungen und Konfliktreaktionen			
6200	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6210	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6220	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6230	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	03 Störungen der Persönlichkeitsentwicklung			
6300	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6310	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6320	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6330	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	04 Postpsychotische Defektzustände (leichte Form)			
6400	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6410	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6420	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6430	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	05 Depressionen			
6500	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6510	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6520	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6530	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	06 Schizoaffektive Störungen			
6600	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19

A/HG/	UG/Positionen		Punkte	Wert
6610	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6620	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6630	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90
G/01/	07 Psychosomatische Erkrankungen			
6700	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		41,19
6710	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		71,62
6720	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		89,54
6730	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Mindestdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		17,90

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

85

Honorartarif für Vorarlberg, gültig ab 01.01.2020

A/HG/UG/Positionen		Wert				
I COVID-19-Pandemie						
I/01 Pandemieimpfung						
I/01/01 COVID-19-Impfungen						
8000 Erste Teilimpfung		25,00				
8100 Zweite Teilimpfung		20,00				
I/01/02 COVID-19-Risiko-Attest						
8200 COVID-19-Risiko-Attest		50,00				
I/01/03 COVID-19-Antigentestungen						
COVTH COVID-19-Antigentest in ärztlichen Hausapotheken		25,00				
8301 COVID-19-Antigentest positiv		65,00				
8302 COVID-19-Antigentest negativ ohne PCR-Test		65,00				
8303 COVID-19-Antigentest negativ mit PCR-Test veranlasst		65,00				

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 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.

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(sofern er vom Vertragsarzt in der Ordination durchgeführt wird)).
- die Auswertung des Antigentests,
- die dazugehörige Dokumentation sowie
- das therapeutische Gespräch zwischen Arzt und Patient.

A/HG/	JG/1	Positionen	Punkte	Wert	
Z		Zusatzpositionen			
Z/01		Zusatzpositionen			
Z/01/0	01	Zusatzpositionen für veranlasste präoperative Abklärungen und Nachsorge sowie für Palliativbetreuung	postoperati	ve	
9000		äoperative Abklärung erfolgt über Ersuchen einer ankenanstalt			
9001		äoperative Abklärung erfolgt in "Eigenregie" oder über weisungsauftrag 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		lliativbetreuung erfolgt beim "eigenen Patienten" oder er Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)			
Z/01/0)2	Zusatzposition für Behandlung in genehmigter Zweitordination			
9500		satzposition für Behandlung in genehmigter eitordination			
Z/01/0	03	Dringlichkeits-Terminsystem			
9600	Te	rminbuchung durch Hausarzt		8,16	
9601	Ge	buchter Termin beim Facharzt	4	41,69	
Z/01/0	04	Nachtbereitschaft im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für die S Vorderer Bregenzerwald, Mittlerer Bregenzerwald, Hinterer Bre Kleinwalsertal und Lech/Zürs			
9610	Na	chtbereitschaft Ordination	10	00,00	
9619	Na	chtbereitschaft Telefon	2	20,00	
9620	Na	chtbereitschaft Hausbesuch	10	00,00	
	Di Al Mi Kl Di di	RRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: e Pos. 9610, 9619 und 9620 sind nur für Ärzte für lgemeinmedizin in den Sprengel Vorderer Bregenzerwald, ttlerer Bregenzerwald, Hinterer Bregenzerwald, einwalsertal und Lech/Zürs ab 1.10.2019 abrechenbar. e Ärzte für Allgemeinmedizin im Sprengel Lech/Zürs können ese Positionen jedoch nur im Zeitraum vom 1.12 - 30.4. den Jahres abrechnen!			
Z/01/)5	Telemedizin			
9710	Те	lefonische Leistungserbringung			
9720	Vi	deokonsultation			

9730 Telemedizinische Leistungserbringung + Persönliche

persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten

Behandlung. Abzurechnen zur Kennzeichnung einer notwendigen

A/HG/UG/Positionen Punkte Wert

Krankenbehandlung am selben Tag.