

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	
12 ZUSCHLAG für Sofortbehandlung im Akutfall außerhalb der Ordinationszeit (gilt nicht für Fälle, die im An- schluß an die Ordinationszeit behandelt oder bestellt werden)	4	
13 ZUSCHLAG zur Ordination an Wochenden und Feiertagen (nur bei Dringlichkeit - Erste Hilfe, außerhalb der Ordinationszeit)	10	
14 ZUSCHLAG zur Ordination bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	10	32,15
15 Ausfertigung eines Rezeptes (Verrechnung einer Ordination nicht zulässig) gilt auch für Fachärzte	4	
16 Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	32,15
17 Nachtordination im Wochend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag (nicht mehr verrechenbar nach Neuregelung Bereitschaftsdienst ab 1.1.2020)	4	54,57
18EZ Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin	26	
18 Erste Ordination über ärztliche Zuweisung einschließlich eingehender Untersuchung und BEFUNDBERICHT beim Arzt für Allgemeinmedizin	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.
18NZ Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses	18	
19 Telefonordination (nicht mehr verrechenbar nach Einführung der Telemedizin ab 1.4.2021)	10	
A/01/02 Arzt für Allgemeinmedizin - Krankenbesuche		
20 Krankenbesuch (1. und jeder weitere)	42	21,43
21 ZUSCHLAG zum dringenden Krankenbesuch (nur bei Berufung wegen Verdacht auf akut lebensbedrohlichen Zustand, wie z.B. Unfall, Kollaps, schwere Blutungen u. dgl. ver- rechenbar) 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	55,70

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
24 Mitbesuch, z.B. in Heimen , Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten	20	7,05
25 Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	75,02
26 Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag (nicht mehr verrechenbar nach Neuregelung Bereitschaftsdienst ab 1.1.2020)	4	103,13
A/01/03 Arzt für Allgemeinmedizin - Zuschlag für unvorhergesehenes Zeitversäumnis		
Bei Ordinationen und Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde		
30 bei Tag	20	
31 bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	40	
Die Zuschläge nach 30 und 31 sind nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde. Das unvorhergesehene Zeitversäumnis ist zu begründen.		
32LC Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten; verrechenbar einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung); verrechenbar ab 1.7.2022 - 30.6.2023	14	
32 Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern, pro angefangene Viertelstunde (Ärztliches Gespräch)	14	
Die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten.		
PATIENTENLIMIT: pro Patient und Quartal max. 3 mal 1/4 Stunde		
GESAMTLIMIT: 15 % der abgerechneten Fälle.		
33 Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, pro 20 Minuten	P	35
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"		

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
34 Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde. Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren, die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. GESAMTLIMIT: 5 % der abgerechneten Fälle. Erläuterungen zum Positionstext: 1. Notwendigkeit zur Organisation und intensiven Koordination der ambulanten, häuslichen Versorgung von chronisch kranken, polymorbiden sowie onkologischen und palliativen Patienten. 2. Telefonische und/oder persönliche Gespräche bzw. Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung der Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager im Sozialbereich, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).		21,43
A/01/04 Arzt für Allgemeinmedizin - Zuschlag für Konsilium		
40 bei Tag für den Berufenen	40	
41 bei Tag für den Berufenden	30	
42 bei Nacht für den Berufenen	80	
43 bei Nacht für den Berufenden	60	
44 Teilnahme am Schmerzboard gemäß Zielsteuerungsprojekt "Schmerzboard - Vorarlberg" laut Beschluss der Vorarlberger Landeszielsteuerungskommission vom 21. 11. 2016 Diese Position ist von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten, die chronische Schmerzpatienten behandeln, pro 60 min. verrechenbar für die umfassende Dokumentation sowie Aufarbeitung von Fällen und die Teilnahme an Sitzungen des Schmerzboards. Pro Sitzung ist die Position maximal 3x verrechenbar, wobei die Verrechenbarkeit pro Patient auf eine Sitzung im Quartal beschränkt ist. Es sind damit auch sämtliche sonstigen Aufwendungen in diesem Zusammenhang abgegolten, insb. für Barauslagen, Zeitversäumnis, Fahrtkosten etc.		112,32
45 Monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS (für Allgemeinmediziner und Fachärzte)	P	4,00
A/01/05 Facharzt - Ordination		
50 Erste Ordination ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und BEFUNDBERICHT beim Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Innere Medizin,	Z	32

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
Kinder- und Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Nuklearmedizin			
51 Erste Ordination ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht beim Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Urologie	Z	26	
Die Positionen 50 und 51 können nur auf einem Zuweisungsschein und nur dann verrechnet werden, wenn eine eingehende Untersuchung und ein schriftlicher Befundbericht erstellt wurde. Wird kein Befundbericht erstellt, ist nur die Pos. 52 verrechenbar.			
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	32,15
58 Ordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag		4	32,15
59 Nachtordination im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag		4	54,57
68 Telefonordination (nicht mehr verrechenbar nach Einführung der Telemedizin ab 1.4.2021)		10	
A/01/06 Facharzt - Krankenbesuche			
60 Erster Krankenbesuch ÜBER ÄRZTLICHE ZUWEISUNG einschließlich eingehender Untersuchung und Befundbericht bei allen Fachärzten	Z	62	21,43
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	21,43
62 Mitbesuch, z.B. in Heimen, Familien oder Wohnblocks, bei nicht gehfähigen Patienten		20	7,05

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
63 Krankenbesuch im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	75,02
64 Krankenbesuch bei Nacht im Wochenend(Feiertags)dienst, zusätzlich zum Pauschalbetrag	4	103,13
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	55,70

Bei den Positionen 65 bis 67 ist die Dringlichkeit zu begründen.

A/01/07 Facharzt - Zuschlag für unvorhergesehenes Zeitversäumnis

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

70 bei Tag	20
71 bei Nacht (20,00 - 7,00 Uhr)	40

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

72LC Zeitaufwand für Ordinationen und Krankenbesuche, die länger als 15 Minuten dauern (Ärztliches Gespräch); die ersten 15 Minuten sind mit der Ordination bzw. mit dem Besuch abgegolten;	14
---	----

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

verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; verrechenbar ab 1.7.2022 - 30.6.2023

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

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

PATIENTENLIMIT: pro Patient und Quartal max. 3 mal

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
1/4 Stunde		
GESAMTLIMIT: 15 % der abgerechneten Fälle.		
73 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 Parabulbare Injektion	8	
119 Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten	24	
120 Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	50	
121 Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12	
122 Krampfadernverödung, max. 5 Verödungen pro Sitzung	8	
123 Haemorrhoidenverödung durch Injektion	8	
124 Periarticuläre Injektion	10	
125 Intraarticuläre Injektion in ein Gelenk	20	
A/02/03 Infiltrationen		
130 Subcutane Infiltration	8	
131 Intramuskuläre Infiltration	8	
132 Perineurale Infiltration	8	
133 Intrac. Infiltration durch Dermojet, pro Sitzung	8	
A/02/04 Infusionen		

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/02/08 Betäubung		
180 Kälte- oder Oberflächenanästhesie	4	
181 Infiltrationsanästhesie	8	
182 Leitungsanästhesie	16	
183 Inhalations- oder i.v. Narkose	30	
184 Sacralanästhesie oder Plexusanästhesie	30	
185 Lumbalanästhesie	40	
186 Narkose mit Intubation	50	
187 Lokalanästhesie in das Bruchhämatom	16	
188 Lumbale Sympatikusblockade	24	
A/02/09 Wiederbelebung		
190 Intensiver Belebungsversuch beim schwer asphyktischen neugeborenen Kind	20	
191 Wiederbelebungsversuch bei Unfällen bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	30	
192 Apparative Beatmung durch Saugdruckverfahren bei vitaler Indikation, als Zuschlag zu 191 und 193.	10	
193 Künstliche Beatmung als Wiederbelebungsversuch einschließlich extrathorakaler Herzmassage.	30	
A/02/10 Ärztliche Verrichtung am Magen-Darmtrakt		
200 Bougierung der Speiseröhre	10	
201 Ausheberung und Spülung des Magens	40	
202 Zuschlag für Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu 10 Jahren	20	
203 Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums mit allfälligen Biopsien	115	54,65
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 zangenbiopischer Polypenabtragung	P	213,34

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
217	Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbiopischer Polypenabtragung	P	294,24
Die Pos. 217 ist nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen des Coekum verrechenbar, die Pos. 216 nur bei bildlich dokumentiertem Erreichen zumindest der flexura coli sinistra. Weitere Verrechnungsvoraussetzung für die Pos. 215 bis 217 ist die Einhaltung der in der Beilage 1 der zwischen Land Vorarlberg (Landesgesundheitsfonds), Kasse und Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg am 25. 1. 2007 abgeschlossenen Vereinbarung zur Vorsorgekoloskopie enthaltenen Bestimmungen sowie die Dokumentation der Befunde gemäß Beilage 2 dieser Vereinbarung (das Dokumentationsblatt muss erst ab jenem Zeitpunkt, ab dem auch die VlbG. Krankenhäuser dieses für die von ihnen durchgeführten Koloskopien vollständig ausgefüllt der ÖGK übermitteln, verwendet und der ÖGK übermittle 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. Nabelhernie)		6
229	Erhebung des Venenstatus an beiden Beinen (Prüfung nach Trendelenberg usw.) mit Dokumentation.		10
230	Ausführlicher ärztl. Befundbericht im kassenärztlichen Bereich		6
235	Wechseln von Magenaustauschsonden (Gastrotube)		14
236	Wechsel von suprapubischen Blasenkathetern		14
237	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrates), verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	P	20
238	Kassenärztliche Behandlung von Substitutionspatienten in	P	92,57

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
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 15 % der abgerechneten Fälle bei Allgemeinmedizinern und max. in 10 % bei Fachärzten aller in der Honorarordnung geregelten Fachgruppen mit Ausnahme der Fachgruppen Radiologie und med. und chem. Labormedizin. Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden. a) Durchforsten von vorhandenen oder vom Patienten mitgebrachten Medikamentenlisten unter Berücksichtigung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder 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 führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a - c) beziehen und ist in Stichworten in der Arztdokumentation zu dokumentieren.	10	
A/02/12 Dopplerschall-Untersuchungen		
231 Nicht direktionale Ultraschall-Dopplermessung des distalen Arteriendruckes beider Beine		15
232 Direktionale Dopplersonographie aller Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve aller Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	P	50
233 Dopplersonographische Untersuchung des Karotisvertebralisarteriensystem	P	50
234 Dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems	P	24

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/03 Sonderleistungen aus dem Gebiet der Augenheilkunde		
A/03/01 Untersuchungen		
240 Subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	6	
241 Subjektive Refraktionsbestimmung ohne Astigmatismus	4	
242 Skiaskopie (nach Lindner)	6	
243 Untersuchung mit dem Refraktometer	6	
244 Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking	14	
245 Prüfung der Farbtüchtigkeit mit pseudoisochromatischen 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 stereoskopischen Sehens	6	
255 Prüfung auf Doppelbilder	6	
256 Prüfung der Doppelbilder mit dem Leescrén	14	
257 Kontaktglasuntersuchung (Goldmann usw.) inkl. Gonioskopie, incl. Oberflächenanästhesie	20	
258 Tagesdruckkurve mit mindestens 3 applanationstonometrischen Messungen, incl. Anästhesie	20	
259 Konvergenztrainer oder Muskeltrainer pro Sitzung	6	
260 Lupenbrillen Anpassung	12	
261 Dynamometrie (RAD)	20	
262 Tonographie	30	
263 Fundusfotographie oder Spaltlampenfotographie incl. Sachleistung	26	
264 Fluoreszenzangiographie incl. Sachleistung	50	
265 Fluoreszenzangioskopie	18	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
266	Synoptophoruntersuchung	10	
267	Pleoptophor oder Euthyskopbehandlung pro Sitzung, Amblyopie oder orthoptische Behandlung pro Sitzung	10	
268	Untersuchung mit dem VOLK-Glas oder indirekte Ophthalmoskopie (verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie - nicht verrechenbar neben Position 257).	6	
269	Oculäre Kohärenztomographie (OCT)		78,97
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, Unfallchirurgie, Orthopädie u. orthop. Chirurgie, Dermatologie		
A/04/01 Wundversorgung		
290 Wunde mit Naht und Verband (eine Naht)	20	
291 Kleine Wunde mit Butterfly oder Gewebekleber	10	
292 Abtragung mehrerer großer Blasen in einer Sitzung	10	
293 Nahtentfernung bei größeren Wundnähten (zB nach Bypass-OP). Diese Position ist einmal pro Patient und Tag verrechenbar, sofern zumindest 12 Nähte oder Klammern entfernt wurden.	10	
A/04/02 Kleine operative Eingriffe		
300 Incision eines oberflächlichen Abszesses, Furunkels, einer Paronychie, eines Panaritiums cutaneum oder eines vereiterten Atheroms	10	
301 Exkochleation, Ätzung, Kaustik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	10	
302 Exkochleation, Ätzung, Kaustik mehrerer Warzen oder Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste in einer Sitzung	20	
303 Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	20	
304 Bluttransfusion mit Konserve	30	
305 Incision nach Krampfaderverödung 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 Extremität 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	
334 Manuelle Therapie der Gelenke (nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin) max. 3 mal pro Krankheitsfall	12	
335 Anleitung und Demonstration gymn. Übungen durch den Arzt (verrechenbar für Kinderärzte, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie)	10	
A/04/05 Knochenbrüche		
340 Provisorische Versorgung kleiner Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	10	
341 Alle übrigen Knochen	30	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/05 Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
A/05/01 Frauenheilkunde		
350 Gynäkologische Untersuchung	4	
351 Einlegen und Wechseln eines Pessars	6	
352 Untersuchung mit dem Kolposkop	10	
353 Entnahme von Untersuchungsmaterial für Zytodiagnostik oder für Sekretuntersuchung außerhalb der Krebsprophylaxe	4	
354 Einlegung arzneihaltiger Tampons in die Scheide, Ausspülung, Ätzung oder Tamponade der Scheide	8	
355 Elektrokauterisation der Portio oder Cervix	30	
356 Hysteroskopie incl. Cervixdilatation	27	
357 Probeexcision bei Hysteroskopie verrechenbar nur für Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe. Für Ärzte, bei denen diese Leistung nicht Bestandteil der Facharztausbildung ist, bzw. war, ist als Voraussetzung für die Verrechenbarkeit eine Bestätigung der Ärztekammer für Vorarlberg über die Qualifikation zur Erbringung dieser Leistungen vorzulegen.	13	
A/05/02 Geburtshilfe		
360 Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane unter sterilen Bedingungen (sofern keine geburtshilfliche Leistung verrechnet wird, während der Geburt oder Fehlgeburt)	14	
361 Persönlicher Beistand bei einer Geburt, der während des Geburtverlaufes notwendig wird, sofern kein operativer Eingriff erforderlich ist, außer der aufgewendeten Zeit, aber einschließlich aller kleinen Leistungen, wie gyn. Untersuchung, Anästhesierung. Crede-scher Handgriff, Dammschutz, Wiederbelebung des Neugeborenen usw. Bei Verrechnung der Position 361 kann die Position 360 nicht gleichzeitig verrechnet werden.	100	
362 Manuelle Muttermunddilatation oder Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	14	
363 Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	50	
364 Beistand bei Mehrfachgeburt ohne Kunsthilfe	150	
365 Ultraschalldiagnostik nach dem Dopplerprinzip, Lokalisation der kindl. Herztöne und Feststellen der Frequenz (nicht gleichzeitig verrechenbar mit Position 366)	4	
366 Cardiotokographie, mindestens 30 Min.	30	

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

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

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/07	Sonderleistungen aus den Gebieten Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde		
A/07/01	Elektrokardiogramm		
400	Ruhe EKG (Standard, Goldberger)	P	10
401	Ruhe EKG und 3 Brustwandableitungen	P	15
402	Ruhe EKG mit 6 Brustwandableitungen	P	20
403	Ergometrie plus Ruhe EKG (Verrechenbarkeit nur nach Genehmigung)	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, Apexkardiographie, Carotispulskurve		40
406	Rheoangiographie, je Extremität		22
407	Phonokardiogramm		40
408	Orthostaseprüfung nach Schellong		10
409	Pädiatrische Beratung beim Säugling und unmündigen Minderjährigen (max. bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres), insbesondere detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei Dyspeptischen oder Distrophischen, sowie bei Stoffwechsel- und allergischen Erkrankungen und Ernährungsstörungen, einmal im Monat verrechenbar		10
410	Spezielle Untersuchung auf Cerebralparese (CP), Cerebralschäden bei Säuglingen und Kleinkindern (Risikokinder, Verdachts- oder Erkrankungsfälle) (Kann nur einmal vierteljährlich verrechnet werden)		24
411	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung bei Kindern (Entwicklungs- und Intelligenzquotient und Befundaufstellung, z. B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Münchner Entwicklungsskala, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test)		50
412	Sprachentwicklungstest bei Kindern (Laut, Begriff, Satz) (Zeitaufwand 10 Minuten)		16
413	Heilpädagogische Beratung bei Kindern		16
414	24-Stunden-Langzeit-EKG (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie) Diese Leistung umfasst das Anlegen des Gerätes, die 24-Stunden-Registrierung, die Computerauswertung sowie die Befunderstellung. Die Geräteausstattung ist der Kasse	P	125

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
--------------------	--------	------

bekanntzugeben. Die Leistung ist zu dokumentieren, aufzubewahren (entsprechend der Dokumentationspflicht des Ärztegesetzes) und der Kasse auf Verlangen innerhalb von 3 Jahren zur Verfügung zu stellen.

415	Automatisches ambulant 24-Stunden-Blutdruckmonitoring	P	50
-----	---	---	----

Indikationen:

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

Gerätevoraussetzungen:

- Entweder oszillatorische oder auskultatorische Messmethode
- Zulassung des Gerätetyps durch die Holtergesellschaft
- Prüfung des Gerätes durch das Amt für Eich- und Messtechnik.

Befunddokumentation:

Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren.

Verrechnungsbeschränkung:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit dem Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie. Zur Therapiekontrolle gem. Ziff. 3 der Indikationen (nach erfolgter Neueinstellung) auch verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin.

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
--------------------	--------	------

416 Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung	P	65
---	---	----

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der ÖGK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes incl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren.

Weiters gilt:

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

417 Bodyplethysmographie (zur differenzierten Diagnostik aller obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen)	P	23
--	---	----

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Padiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Diesen gebührt ab 1.1.2022 zum Ausgleich der geringeren Punktequote und des hinsichtlich ihrer Patienten zu erwartenden zeitlichen Mehraufwands ein Regiezuschlag zu dieser Pos. in Höhe von EUR 20,00, wobei die Pos. 417 von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
mit entsprechender Verrechnungsberechtigung in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar ist. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen vorzulegen.		
418 Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder P steady state Methode)	20	
VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.		
419 Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden.	8	
429 Fortführung eines Somatogramms. Einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.	6	
438 Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System) P	60	
439 Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD) P	100	
VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Die Pos. 438 und 439 sind abrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie ab dem 1.10.2019. Mit den vorgesehenen Honoraren für die Pos. 438 bzw. 439 ist auch der gesamte anlässlich des Kontrolltermins anfallende Material- und Geräteaufwand abgegolten.		

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/08	Sonderleistungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten		
A/08/01	Untersuchungen		
420	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit (Kann am gleichen Tag nicht mit 421 verrechnet werden)	16	
421	Aufstellung eines genauen neurologischen Befundes durch elektrische oder andere Untersuchungsmethoden (Grundsätzlich nur einmal vierteljährlich verrechenbar. Bei chronisch degenerativen neurologischen Erkrankungen, die im Rahmen der Therapieeinstellung häufiger kontrolliert werden müssen (z.B. Encephalitis disseminata, Mb. Parkinson) oder bei traumatischen Nervenläsionen ist diese Position max. 3x pro Patient und Quartal verrechenbar).	34	
422	Bestimmung der Rheobase und Chronaxie	12	
423	EEG (Ruhe und Hyperventilation)	P	74
424	Zuschlag für Schlaf-EEG und/oder Provokationsmethode	P	24
425	Elektromyographie oder Elektroneurographie und Befund		74
426	Anwendung und Auswertung neuro-psychiatrischer Testverfahren (z. B. Minimentaltest, CPM- oder SPM-Test)		28
427	Kleine neuro-psychiatrische Testmethoden (orientierende Testuntersuchung z. B. Uhrentest, Hachinskyi-Test, Alters-Konzentrationstest, BUEVA-Test, Heidelberger Sprachentwicklungstest)		18
428	Echo-EG		52
A/08/02	Therapeutische Verrichtungen		
430	Psychotherapeutische Behandlung - Zeitaufwand mindestens 1 Stunde	P	80
431	Psychotherapeutische Behandlung; neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mindestens 15 min	P	30
432	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	20
433	Psychotherapeutische Behandlung; erweiterte neuro-psychiatrische Exploration oder Außenanamnese (Angehörigengespräch zur Anamneseerhebung) bei schwerwiegenden Krankheitsbildern z. B. Schizophrenien, Borderline-Störungen, Depressionen, mit ausführlicher Niederschrift, Zeitaufwand mindestens 30 Minuten	P	46
434	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle		100
435	Psychiatrische psychopharmakologische, parenterale Akutbehandlung einschließlich notwendiger Überwachung		30

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
436 Psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse 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.	30	
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 ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.	10	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/09 Leistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
A/09/01 Leistungen aus dem Gebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie		
490 Erstdiagnostikphase von 0 Jahren bis vollendetes 3. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	513	
491 Erstdiagnostikphase ab dem 4. Lebensjahr Dauer 6 Wochen bis 1 Quartal Inhalt: intensive Diagnostik und Erstbehandlung (4,5 Stunden) Nur einmal pro Patient verrechenbar	466	
492 Therapiephase 1 Inhalt: intensive Weiterbehandlung (4 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 2 Quartale	414	
493 Therapiephase 2 Inhalt: Weiterbehandlung (3 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal für max. 6 Quartale	311	
494 Therapiephase 3 Inhalt: auslaufende Weiterbehandlung (1,5 Stunden) Verrechenbar einmal pro Patient und Quartal	155	

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/10 Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie		
A/10/01 Untersuchungen		
440 Endoskopia urethralis anterior	20	
441 Endoskopia urethralis posterior	30	
442 Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie)	40	
443 Endoskopie der Harnblase mit Funktionsüberprüfung (Chromocystoskopie)	50	
444 Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters oder eines Nierenbeckens einschl. Endoskopie und Nierenbeckenspülung	60	
445 Dasselbe doppelseitig	80	
446 Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	6	
447 Retrograde Füllung der Harnröhre mit Kontrastmittel bis über den Blasenhalshinaus (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, Kohlendäureschneebehandlung, 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 (Lähmungsbehandlung 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	Dampf-inhalation	4	
531	Aerosolinhalation	6	
A/11/05	PUVA-Bestrahlungen oder UVB		
540	Gesamtbestrahlung	12	
541	Lokalbestrahlung	6	
542	Lichttestung	24	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
A/12 Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte		
Eine Ordinationsgebühr kann nur dann verrechnet werden, wenn der Kranke zusätzlich untersucht, beraten oder behandelt wird. Alle übrigen Laborleistungen können für Rechnung der Krankenkasse nur über behördlich zugelassene Laboratorien erbracht werden. Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem I. Quartal 2009 mehr als 45 % bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35 % der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert. Stammen bei Vertragsfachärzten ab dem 1. Quartal 2009 mehr als 45 % bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 35 % der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert. Der Prozentsatz von 45 % verringert sich bei Vertragsfachärzten ab dem 1. 1. 2010 jährlich um 3 %-Punkte bis ein Prozentsatz von 25 % erreicht ist, der Prozentsatz von 35 % verringert sich bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin ab dem 1. 1. 2010 jährlich um 2 %-Punkte bis ein Prozentsatz von 20 % erreicht ist.		
A/12/01 Morphologische Blutuntersuchungen		
600 Blutbefund komplett mit Abnahme (Erythrocyten oder Hämatokrit, Leukocyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Farbeindex bzw. HbE)	30	
601 Rotes Blutbild (Erythrocyten oder Hämatokrit, Hämoglobin, Farbeindex bzw. HbE)	12	
602 Weißes Blutbild (Leukocyten- und Differentialzählung)	16	
603 Erythrocyten	6	
604 Hämoglobin	4	
605 Hämoglobin bei Kindern bis zu 2 Jahren	10	
606 Leukocyten	8	
607 Differentialzählung	10	
608 Retikulocyten	14	
609 Hämatokrit	6	
610 Hämatokrit bei Kindern bis zu 2 Jahren	10	
611 Untersuchung des Sternalpunktates (Differentialzählung und Beurteilung)	30	
612 Prüfung der osmotischen Resistenz	20	
A/12/02 Blutsenkung		
620 Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme	8	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
621 Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung mit Blutabnahme bei Kindern bis zu 10 Jahren	12	
A/12/03 Blutgerinnung		
630 Thrombocyten	12	
631 Gerinnungszeit oder Rekalzifizierungszeit	6	
632 Blutungszeit	4	
633 Prothrombinzeit (Quick)	10	
634 Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thrombinzeit	12	
635 Antikoagulantienkontrolle Verrechenbar nur für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte für Innere Medizin	6	
636 D-Dimer (Die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten).	8	
A/12/04 Reststickstoff, Eiweißkörper, Kohlehydrate		
640 Bestimmung von Harnstoff	14	
641 Indikan, Xanthoprotein, qualitativ je	10	
642 Blutzucker, Streifentest	4	
643 Blutzucker mittels Reflotest	10	
644 Blutzucker fotometrisch	12	
645 Latex-Rheumafaktortest	14	
646 C-reaktives Protein	18	
647 Bilirubin	12	
648 Blutzuckerkurve oder Tagesprofil, komplett (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, quantitativ, nur chemisch oder photometrisch)	40	
649 Troponin-T Test (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten)	7	
A/12/05 Kolloidstabilitätsreaktionen		
650 Thymoltrübungsreaktion	6	
A/12/06 Farbstoffe, Wirkstoffe		
660 Phosphatase (alkalisch, saure); + Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Fermentbestimmungen im Serum	11	
A/12/07 Blutgruppenbestimmungen		
670 Blutgruppenbestimmungen (A, B, AB, 0) mit Rhesusfaktor	20	
671 Immunkörpertitration	12	
672 Kompletter Blutgruppenstatus (A, B, AB, 0, deren Untergruppen sowie Rhesusfaktor einschl. Immunkörpertitration)	38	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
673 Blutgruppenbestimmung (Kreuzprobe)	10	
674 Coombstest	20	
A/12/08 Harnuntersuchungen		
680 Harnuntersuchung mit Streifen, einzel oder mehrfach oder Sulfosalizylsäure	2	
681 Spez. Gewicht	2	
682 Sediment	8	
683 Harnkultur nach Objektträgermethode (z.B. Urikult) mit Anbrütung	6	
A/12/09 Sputumuntersuchungen		
690 Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen, Arauinfärbung 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, Tieffenaustest und Atemgrenzwert (incl. Aufzeichnung)	16	
722 Pharmakodynamischer Funktionstest	16	
723 Atemtraktwiderstandsmessung, nicht durch Body-plethysmographie	12	
724 Prüfung der Leberfunktion durch Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion und Blutabnahmen	24	
725 Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion und dazugehöriger Harnuntersuchungen	20	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
726LC Blutgasanalyse verrechenbar nur für Fachärzte für Lungenheilkunde; einmal pro Patient mit Long Covid-Verdacht (im Zeitraum ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung), sofern der Patient im Zusammenhang mit Long Covid bzw. zur Abklärung eines Long Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird; verrechenbar ab 1.7.2022 - 30.6.2023	Z 35	
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 Färbepreparat	6	
A/12/14 Untersuchung von Punktionsflüssigkeiten		
740 Spez. Gewicht	2	
741 Rivalta	4	
742 Nativpräparat	4	
743 Sediment, nativ	4	
744 Sediment, Färbepreparat	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	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
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. Mikroskopische Differenzierung und ggf. Färbung von Haaren einschl. deren Wurzeln, einschl. Epilation	20	
A/12/17 Schwangerschaftsreaktion			
770	Serolog. Schwangerschaftstest (nur bei kurat. Notwendigkeit)	32	

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
A/13	Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie, Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie und Lungenkrankheiten, Anästhesiologie und Intensivmedizin		
A/13/01	Durchleuchtungen und Zuschläge		
800	Durchleuchtung mit/ohne Kontrastbrei	P	6,49
801	Magendurchleuchtung einschl. Motalitätsprüfung am gleichen Tag	P	10,58
802	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	P	10,58
803	Motalitätsprüfung allein	P	4,62
804	Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen (i.v. Pyelographie, i.v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie)	P	7,54
805	Untersuchung mit Doppelkontrast	P	14,96
806	Zuschlag für Bildverstärker, nur in Verbindung mit 800, 801 und 802 verrechenbar	P	6,49
A/13/02	Aufnahmen		
810	9 x 12	P	5,82
811	10 x 10	P	7,54
812	13 x 18	P	6,87
813	18 x 24	P	8,73
814	15 x 40	P	9,38
815	24 x 30	P	10,19
816	30 x 40	P	13,88
817	35 x 35	P	15,23
818	20 x 40	P	12,26
819	35 x 43	P	18,11
820	30 x 90	P	42,82
821	Zahnfilm je Aufnahme	P	3,07
A/13/03	Honorar Fachärzte für Radiologie		
830	Erste Handhabung pro Quartal	P	22
831	jede weitere	P	6
A/13/04	Honorar Teilradiologen		
835	Erste Handhabung pro Quartal	P	8
836	jede weitere	P	2
A/13/05	Honorar Fachärzte für Lungenkrankheiten		
840	Erste Handhabung pro Quartal	P	20

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

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
A/14 Sonographie-Tarife				
A/14/01 Sonographie-Tarife				
850	Oberbauch (Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz, Pankreas, große Gefäße sowie gegebenenfalls Nieren und die in der Region liegenden Abschnitte des Magen-Darmtraktes)	P	70	
860	Nieren, Retroperitoneum, gegebenenfalls inklus. ableitende Harnwege, Harnblase und Prostata sowie Gefäße der Region	P	60	
870	Weibliches Becken (Uterus, cervikale Abschnitte der Vagina, Adnexe beidseits, gegebenenfalls Harnblase, Gefäße und Darmabschnitte der Region)	P	50	
880	Männliches Becken (Harnblase, Prostata, gegebenenfalls Gefäße und Darmabschnitte der Region)	P	38	
890	Ein Organ (als ein Organ gelten z.B. Gallenblase und Gallenwege, beide Nieren, Uterus, Ovar, siehe auch erläuternde Bestimmungen)	P	35	
892	Endovaginale Sonographie	P	42	
893	Transrektale Prostata-sonographie	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 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	

Erläuternde Bestimmungen

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

Als Organe im Sinne der vorbeschriebenen Leistungen gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und Gefäße einer Körperregion mit Ausnahme der hirnversorgenden und Extremitätengefäße.

Die sonographische Untersuchung eines Organes erfordert die Differenzierung der Organstruktur in mindestens zwei Ebenen und schließt die allfällige Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände (z. B. Gallenblase vor und nach Reiz, Restharnbestimmung) ein. Die mit gezielter Organdiagnostik verbundene Darstellung von Nachbarorganen ist nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß dort ein relevanter pathologischer Befund erhoben wurde.

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

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

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

Die Pos. 920 und 922 sind nicht zugleich verrechenbar.

Als ein Organ gelten, sofern nicht eine eigene Position dafür vorhanden ist, paarige Organe (z. B. beide Nieren), Organe, die wegen ihrer Topographie nur abschnittsweise untersucht werden können (z. B. Darmtrakt, große Gefäße), sowie Organe und Organteile, die sich topographisch als eine Region darstellen (z. B. Gallenblase und Gallenwege, eine Halsseite).

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

Vertragsärzte für Allgemeinmedizin:

a) Mit Qualifikation für abdominale 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 Verrechnung der Position 910 ist eine besonders noch festzulegende Ausbildungsqualifikation und Genehmigung erforderlich.

Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:

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

Vertragsfachärzte für Innere Medizin:

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

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

Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

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

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

Vertragsfachärzte für Neurologie (Neurologie und Psychiatrie):

945

Vertragsfachärzte für Urologie:

860, 880, 890, 893, 950

Vertragsfachärzte für Radiologie:

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

Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

890, 895, 940, 950, 5069, 5119

Vertragsfachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie:

946, 947

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

890, 950

Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

947

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

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

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

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
B/02 AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE		
B/02/01 Gruppe I		
2000 Incision bei Dakryocystitis (eine Seite)	50	
2001 Entfernung kleiner Geschwülste der Lider	50	
2002 Operation eines Chalazions	50	
2003 Elektrokoagulation von kleineren Geschwülsten	50	
2004 Erstmalige Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis 6 Jahren	50	
2005 Operation am Tränenröhrchen	50	
2006 Epilation (elektrolytisch oder ähnliche)	50	
2007 Alkoholinjektion bei Blepharospasmus	50	
2008 Nähte im Bereich der äußeren Augenanteile	50	
B/02/02 Gruppe II		
2010 Tarsorrhapie	100	
2011 Fundusuntersuchung in Narkose	100	
2012 Anpassung eines Kontaktglases	100	
2013 Entfernung einer tiefen Lidgeschwulst mit Tarsusausschneidung	100	
2014 Abrasio corneae	100	
2015 Tätowierung der Cornea	100	
2016 Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens und Herbes corneae	100	
2017 Punktion der vorderen Kammer	100	
2018 Retrobulbäre Alkoholinjektion	100	
2019 Operative Entfernung von Xanthelasma	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 das 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 Funduserkrankungen pro Serie und Auge	1200	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
B/03 CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE		
Bei unfallbedingten Operationen, soweit sie nicht gesondert angeführt sind, ist eine dem Eingriff analoge Position des Operationsgruppenschemas unter Beschreibung des durchgeführten Eingriffes zu verrechnen.		
B/03/01 Gruppe I		
2100 Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines kleinen Gelenkes	50	
2101 Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Fraktur eines kleinen Knochens (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer)	50	
2102 Excision einer Wunde (Wundtoilette) bis zu 5 cm	50	
2103 Incision eines Panaritium subcutaneum	50	
2104 Paquelinisierung eines Karbunkels	50	
2105 Incision einer oberflächlichen Phlegmone	50	
2106 Entfernung eines subcutan gelegenen, tastbaren Fremdkörpers mit Incision und Naht	50	
2107 Extirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (Warze, Clavus, Naevus, Atherom oder Fibrom, Fremdkörper, Cyste) einschließlich Wundversorgung (scharfer Löffel ausgenommen)	50	
2108 Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	50	
2109 Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung	50	
2110 Percutane Bluttransfusion mit Konserve	50	
2111 Unterbindung einer oberflächlichen Arterie und Vene mit Präparation	50	
2112 Amnionpflanzung nach Filatow	50	
2113 Probeexcision bis 3 cm mit Wundverschluß, Stanzung	50	
2114 Operative Entfernung eines Thrombus aus einer oberflächlichen Vene	50	
B/03/02 Gruppe II		
2120 Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	100	
2121 Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk	100	
2122 Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette)	100	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
2123 Incision eines Karbunkels	100	
2124 Buelausche Heberdrainage	100	
2125 Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	100	
2126 Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch 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 Nasenbeinbruchs	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 tiefliegenden, 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 Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	170	
2156 Schleimbeutellexstirpation	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 Kavernoms	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 Varikozele, 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, Arthrodesse 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 Xanthelasma	100	
2322 Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	100	
2323 Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision über 3 cm	100	
2324 Excision einer mittleren Wunde 5 - 10 cm (Wundtoilette)	100	
2325 Radikaloperation eines Unguis incarnatus	100	
B/04/03 Gruppe III		
2330 Dermoabrasion bis 10 qcm nach jeder Methode	170	
2331 Schleifbehandlung nach Aknenarben	170	
2332 Excision einer großen Wunde über 10 cm und Wundversorgung	170	
2333 Thiersche Plastik	170	
2334 Operation einer Geschwulst über 30 mm	170	
2335 Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	170	
2336 Operation von Varicen (durch Ligatur der Saphena und Verödung oder Operation nach Romich)	170	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
2337 Nahlappenplastik am Körper	170	
B/04/04 Gruppe IV		
2340 Radikaloperation von Varicen pro Bein, einschließlich Ligatur der Saphena magna oder parva, Stripping, Verödung, Exstirpation von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich	300	
2341 Rhinophymoperation	300	
2342 Nahlappenplastik am Kopf	300	
2343 Vollhauttransplantation	300	
B/04/05 Gruppe V		
2350 Radikaloperation von Varicen (siehe Op.Gr. IV) mit zu- sätzlicher 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 Marsupialisation	170	
2432 Conisation oder Portioamputation, Sturmdorf- oder Emmetplastik	170	
2433 Laparoskopie	170	
2434 Coeliotomie	170	

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

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
2528 Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle (Mikulicz)	100	
2529 Abtragung von Nasenpolypen einseitig (1. Sitzung)	100	
2530 Durchtrennung der V. angularis	100	
2531 Kieferhöhlenpunktion mit Trokar und Dauerdrainage einseitig	100	
2532 Reposition eines unkomplizierten Nasenbeinbruchs 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 benignen Tumore	170	
2541 Exstirpation mehrerer 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 benignen Geschwülste aus dem Mund-Rachen-Bereich	170	
2548 Aufsuchung und Unterbindung d. V. jug. int. oder eines ihrer Äste	170	
2549 Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, diagnostisch	170	
2550 Tonsillektomie einseitig (doppelseitig 1 1/2-fach)	170	
2551 Stirnhöhleneröffnung nach Beck	170	
2552 Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	170	
2553 Eröffnung der Kieferhöhle durch die Fossa canina zur Fremdkörper- oder Zahnwurzelentfernung	170	
2554 Nasennebenhöhlenendoskopie einschließlich Kieferhöhlenpunktion mit Spezialoptiken, Kaltlicht etc.	170	
2555 Silberklammerung oder Exhairese des N. trigeminus, je Ast	170	
2556 Paukendrainage unter dem Mikroskop einseitig (Parazentese, Absaugung des Mittelohres, Einsetzen des Röhrchens)	170	
2557 Chirurgische Versorgung einer frischen Trommelfellverletzung (unter dem Mikroskop)	170	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
2558 Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	170	
B/06/04 Gruppe IV		
2560 Abszeßtonsillektomie einseitig	300	
2561 Zungenkeilresektion	300	
2562 Exstirpation einer Ranula	300	
2563 Oesophagoskopie mit Probeexcision oder Fremdkörper-extraktion oder Bougierung	300	
2564 Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser mit Probeexcision	300	
2565 Endolaryngeale Stimmlippenkorrektur (Injektion von plastischem Material in die exkavierte Stimmlippe)	300	
2566 Tracheotomie	300	
2567 Aufsuchung und Unterbindung der A. carotis ext. (ev. - int.) oder eines ihrer Äste	300	
2568 Endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker'schen Divertikels	300	
2569 Laser- und Kryochirurgie des Kehlkopfes, je Sitzung unter Mikroskop	300	
2570 Tonsillektomie beidseitig einschließlich Adenotomie	300	
2571 Septumoperation nach Killian	300	
2572 Kieferhöhlenradikaloperation nach Caldwell-Luc	300	
2573 Operation eines Nasen-Rachen-Fibroms ohne Zusatzeingriffe	300	
2574 Ozaena-Operation nach Lautenschläger oder Modifikation	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 Probetympantomie	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 Kieferhöhlenradikaloperation nur IV/2)	300	

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

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper		
2724 Radikaloperation eines Unguis incarnatus	100	
2725 Erstmaliges Redressement bei leichtem Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur	100	
2726 Wiederholtes Redressement bei hochgradigem Plattfuß und Klumpfuß	100	
2727 Offene Tenotomie	100	
2728 Unblutige Einrichtung und erster Verband einer Luxation eines großen Gelenkes mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	100	
2729 Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) einer Fraktur des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und des Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbruches und bei einer Bandruptur am Knie- und Sprunggelenk	100	
2730 Unblutige Reposition einer Jochbeinfraktur	100	
2731 Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	100	
2732 Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers	100	
2733 Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Durchmesser (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Angioms, Epithelioms, Epulis, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder an einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)	100	
2734 Reposition eines unkomplizierten Naseneinbruches	100	
2735 Entfernung leicht zugänglichen Osteosynthesematerials	100	
2736 Stellungskorrektur durch Aufkeilen eines Gipsverbandes	100	
2737 Versorgung kleiner Wunden mit kosmetischer Naht	100	
2738 Excision einer mittleren Wunde von 5 - 10 cm (Wundtoilette), Secundärnaht	100	
2739 Amputation oder Enucleation einer Phalanx	100	
2740 Schienen aus Gips oder einem anderen, modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen von Gliedmaßen-gelenken	100	
2741 Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformalität durchstellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat einschl. Fixation	100	

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
B/07/03 Gruppe III		
2750 Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	170	
2751 Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	170	
2752 Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	170	
2753 Gipshose	170	
2754 Gipsmieder, Gipsschale	170	
2755 Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	170	
2756 Osteoklasse oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	170	
2757 Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	170	
2758 Resektion eines kleinen Gelenkes	170	
2759 Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	170	
2760 Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	170	
2761 Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an Fingern und Zehen	170	
2762 Blutige Reposition einer Fraktur eines kleinen Knochens bzw. Gelenkes, unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	170	
2763 Operation nach Doppler	170	
2764 Exartikulation und Amputation von Fingern und Zehen	170	
2765 Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	170	
2766 Entfernung eines Fremdkörpers aus einem kleinen Gelenk oder eines tiefgelegenen, röntgenologisch nicht 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 Arthrodesse des Ellbogens-, Hand-, Knie- und Sprunggelenkes	600	
2821 Resektion, Arthrodesse 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 Rectussehnnnaht, Achillessehnnnaht, 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. Fascienplastik)	600	
2850 Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes (ausgenommen Hüftgelenk)	600	
2851 Synovektomie eines großen Gelenkes oder mehrerer kleinerer Gelenke bzw. Tenosynovektomie bei PCP	600	
2852 Carpaltunnelsyndrom	600	

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
2944 Semicastratio	300	
2945 Orchiectomie bds. intrakapsulär	300	
2946 Penisamputation	300	
2947 Epididymectomy	300	
2948 Operation des Kryptorchismus (inguinale 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 Inkontinenzoperation bei der Frau (Schlingenoperation und dgl.)	600	
2965 Harnröhrenplastik bei Epi-, Hypospadie oder Strictus, Harnröhrendivertikel, je Art	600	
2966 Plastische Operation am Samenleiter (Recanalisation etc.)	600	
2967 Plastische Operation am Penis (Induratio penis plastica und dgl., z.B. Penisprothese)	600	
2968 Implantate zur elektrischen Stimulation	600	
2969 Kryptorchismus (Orchidopexie mit Funikulyse)	600	
2970 Varicocelenoperation nach Palomo	600	
2971 Penisamputation mit Drüsenausräumung	600	

E N T F E R N U N G S G E B Ü H R E N

1. Seit 1.1.2019 können die Wegegebühren bei jedem Krankenbesuch verrechnet werden. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen einheitlich € 0.80 je vollem Kilometer (die höheren Sätze für Berg- und Fußkilometer werden abgeschafft). Vergütet werden ausschließlich die zum Zweck der Durchführung von Krankenbesuchen tatsächlich zurückgelegten Kilometer ohne Rücksicht auf das vom Arzt benutzte Beförderungsmittel, die Beschaffenheit des Weges, die Tageszeit, den Wochentag etc. Beim Besuch mehrerer Patienten, die bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse versichert sind, an derselben Adresse kann eine Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Bei am gleichen Tag an mehreren Adressen durchgeführten Krankenbesuchen sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich aus der Besuchsreihe mit Vermeidung jedes Umwegs und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Strecke ergeben. Abweichungen von der kürzesten Wegstrecke und mehr als ein Krankenbesuch am gleichen Tag an derselben Adresse sind in der Wegegebührenliste unter Angabe eines Grundes (zB dringende Berufung etc) zu vermerken.
Die Verrechnung der Wegegebühren hat mittels einer Tagesliste (siehe Beilage), aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Fremdkassenfällen hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten (wie bisher) zu erfolgen.
Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit der Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse festgelegt werden.
2. Gesonderte Zuschläge für Nachtbesuche und Nachtordinationen in der Zeit von 20.00 - 07.00 Uhr:
Nachtordination EUR 32,15
Nachtbesuch EUR 55,70

Zuschläge für Besuche und Ordinationen an zum
Wochenend- und Feiertagsdienst eingeteilte Ärzte:
Ordination EUR 32,15
Besuch EUR 75,02

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

1. Als Ordination gilt jede ärztliche Untersuchung, Beratung oder Behandlung. In der Ordinationsgebühr der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte sind alle zur Untersuchung, Beratung oder Behandlung des Kranken einschlägigen Verrichtungen, die nicht als Sonderleistungen aufgeführt sind, enthalten.
2. Es darf eine Erstordination oder ein Erstbesuch einmal im Vierteljahr verrechnet werden.
3. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tag für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muß vom Arzt begründet werden.
4. Die Nachtzeit gilt von 20.00 Uhr bis 07.00 Uhr.
5. Ordinationen, Besuche und die gesonderten Zuschläge an Wochenenden und Feiertagen können von Samstag 07.00 Uhr bis Montag 07.00 Uhr in der Regel nur von dem Arzt verrechnet werden, der zum Wochenenddienst eingeteilt ist. Diese Verrechnungsmöglichkeit besteht auch für Ärzte, die auf Grund ihres Berufssitzes oder sonstiger Umstände an keiner Wochenenddiensterteilung 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 Punktezahle 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 Punktezahle 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	20,37
3101	Schädel und Schädelbasis nach Unfall 3x24/30	34	30,57
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	10,19
3104	Sella 1x13/18	22	6,87
3105	beide Schläfenbeine 6x13/18	52	41,24
3106	beide Schläfenbeine nach Stenvers 2x18/24	28	17,45
3110	Gesichtsschädel 2x18/24	28	17,45
3111	Nasennebenhöhlen (NNH) 3x18/24 zu 60%, 3x13/18 zu 40 %	34	23,95
3112	Nasenbeine 1x13/18	22	6,87
3113	Oberkiefer/Seite 1x18/24	22	8,73
3114	Unterkiefer/Seite 1x18/24	22	8,73
3115	beide Kiefergelenke 4x13/18	40	27,49
3116	1 Kiefergelenk 2x13/18	28	13,74
3121	Zahnstatus/Panorama 10 Zahnfilme		30,66

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/02	Wirbelsäule/Knöcherner Thorax		
C/02/01	Wirbelsäule/Knöcherner Thorax		
3200	WS Ganzaufnahme stehend, ap und seidl. 2x30/90	28	85,65
3201	WS Ganzaufnahme stehend, ap oder seidl. 1x30/90	22	42,82
3210	HWS 2x18/24, 1x13/18	34	24,32
3211	HWS + Funktionsaufnahmen 3x18/24, 1x13/18, 1x24/30	46	43,24
3212	Foramina Intervertebralia der HWS 2x18/24	28	17,45
3220	BWS 2x20/40 zu 90 %, 2x30/40 zu 10 %	28	24,86
3229	LWS 2x20/40	28	24,54
3230	LWS-Kreuzbein 2x20/40, 1x24/30	34	34,71
3231	Kreuz- und Steißbein 2x24/30	28	20,37
3240	Rippen-bds. nach Unfall 2x30/40 + 1xR1	34	40,74
3241	Rippen-eine Seite nach Unfall 1x30/40 + 1xR1	28	26,86
3243	Rippen-eine Seite (knöcherner Thorax) 1x30/40	22	13,88
3250	Sternum 2x24/30	28	20,37
3251	Sternum-Zonographie 4x18/24 + 1xR6	40	42,44

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	34,90
3311 ein Schultergelenk 2x18/24	28	17,45
3312 Scapula beidseitig 4x24/30	40	40,74
3313 Scapula einseitig 2x24/30	28	20,37
3314 Clavicula beidseitig 2x18/24,	28	17,45
3315 Clavicula beidseitig mit Belastung 2x18/24, 1x20/40	34	29,73
3316 Clavicula einseitig 1x18/24	22	8,73
3317 ein Sternoclaviculargelenk 1x24/30	22	10,19
3318 beide Sternoclaviculargelenke 2x24/30	28	20,37
3319 beide Sternoclaviculargelenke-Zonographie 4x24/30 x 1xR6	40	48,28
3320 beide Oberarme (ohne Gelenke) 4x20/40	40	49,05
3321 1 Oberarm (ohne Gelenke) 2x20/40	28	24,54
3322 beide Ellbogengelenke 4x18/24	40	34,90
3323 1 Ellbogengelenk 2x18/24	28	17,45
3324 beide Unterarme (ohne Gelenke) 4x20/40	40	49,05
3325 1 Unterarm (ohne Gelenke) 2x20/40	28	24,54
3330 beide Hände 2x24/30	28	20,37
3331 1 Hand 1x24/30	22	10,19
3332 beide Handwurzeln 4x13/18	40	27,49
3333 1 Handwurzel 2x13/18	28	13,74
3334 beide Handgelenke und distale UA	46	31,20

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	16,37
3336 1 Finger oder 1 Zehe beidseitig 4x13/18	40	27,49
3337 1 Finger oder 1 Zehe einseitig 2x13/18	28	13,74
3339 Naviculare-Serie nach Trauma 4x13/18	40	27,49
3340 Beckenübersicht ab 7. Lj. (einschl. Hüftgelenk ap) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	17,27
3341 Becken bis 2. Lj. 1x18/24	22	8,73
3342 Becken 3. bis 6. Lj. 1x24/30	22	10,19
3343 Becken + Sacroiliacalgelenk 1x35/43, 2x18/24	34	35,57
3344 Sacroiliacalgelenke 2x18/24	28	17,45
3345 Sacroiliacalgelenke-Zonographie 6x18/24 x 1xR6	52	59,91
3349 beide Hüftgelenke ap und axial, bis 7. Lj. 1x24/30, 2x18/24 (hier Pos. 3342 bereits incl.)	34	27,64
3350 beide Hüftgelenke ab und axial ab 7. Lj. 2x24/30, 1x35/43 (hier Pos. 3340 bereits incl.)	34	38,49
3351 1 Hüftgelenk ap und axial 2x24/30	28	20,37
3353 Hüftgelenk axial bei bereits vorhandener Becken- aufnahme/Seite 1x24/30	22	10,19
3354 Hüfte axial bei bereits vorhandener Beckenaufnahme/Seite 1x18/24 (gilt bei Pos. 3342)	22	8,73
3355 Hüfte Faux profil 1x24/30	22	10,19
3356 Antetorsionsaufnahme der Hüftgelenke 1x35/43	22	18,11
3357 Hüftgelenk bei Endoprothese/Seite 1x20/40	22	12,26
3358 beide Oberschenkel 4x20/40	40	49,05
3359 1 Oberschenkel 2x20/40	28	24,54
3360 beide Kniegelenke	40	34,90

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
	4x18/24		
3361	1 Kniegelenk 2x18/24	28	17,45
3362	beide Kniegelenke + Patella axial 4x18/24, 1x24/30	46	45,10
3363	1 Kniegelenk + Patella axial 3x18/24	34	26,18
3364	beide Kniegelenke stehend 1x30/40	22	13,88
3365	Tunnelaufnahme (Knie)/Seite 1x18/24	22	8,73
3367	Defilée/Seite (30 Grad, 60 Grad, 90 Grad) 3x18/24	34	26,18
3368	beide Unterschenkel 4x20/40	40	49,05
3369	1 Unterschenkel 2x20/40	28	24,54
3370	beide Füße (ohne Sprunggelenk) 2x18/24, 2x24/30	40	37,83
3371	1 Fuß (ohne Sprunggelenk) 1x18/24, 1x24/30	28	18,91
3372	beide Sprunggelenke 4x18/24	40	34,90
3373	1 Sprunggelenk 2x18/24	28	17,45
3374	beide Vorfüße 4x18/24	40	34,90
3375	1 Vorfuß 2x18/24	28	17,45
3376	beide Calcanei seitlich und axial 4x13/18	40	27,49
3377	1 Calcaneus seitlich und axial 2x13/18	28	13,74
3380	beide untere Extremitäten Ganzaufnahme stehend ap 2x30/90	28	85,65
3381	1 untere Extremität Ganzaufnahme stehend ap 1x30/90	22	42,82
3390	Tomographie Skelett/Ebene (max. 2) 8x18/24, 1xR6	64	77,34
3391	Tomographie Skelett/1Ebene 4x18/24, 1xR6	40	42,44

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	33,33
3401 Herz-Lunge, bis 9. Lj. 2x24/30	28	20,37
3402 Herz-Lunge, Durchleuchtung 1xR1	22	12,98
3403 Herz-Schrägaufnahme ab 9. Lj. 2x35/35 (zusammen mit Pos. 3400/3402)	28	30,43
3404 Herz-Schrägaufnahme bis 9. Lj. 2x24/30 (zusammen mit Pos. 3401/3402)	28	20,37
3410 Halsorgane 2x24/30 zu 60 %, 2x18/24 zu 40 %, 1xR1	34	32,19
3490 Tomographie Lunge/Ebene (max. 2) 6x24/30 Ebene, 1xR6	52	68,66
3491 Tomographie beide Lungen/nur 1 Ebene verrechenbar 8x35/35, 1xR6	64	129,28
3492 Tomographie Mediastinum und/oder beider Hili 7x24/30, 1xR6	58	78,84

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	18,11
3510	Oesophagus 8x10/10, 1xR1	70	73,27
3520	Magen-Duodenum (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x24/30, 1xR3, 1xR7	82	102,51
3530	Dünndarmpassage 3x24/30, 1x35/35	40	45,77
3540	Darmpassage 1x35/35	22	15,23
3541	frakt. Dickdarmpassage 2x35/35, 1x24/30, 1x18/24, 1xR1	46	62,33
3550	Appendix 2x18/24	28	17,45
3560	Irrigoskopie (Doppelkontrast) 8x10/10, 1x35/43, 2x35/35, 1xR4, 1xR6, 1xR7	94	148,41
3561	Dünndarmdarstellung nach Sellink 2x35/43, 2x24/30, 2x18/24, 1xR1, 1xR6, 1xR7	64	109,54

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	9,45
3601	orale Cholecystographie 2x18/24, 1x24/30	34	27,64
3610	i.v. Cholexystangiographie 4x24/30	46	40,74
3611	Inf. Cholexystangiographie 4x24/30, 1xR6	60	48,28
3620	i.v. Cholangiographie 4x24/30,	46	40,74
3621	Inf. Cholangiographie 4x24/30, 1xR6	60	48,28
3690	Tomographie Gallenblase und Gallenwege (bei Ver- rechnung von 3610 oder 3611 oder 3620 oder 3621) 4x18/24, 1xR6	40	42,44

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	17,06
3702 Harnblase, Nativaufnahme 1x18/24	22	8,73
3710 i.v. Pyelographie (incl. Pos. 3700) 3x35/43, 2x24/30, 1x18/24, 1xR6	58	90,98
3711 stehende Aufnahme bei i.v.P. oder auch als Spätaufnahme (zusätzlich zu 3710 verrechenbar) 1x35/43 zu 80 %, 1x30/40 zu 20 %	22	17,27
3712 Cystographie nach i.v.P. 3x18/24	34	26,18
3713 MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 3x24/30, 1xR1	40	43,55
3714 MCU (Miktions-Cysto-Urethrographie) 6x10/10, 1xR1	58	58,20
3730 Urethrographie retrograd 2x24/30, 1x18/24, 1xR1	40	42,09
3731 Retrograde Cystographie 2x24/30, 1x18/24, 1xR1, 1xR6	40	49,62
3732 Retrograde Pyelographie/Seite 3x20/40, 1xR1, 1xR6	40	57,31
3790 Tomographie beider Nieren (nativ) 4x24/30, 1xR6	40	48,28
3791 Tomographie beider Nieren (incl. i.v.P.) 3x35/43, 4x24/30, 1x18/24, 1xR6	70	111,36

A/HG/UG/Positionen		Punkte	Wert
C/08	Spezialuntersuchungen		
C/08/01	Spezialuntersuchungen		
3810	Mammographie 6x18/24, 1x18/24 zu 15 %	48	46,42
3811	Mammographie nach Ablatio 3x18/24	28	22,63
3812	Galaktographie 2x18/24	28	17,45
3813	Pneumozystographie 2x18/24	28	17,45
3820	Phlebographie/obere Extremität/Seite 2x20/40, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	90,27
3821	Phlebographie/untere Extremität/Seite 4x20/40, 8x10/10, 1xR1, 1xR6	74	129,86
3831	Fistelfüllung 1x24/30, 2x18/24, 1xR1	40	40,62
3833	Hystero-Salpingographie 2x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6	70	83,19
3834	Arthrographie-Schulter/Seite 3x18/24, 6x10/10, 1xR1, 1xR6, 1xR7	82	106,87
3835	Handarthrographie 6x13/18, 1xR1, 1xR6	58	61,76
3840	Fremdkörperlokalisation 3x18/24, 1xR1	40	39,17
3841	Augenfremdkörper 3x18/24	34	26,18
3842	Osteoporosemessung (DEXA oder pQCT)		48,57

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

A/HG/UG/Positionen

Punkte

Wert

C/09 Pos. für nicht katalogisierte Leistungen

C/09/01 Pos. für nicht katalogisierte Leistungen

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
E Vorsorgeuntersuchungen		
E/01 Pseudopositionen		
E/01/01 Pseudopositionen		
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 zangenbiptischer Polypenabtragung	P	
4061 Vorsorgekoloskopie (ab 50J); Inkomplette diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbiptischer Polypenabtragung	P	
E/01/02 Diabetes mellitus Programm Vorarlberg (DMP)		
4100 DMP - Erstbetreuung	P	
4200 DMP - laufende Betreuung	P	

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

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
G Psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der 2-er-Regelung		
G/01 Diagnosecodes		
G/01/01 Neurotische Störungen		
6100 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,27
6110 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P	75,26
6120 Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P	94,07
6130 Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	18,81
G/01/02 Einfache Entwicklungen und Konfliktreaktionen		
6200 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,26
6210 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P	75,26
6220 Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P	94,07
6230 Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	18,81
G/01/03 Störungen der Persönlichkeitsentwicklung		
6300 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,27
6310 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P	75,26
6320 Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P	94,07
6330 Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	18,81
G/01/04 Postpsychotische Defektzustände (leichte Form)		
6400 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,27
6410 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P	75,26
6420 Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P	94,07
6430 Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	18,81
G/01/05 Depressionen		
6500 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,27
6510 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P	75,26
6520 Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P	94,07
6530 Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P	18,81
G/01/06 Schizoaffektive Störungen		
6600 Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P	43,27

A/HG/UG/Positionen			Punkte	Wert
6610	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		75,26
6620	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		94,07
6630	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		18,81
G/01/07 Psychosomatische Erkrankungen				
6700	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 30 Minuten	P		43,27
6710	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 60 Minuten	P		75,26
6720	Ehe-, Partnerschaft- und Familientherapie, Zeitaufwand 1 Stunde für alle	P		94,07
6730	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung bis zu 10 Personen, Minstdauer 1 1/2 Stunden pro Patient	P		18,81

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

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
I COVID-19-Pandemie		
I/01 Pandemieimpfung		
I/01/01 COVID-19-Impfungen		
COVA1 1. COVID-Auffrischungsimpfung (verrechenbar ab 1.9.2021 - 30.9.2022)		20,00
COVA2 2. COVID-Auffrischungsimpfung (verrechenbar ab 1.9.2021 - 30.9.2022)		20,00
COVIA COVID-Auffrischungsimpfungen (verrechenbar ab 1.9.2022 - 31.12.2022)		20,00
8000 Erste Teilimpfung (verrechenbar bis 31.12.2022)		25,00
8100 Zweite Teilimpfung (verrechenbar bis 31.12.2022)		20,00
I/01/02 COVID-19-Risiko-Attest		
COVRA COVID-19-Risiko-Attest (abrechenbar vom 22.11. - 30.6.2022 und vom 1.8. - 31.12.2022)		50,00
COVRF COVID-19-Risiko-Folgeattest (abrechenbar vom 22.11. - 30.6.2022 und vom 1.8. - 31.12.2022)		20,00
I/01/03 COVID-19-Testungen		
COVTE Antigentest bei asymptomatischen RisikopatientInnen (verrechenbar ab 1.9.2022 - 31.12.2022)		25,00

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:

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

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

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

8301	Antigentest bei symptomatischen Personen positiv mit PCR-Test veranlasst (verrechenbar bis 31.12.2022)	25,00
8302	Antigentest bei symptomatischen Personen negativ ohne PCR-Test (verrechenbar bis 31.12.2022)	25,00
8303	Antigentest bei symptomatischen Personen negativ mit PCR-Test veranlasst (verrechenbar bis 31.12.2022)	25,00

VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:

Die Pos. 8301, 8302 und 8303 sind von Kassenvertragsärzten, die Antigentestungen durchführen, ab 22.10.2020 verrechenbar.

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
Bei jenen Patienten, bei denen der klinische Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 besteht und die entsprechende Symptome aufweisen sieht die Honorierung bis 30.06.2021 folgende Staffelung vor: - € 65,- je Fall ab der 1. bis zur 30. pro Monat durchgeführten Testung - € 50,- je Fall ab der 31. bis zur 60. pro Monat durchgeführten Testung - € 35,- je Fall ab der 61. pro Monat durchgeführten Testung. Honorierung ab 01.07.2021 - 31.12.2022: - € 25,- pro Testung; Das Honorar ist ein Pauschalhonorar für - das Material (d.h. der Arzt muss die Antigentestkits auf eigene Kosten anschaffen), - die Probenentnahmen (der im Falle eines positiven Antigentests zwingend erforderliche PCR-Abstrich ist ebenfalls von diesem Honorar mitumfasst). - die Auswertung des Antigentests, - die dazugehörige Dokumentation sowie - das therapeutische Gespräch zwischen Arzt und Patient.		
I/01/04 COVID-19-Impfzertifikate		
COVDA Ausdruck Zertifikat Auffrischungsimpfung (verrechenbar bis 31.12.2022)		3,00
COVD1 Ausdruck erstes Impfzertifikat (verrechenbar ab 19.5.2021 - 31.12.2022)		3,00
COVD2 Ausdruck zweites Impfzertifikat (verrechenbar ab 19.5.2021 - 31.12.2022)		3,00
COVSA Bestätigung einer Impfbefreiung aufgrund Schwangerschaft (verrechenbar ab 5.2. - 19.7.2022)		12,00
I/01/05 COVID-19-Aufklärungsgespräche		
COVAG Aufklärungsgespräch für COVID-19 Therapeutika (verrechenbar ab 1.9.2022 - 31.12.2022)		12,00
VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN: Niedergelassene VertragsärztInnen sollen ihre PatientInnen über die vorhandenen COVID-19 Therapeutika aufklären. Für diesen Mehraufwand (Wechselwirkungen, Kontraindikationen, Risikostellung, etc.) kann der Vertragsarzt/die Vertragsärztin pro Gespräch € 12,- mit der Sozialversicherung abrechnen. PATIENTENLIMIT: pro Patient und Quartal max 1 mal		

A/HG/UG/Positionen	Punkte	Wert
Z Zusatzpositionen		
Z/01 Zusatzpositionen		
Z/01/01 Zusatzpositionen für veranlasste präoperative Abklärungen und postoperative Nachsorge sowie für Palliativbetreuung		
9000 Präoperative Abklärung erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9001 Präoperative Abklärung erfolgt in "Eigenregie" oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
9100 Postoperative Nachsorge erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9101 Postoperative Nachsorge erfolgt bei dem vom Arzt selbst zur Operation ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
9200 Palliativbetreuung erfolgt über Ersuchen einer Krankenanstalt		
9201 Palliativbetreuung erfolgt beim "eigenen Patienten" oder über Zuweisungsauftrag eines(r) Kollegen(in)		
Z/01/02 Zusatzposition für Behandlung in genehmigter Zweitordination		
9500 Zusatzposition für Behandlung in genehmigter Zweitordination		
Z/01/03 Dringlichkeits-Terminsystem		
9600 Terminbuchung durch Hausarzt		8,57
9601 Gebuchter Termin beim Facharzt		43,80
Z/01/04 Nachtbereitschaft im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst für die Sprengel Vorderer Bregenzerwald, Mittlerer Bregenzerwald, Hinterer Bregenzerwald, Kleinwalsertal und Lech/Zürs		
9610 Nachtbereitschaft Ordination		130,00
9619 Nachtbereitschaft Telefon		30,00
9620 Nachtbereitschaft Hausbesuch		130,00
VERRECHNUNGSBESTIMMUNGEN:		
Die Pos. 9610, 9619 und 9620 sind nur für Ärzte für Allgemeinmedizin in den Sprengel Vorderer Bregenzerwald, Mittlerer Bregenzerwald, Hinterer Bregenzerwald, Kleinwalsertal und Lech/Zürs ab 1.10.2019 abrechenbar.		
Die Ärzte für Allgemeinmedizin im Sprengel Lech/Zürs können diese Positionen jedoch nur im Zeitraum vom 1.12 - 30.4. jeden Jahres abrechnen!		
Z/01/05 Telemedizin		
9710 Telefonische Leistungserbringung		
9720 Videokonsultation		
9730 Telemedizinische Leistungserbringung + Persönliche Behandlung. Abzurechnen zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten		

A/HG/UG/Positionen

Punkte Wert

Krankenbehandlung am selben Tag.