

# **Übereinkommen**

und

# **Honorarordnung**

**für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin**

der

OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge

Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete

Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Gemeinden

Krankenfürsorge für Beamte der Landeshauptstadt Linz

Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Steyr

Krankenfürsorge für Beamte der Stadt Wels

**gültig ab 01.10.2022**

# Übereinkommen

(unter Berücksichtigung der Neufassung des § 4 vom 30. Juni 1959)

## § 1

1. Zur Behandlung der bei der Krankenfürsorge anspruchsberechtigten Mitglieder und deren Familienangehörige sind alle Vertragsärzte berechtigt, die am 31. Dezember 1957 in einem Vertragsverhältnis mit der Krankenfürsorge
2. Ärzte, die sich nach dem 31. Dezember 1957 in Oberösterreich niederlassen und dieser Vereinbarung beitreten wollen, müssen um Zulassung zur Behandlung von Mitgliedern der Krankenfürsorge bei der Ärztekammer für Oberösterreich ansuchen. Die Namen der weiterhin zur Teilnahme an diesem ÜBEREINKOMMEN von der Ärztekammer zugelassenen Ärzte werden der Krankenfürsorge jeweils mitgeteilt.
3. Die Teilnahme eines Arztes an diesem ÜBEREINKOMMEN kann nur aus triftigen Gründen und nur im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Krankenfürsorge widerrufen werden.

## § 2

Die bei der Krankenfürsorge anspruchsberechtigten Mitglieder und deren Familienangehörige müssen ihre Anspruchsberechtigung durch die Vorlage der E-Card nachweisen. Diese ist dem Arzt vor Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe vorzulegen und für den Arzt bindend.

## § 3

1. Der Arzt ist verpflichtet, bei Ausübung der ärztlichen Betreuung der Anspruchsberechtigten auf eine ökonomische Verwendung der der Krankenfürsorge zur Verfügung stehenden Mittel gebührend Bedacht zu nehmen. Der Arzt ist insbesondere im Interesse der Krankenfürsorge und der zur Beitragsleistung an den Medikamentenkosten verpflichteten Versicherten zu einer ökonomischen Medikamenten- und Heilmittelverschreibung verpflichtet.
2. Bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung ist die Krankenfürsorge berechtigt, bei der Ärztekammer eine Beschwerde einzureichen, wobei Arzt und Krankenfürsorge die

## § 4

Die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt nach Einzelleistung gemäß der jeweils geltenden Honorarordnung.

## § 5

Dieses Übereinkommen tritt mit 1. Jänner 1958 in Kraft. Das Übereinkommen vom 8. Dezember 1949 verliert per 31. Dezember 1957 seine Gültigkeit.

## § 6

Dieses Übereinkommen wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

## § 7

Diese Honorarordnung gilt nicht für Krankenanstalten.

Ärztekammer für Oberösterreich  
OÖ. Lehrer-Kranken- und Unfallfürsorge  
Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Landesbedienstete  
Kranken- und Unfallfürsorge für oö. Gemeinden  
Krankenfürsorge für Beamte der Landeshauptstadt Linz  
Krankenfürsorgeanstalt für Beamte der Stadt Steyr  
Krankenfürsorge für Beamte der Stadt Wels

## Allgemeine und besondere Bestimmungen

1. Jene Ärzte, die mit den oben genannten Krankenfürsorgeanstalten in einem Vertragsverhältnis stehen, sind verpflichtet, für die Behandlung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Familienangehörigen (im folgenden kurz Versicherte genannt) diesen vereinbarten Tarif zu berechnen.  
Die Verrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt zwischen Arzt und Patient. Der Versicherte legt die Honorarnote seiner Kasse zwecks Rückersatz vor.
2. Die ärztliche Abrechnung soll längstens alle drei Monate erfolgen und ist genau zu zergliedern (Diagnose, Behandlungsdaten, Art und Datum der ärztlichen Leistungen, bei Sonderleistungen ist die Positionsnummer anzuführen).
3. Der Arzt ist verpflichtet, vom Versicherten den vollen vereinbarten Tarif zu verlangen. Zum Schutze des Arztes vor ungebührlicher Zumutung von Seiten eines Versicherten nicht getätigte Leistungen zu verrechnen, um ihn für den zu leistenden Anteil an den Arztkosten schadlos zu halten, wird festgestellt, dass dies strengstens untersagt ist und die sofortige Ausschließung an der Teilnahme an diesem Übereinkommen zur Folge hätte.
4. Der Arzt ist verpflichtet bei Ausübung der ärztlichen Betreuung der Versicherten auf eine ökonomische Verwendung der der Krankenfürsorgeanstalt zur Verfügung stehenden Mittel gebührend Bedacht zu nehmen. Der Arzt ist sowohl im Interesse der Krankenfürsorgeanstalt als auch der zur Beitragsleistung an den Medikamentenkosten verpflichteten Versicherten zu einer ökonomischen Medikamenten- und Heilmittelverschreibung verpflichtet.
5. In den Honorarsätzen ist verwendetes Material nicht inbegriffen, soweit dies nicht ausdrücklich vermerkt ist.
6. Die Wegegebühren werden bei Entfernungen über 1 Kilometer (Doppelkilometer) nach Pos. I1 bzw. I2 verrechnet. Die Wegegebühren werden von der Krankenfürsorgeanstalt grundsätzlich nur bis zum nächsten Arzt (Facharzt) vergütet. Bei Inanspruchnahme eines entfernter wohnenden Arztes (Facharztes) hat der Versicherte die Differenzkilometer aus eigenem zu bezahlen.  
Bei Inanspruchnahme des Gemeindefacharztes werden innerhalb dessen Sanitätsgemeinde durch die Krankenfürsorgeanstalt die vollen Wegegebühren vergütet, sofern sie einen Kilometer übersteigen.  
In gebirgigem Gelände wird für die Gehstunde pro Viertelstunde ein Kilometer verrechnet. Unvermeidbare Mietfuhrwerkskosten können dem Mitglied neben der halben Kilometergebühr verrechnet werden.
7. Werden bei einem Krankenbesuch mehrere bei den OÖ. Krankenfürsorgen versicherte Familienangehörige oder in einer Heil- und Pflegeanstalt, in einem Kurhaus, Erholungsheim, Altersheim oder dgl. mehrere Versicherte bzw. Angehörige der OÖ. Krankenfürsorgen behandelt, so kann das Besuchshonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen Behandelten gebührt das Ordinationshonorar. Ärzte, die in einer der vorerwähnten Einrichtungen ständig beschäftigt sind, können für die Behandlung der dort untergebrachten Versicherten und Angehörigen der OÖ. Krankenfürsorgen grundsätzlich nur Ordinationen verrechnen.
8. **Telemedizinische Krankenbehandlung**  
Telemedizinische Leistungen werden in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag wird die telemedizinische Behandlung allerdings grundsätzlich nicht honoriert; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen.  
Die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit sind zum Beispiel (alle weiteren Voraussetzungen [zB Einwilligung des Patienten, technische und datenschutzrechtliche Voraussetzungen] - siehe 44. Zusatzprotokoll zum OÖ Ärztesgesamtvertrag ÖGK):  
[https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV\\_2021\\_0018/AVSV\\_2021\\_0018.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2021_0018/AVSV_2021_0018.html)):
  - Die Besprechung bloß organisatorischer Angelegenheiten (wie zB Terminanfragen) ist nicht verrechenbar, sondern nur die Besprechung den Krankheitszustand bzw. die Gesundheit eines Patienten betreffende Fragen.
  - Die Erbringung telemedizinischer Leistungen ist zulässig, wenn dies ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig,
  - Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren.Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertreter in der Ordination, bzw. angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst.

Zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung von telemedizinischen Leistungen sind folgende drei Positionen zu verwenden:

PERS Abzurechnen (im Einzelfall mit Begründung) zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen

TELE Abzurechnen zur Kennzeichnung einer telefonischen Krankenbehandlung

VIDEO Abzurechnen zur Kennzeichnung einer Krankenbehandlung über Videokonsultation

**Honorarordnung  
für Ärzte für Allgemeinmedizin**

**Abkürzungsschlüssel**

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

## Allgemeine Bestimmungen

1. Mehr als eine Ordination bzw. ein Krankenbesuch an einem Tage und für dieselbe Erkrankung kann in der Regel nicht verrechnet werden. Die Notwendigkeit von mehr als einer Ordination bzw. einem Krankenbesuch muss vom Arzt begründet werden.
2. Soweit Positionen des Tarifes dem Facharzt vorbehalten sind, dürfen sie vom Arzt für Allgemeinmedizin nicht verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen. Soweit Positionen des Tarifes bestimmten Fachgebieten vorbehalten sind (im Tarif mit dem lt. Abkürzungsschlüssel, siehe Seite 1, bezeichneten Fachgebiet angeführt), dürfen sie nur von Fachärzten des betreffenden Fachgebietes verrechnet werden, ausgenommen in begründeten Notfällen.
3. Bei den OÖ Krankenfürsorgen sind auf Grund der derzeit geltenden Vereinbarungen alle ärztlichen Leistungen bewilligungsfrei.
4. Röntgenleistungen können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die auf Grund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen berechtigt sind.
5. Die unter Abschnitt II bis Abschnitt XIII angeführten Positionen werden zusätzlich neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern nicht im Einzelnen besondere Bestimmungen vereinbart wurden.
6. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, bei welchen die Verrechnung eines Regiezuschlages durch den Beisatz „R“ mit römischer Ziffer vorgesehen ist, kann entsprechend der beigesetzten römischen Ziffer der Regiezuschlag laut Operationstarif verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
7. Bei jenen Positionsnummern der Sonderleistungen, die durch den Beisatz des Buchstaben „M“ gekennzeichnet sind, kann für das Material der aus dem Abschnitt „F“ der Honorarordnung ersichtliche Betrag verrechnet werden, wenn die Leistung in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken erfolgte.
8. Bei physikalisch-therapeutischen Behandlungen können Ordinationen bzw. Besuche verrechnet werden: Von Fachärzten für physikalische Medizin und von behördlich konzessionierten Instituten für physikalische Medizin, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden: Wenn der Patient zur Untersuchung zugewiesen wird, eine Erstordination zu Beginn der Behandlung nach Pos. E1 und E2; wenn die Zuweisung zur Durchführung einer bestimmten physikalischen Therapie erfolgt oder das Institut direkt aufgesucht wird, nach Pos. E1; bei Beendigung der Behandlung eine Schlussordination nach Pos. E3

Von den übrigen Vertragsärzten: Für die Untersuchung zum Zwecke der Antragstellung, bei zugewiesenen Fällen zu Beginn der Behandlung eine Ordination nach Pos. A2 beim Arzt für Allgemeinmedizin, nach Pos. E3 beim Facharzt; wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung aus ärztlichen Gründen erforderlich ist. In diesem Falle ist die Notwendigkeit der Leistung auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe zu begründen. Bei Fehlen der Begründung wird nur die Erstordination und das Honorar für die physikalische Behandlung geleistet.

9. Alle durchgeführten Grundleistungen nach Abschnitt I der Honorarordnung sind nach dem auf der Anzeige über geleistete Arzthilfe angegebenen Zeichenschlüssel bzw., wenn durch diesen eine besondere Qualität der Grundleistung (z. B. Ordination außerhalb der Sprechstunde) nicht zum Ausdruck kommt, mit der entsprechenden Positionsnummer anzuführen. Alle getätigten Sonderleistungen nach den Abschnitten II-XIII der Honorarordnung sind unter Angabe der Positionsnummern zu verrechnen. In Zweifelsfällen wird die jeweils niedrigere Position honoriert.
10. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen der OÖ.Krankenfürsorgen vom Arzt zu begründen. Über das notwendige Ausmaß hinausgehende Leistungen können mit den OÖ.Krankenfürsorgen nicht verrechnet werden; ebenso Leistungen, die nicht bewilligt wurden und mit nicht bewilligten Leistungen im Zusammenhang stehende Ordinationen und Besuche, es sei denn, dass diese auch ohne Durchführung der nicht bewilligten Leistungen notwendig waren.
11. Unterlagen, deren Aufbewahrung vorgeschrieben ist, sind durch drei Jahre aufzubewahren.

# A. Ärztlicher Honorartarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

## I. GRUNDLEISTUNGEN

Pos. Nr.	Punkte	Euro
<b>A. Ordination (Arzt für Allgemeinmedizin)</b>		
A1	20	€ 26,35
<i>Erste Ordination</i> <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 verrechenbar.</i>		
A2	11,5	€ 15,15
A3	4	€ 5,27
<i>Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde</i> <i>Nur bei Dringlichkeit verrechenbar.</i>		
A4	8	€ 10,54
<i>Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen</i> <i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar. Die Positionen A3 und A4 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>		
A5	8	€ 10,54
<i>Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>		
<b>B. Krankenbesuch (Arzt für Allgemeinmedizin)</b>		
B1	46	€ 60,61
<i>Erster Krankenbesuch</i> <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 verrechenbar.</i>		
B2	35	€ 46,11
B3	15	€ 19,76
<i>Weiterer Krankenbesuch</i> <i>Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde</i> <i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand - wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. - verrechenbar.</i>		
B4	15	€ 19,76
<i>Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen</i> <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit verrechenbar.</i>		
<i>Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>		
B5	30	€ 39,53
<i>Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>		
B8	4	€ 5,27
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Tag</i>		
B9	5	€ 6,59
<i>Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. c des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>		
<b>C. Zuschlag für Zeitversäumnis (Arzt für Allgemeinmedizin)</b>		
<i>Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde:</i>		
C1	8	€ 10,54
<i>bei Tag</i>		
C2	12	€ 15,81
<i>bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i>		
<i>Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>		
<b>D. Zuschlag für Konsilium (Arzt für Allgemeinmedizin)</b>		
D1	15	€ 19,76
<i>bei Tag</i>		
D2	20	€ 26,35
<i>bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)</i> <i>Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen.</i>		
<b>I. Wegegebühren</b>		
I1		€ 2,55
<i>Ein Doppelkilometer bei Tag</i>		
I2		€ 3,83
<i>Ein Doppelkilometer bei Nacht</i> <i>Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Wegegebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden.</i>		
<b>J. Koordination</b>		
J1		€ 16,54
<i>Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt</i> <i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>		
<i>Erläuterungen zum Positionstext:</i>		
1. <i>Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.</i>		
2. <i>Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.</i>		
3. <i>Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung.</i>		
4. <i>Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes.</i>		
5. <i>Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation.</i>		
6. <i>Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.</i>		

## II. DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

### 1.

TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil € 15,97

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese bzw. das im Zuge einer Vorsorgeuntersuchung gemäß Vorsorgeuntersuchungs- Gesamtvertrag geführte ausführliche Abschlussgespräch.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin und Radiologie berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen.  
In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ verrechnen.
- g) Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos. Nrn. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie ist bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. Nr. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages nicht am selben Tag verrechenbar.

### 2.

PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch € 23,92

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom-psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A.IX. ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

### 3.

HMG Heilmittelberatungsgespräch € 14,41

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- a) Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)
- b) Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation bereits verfügt)
- c) Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss
- d) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

1. Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, physikalische Medizin und Radiologie berechtigt.
2. Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos. Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.
3. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt 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 (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.*

### III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

#### 10. Blutabnahme

10a	Blutabnahme aus der Vene	4	€ 4,74
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	8	€ 9,47
10c	Aderlass (mindestens 250 ccm)	8	€ 9,47
10d	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene <i>nicht gemeinsam mit Pos 10a verrechenbar</i>	7	€ 8,29
10e	Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren <i>nicht gemeinsam mit Pos 10b verrechenbar</i>	11	€ 13,03

#### 11. Injektionen

11a	Subcutane, intracutane Injektion	2	€ 2,37
11b	Intramuskuläre Injektion	2	€ 2,37
11c	Intravenöse Injektion	3	€ 3,55
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	8	€ 9,47
11e	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	6	€ 7,11
11f	Intraarterielle Injektion	8	€ 9,47
11g	Intracardiale Injektion	8	€ 9,47
11h	Subconjunctivale Injektion	3	€ 3,55
11i	Parabulbäre Injektion	3	€ 3,55
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	8	€ 9,47
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknoten (z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	20	€ 23,68
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	38	€ 45,00 + R II
11n	Injektion ans Peritoneum	8	€ 9,47
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12	€ 14,21
11p	Intrasinuöse Injektion	12	€ 14,21
11q	Krampfaderverödung: erste Injektion	6	€ 7,11
11r	jede weitere Injektion (höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	4	€ 4,74
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion	8	€ 9,47
11t	jede weitere Injektion (höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	4	€ 4,74
11u	Periarticuläre Gelenksunterspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke	10	€ 11,84
11v	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	23	€ 27,24 + R € 6,47
11w	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke (auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	15	€ 17,76 + R € 6,47

#### 12. Infiltrationen

12a	Subcutane Infiltration	4	€ 4,74
12b	Intramuskuläre Infiltration	4	€ 4,74
12c	Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	38	€ 45,00 + R II
12d	Paravertebralblockade	28	€ 33,16

An.C.NC.N.O.I.



<b>13. Infusionen</b>		
13a	Subcutane Infusion	10 € 11,84
13b	Intravenöse Infusion	20 € 23,68
13c	Intraperitoneale Infusion	20 € 23,68
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	6 € 7,11
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	22 € 26,05
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	8 € 9,47
<b>14. Implantationen</b>		
14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	10 € 11,84
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	23 € 27,24
<b>15. Allergologische Untersuchungen</b>		
15b	Allergologische Impfung (Hyposensibilisierung)	2 € 2,37
15c	Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest)	40 € 47,37
	<i>beinhaltet bis zu 20 Tests</i>	AM.D.K.H.L.
	<i>pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15d verrechenbar</i>	
15d	Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest)	54 € 63,95
	<i>beinhaltet mehr als 20 Tests</i>	AM.D.K.H.L.
	<i>pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal und nicht gemeinsam mit Pos 15c verrechenbar</i>	
15f	Epicutan-Standardtest	38 € 45,00
	<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar</i>	D.
15g	Epicutantest Kontrollsituation (Nach- und Ergänzungstestung zu Pos 15f)	10 € 11,84
	<i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar</i>	D.
15h	Allergologische Exploration	8 € 9,47
		AM.D.K.H.L.
<b>16. Punktion (diagnostisch)</b>		
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervennadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o. Ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	10 € 11,84
16b	Aus Gelenken	20 € 23,68
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	15 € 17,76 + R I
16d	Aus dem Herzbeutel	20 € 23,68 + R I
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	20 € 23,68
16f	Suboccipitalpunktion	20 € 23,68
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	20 € 23,68
16h	Sternalpunktion	20 € 23,68 + R I
16i	Punktion der Prostata (inkl. Punktionsnadeln); <i>maximal dreimal und nicht gemeinsam mit Pos 39e verrechenbar</i>	20 € 23,68
<b>17. Punktion (therapeutisch)</b>		
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	15 € 17,76 + R I
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	23 € 27,24 + R I
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	38 € 45,00 + R II
17d	Aus dem Herzbeutel	38 € 45,00 + R II
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	23 € 27,24 + R I
17f	Suboccipitalpunktion	23 € 27,24 + R I
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	23 € 27,24 + R I
17h	Aus dem Wasserbruch	10 € 11,84
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	23 € 27,24 + R I
17k	Aus der Harnblase	23 € 27,24 + R I
<b>18. Betäubung, Wiederbelebung</b>		
18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	2 € 2,37
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	10 € 11,84
18c	Infiltrationsanästhesie	6 € 7,11
18d	Leitungsanästhesie	10 € 11,84
18e	Intravenöse Narkose	10 € 11,84
18f	Sacralanästhesie	12 € 14,21
18g	Lumbalanästhesie	23 € 27,24 + R I
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen)	15 € 17,76
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	22 € 26,05
18k	Intubationsnarkose	29 € 34,34
		An.

## 19. Endoskopien

Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert verrechnet werden.

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop		10	€ 11,84
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes		15	€ 17,76 + R I
		C.H.		
19bf	flexible Endoskopie der oberen Atemwege <i>nicht gemeinsam mit Pos 19b verrechenbar</i>		45	€ 53,29 + R I
		H.		
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)		15	€ 17,76 + R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen		23	€ 27,24 + R I
		C.H.		
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)		23	€ 27,24 + R I
		C.G.U.		
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)		23	€ 27,24 + R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervikalkanals (Endocervicoskopie)		23	€ 27,24 + R I
		C.G.		
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)		23	€ 27,24 + R I
		C.G.		
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)		35	€ 41,45 + R I
		C.D.U.		
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium		53	€ 62,76 + R II
		C.G.U.		
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK; 1 Stück)		53	€ 62,76 + R III
		C.U.		
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)		87	€ 103,03 + R III
		An.C.H.I.L.		
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken (R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK; 2 Stück)		83	€ 98,29 + R IV
		C.U.		
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)		83	€ 98,29 + R III
		C.I.O.		
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)		190	€ 225,00
		An.C.I.L.		
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)		190	€ 225,00
		C.G.I.L.		
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung		340	€ 402,63
		An.C.H.I.L.		
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)		340	€ 402,63
		An.C.H.I.L.		
19x	Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopieaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie <i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a sowie Pos.Nr. 19y oder 19z</i>		263	€ 311,44 +RIII
		C.I.		
19y	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopieaufbereitung (Coloskopie) inkl. zumindest Pulsoxymetrie <i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar,ausgenommen Pos.Nr. 34a sowie Pos.Nr. 19x</i>		326	€ 386,05 + RIII
		C.I.		
19z	Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopieaufbereitung (Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie <i>nicht neben anderen Positionen der Honorarordnung verrechenbar, ausgenommen Pos.Nr. 34a sowie Pos.Nr. 19x</i>		389	€ 460,65 + RIII
		C.I.		

Anmerkung zu Coloskopie und Gastroskopie (Pos. Nr. 19x, 19y, 19z):

Mit den Tarifen sind die Kosten der Gastroskopie bzw. Coloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der Gastroskopie bzw. Coloskopie notwendigen Medikamente (zB Abführmittel, Sedativa etc.), die Sedierung, die Insufflation (unabhängig vom verwendeten Mittel), die Überwachung samt Monitoring, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten.

Qualitätssicherung bei Coloskopie und Gastroskopie:

Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Nrn 19x, 19y und 19z sind die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal- endoskopischen Leistungen in der jeweils gültigen Fassung und eine kontinuierliche endoskopische Tätigkeit. Der Vertragspartner hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Coloskopie zu beachten.

Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.

Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell-chemothermisch zu erfolgen.

Der Vertragspartner hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Coloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren.

Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten.

Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopieassistenten-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

#### 20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt

20a	Bougierung der Speiseröhre	8	€ 9,47
20b	Aushebung des Magens	8	€ 9,47
20c	Ausspülung des Magens	10	€ 11,84
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren	12	€ 14,21
20f	Duodenalsondierung	15	€ 17,76
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	3	€ 3,55
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	4	€ 4,74
20i	Aufblähung des Mastdarmes	6	€ 7,11
20k	Sphinkterdehnung	10	€ 11,84

#### 21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel		
	<i>Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert verrechnet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Vertragszahnärzte honoriert.</i>		
21b	Setzen von Blutegehn und Saugapparaten	3	€ 3,55
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	12	€ 14,21
		C.D.I.O,P MR.	
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	4	€ 4,74
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	10	€ 11,84
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	4	€ 4,74
21g	Modellierender Kompressionsverband	5	€ 5,92
		C.D.O.	
21h	Abstrich	3	€ 3,55

### IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der AUGENHEILKUNDE

#### 22. Untersuchungen

22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	A.	6	€ 7,11
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	A.	6	€ 7,11
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	A.	6	€ 7,11
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	A.	6	€ 7,11
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	A.	2	€ 2,37
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	A.	4	€ 4,74
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	A.	10	€ 11,84
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	A.	2	€ 2,37
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	A.	3	€ 3,55
22j	Applanationstonometrie beidseitig, nicht neben 22i verrechenbar	A.	10	€ 11,84
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	A.	2	€ 2,37
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	A.	5	€ 5,92

22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens		4	€ 4,74
		A.N.		
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut <i>verrechenbar 1 x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>		10	€ 11,84
22o	Schirmertest	A.	4	€ 4,74
22p	Computergesteuerte statische Hochleistungsperimetrie <i>1x pro Patient im Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	A.	43	€ 50,92
<b>23. Fremdkörperentfernung</b>				
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut		7	€ 8,29
<b>24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen</b>				
24a	Wimpernepilation		6	€ 7,11
24b	Kauterisation der Hornhaut		23	€ 27,24 + R I
		A.		
24c	Spaltung des Hordeolums		2	€ 2,37
24d	Kanthotomie (ohne Naht)		10	€ 11,84
<b>V. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE und ORTHOPÄDIE</b>				
<b>25. Wundversorgung</b>				
25a	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde		8	€ 9,47
25b	Abtragung einer großen Brandblase		5	€ 5,92
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung		10	€ 11,84
25d	Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl.chirurgische Versorgung nach jeder Methode <i>einmal pro Region verrechenbar</i>		38	€ 45,00
25e	Naht- und Klammernentfernung <i>einmal pro Region verrechenbar</i>		4	€ 4,74
<b>26. Kleine operative Eingriffe</b>				
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung)		10	€ 11,84
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung		10	€ 11,84
26c	Abtragung einer Eiterblase		4	€ 4,74
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze		5	€ 5,92
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung		10	€ 11,84
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste		10	€ 11,84
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe		10	€ 11,84
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe		4	€ 4,74
<b>27. Verbände</b>				
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband		12	€ 14,21
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität		20	€ 23,68
27c	Redressierender Heftpflasterverband, Cingulum		15	€ 17,76
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes		23	€ 27,24 + R I + M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte		38	€ 45,00 + R II + M
27f	Gipsverband der Schiefhalsgips mit Thoraxoberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken,		83	€ 98,29 + R III + M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes		5	€ 5,92
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)		10	€ 11,84
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes <i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen vergütet.</i>		5	€ 5,92
27l	Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage bzw. vollständige Neuanlage pro Behandlungsfall und Extremität		20	€ 23,68
		AM.C.D.O.		
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27l		8	€ 9,47
		AM.C.D.O.		
<b>28. Versorgung mit Heilbehelfen</b>				
28a	Gipsmodelle für Einlagen <i>verrechenbar nur bei Verordnung von Modell- oder Bettungseinlagen.</i>		40	€ 47,37 + R I + M 4a
28b	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stützapparat und Bewegungsorgane sowie deren Kontrolle		18	€ 21,32
		O.		

<b>29. Knochenbrüche</b> (Provisorische Versorgung - Notverband)		
29a Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	6	€ 7,11
29b Alle übrigen Knochen	10	€ 11,84

**VI. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der  
FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE**

**30. Frauenheilkunde**

30a Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	12	€ 14,21
30b Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	3	€ 3,55
30e Zellentnahme für cytologische Untersuchung	4	€ 4,74
30f Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	2	€ 2,37
30g Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	2	€ 2,37
30h Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge	4	€ 4,74
oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), 1. Präparat		
30i Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge		
oder mit einfacher Färbung (z. B. Methylenblau), jedes weitere Präparat	2	€ 2,37
30j Endocervicale Abstrichabnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung	4	€ 4,74
	G.	
30k Menopausenberatungsgespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie	15	€ 17,76
<i>einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr verrechenbar. Nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar.</i>	G.	
30l Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstests in der Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz	10	€ 11,84
<i>nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptaussstellung</i>	G.	
30m Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	15	€ 17,76
<i>nicht gemeinsam mit den Positionen TA, PS, J1 und HMG verrechenbar</i>	G.	
<i>Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen – STDs (zB HIV, HPV, Hep. B, ...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.</i>		

**31. Geburtshilfe**

31a Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilflicher Eingriff nicht stattfindet	6	€ 7,11
31b Beistand bei der Entbindung		
<i>Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde -bis höchstens 5 Stunden - können gesondert verrechnet werden. Verrechnung gemäß § 23 Abs. 1 des Gesamtvertrages.</i>		
31c Manuelle Muttermunddilataion	16	€ 18,95
31d Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	16	€ 18,95

**VII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der  
HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN**

**32. Untersuchungen**

32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-, Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	10	€ 11,84
32b	Tonschwellenaudiometrie	20	€ 23,68
32c	Sprachaudiometrie <i>Die Audiometrie wird nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden.</i>	30	€ 35,53
32d	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	23	€ 27,24 + R I
32g	Otomikroskopische Untersuchung	8	€ 9,47
		H.	
32h	Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung max. 2 mal pro Patient und Monat	18	€ 21,32
		H.	
32i	Otoakustische Emissionen	19	€ 22,50
		H.	

**33. Therapeutische Verrichtungen**

33a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	4	€ 4,74
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	6	€ 7,11
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	8	€ 9,47
33d	Nasentamponade nach Bellocq	23	€ 27,24 + R I
33e	Cerumenentfernung je Ohr	4	€ 4,74
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	4	€ 4,74
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	23	€ 27,24 + R I
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	6	€ 7,11 + R I
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10	€ 11,84
33k	Attic-Spülung	5	€ 5,92
33l	Vordere Nasentamponade	5	€ 5,92 + R I

**VIII. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN**

34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I, II, III; AVR, AVL, AVF; V1-6)	I.K.L.	€ 52,06
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	I.K.	€ 9,97
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	I.K.	€ 9,97
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett <i>Die Positionen 34a bis 34c werden nur dann honoriert, wenn genaue schriftliche Aufzeichnungen über die ausgeführten Leistungen und die erhobenen Befunde geführt werden. Diese Unterlagen müssen aufbewahrt werden. Wenn vom zuweisenden Arzt nur die Durchführung eines EKG verlangt wurde, kann keine Ordinationsgebühr verrechnet werden.</i>	10	€ 11,84
34g	Belastungs-EKG (Ergometrie) <i>maximal einmal pro Patient und Quartal und nicht gemeinsam mit Pos 34a, 34b und 34c verrechenbar durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin</i>	I.	€ 116,55
34x	24-Stunden Blutdruckmonitoring <i>bei Vorliegen folgender Indikationen:</i> a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht: - bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtetes durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei - sekundärer Hypertonie - Praeeklampsie - Schlafapnoe - hypertoner Herzhypertrophie  c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie: - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch) - nach Schlaganfall, Herzinfarkt - mit Herzinsuffizienz - mit echokardiologisch festgestellter Linkshypertrophie - mit Diabetes mellitus - mit fehlender Rückbildung von Organschäden - mit Wechselschichtdienst - mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel) - zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie - bei Schwangeren mit EPH-Gestose	AM.I.	€ 51,02

*für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung;  
verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin  
Die Untersuchung ist zu dokumentieren.*

34y	Langzeit-EKG (Anlegen des Gerätes, 24-Stunden Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung) <i>für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundleistung; verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin.</i>	I.		€ 102,04
-----	---	----	--	----------

**VIIIa. SONDERLEISTUNGEN  
aus dem Gebiete der KINDERHEILKUNDE**

34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kinder bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria <i>einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.</i>	K.	13	€ 15,39
34t	Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	K.	32	€ 37,89
34u	Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Monat verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	K.	17	€ 20,13
34v	Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Fall und Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	K.	17	€ 20,13
34w	Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	K.	17	€ 20,13
34z	Somatogramm	K.	9	€ 10,66

**VIIIb. SONDERLEISTUNGEN  
aus dem Gebiete der LUNGENKRANKHEITEN**

34k	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung  <i>Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung.  Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungs Nächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundauswertung.</i>	L.H.N.	75	€ 88,82
34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je		3	€ 3,55
34m	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit graphischer Darstellung		15	€ 17,76
34n	Bronchospasmodolysetest (wie 34m - incl. Inhalation eines Broncholyticums)	An.I.K.L.	15	€ 17,76
34o	Provokationstest (wie 34m - incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	L.	19	€ 22,50
34p	Messung der Atemwegswiderstände	L.	5	€ 5,92
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	L.	60	€ 71,05
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe <i>Pos. Nm. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.</i>	L.	60	€ 71,05
Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.				
34s	Bodyplethysmographie – statische Lungenvolumina	L.	20,5	€ 24,28

**IX. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der  
NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE**

**35. Untersuchungen**

35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelregbarkeit		10	€ 11,84
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration; <i>bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319, maximal 1x pro Fall und Quartal verrechenbar</i> Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren.	N., KNP.	31	€ 36,71
35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319)/neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3) <i>nicht neben Ordination/Visite verrechenbar</i> Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	N., KNP. Modul II oder III	21	€ 24,87
35f	Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation; <i>maximal 1x pro Fall und Quartal verrechenbar</i>	N., P., K.	31	€ 36,71
35g	Psychiatrische Skala: Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala <i>maximal 1x pro Patient und Kalenderhalbjahr verrechenbar</i>	N.	15	€ 17,76
35h	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala	N.	31	€ 36,71

### 36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.; <i>nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar</i>	27	€ 31,97
		N., K.	
		Modul II oder III	
	1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention		
	2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder klinisch relevanter neurologischer Beeinträchtigung bei Kindern		
	Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.		
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); <i>nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min. – kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)</i>	76	€ 90,00
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.; <i>im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar</i>	77	€ 91,18
		N., KNP.	
		Modul II oder III	
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min.; <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	77	€ 91,18
		Modul III	
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.; <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	39	€ 46,18
		Modul III	€ 0,00
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit <i>nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar</i>	8	€ 9,47
		Modul III	

Anmerkung zu den Pos. 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:

*Eine Grundleistung ist nur am Beginn eines Erkrankungsfalles verrechenbar, im weiteren Verlauf nur bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose. Eine gleichzeitige Verrechnung mit der Position „PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“ ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.*

Anmerkung zu den Pos. 35e, 36a, 36c, 36d, 36e, 36f:

*Eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gemäß §17 Psychotherapiegesetz ist einer Qualifikation nach Modul III gleichzuhalten, wenn und solange der betreffende Arzt in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer eingetragen ist.*

37a	Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden <i>Die Verrechenbarkeit ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.</i>	64	€ 75,79
		K., N.	
37b	ENG	56	€ 66,32
		N.	
37c	EMG	56	€ 66,32
		N.	
37d	ENG + EMG	91	€ 107,76
		N.	
37e	Messung visuell, akustisch oder somatosensibel evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP), je Untersuchungsart	64	€ 75,79
		N.	

### X. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

#### 38. Therapeutische Verrichtungen

38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	4	€ 4,74
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	2	€ 2,37
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	6	€ 7,11
38d	Blasenspülung	2	€ 2,37
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	10	€ 11,84
38f	Weitere Strikturdehnung	5	€ 5,92
38i	Tiefe Instillation	2	€ 2,37
38j	Auffichtuntersuchung/Dermatoskopie, Untersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe <i>grundsätzlich verrechenbar einmal pro Patient und Jahr, mit besonderer medizinischer Begründung zweimal pro Jahr und nicht am selben Tag mit Pos 39c verrechenbar</i>	18	€ 21,32
		D.	
38k	Kühlsonde	5	€ 5,92
38l	Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	10	€ 11,84
38m	Kaustik, ausgenommen Warzen (siehe Position 26d und 26e)	10	€ 11,84
38n	Elektrolyse	10	€ 11,84
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	5	€ 5,92
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	23	€ 27,24 + R I
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	53	€ 62,76 + R II
38r	Kryotherapie je Sitzung	10	€ 11,84



38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina		4	€ 4,74
38t	Prostatamassage		3	€ 3,55
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde		6	€ 7,11
		D.		
38v	Phototherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung		9	€ 10,66
		D.		
38vv	ab 17. Behandlung		6	€ 7,11
		D.		
38w	Photochemotherapie, je Behandlung 1.-16. Behandlung		13	€ 15,39
		D.		
38ww	ab 17. Behandlung		10	€ 11,84
		D.		
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung		21	€ 24,87
		U.		
38y	Therapeutische Instillation der Harnblase <i>nicht gemeinsam mit endoskopischen Leistungen und den Pos 38a, 38b, 38c, 38i und 39d verrechenbar</i>		45	€ 53,29
		U.		
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters		10	€ 11,84
		U.		
39a	Evakuierung einer Blasen tamponade		30	€ 35,53 + R I
		U.		
39c	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom) <i>maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht am selben Tag mit Pos 38j verrechenbar</i>		22	€ 26,05
		D.		
39d	Urologische Schleimhautanästhesie <i>nur gemeinsam mit Pos. 19e, 19i, 19k, 19l, 38a, 38b, 38c, 38e, 38f und 38z verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 38i verrechenbar</i>		5	€ 5,92
		U.		
39e	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln) <i>einmal pro Patient und Tag verrechenbar</i>		133	€ 157,50
		U.		

**Xa. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der  
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**

**40. Diagnostik**

40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung <i>1x pro Behandlungszyklus verrechenbar, nicht neben Pos. 40c und 40d verrechenbar</i>	KJP.		€ 236,33
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	KJP.		€ 59,42
40c	Diagnostische Außenanamnese	KJP.		€ 44,57
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	KJP.		€ 59,42
40e	Neurologischer Status	KJP.		€ 37,83
40f	Entwicklungsneurologischer Status <i>max. 2x pro Jahr bei Kindern von 0-6 Jahren verrechenbar und max. 1x pro Jahr bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr verrechenbar</i>	KJP.		€ 87,76
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	KJP.		€ 87,76
40h	Somatischer Status	KJP.		€ 14,87
40i	Somatogramm	KJP.		€ 14,87
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video ) <i>1x pro Diagnose verrechenbar</i>	KJP.		€ 472,68
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik <i>2x pro Diagnose verrechenbar</i>	KJP.		€ 236,33

**41. Behandlung**

41a	Verlaufsbehandlung - Regelbehandlung mit Dokument	KJP.		€ 89,13
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	KJP.		€ 236,33
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern oder Patient)	KJP.		€ 44,57

**42. Vernetzungsleistung**

42a	Koordination bei Patienten	KJP.		€ 29,71
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) <i>1x pro Jahr verrechenbar</i>	KJP.		€ 236,33
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan) <i>1x pro Jahr verrechenbar, nicht neben Pos. 42d verrechenbar</i>	KJP.		€ 59,42
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose u. Behandlungsplan <i>nicht neben Pos. 42c verrechenbar</i>	KJP.		€ 14,87

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

**Xb. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der  
PSYCHIATRIE**

**BESONDERE BESTIMMUNGEN**

Wird im Abrechnungszeitraum eine Leistung nach diesem Abschnitt verrechnet, ist im selben Abrechnungszeitraum für den gleichen Patienten keine andere Leistung nach einem anderen Abschnitt der Honorarordnung verrechenbar.

Ausgenommen davon sind folgende Positionen:

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

**45. Untersuchungen**

45a Erstuntersuchung/-behandlung P. € 241,73

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)  
zur Beurteilung eines bestimmten psychopathologischen Zustandsbildes (Überprüfung der noopsychischen und thymopsychischen Funktionen)
2. Psychiatrischer Längsschnitt  
Erfassung der sozialen und biographischen Anamnese des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der familiären und sozialen Verhältnisse und allfälliger psychischer und (psycho-) somatischer Störungen, des bisherigen Krankheits- und Therapieverlaufs und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose
3. Behandlungsplan  
Erstellung eines psychiatrischen Behandlungskonzeptes. Beinhaltet die Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes auf biologischer, psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Ebene aufgrund der Erstdiagnose (Arbeitshypothese/-diagnose) unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenen Therapiemotivation des Patienten

4. Verbale Intervention  
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention

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

45b Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 15 Minuten P. € 46,91

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)  
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
2. Verbale Intervention  
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); komplexe integrierte psychiatrische Behandlung (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45c und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 Minuten P. € 78,17

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)  
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung
2. Verbale Intervention  
Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung (medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch) des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45d sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 Minuten P. € 156,35

Mindestinhalt:

1. Psychopathologischer Status (Querschnitt)  
Bei vermuteter Zustandsveränderung und/oder medikamentöser Um- oder Neueinstellung

## 2. Verbale Intervention

Therapie eines Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention auf Basis der vorhergehenden Exploration (Längs- und Querschnittsdiagnostik); Komplexe integrierte psychiatrische Behandlung, d.h. medikamentös, psychotherapeutisch, psychoedukativ, sozialpsychiatrisch des aktuellen Krankheitsbildes im Rahmen der Grunderkrankung; inklusive Telefonkontakten mit Patienten

*Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Die Positionen 45a, 45b und 45c sind am selben Tag nicht verrechenbar.*

45e	Außenanamnese und/oder Sozialpsychiatrische Intervention, pro beendeten 5 Minuten	P.	€ 11,98
	Mindestinhalt:		
	1. Außenanamnese mit Bezugspersonen Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, auch telefonisch		
	2. Sozialpsychiatrische Intervention umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten		
	Uhrzeit und Verhältnis zum Patienten sind zu dokumentieren.		
	<i>Durchschnittlich 4 mal pro Patient und Quartal verrechenbar</i>		
45f	Psychiatrische Gruppentherapie, Dauer im Allgemeinen 45 Minuten (durchschnittlich 4-5 Patienten) je Patient und Therapieeinheit	P.	€ 24,62
	<i>Pro Patient und Tag maximal zweimal verrechenbar.</i>		
45g	Psychiatrische Skala: Diagnosespezifische gleichwertige Tests/Skala, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	P.	€ 23,90
	Orientierende Testuntersuchung: z. B. Hachinsky-Test, Alters-Konzentrationstest oder gleichwertige andere Tests.		
	<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>		
45h	Demenztest: Mini-Mental-State Examination oder gleichwertige Tests inkl. Uhrentest, Dauer im Allgemeinen 10 Minuten	P.	€ 23,90
	<i>Einmal pro Kalenderhalbjahr verrechenbar.</i>		
45i	Psychiatrische Skala: HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten	P.	€ 47,79
45j	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), Dauer im Allgemeinen 70 Minuten	P.	€ 176,88
	<i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar. Ausführliche Begründung erforderlich. Die Positionen 45a, 45b, 45c, 45d, 45e, 45f, 45g, 45h, 45i und 35f sind am selben Tag nicht verrechenbar.</i>		
45k	Koordinationsstreffen (Helferkonferenz)	P.	€ 215,03
	<i>maximal 2x pro Patient und Jahr verrechenbar;</i>		
45l	Hausbesuch	P.	€ 22,14
	<i>verrechenbar nur mit den Positionen 45a, 45b, 45c, 45d und 45j</i>		

## XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch Ärzte für Allgemeinmedizin

### BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden in der Regel nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.
- Wenn am Orte ein Facharzt für physikalische Medizin oder ein behördlich konzessioniertes, von einem Arzt geführtes Institut für physikalische Therapie vertraglich nicht zur Verfügung steht, können physikalische Behandlungen auch von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (von letzteren nur im Rahmen ihres Fachgebietes) auf Zuweisung durch einen anderen Arzt durchgeführt werden.
- Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 8 der Allgemeinen Bestimmungen.

#### 1. Massage

p 1a	Manuelle Massage	€ 4,38
p 1b	Apparatemassage	€ 3,97
p 1c	Pneumomassage des Trommelfells	€ 3,97

#### 2. Gymnastik

p 2a	Einzelheilgymnastik	€ 5,16
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	€ 5,15
p 2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe	€ 3,41

#### 3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

p 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. Ä.)	€ 3,33
p 3b	Quarzbestrahlung	€ 3,33
p 3c	Heißluft	€ 4,38
p 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je	€ 3,64
p 3e	Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	€ 5,62
p 3f	Vierzellenbad nach Schnee	€ 6,20
p 3g	Iontophorese	€ 5,54
p 3h	Diathermie	€ 4,38
p 3i	Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen	€ 5,89
p 3k	Ultraschall	€ 7,15

#### 4. Inhalationen

p 4a	Dampfinhalation	€ 2,92
p 4b	Aerosolinhalation	€ 3,64

#### 5. Buckybestrahlung

p 5a	Buckybestrahlung <i>pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder</i>	€ 14,76
------	---	---------

D.

## XII. SONOGRAPHISCHE UNTERSUCHUNGEN

### BESONDERE BESTIMMUNGEN

- Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist.
- In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizite die Durchführung als „sonographische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Vertragsfachärzte für Radiologie können sonographische Untersuchungen nur über ärztliche Zuweisungen verrechnen.
- Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie über eine fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer verfügen.
- Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
- Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren.
- In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bilddokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
- Sonderbestimmung für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

### Ultraschalldiagnostik

#### Abdomen und Retroperitoneum

US 1	Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	R.C.I.K.	€ 29,08
US 2	Sonographie des Pankreas	R.C.I.K.	€ 35,55
US 3	Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	R.C.I.K.	€ 53,87
US 4	Sonographie der Milz	R.C.I.K.UC.	€ 24,25
US 5	Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta)	R.C.I.K.U.	€ 35,55
US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation <i>nur verrechenbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränatale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen</i>	G.	€ 37,63
US 8	Sonographie des Unterbauches	C.I.K.	€ 35,55
US 10	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie	G.R.	€ 38,78
US 11	Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie <i>Die Unterbauchsonographie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raum- forderungen</i>	U.R.	€ 41,45

**Small-parts-Diagnostik**

SP 1	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	R.I.C.K.	€ 35,01
SP 2	Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) <i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	R.H.	€ 51,71
SP 3	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	H.	€ 9,16
SP 5	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite)	R.	€ 18,31
SP 6	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	R.C.	€ 16,16
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste <i>Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.</i>	R.O.UC.	€ 30,17
SP 9	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	R.K.O.	€ 43,09
SP9a	Sonographie der kindlichen Hüfte vom 2. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bei Coxitis fugax	K.	€ 43,09
SP 10	Sonographie des Scrotalinhaltes	R.K.U.C.	€ 35,01

**Doppler-Diagnostik**

DS 1	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	C(G).D.I.	€ 21,54
DS 2	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz <i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.</i>	C.D.I.	€ 21,54
DS 3	Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar.</i>	I.N.C(G).	€ 32,32
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) <i>Die Zuschlagsposition ist nicht verrechenbar, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonographiebefund nach Position DS 3 vorliegt.</i>	R.I.N.	€ 12,39
DS 5	Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung	N.	€ 71,18

**Farbduplexdiagnostik**

FD 1	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht verrechenbar</i>	R.I.N.C(G)	€ 63,03
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	R.C(G).I.K	€ 10,78
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	R.C.I.	€ 26,94
FD 4	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	D.I.C(G).R	€ 53,87
FD 5	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.</i>	D.I.C(G).R	€ 53,87

**Echokardiographie**

EK 1	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	I.	€ 55,02
EK 2	Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler <i>Verrechenbar in folgenden Indikationen:</i> - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes; - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.	I.	€ 119,60

**XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch Ärzte für  
Allgemeinmedizin und Fachärzte**  
(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

**BESONDERE BESTIMMUNGEN**

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

**Durchleuchtungen und Zuschläge**

r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	€ 13,06
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	€ 14,40
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	€ 17,08
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	€ 20,25
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	€ 6,43
r 4f	Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 8,08
r 4g	Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 9,71

**Aufnahmen**

r 5a	Aufnahme 9 x 12	€ 7,50
r 5b	Aufnahme 13 x 18	€ 9,69
r 5c	Aufnahme 18 x 24	€ 12,22
r 5d	Aufnahme 15 x 40	€ 15,07
r 5e	Aufnahme 24 x 30	€ 16,38
r 5f	Aufnahme 30 x 40	€ 18,87
r 5g	Aufnahme 35 x 35	€ 20,41
r 5h	Zahnfilm	€ 5,05
r 5i	Aufnahme 20 x 40	€ 16,74

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

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

**BESONDERE BESTIMMUNGEN**

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

1.01	Blutbild	3,4	€ 4,84
		AM.I.K.L.U	
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder "Normotest" <i>nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar</i>	4	€ 8,04
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) <i>nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar</i>	4	€ 8,04
		AM.I.K.	
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5	€ 15,08
3.01	Blutzucker-Bestimmung	0,93	€ 1,87
		AM.I.K.U.	
3.05	Kreatinin	0,93	€ 1,32
		AM. I.	
3.07	Gesamtbilirubin	0,93	€ 1,32
		K.	
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin	0,93	€ 1,32
		K.	
3.15	Natrium	0,93	€ 1,32
		I.	
3.16	Kalium	0,93	€ 1,32
		AM.I.	
4.07	GOT (ASAT)	0,93	€ 1,32
		I.K.	
4.08	GPT (ALAT)	0,93	€ 1,32
		I.K.	
4.09	Gamma-GT	0,93	€ 1,32
		I.	
4.20	Troponin T oder Troponin I	7,2	€ 10,24
		AM.I.L.	
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifen-tests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar</i>	0,93	€ 1,87
5.02	Streifen-test im Harn (visuelle Auswertung) <i>auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar</i>	0,93	€ 1,87
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02)	0,93	€ 1,32
		AM.K.U.G	

7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen)		2	€ 2,85
		AM.K.I.		
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objekträgerest qual		2,5	€ 5,03
		AM.I.K.L.		
12.01	Nativpräparat		3	€ 4,27
		D.		
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate		9	€ 12,81
		D.		
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objekträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)		4	€ 5,69
		U.		
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich <i>nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04</i>		6,9	€ 9,82
		AM.K.		
15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)		5	€ 7,11
		AM.G.I.		



**B. Operationstarif  
für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte**

**BESONDERE BESTIMMUNGEN**

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von den OÖ Krankenfürsorgen nur honoriert, wenn eine Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.
3. Alle getätigten Leistungen sind mit Angabe der Positionsnummer zu verrechnen, ansonsten werden in Zweifelsfällen nur die jeweils niedrigeren Positionen honoriert.
4. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann vergütet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch handelt.
5. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht verrechnet werden.
6. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.
7. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Verrechnung von Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
8. Wird die Operation in einer Krankenanstalt durchgeführt, so ist diese unter Angabe der Verpflegsklasse in der hierfür vorgesehenen Rubrik der Anzeige über geleistete Arzthilfe anzuführen.
9. Regiezuschläge dürfen vom Arzt nur verrechnet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
10. Das Honorar für Assistenz und Narkose ist extra auszuweisen.
11. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 6.

**OPERATIONSHONORAR**

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

**1. Operation**

Gruppe	Punkte	
I	55	€ 65,13
II	110	€ 130,26
III	190	€ 225,00
IV	340	€ 402,63
V	660	€ 781,57
VI	940	€ 1.113,15
VII	1330	€ 1.574,99
VIII	1710	€ 2.024,98

**2. Erste Assistenz**

I	18	€ 21,32
II	23	€ 27,24
III	29	€ 34,34
IV	56	€ 66,32
V	131	€ 155,13
VI	160	€ 189,47
VII	263	€ 311,44
VIII	338	€ 400,26

### 3. Zweite Assistenz

I		
II		
III		
IV	29	€ 34,34
V	56	€ 66,32
VI	75	€ 88,82
VII	131	€ 155,13
VIII	169	€ 200,13

### 4. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

I		
II	23	€ 27,24
III	29	€ 34,34
IV	56	€ 66,32
V	66	€ 78,16
VI	85	€ 100,66
VII	131	€ 155,13
VIII	188	€ 222,63

*Bei Operationen von Gruppe III aufwärts wird auch die an Stelle der Allgemeinnarkose durchgeführte Lokalanästhesie nach diesen Tarifen vergütet. Rauschnarkose wird nach Position 18b vergütet.*

### 5. Narkose

durch den Facharzt für Anästhesiologie

I	29	€ 34,34
II	29	€ 34,34
III	29	€ 34,34
IV	56	€ 66,32
V	150	€ 177,63
VI	235	€ 278,29
VII	329	€ 389,60
VIII	423	€ 500,92

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

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

### 6. Regiezuschlag

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

I	€ 10,25
II	€ 15,30
III	€ 20,39
IV	€ 30,45

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.

**OPERATIONSGRUPPENSHEMA**  
für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

**AUGENHEILKUNDE**

Pos. Nr.	Fachgebiet
<b>Gruppe I</b>	
O 1a	A.
O 1b	A.C.D.
O 1c	A.
O 1d	A.
O 1e	A.
O 1f	A.
O 1g	A.
O 1h	A.
O 1i	A.
O 1k	A.
O 1l	A.
<b>Gruppe II</b>	
O 2a	A.
O 2b	A.
O 2c	A.
O 2d	A.
O 2e	A.
O 2f	A.
O 2g	A.
O 2h	A.
O 2i	A.
O 2k	A.
O 2l	A.
O 2m	A.
O 2n	A.
<b>Gruppe III</b>	
O 3a	A.
O 3b	A.
O 3c	A.
O 3d	A.
O 3e	A.
O 3f	A.
O 3g	A.
O 3h	A.
O 3i	A.
O 3k	A.
O 3l	A.
O 3m	A.
O 3n	A.
<b>Gruppe IV</b>	
O 4a	A.
O 4b	A.
O 4c	A.
O 4d	A.
O 4e	A.
O 4f	A.
O 4g	A.
O 4h	A.
O 4i	A.
O 4k	A.
O 4l	A.
O 4m	A.
<b>Gruppe V</b>	
O 5a	A.
O 5b	A.
O 5c	A.
O 5d	A.
<b>Gruppe VI</b>	
O 6a	A.
O 6b	A.
O 6c	A.
O 6d	A.
<b>Gruppe VII</b>	
O 7a	A.
O 7b	A.
O 7c	A.

## CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE

*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>Gruppe I</b>		
O 8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C.O.
O 8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C.H.NC.O.
O 8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
O 8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
O 8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C.G.
O 8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
O 8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
O 8h	Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
O 8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C.K.U.
O 8k	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C.D.G.
O 8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
O 8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
O 8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C.D.O.
O 8o	Amnionimplantation nach Filatow	C.G.
O 8p	Probeexcision mit Naht	
<b>Gruppe II</b>		
O 9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C.O.
O 9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knie und Sprunggelenken	C.O.
O 9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
O 9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum +	C.
O 9e	Buelausche Heberdrainage	C.I.K.L.
O 9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C.G.NC.U.
O 9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
O 9h	Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)	
O 9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C.D.U.
O 9k	Spaltung einer Fistula ani	C.G.
O 9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßangabe nötig)	
O 9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
O 9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
O 9o	Entfernung eines Nagels nach Knochenagelung	C.O.
O 9p	Amputation oder Enuclation von Phalangen	C.O.
O 9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
O 9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	C.D.O.
O 9s	Drüsenimplantation	
O 9t	Intraoperative Pankreatikographie oder Cholangiographie einschließlich Choledochographie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gallenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie	C.
O 9u	Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes	C.I.K.
<b>Gruppe III</b>		
O 10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C.O.
O 10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C.O.
O 10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	C.NC.O.
O 10d	Sehennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C.O.
O 10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. Ä.)	C.D.H.O.
O 10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
O 10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgelegenen, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C.O.
O 10h	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom)	C.G.O.
O 10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C.U.
O 10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C.G.
O 10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axillaris, der Vena jugularis	C.
O 10m	Percutane Arteriographie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter	An.C.I.
O 10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
O 10o	Operation nach Doppler	C.

O 10p	Phrenicusexhairese	C.L.
O 10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C.U.
O 10r	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C.O.
O 10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.
O 10t	Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der Aorta	C.O.R.
O 10u	Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	C.NC.
<b>Gruppe IV</b>		
O 11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C.O.
O 11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C.O.
O 11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C.NC.O.
O 11d	Sehennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C.NC.O.
O 11e	Exstirpation eines Karbunkels	C.O.
O 11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen	C.G.NC.O. .U.
O 11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	C.O.
O 11h	Tracheotomie	An.C.H.K. NC.
O 11i	Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux	C.I.K.L.O.
O 11k	Pneumolyse	C.L.
O 11l	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C.NC.
O 11m	Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie	C.U.
O 11n	Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes + +	C.
O 11o	Adhaesiolyse	C.G.
O 11p	Appendektomie + +	C.
O 11q	Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht	C.
O 11r	Nodulixstirpation nach Whitehead	C.
O 11s	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff	C.
O 11t	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	C.
O 11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C.NC.O.
O 11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikocele, Operation des Kryptorchismus	C.U.
O 11w	Probeparotomie	C.G.U.
O 11x	Reamputation	C.O.
O 11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C.U.
O 11z	Radikaloperation von Varicen pro Extremität	C.O.
<b>Gruppe V</b>		
O 12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C.H.
O 12b	Nervenplastik	C.NC.
O 12c	Neurolyse mit Naht	C.NC.O.
O 12d	Sehnenplastik	C.O.
O 12e	Exstirpation eines Parotistumors	C.H.
O 12f	Arthrolyse und Resektion am Kiefergelenk	C.O.
O 12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C.H.
O 12h	Scalenotomie	C.O.
O 12i	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen	C.L.
O 12k	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch	C.G.
O 12l	Gastroenterostomie	C.
O 12m	Enteroanastomose	C.
O 12n	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)	C.
O 12o	Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte. Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)	C.G.
O 12p	Appendektomie bei perforiertem Appendix	C.
O 12q	Intraperitonealer Kolostomieverschluss	C.
O 12r	Mehrfache Darmnaht	C.G.
O 12s	Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption	C.
O 12t	Vagusresektion	C.
O 12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C.D.H.O.
O 12v	Amputation oder Eukleation großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C.O.
O 12w	Knochen transplantation	C.O.
O 12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C.O.
O 12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C.NC.O.
O 12z	Kompletter Schrittmachereinbau	C.
O 121	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses	C.
O 122	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparotomiam	C.
<b>Gruppe VI</b>		
O 13a	Strumektomie	C.
O 13b	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx	C.H.
O 13c	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe	C.NC.O.
O 13d	Schedoplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung	C.L.

O 13e	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie	C.L.
O 13f	Exstirpation einer Pankreaszyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle	C.
O 13g	Gallenblasenoperation oder Gallengangsoperation (Choledochotomie) einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C.
	Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.	
O 13h	Anastomosenerweiterung an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikographie	C.
	Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach O 13g und O 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI. verrechnet werden.	
O 13i	Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode	C.
O 13k	Milzexstirpation	C.
O 13l	Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung	C.G.H.U.
O 13m	Amputatio recti (sacrale Methoden)	C.
O 13n	Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsilyse inbegriffen)	C.
O 13o	Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embolektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes)	C.
O 13p	Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes	C.
O 13q	Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Segmenten	C.
O 13r	Knochentransplantation an Diaphysenknochen	C.O.
O 13s	Osteosynthese großer Röhrenknochen	C.O.
O 13t	Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese	C.NC.O.
O 13u	Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastikausgießung u. Ä.	C.NC.O.
O 13v	Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn	C.NC.O.
O 13w	Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abführenden Harnwege	C.U.
	<b>Gruppe VII</b>	
O 14a	Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikeldrainage mit direkter ICP-Messung	C.NC.
O 14b	Operation des Hypophysentumors	C.NC.
O 14c	Resectio mandibulae, maxillae, linguae	C.H.
O 14d	Zenkersches Speiseröhrendivertikel	C.H.
O 14e	Operation am Pericard	C.
O 14f	Operation der Mitralstenose	C.
O 14g	Herzverletzungen und Steckschüsse	C.
O 14h	Pneumektomie	C.L.
O 14i	Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Sternumspaltung oder transthorakal	C.
O 14k	Decortication der Lunge wegen subacutem Empyem oder Hämatothorax	C.L.
O 14l	Zwerchfellhernie	C.
O 14m	Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepticum jejuni	C.
O 14n	Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes	C.
O 14o	Große Leberoperationen (Teilresektion)	C.
O 14p	Nebennierenexstirpation	C.U.
O 14q	Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden	C.
O 14r	Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolektomie aus den großen Schlagadern mit Ausnahme der Aorta	C.
O 14s	Transthorakale Sympathicusoperation über drei Segmente	C.
O 14t	Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn	C.NC.
O 14u	Gallenblasenoperation mit Gallengangsoperation (Choledochotomie), inkl. evtl. Cholangiographie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C.
O 14v	Operation einer Rezidiv-Struma, auch mehrfaches Rezidiv	C.
O 14w	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per thorakotomiam	C.
O 14x	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat	C.NC.
	<b>Gruppe VIII</b>	
O 15a	Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation	C.NC.
O 15b	Oesophagusresektion	C.H.
O 15c	Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum	C.
O 15d	Operation der angeborenen Mißbildung des Herzens und der großen Gefäße	C.
O 15e	Lobektomie	C.L.
O 15f	Segmentresektion der Lunge	C.L.
O 15g	Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem	C.L.
O 15h	Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation)	C.
O 15i	Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile	C.
O 15k	Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	C.
O 15l	Operation nach Brunswich	C.G.

O 15m	Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln	C.
O 15n	Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie	C.
O 15o	Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion	C.
O 15p	Intrahepatale Gallengangs-anastomose, inkl. evtl. Pos. O 9t und O 13g	C.
O 15q	Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB)	C.NC.
O 15r	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate	C.NC.

#### HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN

<b>Gruppe I</b>		
O 16a	Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren	C.D.
O 16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.
<b>Gruppe II</b>		
O 17a	Dermoabrasio bis 10 cm <sup>2</sup> nach Methode Schreus	C.D.
<b>Gruppe III</b>		
O 17b	Dermoabrasio von 10 cm <sup>2</sup> bis 50 cm <sup>2</sup> nach Methode Schreus	C.D.
<b>Gruppe IV</b>		
O 17c	Dermoabrasio über 50 cm <sup>2</sup> nach Methode Schreus	C.D.

#### FRAUENHEILKUNDE und GEBURTSHILFE

<b>Gruppe I</b>		
O 18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C.G.
O 18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
O 18c	Incision eines Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision	C.D.G.U.
O 18d	Strichabrasio	G.
O 18e	Abtragung eines Cervikalpolypen	G.
O 18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
O 18g	Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode	
O 19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
O 19b	Dammnaht I. Grades	G.
O 19c	Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	G.
<b>Gruppe II</b>		
O 20a	Exstirpation des Hymens	G.
O 20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D.G.U.
O 20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C.D.G.U.
O 20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	G.
O 20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
O 20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose +	G.
O 20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
O 20k	Perturbation	G.
O 20l	Dammplastik als selbständige Operation	G.
O 20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
O 21a	Crede in Narkose	G.
O 21b	Dammnaht II. Grades	G.
O 21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.
O 21d	Introitusnahe Scheidennaht	G.
O 21e	Kopfschwanzzange	G.
O 21f	Muttermundincision	G.
O 21g	Hystereuryse	G.
<b>Gruppe III</b>		
O 22a	Labienresektion	G.
O 22b	Exstirpation der Bartholinschen Drüse	C.G.U.
O 22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
O 22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
O 22e	Portioamputation und -plastik	G.
O 22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors	G.
O 22g	Hystero-Salpingographie (ohne Röntgen)	G.
O 22h	Vordere Scheidenplastik	G.
O 22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
O 23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
O 23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
O 23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
O 23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
O 23e	Zange, Vacuumextraktion +	G.
O 23f	Konisation	G.
O 23g	Cerclage nach Shirodkar	G.

<b>Gruppe IV</b>		
O 24a	Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels Sectio caesarea vaginalis	G.
O 24b	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung	G.
O 24c	Kolporrhaphie mit Perineoplastik ++	G.
O 24d	Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation	G.
O 24e	Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung	G.
O 24f	Salpingotomie ++	G.
O 24g	Ovariectomie, Ovariectomie	G.
O 24h	Konservative Myomoperation	G.
O 24i	Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik	G.
O 25a	Kombinierte Wendung	G.
O 25b	Dammnaht III. Grades mit Sphinkternaht	G.
O 25c	Manuelle Placentallösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta	G.
O 25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	G.
O 25e	Hohe Zange	G.
<b>Gruppe V</b>		
O 26a	Abdominelle Nervenresektion (Cotte)	C.G.U.
O 26b	Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbständige Operation)	G.
O 26c	Kolpokleisis	G.
O 26d	Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe)	G.
O 26e	Tubenimplantation	G.
O 26f	Salpingo-Oophorektomie	G.
O 26g	Operation einer Graviditas extrauterina	C.G.
O 26h	Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae	G.
O 27a	Sectio caesarea	G.
O 27b	Hebosteotomie, Symphyseotomie	G.
<b>Gruppe VI</b>		
O 28a	Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri	G.
O 28b	Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren	G.
O 28c	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominal	G.
O 28d	Exstirpation des Cervixstumpfes	G.
O 28e	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen)	G.
O 28f	Fisteloperation	G.
O 28g	Operative Behandlung der Uterusruptur	G.
O 28h	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen	G.
O 28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn)	G.
O 29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
O 29b	Wiederholte sectio caesarea	G.
<b>Gruppe VII</b>		
O 30a	Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri	G.
O 30b	Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung	G.U.
O 30c	Bildung einer künstlichen Scheide	G.
O 30d	Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie	G.

#### HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

<b>Gruppe I</b>		
O 31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
O 31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
O 31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.
O 31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	H.K.
O 31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
O 31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
O 31g	Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses	C.H.
O 31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
O 31i	Probeexcision aus Nase oder Rachen	C.H.
O 31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.
<b>Gruppe II</b>		
O 32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) +	H.
O 32b	Intubation +	An.C.H.I.K
O 32c	Kleine plastische Operationen	C.H.
O 32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen +	H.K.
O 32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen +	H.K.
O 32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck +	H.
O 32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz +	H.
O 32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	H.
O 32i	Speichelsteinentfernung	C.H.
O 32j	Anlegen eines Paukendrainageröhrchens	H.



<b>Gruppe III</b>		
O 33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen +	H.
O 33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe +	H.
O 33c	Unterbindung der Vena jugularis	C.H.
O 33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
O 33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 1/2fach) +	H.
O 33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C.H.
O 33g	Rhynophym	C.D.H.
O 33h	Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion	C.D.H.
O 33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.

<b>Gruppe IV</b>		
O 34a	Tränensackplastik nach West	A.H.
O 34b	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endoesophogale Oesophagusvaricensclerosierung	C.H.I.
O 34c	Größere plastische Operationen	C.H.
O 34d	Vollständige Entfernung der Ohrmuschel	C.H.
O 34f	Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus	H.
O 34g	Radikaloperation einer Kieferhöhle	H.
O 34h	Operation der Deviatio septi nach Killian +	H.
O 34i	Antrotomie bzw. Trepanation des Warzenfortsatzes, ausgenommen bei Kindern bis zu einem Jahr	H.
O 34k	Radikaloperation des Mittelohres	H.
O 34l	Ozaena-Operation	H.
O 34m	Operation eines Nasen-Rachenfibroms	H.
O 34n	Collare Mediastinotomie	C.H.
O 34o	Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger	H.

<b>Gruppe V</b>		
O 35a	Stirnhöhlen-Radikaloperation nach Killian-Riedel	H.
O 35b	Radikaloperation mit anschließender Labyrinthoperation	H.
O 35c	Freilegung der Dura bei endokraniellen Komplikationen von Nebenhöhlenerweiterungen	H.
O 35d	Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten (mit Laryngofissur, Thyreotomie oder mittels mikrolaryngoskopischen Eingriffes)	H.
O 35e	Plastik von Narbenstenosen des Kehlkopfes mit Laryngofissur	H.
O 35f	Myringoplastik	H.

<b>Gruppe VI</b>		
O 36a	Radikaloperation von malignen Tumoren der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes	C.H.
O 36b	Radikaloperation eines Nasen-Rachenfibroms mit Voroperation	H.
O 36c	Arypexie oder Arydektomie bei doppelseitiger Rekurrensparese	H.
O 36d	Plastische Operation einer Choanalatresie, auch beiderseits	C.H.
O 36e	Trachealplastik	C.H.

<b>Gruppe VII</b>		
O 37a	Gehirnoperation	C.H.
O 37b	Sinusoperation	H.
O 37c	Operation einer Gehörgangsatresie, Tympanoplastik, Stimplastik, Aufbauplastik der Trachea	H.
O 37d	Stapesplastik, Interposition, Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette, Fenestration nur einmal verrechenbar	H.
O 37e	Halsausräumung bei malignen Tumoren	C.H.
O 37f	Operative Entfernung des Ganglion Gasseri	C.H.
O 37g	Facialisdekompression	H.
O 37h	Operation zur Ausschaltung des Vestibularapparates (Meniere)	H.

#### **INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NEUROLOGIE- und PSYCHIATRIE, ANÄSTHESIOLOGIE**

<b>Gruppe I</b>		
O 38a	Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)	I.L.
O 38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließ. Röntgenkontr.)	I.L.
O 38c	Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalographie) 1 1/2fach	.
O 38d	Kontrastfüllung bei Bronchographie	An.H.L.
O 38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie) 1 1/2fach	An.C.I.N.
O 38f	Nucleographie	

<b>Gruppe II</b>		
O 39a	Pneumothorax-Erstanlage + Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit besonderer Begründung verrechenbar	An.I.K.L.
O 39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage +	I.K.L.
O 39c	Liquorausblasung +	C.I.K.L.N.
O 39d	Liquortransfusion	C.I.K.L.N.

<b>Gruppe IV</b>		
O 41a	Cavernostomie	C.L.
O 41b	Winterschlaf einschl. Betreuung +	An.N.

## ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten. Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt „F“ festgelegten Sätzen vergütet.

<b>Gruppe I</b>		
O 42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C.O.
O 42c	Subcutane Tenotomie	C.O.
O 42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C.O.
O 42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C.O.
O 42f	Halskrawatte	C.O.
O 42g	Oberschenkel (1 1/2fach)	C.O.
<b>Gruppe II</b>		
O 43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)	C.O.
O 43c	Offene Tenotomie	C.O.
O 43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C.O.
O 43e	Modellverbände: obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C.O.
O 43f	Abmeißelung von Exostosen	C.O.
O 43g	Operation des Calcaneussporns	C.O.
O 43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.K.O.
O 43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.
<b>Gruppe III</b>		
O 44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C.O.
O 44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O 44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C.O.
O 44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44e	Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C.O.
O 44f	Gipsmieder, Gipsschale	C.O.
O 44g	Gipshose	C.O.
O 44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C.O.
O 44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C.O.
O 44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C.O.
O 44l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C.O.
O 44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C.O.
O 44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)	C.K.O.
O 44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C.O.
O 44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C.O.
<b>Gruppe IV</b>		
O 45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes <i>sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen</i>	C.O.
O 45b	Gipsbett	C.O.
O 45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C.O.
O 45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C.O.
O 45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C.O.
O 45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C.O.
O 45g	Operation des hohen Calcaneus	C.O.
O 45h	Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis	C.O.
O 45i	Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen	C.O.
O 45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C.O.
O 45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenke	C.O.
O 45m	Plastik kleiner Gelenke	C.O.
O 45n	Operation der Luxatio acromio - clavicularis	C.O.
O 45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C.O.
<b>Gruppe V</b>		
O 46a	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C.O.
O 46b	Bolzung großer Röhrenknochen	C.O.
O 46c	Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O 46d	Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C.O.
O 46e	Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes	C.O.
O 46f	Operation der Bandscheibenhernie	C.NC.O.
O 46g	Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C.O.
O 46h	Abbotsche Operation	C.O.
O 46i	Laminektomie	C.NC.O.
O 46k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	C.O.

- O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen C.O.
- O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation) C.O.
- O 46n Keilresektion aus dem Tarsus C.O.
- O 46o Operation der habituellen Schulterluxation C.O.

**Gruppe VI**

- O 47b Blutige Reposition der angeborenen oder traumatischen Hüftgelenksverrenkung C.O.
- O 47c Albeesche Operation C.O.
- O 47d Herdausräumung bei Tbc oder Tumoren der Wirbelsäule C.O.
- O 47e Plastik großer Gelenke C.O.

**UROLOGIE**

**Gruppe I**

- O 48a Endourethrale Elektrocoagulation D.U.
- O 48b Meatotomie D.U.

**Gruppe II**

- O 49a Endovesikale Elektrocoagulation von Geschwüren + U.
- O 49b Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste G.U.
- O 49c Urethrotomia interna + U.
- O 49d Operation eines einfachen Urethralprolapses + G.U.
- O 49e Einfache (perineale oder rectale) Eröffnung eines Prostataabszesses C.U.
- O 49f Retroperitoneale Luftfüllung C.I.U.

**Gruppe III**

- O 50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeißscher Schlinge U.
- O 50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen U.
- O 50c Urethrotomia externa U.
- O 50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses U.

**Gruppe IV**

- O 51a Eröffnung eines paranephritischen Abszesses C.U.
- O 51b Sectio alta, einschl. Stein- oder Fremdkörperentfernung (Zystotomie) U.
- O 51c Urethralplastik U.
- O 51d Epididymektomie C.U.

**Gruppe V**

- O 52a Lithotripsie U.
- O 52b Sectio alta mit Sphinkterplastik U.
- O 52c Nephropexie C.U.
- O 52d Nephrotomie (erstmalig) U.
- O 52e Eröffnung eines Prostataabszesses mit Ablösung des Rectums C.U.
- O 52f Sphinkterplastik nach Göbbel-Stöckel G.U.
- O 52g Suprasympphysäre Zystotomie, mit Entfernung gutartiger Geschwülste U.
- O 52h Epi- oder Hypospadioplastik C.U.
- O 52i Transurethrale Teilresektion der Prostata U.
- O 52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors G.U.

**Gruppe VI**

- O 53a Teilresektion der Harnblase (Geschwulstentfernung, Divertikelexstirpation) G.U.
- O 53b Einseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm C.G.U.
- O 53c Nephrektomie C.U.
- O 53d Sekundäre Nephrotomie U.
- O 53e Pyelotomie C.U.
- O 53f Dekapsulation der Niere C.U.
- O 53g Prostatektomie nach jeder Methode U.
- O 53h Totale Ureterektomie U.
- O 53i Ureterotomia anterior mit Steinentfernung U.
- O 53k Abschließende plastische Operation zum Aufbau einer neuen Harnröhre bei angeborener Epi- oder Hypospadias penis, scrotalis oder perinealis U.
- O 53l Versorgung eines traumatischen Harnröhrenabszesses U.C.

**Gruppe VII**

- O 54a Totale Prostatektomie mit Drüsenausräumung U.
- O 54b Doppelseitige Ureterenimplantation in die Harnblase oder in den Dickdarm C.G.U.
- O 54c Entfernung bösartiger Nierentumoren C.U.
- O 54d Plastiken am Ureter und Nierenbecken C.U.

**Gruppe VIII**

- O 55a Cystektomie (Totalexstirpation der Harnblase einschließlich Ureterenimplantation) U.

**F. Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden**  
die in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Kranken angelegt werden (M).

**Zu A. SONDERLEISTUNGEN**

**1. Zu 27d (therap. Verbände), O 43i, O 44p**

Hand und Unterarm:

M 1a Kinder bis zu 12 Jahren € 7,95  
M 1b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 12,72

Fuß und Unterschenkel:

M 1c Kinder bis zu 12 Jahren € 11,83  
M 1d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 18,13

Kniegelenk:

M 1e Kniegelenk € 43,22

**2. Zu 27e (therap. Verbände), O 43i, O 44p**

Hand, Unter-, Oberarm:

M 2a Kinder bis zu 12 Jahren € 16,03  
M 2b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 22,90

Fuß, Unter-, Oberschenkel:

M 2c Kinder bis zu 12 Jahren € 26,59  
M 2d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 56,38

Hals:

M 2e Halskrawatte € 19,52

**3. Zu 27f (therap. Verbände)**

M 3a Obere Extremität mit Schultergürtel € 81,51  
M 3b Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel) € 91,92  
M 3c Schiefhalsgips mit Thorax € 57,30

**Zu B. OPERATIONSTARIF**

**4. Zu O 42e (Modellverbände)**

M 4a Hand oder Fuß € 3,02  
M 4b Hand und Unterarm € 5,97  
M 4c Fuß und Unterschenkel € 5,97  
Hand, Unter-, Oberarm:  
M 4d Kinder bis zu 12 Jahren € 5,97  
M 4e Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 9,07

**5. Zu O 42f (Modellverband)**

M 5a Halskrawatte € 9,07

**6. Zu O 42g (Modellverband)**

M 6a Oberschenkel € 9,07

**7. Zu O 43e (Modellverbände)**

M 7a Obere Extremität mit Schultergürtel € 18,05  
M 7b Untere Extremität mit Becken € 28,75  
Oberkörper:  
M 7c Kinder bis zu 12 Jahren € 18,05  
M 7d Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 28,75

**8. Zu O 44f und O 45o**

Gipsmieder:

M 8a Kinder bis zu 7 Jahren € 46,43  
M 8b Kinder von 7 bis zu 12 Jahren € 61,37  
M 8c Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 85,36

Gipsschale:

M 8d Kinder bis 1/2 Jahr € 14,40  
M 8e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr € 21,71  
M 8f Kinder von 1 bis 2 Jahren € 36,02

**9. Zu O 44g und O 45o**

Gipshose:

M 9a bei Coxitis und Little € 98,00  
M 9b dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines € 122,36

bei Hüftgelenksluxation:

M 9c Kinder bis 1/2 Jahr € 35,93  
M 9d dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines € 44,88  
M 9e Kinder von 1/2 bis 1 Jahr € 43,15  
M 9f dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines € 53,96  
M 9g Kinder von 1/2 bis 1 Jahr € 59,76  
M 9h dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines € 74,56

**10. Zu O 45b**

Gipsbett:

M 10a Kinder bis zu 12 Jahren € 58,19  
M 10b Erwachsene und Kinder über 12 Jahre € 116,23

## **ANHANG 1 ZUR HONORARORDNUNG**

### **1. Festsetzung des Punktwertes**

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

**Der Geldwert des einzelnen Punktes beträgt:**

a) Abschnitt A.I. bis A.X. (Ausnahmen siehe unter b)	1,1842
b) Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin	1,3175
c) Abschnitt B. Operationstarif	1,1842
d) Abschnitt A.XIV Labor-Akutparameter	2,0102
e) Abschnitt A.XIV Labor	1,4228

## 2. Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

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

MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 18,02
MI1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 11,55
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 17,88
KU1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 21,80
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 21,80
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 21,80
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 21,80
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 21,80
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 21,80
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 21,80
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 11,55
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 17,95
KA1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 17,95
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 21,80
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche	€ 29,07
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 29,07

## 4. Medizinische Hauskrankenpflege

H1	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	€ 85,03
H2	Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage bei Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes	€ 51,02
H3	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen Krankheitsbildes	€ 76,52
H4	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Fall der nachgewiesenen Verhinderung in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen	€ 38,26
	<i>Pro Hauskrankenpflegefall nur einmal verrechenbar. Wenn der Vertreter in einem Verlängerungszeitraum den Patienten im Rahmen der „krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege“ ausschließlich betreut, so gelten diese Tage nicht als Vertretungstage.</i>	
	<i>Dem Vertreter gebührt das für den Verlängerungszeitraum vorgesehene Betreuungshonorar.</i>	
H5	Legen einer Ernährungssonde	€ 12,75
	<i>Einmal pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung.</i>	
H6	Chirurgische Intervention bei Dekubitus	€ 12,75
H7	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und Ähnlichem)	€ 8,50

### Vorsorgeuntersuchung

Die Verrechnung der VU erfolgt direkt mit dem Patienten mittels einer Privathonorarnote, aus der die VU-Leistungen wegen des Rückersatzes durch die Krankenfürsorgeanstalten für den Patienten ableitbar sein müssen.

VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm inkl. Labor) <i>Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar</i>	€ 88,00
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor) <i>Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar</i>	€ 73,00
VPSA	PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme	€ 13,82
BKFMI	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKP <i>Nur einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr; abrechenbar von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	€ 3,00
VG	bestehendes Gyn-Programm <i>Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar.</i>	€ 18,24
VP	PAP-Abstrich <i>Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar Bei Übersendung von Blutproben werden die anfallenden Portokosten von den Kassen übernommen.</i>	€ 5,82
VZ	Zellenentnahme für zytologische Untersuchung	€ 3,17