
Übereinkommen und Honorarordnung

für Vertragsfachärzte

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 01.07.2023

Ein Service der Ärztekammer für Oberösterreich

Inhaltsübersicht

der Honorarordnung

	Seite
Übereinkommen	4
Allgemeine und besondere Bestimmungen	6
A. Grundleistungen und allgemeine Sonderleistungen für Fachärzte	7
I. Grundleistungen	7
II. Allgemeine Sonderleistungen	10
Diagnose- und Therapiegespräche	10
III. Allgemeine Sonderleistungen	12
IV. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde	15
V. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	17
VI. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe	18
VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	18
VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten	19
IX. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie / Psychiatrie und Neurologie	21
X. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie	22
XI. Physikalische Behandlung durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	23
XIII. Röntgendiagnostische Untersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	24
B. Operationstarif für Fachärzte	25
Operationshonorar	25
Operationsgruppenschema für Fachärzte	26
C. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte	35
Besondere Bestimmungen	35
D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie	37
Besondere Bestimmungen	37
D1. Tarif für Fachärzte für Pathologie	47
Allgemeine Bestimmungen	47
Besondere Bestimmungen	48
E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie	55
Besondere Bestimmungen	55

	Röntgendiagnostik	55
	Röntgentherapie	56
	20. Buckybestrahlung	60
	21. Radiumtherapie	60
F.	Sonographie	61
	Besondere Bestimmungen	61
	Anhang zur Honorarordnung	64
I.	Kurverschreibungen	64
II.	Honorare Mutter-Kind-Pass	64
III.	Vorsorgeuntersuchung	66

ÜBEREINKOMMEN

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

§ 1

1. Zur Behandlung der bei den OÖ Krankenfürsorgen anspruchsberechtigten Mitglieder und deren Familienangehörige sind alle Vertragsärzte berechtigt, die am 31. Dezember 1957 in einem Vertragsverhältnis mit den OÖ Krankenfürsorgen standen.
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 OÖ Krankenfürsorgen bei der Ärztekammer für Oberösterreich ansuchen. Die Namen der weiterhin zur Teilnahme an diesem ÜBEREINKOMMEN von der Ärztekammer zugelassenen Ärzte werden den OÖ Krankenfürsorgen jeweils mitgeteilt.
3. Die Teilnahme eines Arztes an diesem ÜBEREINKOMMEN kann nur aus triftigen Gründen und nur im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und OÖ Krankenfürsorgen widerrufen werden.

§ 2

Die bei den OÖ Krankenfürsorgen 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 den OÖ Krankenfürsorgen zur Verfügung stehenden Mittel gebührend Bedacht zu nehmen. Der Arzt ist insbesondere im Interesse der OÖ Krankenfürsorgen und der zur Beitragsleistung an den Medikamentenkosten verpflichteten Versicherten zu einer ökonomischen Medikamenten- und Heilmittelverschreibung verpflichtet.
2. Bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung sind die OÖ Krankenfürsorgen berechtigt, bei der Ärztekammer eine Beschwerde einzureichen, wobei Arzt und OÖ Krankenfürsorgen die Entscheidung der Ärztekammer anerkennen.

§ 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.

Ärzttekammer 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 OÖ Krankenfürsorgen 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 den OÖ Krankenfürsorgen zur Verfügung stehenden Mittel gebührend Bedacht zu nehmen. Der Arzt ist sowohl im Interesse der OÖ Krankenfürsorgen 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. 11 bzw. 12 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.

HONORARORDNUNG

A. Grundleistungen und allgemeine Sonderleistungen für Fachärzte

I. Grundleistungen

E. Ordination

E1	Erste Ordination einschließlich eingehender Untersuchung einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. F1 verrechenbar	€ 31,75
E11	Erste Ordination einschließlich eingehender Untersuchung einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. F1 verrechenbar (nur FÄ für Innere Medizin)	€ 36,62
E12	Erste Ordination einschließlich eingehender Untersuchung einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. F1 verrechenbar (nur FÄ für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 32,67
E13	Erste Ordination einschließlich eingehender Untersuchung einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. F1 verrechenbar (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 33,13
E2	Schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	€ 7,23
E3	Weitere Ordination	€ 13,88
E31	Weitere Ordination (nur FÄ für Innere Medizin)	€ 18,41
E32	Weitere Ordination (nur FÄ für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 16,43
E33	Weitere Ordination (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 17,30
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde Nur bei Dringlichkeit verrechenbar	€ 5,04
E41	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde (Nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie) Nur bei Dringlichkeit verrechenbar	€ 5,98
E42	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde (nur FÄ für Kinderheilkunde) Nur bei Dringlichkeit verrechenbar	€ 6,29
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.	€ 10,10
E51	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie) Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.	€ 11,95
E52	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen (nur FÄ für Kinderheilkunde) Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit verrechenbar Die Positionen E4 und E5 können nur verrechnet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.	€ 12,59
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	€ 10,10
E61	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 11,95
E62	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Kinderheilkunde) Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.	€ 12,59

Pos. Nr.

E7	Behandlungszuschlag für erhöhten Zeitaufwand Einmal pro Fall und Monat verrechenbar für Patienten mit mindestens Pflegestufe 4, sofern die ärztliche Behandlung mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden ist. Nicht neben F7 verrechenbar	€ 5,68
F. Krankenbesuch		
F1	Erster Krankenbesuch einschließlich eingehender Untersuchung einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. E1 verrechenbar	€ 53,89
F11	Erster Krankenbesuch einschließlich eingehender Untersuchung (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie) einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. E1 verrechenbar	€ 63,80
F12	Erster Krankenbesuch einschließlich eingehender Untersuchung (nur FÄ für Kinderheilkunde) einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. E1 verrechenbar	€ 67,36
F2	Schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	€ 7,23
F3	Weiterer Krankenbesuch	€ 42,06
F31	Weiterer Krankenbesuch (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 49,80
F32	Weiterer Krankenbesuch (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 51,89
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind	€ 18,93
F41	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	€ 9,44
F42	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde	€ 6,81
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind	€ 18,93
F51	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie und Psychiatrie	€ 16,70
F52	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde	€ 13,62
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Position F41 oder F42 angeführt sind	€ 37,85
F61	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie und Psychiatrie	€ 38,49
F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde	€ 36,31
F7	Behandlungszuschlag für erhöhten Zeitaufwand Einmal pro Fall und Monat verrechenbar für Patienten mit mindestens Pflegestufe 4, sofern die ärztliche Behandlung mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden ist. Nicht neben E7 verrechenbar	€ 5,68

Pos. Nr.

G. Zuschlag für Zeitversäumnis

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

G1	bei Tag	€ 10,10
G11	bei Tag (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 11,95
G12	bei Tag (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 12,59
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	€ 15,14
G21	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 17,92
G22	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 18,87

Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Dieser Zuschlag ist nicht verrechenbar, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.

H. Zuschlag für Konsilium

H1	bei Tag	€ 37,85
H11	bei Tag (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 44,82
H12	bei Tag (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 47,19
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	€ 50,48
H21	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten und Neurologie u. Psychiatrie)	€ 59,75
H22	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) (nur FÄ für Kinderheilkunde)	€ 62,92

Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen

I. Weggebühren

I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	€ 2,49
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Weggebühr für einen Doppelkilometer verrechnet werden (siehe auch Punkt 6. der Allgemeinen und besonderen Bestimmungen).	€ 3,77

J. Koordination

J1	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt Einmal pro Fall und Monat von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten, ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin, verrechenbar in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren.	€ 16,78
----	---	---------

Erläuterungen zum Positionstext:

- Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten.
- Koordination des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements.

Pos. Nr.

- (z.B. Angehörige, etc.) zur Abstimmung der Patientenbetreuung.
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufs.
 - Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation
 - Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

J2 Ärztliche Koordinierungstätigkeit € 15,44
durch den behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin
(Palliativversorgung)
Von Ärzten für Allgemeinmedizin maximal 7 x pro Fall und Monat
verrechenbar.
Die sonstigen Erläuterungen zur Position J1 (Dokumentation, etc.)
gelten vollinhaltlich auch für die Position J2.

II. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Diagnose- und Therapiegespräche

TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen € 17,81
Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil
(Ärztliches Gespräch)
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.

b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin,
die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte
für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin,
berechtigt.

c) Der Arzt hat die "Ausführliche therapeutische Aussprache"
persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel
(z.B. Video) oder die "Ausführliche therapeutische Aussprache"
mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig.
Die Gesprächsführung mit den Eltern bei Kindern bzw.
Angehörigen bei 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.

Pos. Nr.

- 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) Ferner ist die gleichzeitige Verrechnung der "Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Positionsnummern 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos. 34h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose. Die gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit einer Basisuntersuchung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrages am selben Tag ist ausgeschlossen.
- PS Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch Verrechenbar von allen Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten, denen von der Österreichischen Ärztekammer das PSY-II, PSY-III Modul verliehen wurde und/oder die in die Psychotherapeutenliste eingetragen sind. Weiters gilt: € 29,84
- a) Die Positionen PS beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion.
- b) Die Position PS dient der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.
- c) Das Gespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- d) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen TA, 36a, 36b, 36c, 36d, 36e und 36f am selben Tag ist nicht zulässig.

III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN

Die unter Abschnitt II-XII angeführten Honorarpositionen werden neben der Grundleistung nach Abschnitt I verrechnet, sofern bei den einzelnen Honorarpositionen keine andere Regelung vorgesehen ist.

Pos. Nr.

10. Blutabnahme

10a	Blutentnahme aus der Vene	€ 6,14
10b	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zu 6 Jahren	€ 11,20
10c	Aderlass (mindestens 250 ccm)	€ 10,10
10d	Aderlass bei Kindern bis zu 6 Jahren	€ 18,87

11. Injektionen

11a	Subcutane, intracutane Injektion	€ 1,35
11b	Intramuskuläre Injektion	€ 1,35
11c	Intravenöse Injektion	€ 3,79
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	€ 10,10
11e	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i. m. Injektion)	€ 7,57
11f	Intraarterielle Injektion	€ 10,10
11g	Intracardiale Injektion	€ 10,10
11h	Subconjunctivale Injektion	€ 3,79
11i	Parabulbare Injektion	€ 3,79
11k	Endoneurale epineurale Injektion	€ 10,10
11l	Injektion in oder an den Nervenknotten, epidurale Injektion (z. B. Ganglion stellatum, Paravertebrale Ganglien)	€ 25,24
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	€ 60,46
11n	Injektion ans Peritoneum	€ 10,10
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	€ 15,14
11p	Intrasinuöse Injektion	€ 15,14
11q	Krampfaderverödung: Erste Injektion	€ 7,57
11r	Jede weitere Injektion	€ 5,04
11s	Hämorrhoidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: Erste Injektion	€ 10,10
11t	Jede weitere Injektion	€ 5,04
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung (eines großen oder mehrerer kleiner Gelenke)	€ 12,61
11v	Intraarticuläre Injektion großer Gelenke (Schulter Knie Hüfte)	€ 37,49
11w	Intraarticuläre Injektion kleiner Gelenke	€ 22,97
11x	Intraconjunctivale Injektion	€ 5,07

12. Infiltrationen

12a	Subcutane Infiltration	€ 5,04
12b	Intramuskuläre Infiltration	€ 5,04
12c	Praesacrale Infiltration (nach Pendl)	€ 60,46
12d	Perineurale Infiltration	€ 10,64
12e	Paravertebralblockade	€ 33,86

13. Infusionen

13b	Intravenöse Infusion	€ 25,24
13c	Intraperitoneale Infusion	€ 25,24
13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	€ 7,57

14. Implantationen

14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troicart	€ 12,61
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	€ 29,02

Pos. Nr.

15. Allergieaustestungen

15a	Intracutantest	€ 2,42
15b	Epicutantest	€ 2,42

16. Punktionen (diagnostisch)

16a	Aus oberflächlichen Körperteilen (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haematomen, fraglichen Tumoren o.ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	€ 12,61
16b	Aus Gelenken	€ 25,24
16c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	€ 27,81
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	€ 25,24
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	€ 25,24
16h	Sternalpunktion	€ 33,86
16i	Punktion der Prostata	€ 25,24
16k	Punktion der Leber oder Niere (ohne histologische Untersuchung)	€ 57,71
16l	Pneumoencephalographie	€ 96,47

17. Punktionen (therapeutisch)

17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	€ 27,81
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich evtl. Füllung	€ 37,49
17c	Aus der Brust- oder Bauchhöhle	€ 60,46
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	€ 37,49
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	€ 37,49
17h	Aus dem Wasserbruch	€ 12,61
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	€ 37,49
17k	Aus der Harnblase	€ 37,49

18. Betäubung, Wiederbelebung

18a	Kälteanästhesie, Oberflächenanästhesie	€ 2,53
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	€ 12,61
18c	Infiltrationsanästhesie	€ 7,57
18d	Leitungsanästhesie	€ 12,61
18e	Intravenöse Narkose	€ 12,61
18f	Sacralanästhesie	€ 15,14
18g	Lumbalanästhesie	€ 37,49
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen)	€ 18,93
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde, darüber hinaus Zeitaufwandentschädigung	€ 27,75

19. Endoskopien

19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	€ 12,61
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	€ 29,02
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	€ 29,02
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasennebenhöhlen	€ 38,70
19e	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	€ 38,70
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	€ 38,70
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocerviskopie) bei Virgines 1 1/2fach	€ 38,70
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	€ 65,29
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	€ 53,21

Pos. Nr.

19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	€ 66,88
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens	€ 79,74
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie)	€ 79,80
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo-Bronchoskopie)	€ 123,19
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagusskopie, Gastroskopie)	€ 119,72
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbecken	€ 121,45
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	€ 122,68
19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums mittels Fiberglasinstrumentes Gastroskopie, Duodenoskopie	€ 170,50
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglasinstrument (Coloskopie)	€ 170,50
19s ₁	Polypenabtragung mittels Endoskop, pro Polyp	€ 148,86
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	€ 239,75
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	€ 239,75
19v	Endoskopische Unters. der oberen Luft- u. Speisewege mit Fremdkörperextraktion od. Tumorabtr.	€ 429,03
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)	€ 429,03
19x	Endoskopie der Kieferhöhle	€ 42,87
19y	Endoskopie der Kieferhöhle mit Probeexcision	€ 64,55
19z	Flexible Endoskopie der oberen Atemwege Verrechenbar nur von FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Gleichzeitig mit der Position 19b nur mit besonderer medizinischer Begründung verrechenbar	€ 37,79

20. Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darm-Trakt

20c	Ausspülung des Magens	€ 12,61
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu 6 Jahren	€ 15,14
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	€ 3,79
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	€ 5,04
20i	Reposition des Mastdarmvorfalles	€ 7,57
20k	Sphinkterdehnung	€ 12,61
20m	Reposition eines eingeklemmten Bruches	€ 7,58

21. Sonstige ärztliche Verrichtungen

21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel (hier kann die Ordinationsgebühr nicht verrechnet werden)	€ 14,68
21b	Verband durch den Arzt bei großflächigen Excoriationen sowie Verbrennungen, bei Ulcus cruris und bei ausgedehnten operativ versorgten Wunden sowie bei gravierenden Finger- und Zehenwunden (kein Pflasterverband) Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von FA	€ 6,56

Pos. Nr.

für Augenheilkunde und Optometrie, von FA für Chirurgie, von FA für Unfallchirurgie, von FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, von FA für Kinder- und Jugendheilkunde von und FA für Urologie

21c	Oszillometrie mit Befundbericht (graphisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	€ 15,14
21d	Untersuchung auf Pilzbefund mit Woodschem Licht	€ 5,04
21e	Lösung von Konglutinationen, pro Fall	€ 12,61
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	€ 5,04
21h	Elektrische Defibrillation	€ 46,73
21i	Chirotherapie der Wirbelsäule	€ 21,42
21m	Manuelle Behandlung des Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	€ 17,88
21n	Manuelle Behandlung kleiner Gelenke	€ 13,45
21u	Digitale Photoplethysmographie oder Lichtreflexionsrheographie, je Bein	€ 12,09
21v	Optische Venenschlussplethysmographie je Bein	€ 12,09

IV. SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der Augenheilkunde

22. Untersuchungen

22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) Nicht neben Pos. 22n verrechenbar	€ 7,57
22b	Skiaskopie Nicht neben Pos. 22c und 22b ₁ verrechenbar	€ 7,57
22b ₁	Skiaskopie in Cykloplegie Nicht neben Pos. 22b und Pos. 22h ₃ verrechenbar	€ 12,09
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer Nicht neben Pos. 22b verrechenbar	€ 7,57
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	€ 7,57
22e	Untersuchung d. Farbtüchtigkeit nach Stilling, Ishihara usw.	€ 2,53
22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit mit dem Anomaloskop	€ 5,04
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	€ 12,61
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	€ 2,53
22h ₁	Fluoreszenzangiografie des Augenhintergrundes Verrechenbar bei folgenden Indikationen: Erkrankungen der Netzhaut, Erkrankungen der Aderhaut, Erkrankungen der Sehnerven, bei intraokularen Tumoren und bei Gefäßerkrankungen	€ 113,67
22h ₂	OCT-Untersuchung der Netzhaut und Sehnerven mittels OCT Verrechenbar bei folgenden Indikationen: Erkrankungen der Netzhaut, Erkrankungen der Aderhaut, Erkrankungen der Sehnerven, bei intraokularen Tumoren und bei Gefäßerkrankungen	€ 109,94
22h ₃	Untersuchung der Netzhaut in Mydriasis Nicht neben Pos. 22b ₁ verrechenbar	€ 7,86
22i	Tonometrie Impressionstonometrie, beidseitig	€ 3,79
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig, nicht neben Pos. 22i verrechenbar	€ 12,61
22k	Untersuchung mit dem Exoptalmometer oder Diaphanoskopie	€ 2,53
22l	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	€ 6,31

Pos. Nr.

22m	Prüfung des binokularen Sehaktes oder des Muskelgleichgewichtes oder des Doppelsehens	€ 5,04
22n	Sehprobe Nicht neben Pos. 22a verrechenbar	€ 5,07
22o	Gonioskopie (Kammerwinkel bei Glaukom oder 3-Winkelglas von Goldmann)	€ 6,90
22p	Lupenbrillen Anpassung	€ 19,71
22s	Synoptophor	€ 6,85
22u	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankung der Netzhaut (verrechenb. einmal jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit)	€ 12,61
22v	Tagesdruckkurve bei Glaukom, mind. 5 Messungen	€ 32,53
22w	Photographie des vorderen Augenabschnittes in Farben	€ 25,62
22x	Photographie des mittleren Augenabschnittes und ebenso des Fundus	€ 32,51
22z	Schirmertest	€ 5,04
22z1	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie (verrechenbar alle 6 Monate, oder in begründeten Ausnahmefällen öfter)	€ 52,00

23. Fremdkörperentfernung

23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut od. eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	€ 8,83
-----	---	--------

24. Sonstige augenärztliche Verrichtungen

24a	Wimpernepilation	€ 7,57
24b	Kauterisation der Hornhaut	€ 37,49
24c	Spaltung des Hordeolums	€ 2,53
24d	Kanthotomie	€ 12,61
24e	Euthyskop oder Pleoptophor	€ 19,71
24f	YAG-Laser-Behandlung Verrechenbar bei folgenden Indikationen: Kapsel­fibrose, regenerato­rischer Nachstar, Kapsel­ sack­ phimose, Fremdkörperriesenzellen bei Pseudophakie, Iridotomie bei Glaukom, Durchtrennung fibrotischer Glaskörper-Stränge	€ 406,51
24g	ARGON-Laser-Behandlung Verrechenbar bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> • Laserkoagulation bei dokumentierten Maculaerkrankungen, altersbedingte Maculadegeneration, Chorioretinopathia centralis serosa, Maculopathie bei Gefäßerkrankungen (DM, Zentralvenenthrombose, ...), Maculopathie bei Myopie, • Serienlaserkoagulation mittels Laser bei ausgedehnten Funduserkrankungen pro Serie und Auge, Retinopathia diabetica, Venenthrombose, Netzhauterkrankungen (z.B. Periphlebitis retinae, ...), • Periphere Laserkoagulation bei umschriebenen Netzhauterkrankungen, periphere Netzhautdefekte (z.B. Hufeisenriss, ...), Ablatio retinae, • Glaukom, ALT (Argonlaser-Trabekuloplastik); Beschränkung auf eine Serie pro Auge innerhalb von 6 Monaten, eine zweite Serie pro Auge ist nur mit medizinischer Begründung und Dokumentation der Notwendigkeit möglich	€ 948,77

V. SONDERLEISTUNGEN**aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie****25. Wundversorgung**

25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)	€ 12,26
25b	Abtragung einer großen Brandblase	€ 6,31
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	€ 12,61
25d	Versorgung ausgedehnter oder multipler Schürfwunden	€ 15,01

26. Kleine operative Eingriffe

26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms, pro Sitzung	€ 12,61
26b	Paquelinisierung und Kaltkaustik (bei Furunkulose), pro Sitzung	€ 12,61
26c	Abtragung einer Eiterblase	€ 5,04
26d	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	€ 6,31
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	€ 12,61
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	€ 12,61
26g	Einfache Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	€ 12,61
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	€ 5,04

27. Verbände

27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	€ 15,14
27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	€ 25,24
27c	Redressierender Haftpflasterverband, Cingulum	€ 18,93
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	€ 37,49
27e	Gipsverband von Hand, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	€ 60,46
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax	€ 121,45
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	€ 6,31
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	€ 12,61
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	€ 6,31
27k	Zuschlag für Gehbügel	€ 5,07
27l	Anlegen eines kleinen Schienenverbandes (Böhlerschiene o. ä.)	€ 7,58
27m	Anlegen eines großen Schienenverbandes	€ 20,91
27n	Gipsfixation einer Hilgenreinerschiene (Weitere Gipsverbände und -modelle siehe Operationsgruppenschema)	€ 13,45
27o	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	€ 25,24
27p	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27o	€ 10,10

28. Gipsmodelle für orthopädische Behelfe

28a	Einlagenmodelle	€ 60,21
-----	-----------------	---------

Pos. Nr.

29. Knochenbrüche (prov. Versorgung Notverband)

29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	€ 7,57
29b	Alle übrigen Knochen	€ 12,61

VI. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

30. Frauenheilkunde

30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	€ 15,14
30b	Einlegen, Anpassen oder Wechsel eines Pessars	€ 3,79
30c	Kauterisation der Portiovaginalis oder der Cervix	€ 37,49
30d	Zellentnahme für cytologische Untersuchung	€ 5,01
30e	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, 1. Stelle	€ 2,51
30f	Abstrichabnahme von Sekreten der Geschlechtsorgane, jede weitere Stelle	€ 2,51
30g	Vaginale Zellentnahme oder Portioabschabung nach Ayre, je	€ 8,46
30h	Endocervikale Abschabung nach Ayre	€ 11,94
30i	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (zB. Metylenblau) 1. Präparat	€ 5,01
30j	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, Nativ oder mit Kalilauge oder mit einfacher Färbung (zB. Metylenblau) jedes weitere Präparat	€ 2,51
30l	Ultraschall-Diagnostik in Frauenheilkunde	€ 43,75
30m	Dekompressionsbehandlung nach Decomair	€ 13,45
30n	Ultraschall-Diagnostik mit dem Dopplergerät zur Feststellung einer Frühschwangerschaft	€ 13,45
30o	Registrierung der kindlichen Herztätigkeit und (oder) der Wehentätigkeit mittels Schreiber	€ 33,71
30p	Untersuchung der Mamma bds. mit dazugeh. Axillardrus.	€ 15,21

31. Geburtshilfe

31a	Untersuchung d. weibl. Geschlechtsorgane bei der Geburt od. Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburtshilfl. Eingriff nicht stattfindet	€ 7,57
31c	Manuelle Muttermünddilataion	€ 20,18
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Mundunterlippe	€ 20,18
31e	Blasensprengung	€ 10,23
31g	Ultraschall-Diagnostik in Geburtshilfe	€ 46,52

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-Schüttel- nystagmus, maximal 2 Prüfungen, je	€ 12,61
32b	Hörschwellenaudiometrie oder Geräuschaudiometrie oder Recruitmentprüfung, Tonschwellenaudiometrie, je	€ 25,24
32c	Einführung des Katheters zur Bronchographie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	€ 37,49
32d	Beidseitige Messung otoakustischer Emissionen (OAE) Verrechenbar nur von FA für Hals-, Nasen- und Ohren- krankheiten	€ 31,70
32e	Sprachaudiometrie	€ 46,12

32f	Elektronystagmogramm	€ 28,12
32g	Elektronystagmogramm bei Bewegung	€ 38,45
32h	Impedanzaudiometrie (Tympanometrie und/oder Stapedius-reflexmessung) inkl. Dokumentation Verrechenbar nur von FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	€ 22,53

Pos. Nr.

32i	Erweiterte Beratung Hörgerätebedürftiger oder von Hörgeräteträgern Verrechenbar nur von FA für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Maximal 3x im Rahmen einer Hörgeräte-Weiterverordnung und darüber hinaus maximal 1x pro Jahr verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Positionen TA verrechenbar	€ 17,07
32k	Otomikroskopische Untersuchung	€ 10,10
33. Therapeutische Verrichtungen		
33a	Entfernung von Fremdkörpern aus d. Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	€ 5,04
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus d. Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu 6 Jahren	€ 7,57
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	€ 10,10
33d	Nasentamponade nach Belloque	€ 37,49
33e	Cerumentfernung je Ohr	€ 5,04
33e1	Gehörgangstoilette, bei Otitis oder Zustand nach operativen Eingriffen, je Seite Verrechenbar nur von FÄ für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde	€ 12,09
33f	Anwendung eines Katheters mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anästhesie je Seite	€ 5,04
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	€ 37,49
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle einseitig	€ 18,14
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	€ 12,61
33k	Attic-Spülung	€ 6,31
33l	Vordere Nasentamponade	€ 16,93
33m	Speichelgangsondierung	€ 14,78
33n	Logopädische Behandlung, pro Sitzung	€ 25,39
33o	Sialographie	€ 41,48

VIII. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten

34. Elektrokardiogramm

34a	EKG in Ruhe (Ableitung I, II, III, AVR, AVL, AVF, V 1-6)	€ 59,31
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie-Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens 2 min.)	€ 11,36
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	€ 11,36
34d	Langzeit-EKG Verrechenbar von FA für Innere Medizin	€ 61,55
34e	Langzeit-EKG (inkl. Computerauswertung) Verrechenbar von FA für Innere Medizin	€ 143,98
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett (neben Visitegebühr zu verrechnen)	€ 12,61

Pos. Nr.

34g	Spirographie (mit eventuellem pharmakodynamischen Aerosoltest), Ergospirometrie (mit eventuellem pharmakodynamischen Aerosoltest) Atemmechanische Untersuchung (Oesophagusmethode oder Ganzkörperplethysmographie), je	€ 105,21
34i	Phonokardiographie	€ 26,60
34k	Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungs- rückstandes bei cerebral geschädigten Kindern	€ 27,77
34k1	Denver-Entwicklungstest oder andere von Ärztekammer und öö. Krankenfürsorgen als gleichwertig eingestufte Entwicklungstests bei Verdacht auf eine Entwicklungsverzögerung für Kinder bis zum vollendeten 6. Lj.	€ 20,75
34l	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säug- linge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria. Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar	€ 13,49
34m	Ergometrische Untersuchung Die Untersuchung ist entsprechend der Empfehlung der Österr. kardiolog. Gesellschaft durchzuführen und kann einmal pro Patient innerhalb von 3 Monaten verrechnet werden.	€ 128,71
34n	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	€ 3,79
34o	Erweiterte kleine Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneau-Test, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung (nicht neben Pos. 34g verrechenbar)	€ 18,93
34p	Bronchospasmodolysetest (wie 34o – nach Inhalation eines Broncholyticums)	€ 18,93
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	€ 75,71
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe (Pos. 34r und 34q können pro Patient und Tag höchstens einmal verrechnet werden.)	€ 75,71
34s	24-Stunden-Blutdruckmonitoring Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und FA für Innere Medizin	€ 50,60
34t	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung Verrechenbar von FA für Lungenkrankheiten, Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie sowie Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Weiters gilt: Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeunter- suchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind, insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundung. Der automatische Befund ist manuell nachzukorrigieren. Zu Dokumentationszwecken sind sowohl der automatische Befund als auch der korrigierte Befund aufzubewahren. Wird der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weiter- geleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen.	€ 101,56

IX. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie/
Psychiatrie und Neurologie

35. Untersuchungen

35a	Elektr. Untersuchungen der Muskelerregbarkeit	€ 12,61
35b	Psychologischer Test nach Rorschach	€ 77,39
35c	Bestimmung der Rheobase und Chronaxie	€ 14,78
35e	Schlaf-EEG oder andere Provokationsmeth. (Flackerlicht oder medikamentös), zusätzliche Ableitungssysteme, zusätzlich zu Pos. 37a, je	€ 49,45
35g	Echoencephalographie	€ 90,16
35h	Diverse Testmethoden z.B. Minimental-Test	€ 34,90
35l	Ausführliche psychiatrische Exploration; (höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar) Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	€ 39,12
35m	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken/ neurologisch Kranken; (nicht neben Ordination/Visite verrechenbar). Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	€ 26,50
		Modul II oder III
35n	Komplette neurologische Stuserhebung mit Dokumentation; (höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr verrechenbar)	€ 39,12

36. Therapeutische Verrichtungen

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.

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern, Dauer im Allgemeinen 20 min.; (nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA verrechenbar) 1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention. 2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren.	€ 34,07
		Modul II oder III
36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (unter 45 min – kein Zuschlag für Zeitversäumnis verrechenbar)	€ 95,90
36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.; (im Erkrankungsfall max. 3x verrechenbar, nicht neben	€ 97,16

Pos. Nr.

Pos. 36a, 36d, 36e, 36f verrechenbar)		Modul II oder III
36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie, 50 min.; (nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose)	€ 97,16
36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie, 25 min.; (nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose)	€ 49,21
36f	Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie, 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit (nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36e verrechenbar)	€ 10,10
36j	Heilschlafbehandlung (pro Tag der Überwachung bzw. pro Sitzung)	€ 21,42
36k	Transkutane Nervenstimulation - Anleitung und Kontrolle, höchstens zweimal pro Monat verrechenbar	€ 12,09
37a	Elektroenzephalographische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden	€ 80,76
37b	ENG	€ 75,71
37c	EMG	€ 88,87
37d	ENG + EMG	€ 114,83

X. SONDERLEISTUNGEN

aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie

38. Therapeutische Verrichtungen

38a	Katheterismus der männlichen Harnblase	€ 5,04
38b	Katheterismus der weiblichen Harnblase	€ 2,53
38c	Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies	€ 7,57
38d	Blasenspülung	€ 2,53
38e	Erste Strikturdehnung der Harnröhre	€ 12,61
38f	Weitere Strikturdehnung	€ 6,31
38g	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre	€ 2,42
38h	Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten. Sondierung der hinteren Harnröhre	€ 3,63
38i	Tiefe Instillation	€ 2,53
38j	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion (6 Läsionen pro Patient und Jahr.)	€ 4,05
38k	Kühlsonde	€ 6,31
38l	Exkochleation kl. spitzer Kondylome u. kl. Warzen o. ä.	€ 12,61
38m	Kaustik (Warzen siehe Pos. 26d und 26e)	€ 12,61
38n	Elektrolyse	€ 12,61
38o	Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose	€ 6,31
38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	€ 37,49

Pos. Nr.

38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	€ 79,74
38r	Anwendung von Kohlendäureschnee, je Sitzung	€ 12,61
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	€ 5,04
38t	Prostatamassage	€ 3,79
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	€ 7,57
38x	Phototherapie, je Behandlung 1.–16. Behandlung	€ 11,36
38x1	ab 17. Behandlung	€ 7,57
38x2	Zuschlag zu Pos. 38x und 38x1 für Schmalspektrum UVB-Therapie	€ 3,68
38y	Photochemotherapie, je Behandlung 1.–16. Behandlung	€ 16,40
38y1	ab 17. Behandlung	€ 12,61
38z	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	€ 23,97
38z1	Blaseninstillation mit Zytostatika	€ 13,49
38z2	Wechsel eines suprapubischen Katheters	€ 12,61
39a	Evakuierung einer Blasentamponade	€ 45,66
39b	Spezielle allergologische Exploration (höchstens 1 x pro Patient und Quartal, darüber hinaus mit medizinischer Begründung) Verrechenbar nur von FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten, FÄ für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde sowie FÄ für Lungenkrankheiten	€ 10,10

XI. PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG

durch Fachärzte

Bei physiotherapeutischen Behandlungen wird nur eine Anfangs- und eine Schlussordination verrechnet, wenn während der Behandlung keine anderwärtigen ärztlichen Leistungen erforderlich sind. Zusätzliche Ordinationen sind zu begründen.

1. Massage

p 1a	Manuelle Massage	€ 5,31
p 1b	Apparatmassage	€ 4,59
p 1c	Pneumomassage des Trommelfelles	€ 4,57
p 1e	Vakuum Massage	€ 6,10

2. Gymnastik

p 2a	Einzelheilgymnastik	€ 5,93
p 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	€ 6,09
p 2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe	€ 3,48
p 2d	Extensionsbehandlung der Halswirbelsäule	€ 15,83
p 2f	Extensionsbehandlung der Brust-, Lendenwirbelsäule mit Spezialgeräten	€ 30,90
p 2h	Extension bei Coxarthrose mit Spezialgerät	€ 11,59

3. Bestrahlungen und elektrische Behandlungen

p 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus, Quarzbestrahlung o. ä.)	€ 4,02
p 3c	Heißluft	€ 5,31
p 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz	€ 4,45

Pos. Nr.

p 3e	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, kombinierte Ströme (z. B. Neodynator), Schwellstrom	€ 6,63
p 3f	Vierzellenbad	€ 7,04
p 3g	Iontophorese	€ 6,39
p 3h	Diathermie	€ 5,31
p 3i	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	€ 6,94
p 3k	Ultraschall	€ 8,24
p 3l	Zweizellenbad	€ 5,92
p 3m	Galvanisches Vollbad (Stangerbad)	€ 14,86

4. Inhalationen

p 4a	Dampfinhalation	€ 3,03
p 4b	Aerosolinhalation	€ 4,45

5. Buckybestrahlung

p 5a	Pro Sitzung, ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	€ 16,07
------	---	---------

6. Klimakammer

p 6a	Klimakammerbehandlung pro Sitzung	€ 16,17
------	-----------------------------------	---------

7. Hydrotherapie und Packungen

p 7a	Munari- oder Schlammpackung, je Sitzung	€ 8,17
------	---	--------

XIII. RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN

durch Fachärzte

(mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

Durchleuchtungen

r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 14,26
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	€ 15,88
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tage	€ 19,10
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	€ 22,24
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	€ 7,07
r 4f	Zuschlag zu Pos. r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 9,12
r 4g	Zuschlag zu Pos. r 4b, r 4c, r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 10,28

Aufnahmen

r 5a	Aufnahme 9/12	€ 8,21
r 5b	Aufnahme 13/18	€ 10,33
r 5c	Aufnahme 18/24	€ 13,35
r 5d	Aufnahme 15/40	€ 16,63
r 5e	Aufnahme 20/40	€ 21,08
r 5f	Aufnahme 24/30	€ 17,99
r 5g	Aufnahme 30/40	€ 20,91
r 5h	Aufnahme 35/35	€ 22,36
r 5i	Aufnahme 40/40	€ 26,72
r 5j	Zahnfilm	€ 5,76

B. Operationstarif für Fachärzte

OPERATIONSHONORAR

1. Für dringende Operationen an Sonn- und Feiertagen sowie für Nachtoperationen und hierfür geleistete Assistenz und Narkose erhöhen sich die Tarifsätze um 50 %.
2. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe verrechnet werden.
3. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann der Facharzt für Anästhesiologie mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe verrechnen, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 2.

1. Operation

I	€ 69,40
II	€ 138,80
III	€ 239,75
IV	€ 429,03
V	€ 832,80
VI	€ 1.186,12

2. Erste ärztliche Assistenz

I	€ 22,71
II	€ 29,02
III	€ 36,59
IV	€ 70,66
V	€ 165,30
VI	€ 201,89

3. Zweite ärztliche Assistenz

IV	€ 36,59
V	€ 70,66
VI	€ 94,64

4. Narkose (außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

II	€ 29,02
III	€ 36,59
IV	€ 70,66
V	€ 83,28
VI	€ 107,26

5. Narkose (durch den Facharzt für Anästhesiologie)

II	€ 36,59
III	€ 36,59
IV	€ 70,66
V	€ 189,27
VI	€ 296,53

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

Pos. Nr.

6. Regiezuschlag

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

I	€ 10,84
II	€ 16,03
III	€ 21,57
IV	€ 32,22

Ab Gruppe V der errechnete Aufwand

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für Fachärzte

Augenheilkunde

Gruppe I

- O 1a Incision bei Dacryocystitis
- O 1b Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern
- O 1c Operation der Chalazion
- O 1d Elektrocoagulation von Geschwülsten
- O 1e Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig)
- O 1f Kanthoplastik mit Naht
- O 1g Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege (bei Kindern siehe O 20)
- O 1h Operation am Tränenröhrchen
- O 1i Quetschung von Trachomkörnern
- O 1k Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektionen (jede weitere 1/2 Gr. I)
- O 1l Elektrolytische Epilation

Gruppe II

- O 2a Tarsorrhapie
- O 2b Tränendrüsenstichelung
- O 2c Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen, 1 1/2fach
- O 2d Epicanthusoperation
- O 2e Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellen'sche Naht)
- O 2f Tenotomie (wird unter Pos. O 3n verrechnet)
- O 2g Operation des Pterygiums
- O 2h Abrasio corneae
- O 2k Kauterisation der Cornea bei ulcus serpens o. ä.
- O 2l Punktion der vorderen Kammer
- O 2n Retrobulbäre Alkoholinjektion
- O 2o Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis zu 14 Jahren unter Narkose

Gruppe III

- O 3a Einfache Symblepharonoperation
- O 3b Tarsusexstirpation bei Trachom
- O 3c Exstirpation des Tränensackes
- O 3d Exstirpation der Tränendrüse
- O 3e Trichiasisoperation

Pos. Nr.

- O 3f Sklerotomie
- O 3h Discission bei Katarakta secundaria
- O 3i Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik
- O 3k Transfixion der Iris
- O 3l Iridotomie
- O 3n Tenotomie
- O 3o Operation am Tränenröhrchen mit Plastik

Gruppe IV

- O 4a Schieloperation mit Vor- oder Rücklagerung, Resektion oder Raffung des Muskels, 1 1/2fach
- O 4b Einfache Ptosisoperation
- O 4f Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti, 1 1/2fach
- O 4i Abtragung des Irisprolapses mit Plastik, 1 1/2fach
- O 4k Iridektomie, 1 1/2fach
- O 4l Eucleatio bulbi
- O 4n Operation des Pterygiums mit Conjunctivaplastik

Chirurgie, Unfallchirurgie (soweit unfallbedingt)

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

Gruppe I

- O 8a Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke, Strecken der Halswirbelsäule mit der Glissonschiene bei Frakturen und Luxationen (Wiederholung) (bei Anlegung eines Gipsverbandes zusätzlich 27d bzw. 27e oder 27f)
- O 8b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrüche, End- und Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)
- O 8c Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)
- O 8d Incision eines Panaritium subcutaneum
- O 8e Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels
- 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, kleiner Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)
- O 8i Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose
- O 8k Thermokaustik einer Fissura ani, einschließlich Sphinkterdehnung
- O 8l Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation
- O 8m Percutane Bluttransfusion mit Konserve
- O 8n Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe
- O 8o Amnionpflanzung nach Filatow
- O 8p Probeexcision mit Naht
- O 8q Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels

Gruppe II

- O 9a Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme der Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxationen, Strecken der Halswirbelsäule mit Glissonschiene bei Frakturen oder Luxationen (erstmalig)
- O 9b Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei

Pos. Nr.

Frakturen des Oberarmes, des Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes, sowie Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Brandrupturen an Knie- und Sprunggelenken

- O 9c Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette)
- O 9d Incision eines Panaritium tendineum oder osseum
- O 9e Bühlau'sche Heberdrainage
- O 9f Incision einer ausgedehnten Phlegmone einer periproktischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation
- O 9g Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper
- O 9h Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (großer Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kleiner Angiome, Epitheliome, Epulis, kleiner Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglion der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)
- O 9i Radikaloperation einer Phimose
- O 9k Spaltung einer Fistula ani
- O 9l Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation
- O 9m Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode
- O 9n Freilegung eines Gefäßes zum Zwecke von Infusionen oder Transfusionen
- O 9o Entfernung eines Knochennagels oder anderen Osteosynthesematerials
- O 9p Amputation oder Enucleation von Phalangen
- O 9q Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur
- O 9r Einfache Krampfaderoperation nach Moskowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der V. saphena)
- O 9s Drüsenimplantation

Gruppe III

- O 10a Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblutige Reposition der Ellbogen- oder Kniegelenksluxation mit Verband
- O 10b Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis
- O 10c Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)
- O 10d Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)
- O 10e Kleine Plastiken (Thier'sche Plastik oder Reverdin-Plastik), Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. ä. 1 1/2fach
- O 10f Resektion eines kleinen Gelenkes
- O 10g Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefliegenden, röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern
- O 10h Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Rectalpolypen)
- O 10i Radikaloperation einer Hydrocele
- O 10k Radikaloperation einer fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung
- O 10l Präparatorische Unterbindung der A. oder V. brachialis, axillaris, der V. jugularis
- O 10m Angiographie
- O 10n Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes
- O 10q Vasektomie oder Vasoligatur
- O 10r Einfache Exstirpation variköser Knoten
- O 10s Nodulioperation nach Langenbeck
- O 10t Arteriographie oder Phlebographie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiographie, Angiographie der Aorta
- O 10u Exhairese eines peripheren Trigeminiastates
- O 10v Operation von Varizen (mit Ligatur der V. saphena und Verödung, Resektion)

Pos. Nr.

von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)

Gruppe IV

- O 11a Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension
- O 11b Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke
- O 11c Nervennaht bei frischen Verletzungen
- O 11d Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)
- O 11e Exstirpation eines Karbunkels
- O 11f Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfiltration, ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen
- O 11g Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke
- O 11h Tracheotomie
- O 11l Präparatorische Unterbindung der A. subclavia, carotis
- O 11u Periarterielle Sympathektomie nach Leriche
- O 11v Semikastration, Radikaloperation einer Varikozele, Operation des Kryptorchismus
- O 11x Reamputation
- O 11y Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)

Gruppe V

- O 12a Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes, einseitige suprahyoidale Lymphknotenausräumung
- O 12b Nervenplastik
- O 12c Neurolyse mit Naht
- O 12d Sehnenplastik
- O 12g Operation angeborener Halsfisteln und Zysten ohne Verbindung zum Pharynx
- O 12h Scalenotomie
- O 12u Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik
- O 12v Amputation oder E nukleation großer Knochen der Mittelhand, des Mittelfußes
- O 12x Osteosynthese kleiner Knochen
- O 12y Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung
- O 12z Radikaloperation von Varizen pro Extremität

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Gruppe I

- O 16a Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren
- O 16b Stanzung oder chir. Behandlung der Akne conglobata

Gruppe II

- O 17a Excision einer Sklerose
- O 17b Exstirpation eines Epithelioms

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gruppe I

- O 18a Einfache Spaltung des Hymens oder einer atresia ani superficialis

Pos. Nr.

- O 18b Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome
- O 18c Incision eines Bartholinischen Abszesses, einfache vaginale Incision
- O 18d Strichabrasio
- O 18e Abtragung eines Cervikalpolypen
- O 18f Abtragung vaginaler Granulationen
- O 18g Chirurgisch-, elektro-therapeutische Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode
- O 19a Äußere Wendung bei Querlage
- O 19c Auffüllung der Placenta nach Gabastou

Gruppe II

- O 20a Exstirpation des Hymens
- O 20b Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva
- O 20c Abtragung eines Urethralpolypen
- O 20d Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)
- O 20e Exkochleation eines Portiocarcinoms (Kauterisation)
- O 20f Skarifikation der Portio
- O 20g Discission der Cervix, Cervixdilatation mit Hegarstiften
- O 20h Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose
- O 20i Vollständige Abrasio mucosae uteri
- O 20k Perturbation
- O 20m Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat
- O 21a Credé in Narkose
- O 21b Damмнаht
- O 21c Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile
- O 21d Introitusnahe Scheidennaht
- O 21e Kopfschwartenzange
- O 21f Muttermundincision
- O 21g Hystereuryse
- O 21h Episiotomie und Naht
- O 21i Amnioskopie

Gruppe III

- O 22a Labienresektion
- O 22b Exstirpation der Bartholinischen Drüse
- O 22c Entfernung eines eingewachsenen Pessars
- O 22d Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion
- O 22e Portioamputation und -plastik
- O 22f Exstirpation eines Bauchdeckentumors
- O 22g Hystero-Salpinographie (ohne Röntgen)
- O 22i Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat, Entfernung von Placentaresten post partum mit der Curette
- O 23a Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)
- O 23b Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt
- O 23c Naht eines frischen Cervixrisses
- O 23d Cervixnahe Scheidennaht
- O 23e Zange Vakuum-Extraktion aus Beckenboden oder Beckenmitte
- O 23f Konisation

Gruppe IV

- O 25a Kombinierte Wendung
- O 25b Damмнаht mit Sphinkternaht

Pos. Nr.

- O 25c Manuelle Placentablösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhärens oder Placenta accreta
- O 25d Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt
- O 25e Hohe Zange, Vakuum-Extraktion bei hochstehendem Kopf

Gruppe VI

- O 29a Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)

Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Gruppe I

- O 31a Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)
- O 31b Abtragung von Ohrpolypen
- O 31c Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen
- O 31d Paracentese des Trommelfelles oder Punktion der Paukenhöhle
- O 31e Galvanokautik der unteren und mittleren Nasenmuschel
- O 31f Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie
- O 31g Incision eines Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesses
- O 31h Blockade des Nervus laryngeus superior
- O 31i Probeexcision aus Nase, Rachen oder Ohr
- O 31j Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung

Gruppe II

- O 32a Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper)
- O 32b Intubation
- O 32c Kleine plastische Operationen
- O 32d Punktion eines Antrums bei Säuglingen
- O 32e Entfernung von adenoiden Vegetationen
- O 32f Punktion der Stirnhöhle nach Beck
- O 32g Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz
- O 32h Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung
- O 32j Anlegen eines Paukendrainageröhrchens

Gruppe III

- O 33a Nasale Entfernung eines Choanenpolypen
- O 33b Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe
- O 33c Unterbindung der V. jugularis
- O 33d Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen
- O 33e Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig, 1 1/2fach)
- O 33f Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung

Gruppe IV

- O 34a Tränensackplastik nach West
- O 34b Direkte endolaryngeale operative Eingriffe, direkte endoesophogale Oesophagusvarizensclerosierung
- O 34c Größere plastische Operationen, Korrektivplastik an den Ohren, je Seite, je Sitzung
- O 34d Vollständige Entfernung der Ohrmuschel
- O 34e Direkte Endoskopie der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Probeexcision
- O 34f Ausräumung des Siebbeinlabyrinths von der Nase aus oder Öffnung der Stirnhöhle von der Nase aus

Pos. Nr.

- O 34g Radikaloperation einer Kieferhöhle
- O 34h Operation der deviatio septi nach Killian
- O 34i Ozaena-Operation
- O 34m Operation eines Nasen-Rachenfibroms
- O 34n Nasenendoskopische Infundibulotomie nach Messerklinger

**Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten,
Neurologie und Psychiatrie / Psychiatrie und Neurologie**

Gruppe I

- O 38a Pneumothorax-Nachfüllung (1 1/2fach, einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)
- O 38b Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 1/2fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)
- O 38c Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Encephalographie), 1 1/2fach
- O 38d Kontrastfüllung bei Bronchographie
- O 38e Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelographie), 1 1/2fach
- O 38f Nucleographie, 1 1/2fach

Gruppe II

- O 39a Pneumothorax-Erstanlage
- O 39b Pneumoperitoneum-Erstanlage
- O 39c Liquorausblasung
- O 39d Liquortransfusion

Gruppe III

- O 40a Laparoskopie

Orthopädie (soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Gruppe I

- O 42a Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen
- O 42b Subcutane Tenotomie
- O 42c Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann'schen Nagels, oder Beck'sche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)
- O 42d Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm
- O 42e Halskrawatte
- O 42f Oberschenkel, 1 1/2fach

Gruppe II

- O 43a Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)
- O 43b Offene Tenotomie
- O 43c Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke
- O 43d Modellverbände: Obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper
- O 43e Abmeißelung von Exostosen
- O 43f Operation des Calcaneussporns
- O 43g Subcutane Operation eines schnellenden Fingers

Pos. Nr.

- O 43h Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. O 44f oder O 44g zu verrechnen)
- O 43i Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation

Gruppe III

- O 44a Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation
- O 44b Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes
- O 44c Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers
- O 44d Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)
- O 44e Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)
- O 44f Gipsmieder, Gipsschale
- O 44g Gipshose
- O 44h Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis
- O 44i Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation
- O 44k Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen
- O 44l Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)
- O 44m Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke
- 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)
- O 44o Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)
- O 44p Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformation durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation

Gruppe IV

- O 45a Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß bei Kontraktur des Hüftgelenkes (sofern nicht nach Pos. O 43i oder O 44p zu verrechnen)
- O 45b Gipsbett
- O 45c Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren
- O 45d Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren
- O 45e Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen
- O 45f Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode
- O 45g Operation des hohen Calcaneus
- O 45k Operation bei Dupuytren-Kontraktur
- O 45l Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk (wird nach Pos. O 12d verrechnet)
- O 45m Plastik kleiner Gelenke
- O 45n Operation der Luxatio acromio-clavicularis
- O 45o Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation

Gruppe V

- O 46a Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband
- O 46f Operation der Bandscheibenhernie
- O 46g Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation
- O 46i Laminektomie
- O 46l Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel- oder am langen Röhrenknochen

Pos. Nr.

- O 46m Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)

Urologie

Gruppe I

- O 48a Endourethrale Elektrocoagulation
- O 48b Meatotomie

Gruppe II

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

Gruppe III

- O 50a Entfernung eines Uretersteines mit Zeiß'scher Schlinge oder ähnlichen Instrumenten
- O 50b Endovesikale Entfernung von Geschwülsten, Fremdkörpern und kleinen Steinen
- O 50c Urethrotomia externa
- O 50d Operation eines ringförmigen Urethralprolapses
- O 50e Probeexcision aus der Blase

Gruppe V

- O 52a Lithotripsie
- O 52j Transurethrale Resektion eines ausgedehnten Harnblasentumors

C. Tarif

für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte

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

Punktwert	Labor	1,4228
	Labor- Akutparameter	2,0102

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 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, 5.01 und 5.02 von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik bzw. die Pos. Nr. 5.03 von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Punktewert 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.

Pos. Nr.		Punkte	
1.01	Blutbild (nur FÄ für Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Urologie sowie FÄ für Kinderheilkunde)		€ 7,55
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, „Quick“) oder Normotest (nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar) (nur FÄ für Innere Medizin sowie Kinderheilkunde)	4	€ 8,04
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar (nur FÄ für Innere Medizin sowie Kinderheilkunde)	4	€ 8,04
2.09	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	7,5	€ 15,08
3.01	Blutzucker-Bestimmung (nur FÄ für Innere Medizin, Kinderheilkunde sowie Urologie)		€ 3,80
3.05	Kreatinin (nur FÄ für Innere Medizin)		€ 5,32
3.07	Gesamtbilirubin (nur FÄ für Kinderheilkunde)		€ 3,51
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin (nur FÄ für Kinderheilkunde)		€ 2,36
3.15	Natrium (nur FÄ für Innere Medizin)		€ 3,66
3.16	Kalium (nur FÄ für Innere Medizin)		€ 3,42
4.07	GOT (ASAT) (nur FÄ für Innere Medizin sowie Kinderheilkunde)		€ 4,18
4.08	GPT (ALAT) (nur FÄ für Innere Medizin sowie Kinderheilkunde)		€ 4,18
4.09	Gamma-GT (nur FÄ für Innere Medizin)		€ 4,18
4.20	Troponin T oder Troponin I (nur FÄ für Innere Medizin sowie Lungenkrankheiten)	7,2	€ 10,24
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentests inkl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 verrechenbar	0,93	€ 1,87
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung) auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar	0,93	€ 1,87
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 oder 5.02) (nur FÄ für Kinderheilkunde, Urologie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	0,93	€ 1,87
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3mal; inkl. Testbriefchen) (nur FÄ für Innere Medizin sowie Kinderheilkunde)	2	€ 2,85
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger test qual (nur FÄ für Innere Medizin, Lungenkrankheiten sowie Kinderheilkunde)		€ 6,42
12.01	Nativpräparat (nur FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten)	3	€ 4,27
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (nur FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten)	9	€ 12,81
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn) (nur FÄ für Urologie)	4	€ 5,69
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04 (nur FÄ für Kinderheilkunde)	6,9	€ 9,82
15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen) (nur FÄ für Innere Medizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	5	€ 7,11

D. Tarif

für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Fachärzte für Mikrobiologie und Serologie

Punktwert **1,4228**

Besondere Bestimmungen

1. Für Vertragsfachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf der Verordnung/Überweisung verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben. Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination erbracht werden.
2. Die interne Qualitätssicherung wird entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung durchgeführt. Die OÖ Krankenfürsorgen können den Nachweis jederzeit anfordern.
3. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Ärztliche Zuweisungen sind der Verrechnung beizuschließen.
4. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
5. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 verrechenbar sind.
6. 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.
7. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen 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 durchgeführte Qualitätssicherung 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.

Pos. Nr.

Punkte

Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen

1.01	Blutbild		€ 7,55
1.04	Weißes Blutbild: manuelle Beurteilung des Differentialblutbildes,	10	€ 14,23
1.09	Retikulozyten-Zählung	6	€ 8,54
1.11	Osmotische Erythrozytenresistenz	15	€ 21,34
1.12	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	10	€ 14,23
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differentialzählung und Beurteilung	200	€ 284,56
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)		€ 2,28
1.16	HLA - B 27 (nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew verrechenbar)	20	€ 28,46
1.17	Leukozytendifferenzierung < 5 Typ Immunmodulatorische Therapien, HIV pos.	20	€ 28,46
1.18	Leukozytendifferenzierung 5-10 Typ (bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung)	80	€ 113,82
1.19	Leukozytendifferenzierung >10 Typ (bei Verdacht auf Hämatologische Systemerkrankung)	150	€ 213,42

Gruppe 2: Blutgerinnung

2.01	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	10	€ 14,23
2.03	Thrombozyten-Zählung	3,5	€ 4,98
2.04	Thromboplastinzeit (TPZ, „Quick“) oder Normotest (nicht neben Pos. 2.05 verrechenbar)	4	€ 5,69
2.05	Thrombotest (nur zur Antikoagulanzenkontrolle, nicht neben Pos. 2.04 verrechenbar)	4	€ 5,69
2.06	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	4	€ 5,69
2.07	Thrombinzeit (TZ)	4	€ 5,69
2.08	Fibrinogen	4,5	€ 6,40
2.09	Fibrinogen – Fibrin-Spaltprodukte	7,5	€ 10,67
2.10	Antithrombin III-Bestimmung	10	€ 14,23
2.11	APC-Resistenz (nur bei Thrombophiliediagnostik, nicht als Screening)		€ 18,05
2.12	Protein C (nur zur Thrombophiliediagnostik)	15	€ 21,34

Pos. Nr.		Punkte	
2.13	Protein S (nur zur Thrombophiliediagnostik)	15	€ 21,34
2.14	Gerinnung-Einzelfaktorbestimmung, je einmalige Diagnostik zur Abklärung, max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar	15	€ 21,34
2.15	Lupusantikoagulans	14	€ 19,92

Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen

3.01	Blutzucker-Bestimmung		€ 3,80
3.02	Fruktosamine (nicht neben Pos. 3.03 verrechenbar)	4	€ 5,69
3.03	HbA _{1c} , oder HbA _{1c} (nur bei Diabetes 1 mal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, nicht neben Pos. 3.02 verrechenbar)	9	€ 12,81
3.04	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN		€ 3,80
3.05	Kreatinin		€ 5,32
3.06	Harnsäure		€ 3,61
3.07	Gesamtbilirubin		€ 3,51
3.08	Direktes und indirektes Bilirubin		€ 2,36
3.09	Gesamteiweiß-Bestimmung		€ 2,90
3.10	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteiweißbestimmung)		€ 14,49
3.11	Triglyceride (Neutralfette)		€ 3,61
3.12	Gesamtcholesterin		€ 3,61
3.13	HDL-Cholesterin		€ 3,05
3.14	LDL-Cholesterin		€ 3,05
3.15	Natrium		€ 3,66
3.16	Kalium		€ 3,42
3.17	Kalzium		€ 3,51
3.18	Chloride		€ 2,90
3.19	Phosphor		€ 3,89
3.20	Magnesium		€ 3,51
3.21	Lithium (nur im Rahmen der Lithiumtherapie verrechenbar)		€ 3,28
3.22	Kupfer	5	€ 7,11
3.23	Eisen		€ 5,26
3.24	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung (nicht neben Position 3.28 verrechenbar)	5,5	€ 7,83
3.25	Ferritin		€ 7,78
3.26	Albumin	1,3	€ 1,85
3.27	Metalle und Spurenelemente, (mittels AAs) je Parameter	25	€ 35,57
3.28	Transferrin (nicht neben Pos. 3.24 verrechenbar)	2,5	€ 3,56
3.29	Ammoniak (nur bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie)	2,5	€ 3,56
3.30	Laktat (nur bei Verdacht auf Azidose, z.B. Diabetes mellitus)	2,5	€ 3,56
3.31	LP a (nur bei Hypercholesterinämie, grundsätzlich 1x im Leben ausreichend)	9,3	€ 13,23

Gruppe 4: Enzyme

4.01	Aldolase	2,5	€ 3,56
4.02	Alkalische Phosphatase		€ 4,18
4.03	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase		€ 3,59
4.04	Cholinesterase		€ 2,90
4.05	CK (Creatin-Kinase)		€ 5,13
4.06	CK-MB-Isoenzym (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)		€ 5,26
4.07	GOT (ASAT)		€ 4,18
4.08	GPT (ALAT)		€ 4,18
4.09	Gamma-GT		€ 4,18
4.12	Lipase-Bestimmung		€ 3,59
4.13	LDH		€ 4,18
4.15	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	9	€ 12,81
4.16	Myoglobin (nur bei Infarktverdacht verrechenbar)	5	€ 7,11

Pos. Nr.		Punkte	
4.20	Troponin T oder Troponin I	7,2	€ 10,24
Gruppe 5: Harnuntersuchungen			
5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentest incl. spez. Gewicht und photometrische Auswertung (mind. 8 Parameter) (nicht neben Position 5.02 verrechenbar)		€ 1,83
5.02	Streifentest im Harn (visuelle Auswertung; auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal verrechenbar, nicht neben Position 5.01 verrechenbar)		€ 1,33
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Position 5.01 und 5.02)	0,93	€ 1,32
Pos. Nr.		Punkte	
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	3	€ 4,27
5.06	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine)	10	€ 14,23
5.07	Porphobilinogen	10	€ 14,23
5.08	Deltaaminolävulinsäure (ALA)	15	€ 21,34
5.09	5-Hydroxyindolessigsäure	15	€ 21,34
5.10	Mikroalbumin	1	€ 1,42
5.11	Gesamteiweißbestimmung	0,93	€ 1,32
5.13	Glukose	0,93	€ 1,32
5.15	Kreatinin		€ 3,66
5.17	Natrium		€ 3,66
5.18	Kalium		€ 3,66
5.19	Kalzium		€ 4,58
5.20	Chloride		€ 3,66
5.21	Phosphor		€ 4,58
5.22	Kupfer	25	€ 35,57
5.23	Pankreasamylase oder Alpha-Amylase Katecholamine – siehe Gruppe 14		€ 4,58
Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen			
6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	15	€ 21,34
Gruppe 7: Stuhluntersuchungen			
7.01	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	9	€ 12,81
7.02	Stuhl und okkultes Blut (3 mal inkl. Testbriefchen)	2	€ 2,85
7.03	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	9	€ 12,81
7.04	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	9	€ 12,81
7.05	Pankreas-Elastase im Stuhl bei Verdacht auf Pankreas-Insuffizienz	20	€ 28,46
Gruppe 8: Sekretuntersuchungen			
8.01	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung (nicht neben Position 8.02 verrechenbar)		€ 7,63
8.02	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung (nicht neben Position 8.01 verrechenbar)	8	€ 11,38
8.05	Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit	15	€ 21,34

Pos. Nr.		Punkte	
Gruppe 9: Punktuntersuchungen			
9.01	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung (nicht neben Position 9.02 verrechenbar)	5	€ 7,11
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat (nicht neben Position 9.01 verrechenbar)	5	€ 7,11
9.03	Bestimmung der Zellzahl	5	€ 7,11
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	5	€ 7,11
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	5	€ 7,11
9.06	Albumin	2	€ 2,85
9.07	Gesamteiweiß-Bestimmung		€ 2,90
9.08	Glukose	2	€ 2,85
9.09	Harnsäure		€ 3,61
9.10	LDH	2	€ 2,85
9.11	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test	3,5	€ 4,98
Gruppe 10: Blutgruppenserologie			
10.01	Blutgruppenstatus: AB0-System und Rhesusfaktor (nur mit Begründung, z.B. vor Operationen, bei Schwangerschaft verrechenbar)	15	€ 21,34
10.02	3-Stufen-Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest		€ 22,88
10.03	Coombstest direkt		€ 11,44
10.04	Coombstest indirekt	15	€ 21,34
10.05	Kälteagglutinationsreaktion	6	€ 8,54
10.06	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren (nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar)	11	€ 15,65
10.07	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) (nur bei rhesus-negativen Schwangeren verrechenbar)	13	€ 18,50
10.08	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos. 10.02)	24	€ 34,15
10.09	Dw	11	€ 15,65
10.10	Erythrozyten Antigen zur Abklärung von blutgruppenserologischen Problemkonstellationen	12,4	€ 17,64
Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung			
11.01	Immunelektrophorese oder Immunfixation (nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar)	25	€ 35,57
11.02	Kappa- und Lambdaketten	14	€ 19,92
11.03	Haptoglobine	7	€ 9,96
11.04	Coeruloplasmin	10	€ 14,23
11.05	Alpha-1-Antitrypsin	4	€ 5,69
11.06	Alpha-2-Makroglobulin	7	€ 9,96
11.07	Diagnosespezifischer Tumormarker (ausgenommen PSA, Pos. Nr. 11.42) (nur zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal verrechenbar)	13	€ 18,50
11.08	Kombinierte Hepatitis B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBc-Antikörper)	18	€ 25,61

Pos. Nr.		Punkte	
11.09	HBs-Antigen	9	€ 12,81
11.10	HBs-Antikörper	9	€ 12,81
11.11	HBc-Antikörper	9	€ 12,81
11.12	HBc-IgM-Antikörper (nur nach durchgeführtem Suchtest = Position 11.08 mit Begründung verrechenbar)	13	€ 18,50
11.13	HBe-Antigen (nur nach durchgeführtem Suchtest = Position 11.08 mit Begründung verrechenbar)	13	€ 18,50
11.14	HBe-Antikörper (nur nach durchgeführtem Suchtest = Position 11.08 mit Begründung verrechenbar)	13	€ 18,50
11.15	HAV-Antikörper	10	€ 14,23
11.16	HAV-IgM-Antikörper (nur bei positivem HAV-Antikörpertest verrechenbar)	11,5	€ 16,36
11.17	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	5	€ 7,11
11.18	TPHA-Test	5	€ 7,11
11.19	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	12,5	€ 17,79
11.20	19 S (IgM) FTA-ABS-Test	12,5	€ 17,79
11.22	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	2,5	€ 3,56
11.23	Antistreptolysin-0-Objektträger-test qual.	2,5	€ 3,56
11.24	Antistreptolysin-0-Test mit Titerbestimmung		€ 8,24
11.25	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test qual.		€ 6,42
11.26	CRP (C-reaktives Protein)-Test immunologisch		€ 6,42
11.30	Mononukleasetest als Objektträger-test	5	€ 7,11
11.32	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)		€ 9,69
11.33	IgE		€ 11,90
11.34	Suchtest auf mind. 6 Allergene Bei positivem Suchtest (11.33) verrechenbar	32	€ 45,53
11.35	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	13	€ 18,50
11.36	Anti-DNS	13	€ 18,50
11.37	Hepatitis C AK (IgG oder IgM)	10	€ 14,23
11.38	Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests), je	15	€ 21,34
11.39	Mitochondriale Antikörper	13	€ 18,50
11.40	Mikrosomale Antikörper	11,5	€ 16,36
11.41	Thyreoglobulin Antikörper	11,5	€ 16,36
11.42	PSA (zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr verrechenbar)	7	€ 9,96
11.43	Freies PSA	5	€ 7,11
11.44	AK gegen Cyclic. Citrull. Peptid (nur anforder- und verrechenbar bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis und chronische Polyarthritis, wenn der Rheumafaktor kleiner als 50 U/ml oder negativ ist)	10	€ 14,23
11.45	AK gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	13	€ 18,50
11.46	TSH-Rezeptor Antikörper (TRAK) nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar	11,5	€ 16,36
11.47	C3-Komplement	10	€ 14,23
11.48	C4-Komplement	10	€ 14,23

Pos. Nr.		Punkte	
11.49	ANA-Subsets nur bei positivem ANA-Befund, max. 6x verrechenbar	9	€ 12,81
11.50	Leberspezifische Antikörper (z. B. SLK, LKM), je max. 3 AK	11,3	€ 16,08
11.51	c-ANCA oder p-ANCA (max. 2 AK pro Erkrankungsfall)	12	€ 17,07
11.52	Gliadin-AK (nur bei Verdacht auf Sprue sowie maximal 2 Klassen höchstens 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar	10	€ 14,23
11.53	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper (bei Verdacht auf Zöliakie (Sprue), max. 1x pro Quartal verrechenl	10	€ 14,23
11.54	1,25-Dihydroxy-Vitamin D3 (nur bei Verdacht auf Vitamin D3-Mangel)	14	€ 19,92
11.55	Vitamin B12 (nur zur Anämieabklärung)	11	€ 15,65
11.56	Folsäure (nur zur Anämieabklärung)	11	€ 15,65
11.57	Apolipoproteine (nicht neben Pos 3.13 und 3.14) und max. 2x verr	5,7	€ 8,11
11.58	C1 Esterase Inhibitor	6,9	€ 9,82
11.59	Immundiagnost. Testmethoden unter Angabe des nachzuweisenden Autoantikörpers (z.B. Cardiolipin AK, Insulin AK, APCA), je max. 3 AK pro Erkrankungsfall verrechenbar	7,9	€ 11,24
Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen			
12.01	Nativpräparat	3	€ 4,27
12.02	Färbepräparat (Gram usw.) außer auf Tbc	5	€ 7,11
12.03	Färbepräparat auf Tbc nach Anreicherung	5	€ 7,11
12.04	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	20	€ 28,46
12.05	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9	€ 12,81
12.06	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9	€ 12,81
12.07	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	9	€ 12,81
12.08	Kultur auf Mykoplasmen	11	€ 15,65
12.10	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger je (höchstens 2 Subkulturen je Kultur verrechenbar)	7	€ 9,96
12.11	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepräparate	20	€ 28,46
12.12	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4	€ 5,69
12.13	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	14	€ 19,92
12.16	Brucella AK KBR	8	€ 11,38
12.17	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	20	€ 28,46
12.18	Echinokokken KBR	8	€ 11,38
12.19	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	8	€ 11,38
12.20	HIV-AK (Elisa)	9	€ 12,81
12.21	HIV-Western-Blot oder IFT (nur bei positivem HIV-Test verrechenbar)	35	€ 49,80
12.23	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft verrechenbar)	8	€ 11,38
12.24	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft verrechenbar	13,5	€ 19,21
12.25	Toxoplasmose	15	€ 21,34
12.27	Toxoplasmose IgM-AK (EIA) (nicht als Mutter-Kind- Pass-Untersuchung verrechenbar)	15	€ 21,34
12.28	Zystizerkosen KBR	8	€ 11,38

Pos. Nr.		Punkte	
12.29	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	20	€ 28,46
12.31	Adeno-Viren IgG oder IgM, AK je	11,5	€ 16,36
12.32	Amöben-AK	15	€ 21,34
12.33	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	15	€ 21,34
12.34	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	15	€ 21,34
12.37	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	15	€ 21,34
12.38	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	9	€ 12,81
12.40	Echinokokken HAT	10	€ 14,23
12.41	Enteroviren KBR	8	€ 11,38
12.44	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	15	€ 21,34
12.46	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.47	Gonokokken-Antigen (EIA)	15	€ 21,34
12.48	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.50	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15	€ 21,34
12.52	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15	€ 21,34
12.53	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	10	€ 14,23
12.55	Listerien KBR	8	€ 11,38
12.56	Leishmaniose KBR, HAT	10	€ 14,23
12.58	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.59	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.62	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	15	€ 21,34
12.63	Picornavirus KBR	8	€ 11,38
12.64	Qu-Fieber KBR	8	€ 11,38
12.65	Rota Viren KBR	8	€ 11,38
12.66	Trichinose KBR	8	€ 11,38
12.67	Trichinose IFT, EIA	15	€ 21,34
12.68	Tularämie (KBR, Agg. T)	15	€ 21,34
12.70	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.71	Yersinia KBR	8	€ 11,38
12.73	Zytomegalie IgG- oder IgM-AK (EIA), je	15	€ 21,34
12.74	Zystizerkosen IFT	10	€ 14,23
12.75	Helicobacter pylori AK-Nachweis nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie verrechenbar	15	€ 21,34
12.76	Borrelien IgG oder IgM-AK	12	€ 17,07
12.77	Borrelien-Westernblot IgG oder IgM (bei positiven Borrelien)	15	€ 21,34
12.78	HCV-RNS quantitativ (nur zur Therapieentscheidung und zur Therapiekontrolle; bei Therapiebeginn (im ersten Halbjahr nach Therapiebeginn) insgesamt max. 4 mal, im weiteren Verlauf der Therapie max. 1 mal pro Quartal anforder- und verrechenbar, nicht gemeinsam mit Pos. HCV-PCR anforder- und verrechenbar)	100	€ 142,28
12.79	HCV-PCR qualitativ (grundsätzlich nur nach positiver HCV-Antikörper-Bestimmung; als Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle bei Interferontherapie verrechenbar; max. 1x pro Quartal verrechenbar, nicht gemeinsam mit HCV-RNS verrechenbar)	35	€ 49,80
12.80	HPV-Typisierung (bei PAP III und Status post Konisation (eventuell PAP II mit Kernruhe) anforder- und verrechenbar)	41	€ 58,33
12.81	Cytomegalie-PCR (nicht zur Primärdiagnostik, nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper; unter Vorlage der Vorbefunde)	70	€ 99,60
12.82	Helicobacter pylori AG im Stuhl (nicht gleichzeitig mit Pos. 12.75 verrechenbar, nur zur Therapiekontrolle (6-8 Wochen nach Therapieende); zum		

Pos. Nr.		Punkte	
	Erregernachweis wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist)	30	€ 42,68
12.83	Bordetella pertussis PCR	28	€ 39,84
12.84	Virusnachweis im Stuhl Adeno/Rota nur bei Kinder bis zum 10. LJ anforder- und verrechenbar	5	€ 7,11
12.85	HIV PCR quantitativ (nur zur Therapieüberwachung, Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal)	80	€ 113,82
12.86	Stuhlkultur (max. 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar)	17	€ 24,19
12.87	Clostridientoxin (nur bei positivem Clostridiennachweis im Stuhl zur Testung der Toxinbildung anforder- und verrechenbar)	20	€ 28,46
12.88	Bartonella henselae-AK	10,5	€ 14,94
12.89	Coxsackie B-IgG oder IgM	11,4	€ 16,22
12.90	LCM Virus AK	11,4	€ 16,22
12.91	Ornithose-Antikörpernachweis je	11,4	€ 16,22
12.92	Mycoplasmen AK je	11,4	€ 16,22
12.93	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich (nicht neben 11.23, 11.24 und 12.04)	6,9	€ 9,82
12.94	Parainfluenza-Antikörpernachweis je	11,4	€ 16,22
12.95	Parvovirus AK (Ringelröteln) je	11,4	€ 16,22
12.96	Legionelle IgG oder IgM	11,4	€ 16,22
12.97	Tetanus-Antikörper	11,4	€ 16,22

Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen

13.01	Antikonvulsiva (nur bei Epilepsiebehandlung, höchstens 2 Bestimmungen pro Patient und Quartal verrechenbar) Lithium - siehe Gruppe 3	10	€ 14,23
13.02	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	10	€ 14,23
13.06	Theophyllin	10	€ 14,23
13.07	Drogennachweis, qualitativ im Harn, je Einschränkung auf 5 Analyte/Patient, nur im Rahmen einer strukturierten Substitutionstherapie verrechenbar	6	€ 8,54
13.08	Antibiotika, Zytostatika	13	€ 18,50
13.09	Schwermetalle (bei dringendem Vergiftungsverdacht)	20	€ 28,46

Gruppe 14: Hormone

14.01	Gesamt-T4 oder freies T4 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	6	€ 8,54
14.02	Gesamt-T3 oder freies T3 nur anforderbar bei bestehender Schilddrüsenerkrankung oder Therapieverlaufskontrolle, nicht für Schilddrüsenprimärdiagnostik	6	€ 8,54
14.03	TSH TRH Test (TSH basal und nach Stimulation – siehe Gruppe 15)		€ 12,97
14.04	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	10	€ 14,23
14.05	Aldosteron	20	€ 28,46
14.06	Cortisol	10	€ 14,23
14.07	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	7	€ 9,96
14.08	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) höchstens zwei verrechenbar, je	25	€ 35,57
14.09	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin) höchstens 2 verrechenbar, je	18	€ 25,61
14.12	Luteinisierendes Hormon (LH)	7	€ 9,96
14.14	Östradiol	8	€ 11,38
14.16	Parathormon	19,5	€ 27,74
14.19	Progesteron	8	€ 11,38

Pos. Nr.		Punkte	
14.20	Prolaktin	7	€ 9,96
14.21	Testosteron	8	€ 11,38
14.22	Wachstumshormon (STH)	20	€ 28,46
14.23	17-Hydroxy-Progesteron	21	€ 29,88
14.24	SHBG	11	€ 15,65
14.25	DHEA-S	10	€ 14,23
14.26	ACTH	18	€ 25,61
14.27	Androstendion	13	€ 18,50
14.28	c-Peptid (nur in der Diabetes mellitus Diagnostik verrechenbar)	12,6	€ 17,93
14.29	Insulin (zur Differentialdiagnostik Diabetes Typ I oder II)	12,6	€ 17,93
14.30	Osteocalcin	10,7	€ 15,22
14.31	Gastrin	12,6	€ 17,93
14.32	Crosslabs	10,7	€ 15,22
14.33	pro-BNP (zur Risikostratifizierung 1 x pro Jahr)	15,2	€ 21,63

Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	5	€ 7,11
15.02	Kreatinin-Clearance endogen		€ 7,32
15.03	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	18	€ 25,61

Gruppe 16: Histologie - Zytologie

16.01	Histologische Untersuchung, Serienschnitte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	10	€ 14,23
16.02*)	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9)	7	€ 9,96
16.03*)	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	7	€ 9,96
16.04	Gefrierschnitt	5	€ 7,11

*) Ab 1.1.1985 ist die Verrechenbarkeit der Positionen 16.02 und 16.03 an den Nachweis der praktischen Ausbildung auf dem Gebiet der Zytodiagnostik im Sinne der Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz vom 8.6.1983, BGBl. Nr. 328 und 329, gebunden. Der Nachweis ist gegenüber der Ärztekammer zu erbringen. Fachärzte für med.-chem. Labordiagnostik, Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Lungenkrankheiten und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung Zytodiagnostik haben keinen Nachweis zu erbringen.

Jene Vertragsärzte, die vor dem 1.1.1985 tatsächlich zytodiagnostische Leistungen abgerechnet haben, bleiben weiterhin in diesem Umfang zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.

Gruppe 18: Entnahme von Untersuchungsmaterial

18.01	Blutentnahme aus der Vene	2,5	€ 3,56
18.02	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr		€ 7,35
18.03	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt (1 mal pro Patientin und pro Quartal verrechenbar)	5	€ 7,11
18.04	Abstrich je Abnahmestelle	3	€ 4,27
18.05	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	3	€ 4,27
18.08	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	3	€ 4,27
18.09	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	10	€ 14,23

D1. Tarif

für Vertragsfachärzte für Pathologie

Präambel

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Es sind grundsätzlich nur jene Leistungen (Untersuchungen) verrechenbar, die in der Honorarordnung enthalten sind. Im Einzelfall ist bei nachweislicher vorheriger Zustimmung der OÖ Krankenfürsorgen eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen zulässig. Erbrachte Leistungen (Untersuchungen) werden nur honoriert, wenn sie durch die Zuweisung ihrer Art nach und dem Umfang nach gedeckt sind und die Verdachtsdiagnose (Ausnahme: gynäkologische Zytologie) auf der Zuweisung angegeben ist. Die Leistungen (Untersuchungen) sind in den Ordinationsräumen des Vertragsfacharztes für Pathologie zu erbringen.
2. Erfolgte die Entnahme des Untersuchungsmaterials in einer Krankenanstalt (insbesondere auch Tageskliniken), dürfen die Leistungen (Untersuchungen) den OÖ Krankenfürsorgen nicht verrechnet werden. Die Honorarforderungen sind in diesem Fall an die zuweisende Krankenanstalt zu richten.
3. Der Vertragsfacharzt für Pathologie darf für Leistungen (Untersuchungen), für die die OÖ Krankenfürsorgen leistungszuständig sind, weder vom Anspruchsberechtigten noch von einem Dritten Privathonorare, Aufzahlungen und dgl. - aus welchem Titel immer - verlangen oder entgegennehmen.
4. Bei der Leistungserbringung ist auf die Wirtschaftlichkeit für die OÖ Krankenfürsorgen besonders Bedacht zu nehmen. Die Wirtschaftlichkeit einer Untersuchung ist danach zu beurteilen, in welchem Verhältnis die Kosten der Untersuchungen zu den Kosten möglicher Alternativuntersuchungen zur Sicherung der angestrebten Diagnose stehen. Medizinisch nicht notwendige bzw. nicht zweckmäßige Untersuchungen sind nicht verrechenbar. Werden solche Untersuchungen von einem Zuweiser verlangt, ist mit diesem die medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit vor der Leistungserbringung abzuklären.
5. Die OÖ Krankenfürsorgen sind berechtigt, die Honorierung von Leistungen abzulehnen, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie die vertraglichen Bestimmungen nicht eingehalten wurden. Leistungen, deren Erbringung zum Zeitpunkt der Rechnungslegung mehr als 3 Jahre zurückliegt, werden nicht honoriert.

6. Haben die OÖ Krankenfürsorgen die Honorierung von Leistungen aufgrund der Bestimmungen der Honorarordnung abgelehnt, kann der Vertragsfacharzt für Pathologie die Kosten auch dem Anspruchsberechtigten oder einem Dritten nicht in Rechnung stellen.
7. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen. Die Abrechnung der erbrachten Parameter hat unter Anführung des Datums des Einlangens bzw. der im Labor erfolgten Erstentnahme der Probe zu erfolgen, auch wenn aus dieser Probe mehrere Parameter an verschiedenen Tagen erbracht wurden.
8. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung der im Leistungskatalog enthaltenen pathologischen Untersuchungen nötigen Geräte und Materialien (inklusive der Kosten für sachgemäße Lagerung und Entsorgung aller Materialien) abgegolten. Kosten für qualitätssichernde Maßnahmen, Porto, Abholdienste, etc. können nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden.
9. Soweit der Leistungskatalog 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.

B) BESONDERE BESTIMMUNGEN

MASSNAHMEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

1. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich zur internen Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz.
2. In begründeten Fällen steht den OÖ Krankenfürsorgen nach Verständigung der Österreichischen Ärztekammer das Recht zu, das Einhalten der angeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Ordinationsräumlichkeiten zu überprüfen. Der Zeitpunkt ist im Einvernehmen mit dem Vertragsfacharzt für Pathologie festzusetzen; dieser wird eine mit eingeschriebenem Brief angekündigte Überprüfung längstens nach 4 Wochen - gerechnet vom Einlangen des Briefes - zulassen.
3. Leistungen der Gruppen 19 (Gynäkologische Zytologie) und 20 (Extragenitale Zytologie) sind nur für Vertragsfachärzte für Pathologie mit Additivfach Zytodiagnostik (gemäß Ärztegesetz in Verbindung mit der Ärzteausbildungsordnung) verrechenbar. In Einzelfällen kann im Einvernehmen zwischen den OÖ Krankenfürsorgen und Österreichischer Ärztekammer eine Verrechnungsbefugnis für diese Gruppen erteilt werden, wenn vom Vertragsfacharzt für Pathologie Kenntnisse und Erfahrungen nachgewiesen werden, die jenen entsprechen, die im Rahmen der oben angeführten ergänzenden speziellen Ausbildung erworben werden.
4. Der Vertragsfacharzt für Pathologie verpflichtet sich, regelmäßig an Fachveranstaltungen zur Fort- bzw. Weiterbildung teilzunehmen, sodass er vom jeweiligen Stand der Medizin informiert ist. Er verpflichtet sich, Fachkräfte (überwiegend Biomedizinische Analytiker) einzusetzen, die regelmäßig an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen.
5. Der Einsatz von Fachkräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (Biomedizinische Analytiker) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTD-Gesetz verfügen; für zytologische Untersuchungen ist zusätzlich eine besondere Ausbildung und eine entsprechende Erfahrung notwendig. Der Einsatz von Hilfskräften zur Erbringung von Leistungen aus dem Fachgebiet der Pathologie (insbes. dipl. medizinisch-technische Fachkräfte und Laborgehilfen) ist möglich, soweit diese über die entsprechende berufsrechtliche Berechtigung und fachliche Qualifikation entsprechend dem MTF-SHD- Gesetz igF. verfügen. Auf Verlangen ist den OÖ Krankenfürsorgen über die Ausbildung des beschäftigten Personals Auskunft zu geben und in Zweifelsfällen Einsicht in Unterlagen über die fachliche Qualifikation zu gewähren.

6. Die Räumlichkeiten haben den einschlägigen behördlichen Auflagen zu entsprechen. Arbeitsplätze und Ausrüstungsgegenstände sind in Bezug auf Betriebs- und Gesundheitssicherheit und Kontaminationsfreiheit regelmäßig zu kontrollieren.
7. Untersuchungen auf Rechnung der OÖ Krankenfürsorgen dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen. Der Vertragsfacharzt für Pathologie wird den OÖ Krankenfürsorgen die von ihm zur Durchführung von Untersuchungen verwendeten Geräte, Apparaturen und Einrichtungen vor Abschluss eines Vertrages und über Ersuchen der OÖ Krankenfürsorgen auch während des aufrechten Vertragsverhältnisses bekannt geben.

Den OÖ Krankenfürsorgen steht das Recht zu, hinsichtlich dieser vom Vertragsfacharzt für Pathologie bei den Untersuchungen eingesetzten Geräte, Apparaturen und sonstigen Einrichtungen, Unterlagen über ihre Eignung, Funktionstüchtigkeit und Präzision vom Vertragsfacharzt für Pathologie zu verlangen.

8. Der Vertragsfacharzt für Pathologie hat seine materialabnehmenden Zuweiser nachweislich darüber zu informieren, dass nur einwandfrei gekennzeichnete Präparate, die in geeigneten Medien bzw. in geeigneten Gefäßen eingesandt werden, zur Bearbeitung gelangen. Die Einsender sind einschlägig zu beraten.

Die Zuweisung muss vollständig sein. Das Eintreffen der Proben muss dokumentiert werden.

Der Vertragsfacharzt für Pathologie kann den OÖ Krankenfürsorgen wiederholte Beanstandungen materialabnehmende Zuweiser betreffend bekannt geben.

Alle Objektträger/Röhrchen/Probengefäße sind mit Namen des Patienten oder mit Bezeichnungen zu beschriften, die eine eindeutige Zuordnung zum Patienten garantieren.

Jeder Vertragsfacharzt für Pathologie soll regelmäßig auf seine Kosten an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilnehmen, sofern diese State-of-the-art sind, und von den Fachgesellschaften (Österreichische Gesellschaft für Zytologie und Österreichische Gesellschaft für Pathologie) empfohlen sowie im Rahmen der Europäischen Union angeboten werden.

Die Befunde müssen das Wesen des Präparates erfassen und zur klinischen Frage Stellung nehmen. Das Untersuchungsergebnis ist dem zuweisenden Arzt und gegebenenfalls dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen.

Die Befunde müssen vollständig sein und gegebenenfalls Hinweise auf konsiliare Gutachten enthalten.

Die Befunde sind den OÖ Krankenfürsorgen auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

9. *Histologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von den OÖ Krankenfürsorgen Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

10. *Zytologie*

Das technische Procedere hat dem Stand der Wissenschaft und dem internationalen Standard zu entsprechen.

Zu jedem Fall erstellt der Vertragsfacharzt für Pathologie eine Enddiagnose.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von den OÖ Krankenfürsorgen Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

11. *Sonderbestimmungen für gynäkologische Zytologie*

Die vorbegutachtende Fachkraft hat das gesamte Präparat mikroskopisch zu erfassen, auffällige Stellen zu kennzeichnen und zur Qualität des Abstrichs Stellung zu nehmen. Auffällige Präparate sind dem Vertragsfacharzt für Pathologie samt Kommentar vorzulegen.

Die Befundung der weiblichen Genitalzytologie und insbesondere die Nomenklatur richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften.

10 % der von der genitalzytologischen Fachkraft vorbegutachteten und als unauffällig eingestuften Fälle (Pap I + II) müssen vom Vertragsfacharzt für Pathologie nachkontrolliert werden. Jedenfalls kontrolliert der Vertragsfacharzt für Pathologie alle von den vorbegutachtenden Fachkräften als auffällig eingestuften Präparaten, ebenso alle Präparate von Frauen mit auffälligen Vorbefunden oder auffälligen klinischen Angaben. Nachzubefunden sind bei auffälligen Befunden auch frühere, als unauffällig eingestufte Präparate (so genannte negative Vorbefunde).

Die Musterungsarbeit der genitalzytologischen Fachkraft darf 80 Präparate pro Tag nicht überschreiten; dementsprechend beträgt das Jahresmaximalpensum 16.000 Präparate. Für halbtags beschäftigte Fachkräfte beträgt das maximale Tagespensum 50 Präparate.

Für den Vertragsfacharzt für Pathologie ergibt sich eine Durchschnittskontrolle von ca. 20 % des Einlaufmaterials. Die unter Qualitätsaspekten vertretbare Jahresmaximalkapazität der Ordination beträgt 80.000 Präparate (maximal 5 Fachkräfte).

Jede zytodiagnostische Untersuchungen durchführende Ordination soll in der Lage sein, eine zumindest jährliche statistische Auswertung der eingelangten Präparate durchzuführen, entsprechend den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften und der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer.

Form und Wortwahl der Diagnose richten sich nach den Empfehlungen der einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Kriterien der Qualitätssicherungs-GmbH der Österreichischen Ärztekammer. Kopien von Befunden oder ihre Aufzeichnungen auf gesicherten Datenträgern sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren. Die Gewebsblöcke und/oder -schnitte sind für eine den gesetzlichen Bestimmungen und medizinisch-forensischen Erfordernissen entsprechende Zeitdauer aufzubewahren.

Über alle Fälle wird eine Evidenzliste/Kartei/Datei geführt, aus der jederzeit von den OÖ Krankenfürsorgen Auskünfte über Vorbefunde, eingelangte Präparate, Patienten, Einsender, empfohlene Weiterbeobachtungen, eingeholt werden können.

12. *Mikrobiologie*

Bezüglich der mikrobiologischen Untersuchungen gelten jeweils die für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik gültigen Bestimmungen des Laborkataloges in der jeweils gültigen Fassung.

Gruppe 19: Gynäkologische Zytologie

19.01	Gynäkologische Zytodiagnostik, pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	€ 10,37
19.02	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB. Trichomonaden, Pilze) maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar: nicht neben Pos. 21.05 und 21.11 verrechenbar.	€ 2,90
19.03	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inklusive notwendiger Färbungen; Suchziel: Mikroorganismen maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar: nicht neben Pos. 21.05, 21.06, 21.11 und 21.12 verrechenbar	€ 4,12
19.04	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicoaou), pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate (Objektträger)	€ 7,72
19.05	HPV-DNA (Bestimmung von "Low-risk-Typen" und "High-risk-Typen" humaner Papillomaviren), nur zur Abklärung unklarer Abstriche bzw. bei Patientinnen mit besonderem Risiko	€ 54,46

Gruppe 20: Extragenital Zytologie

20.01	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Nr. 20.02 verrechenbar	€ 12,50
20.02	Zytodiagnostik von flüssigem Einsendematerial, bis vier Objektträger pro Patientin (Material, das im zeitlichen Zusammenhang entnommen wurde) maximal 1x pro Zuweisung verrechenbar, nicht neben Pos. Nr. 20.01 verrechenbar	€ 16,24
20.03	Zuschlag für mehr als vier Objektträger zur Pos. 20.01 oder 20.02 maximal 1x pro Zuweisung und nur mit Begründung verrechenbar	€ 6,25
20.04	Zuschlag für Spezialfärbung(en) (bis zu zwei Spezialfärbungen) zur Pos. 20.01 oder 20.02	€ 7,50
20.05	Zuschlag für mehr als zwei Spezialfärbungen zur Pos. 20.01 oder 20.02	€ 12,50
20.06	Zuschlag für immunzytochemische Reaktion(en) (pro immunzytochemische Reaktion) zur Pos. 20.01 oder 20.02 maximal 6 immunzytochemische Reaktionen pro Zuweisung unter Angabe der Enddiagnose verrechenbar	€ 26,80

Pos. Nr.

Erläuterungen:

- a) GIEMSA, PAP, GRAM und DIFFQUICK gelten als Standardfärbungen
- b) Pos. 20.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte
 - Zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung etc.)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- c) Pos. 20.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
 - Zytologische Aufarbeitung (gegebenenfalls Anfertigung des Objektträgers, Färbung, Zytozentrifuge etc.)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivierung der Objektträger sowie des Befundes
- d) Hinsichtlich der Pos. 20.01/20.02 und 20.04/20.05 ist nur eine Alternativrechnung möglich.

Gruppe 21: Mikrobiologie

21.01	Stuhlkultur einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, makroskop. Beschreibung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst mindestens Untersuchung auf Salmonella, Shigella, Yersinia und Campylobacter, inkl. aller der dafür notwendigen Nährböden, Subkultur Pos. 21.18 nur bei Nachweis eines pathogenen Erregers verrechenbar	€ 16,15
21.02	Stuhl auf Protozoen nativ einschließlich erforderlicher Färbung und Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar; umfasst	€ 8,57
21.03	Stuhl auf Darmparasiten und/oder Eier nativ einschließlich erforderlicher Färbungen und Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 8,57
21.04	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen, Auraminfärbung oder ähnliche nach Anreicherung maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 7,44
21.05	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane nativ auf Mikroorganismen (zB. Trichomaden, Pilze) maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar	€ 2,90
21.06	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane inkl. notwendiger Färbungen, Suchziel: Mikroorganismen maximal 3x (Objektträger) pro Zuweisung verrechenbar; nicht neben Pos. 19.03, 21.05, 21.11, 21.12 verrechenbar	€ 4,12
21.07	Nachweis von Bakterien, Pilzen, Mykoplasmen, Viren o.Ä. unter Angabe des zu suchenden Erregers mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest oder gleichwertigen immunologischen Techniken aus dem Abstrichmaterial	€ 12,20
21.08	Punktionsflüssigkeit: makroskopische Beschreibung, Färbepreparat (zB. Gram u.Ä.) nicht neben Pos. 21.11, 21.12 verrechenbar	€ 4,12
21.09	Punktionsflüssigkeit: Sediment nativ inkl. mikroskop. Kristallnachweis	€ 2,90
21.10	Punktionsflüssigkeit: Bestimmung der Leukozyten Zellzahlbestimmung mittels Kammer oder Analysegerät	€ 3,43

Pos. Nr.

21.11	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.05 und 21.06; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten (ausgenommen Liquor- nur im KH) siehe Pos. 21.08 und 21.09	€ 2,32
21.12	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepreparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien) ausgenommen Sekrete der Geschlechtsorgane siehe Pos. 21.06; ausgenommen Punktionsflüssigkeiten siehe Pos. 21.08, 21.09, maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 3,50
21.13	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate (zB. Harnkultur) maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar, nicht neben Pos. 21.21 (zB. Uricult) verrechenbar	€ 11,19
21.14	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 14,01
21.15	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 14,01
21.16	Kultur auf Mykoplasmen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 16,39
21.17	Kultur auf Protozoen, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 16,46
21.18	Subkultur bei Vorliegen eines pathogenen Erregers unter Angabe des Erregers einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate, je Kultur maximal 2x verrechenbar (falls erforderlich für Pos. 21.01, 21.13 bis 21.17 und 21.19 bis 21.20 verrechenbar)	€ 10,01
21.19	Blutkultur aerob/anaerob, einschließlich Transportmedien, Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 18,75
21.20	Kultur auf Mykobakterien (zB. Tbc), einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate maximal 1x pro Untersuchungsmaterial verrechenbar	€ 29,46
21.21	Keimzahlbestimmung und Bebrütung mittels vorgefertigtem Objektträger (zB. Uricult) nicht neben Pos. 21.13 verrechenbar, eventuell notwendige Subkulturen nur unter Pos. 21.18 zu verrechnen	€ 4,37
21.22	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (Art und Zahl nach den Richtlinien der österr. Gesellschaft für Chemotherapie i.d.g.F.), je pathogenem Erreger unter Angabe des Erregers beim Harn maximal 2x verrechenbar ab Keimzahl 10hoch5, alle übrigen Materialien gem. den jeweiligen Bestimmungen	€ 12,96

Pos. Nr.

Gruppe 22: Histologie

22.01	Histologische Untersuchung eines Operationspräparates (von Operationspräparaten), die während eines diagnostisch-therapeutischen Eingriffs entnommen wurden maximal 1x je Präparat verrechenbar	€ 34,60
22.02	Histologische Untersuchung eines Präparates (von Präparaten) aufgrund einer Probeexcision (Biopsie), die während eines diagnostischtherapeutischen Eingriffes entnommen wurden maximal 1x je Präparat verrechenbar	€ 34,60
22.03	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block zur Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung)	€ 5,62
22.04	Zuschlag für Spezialfärbungen (bis zu drei Spezialfärbungen) zur Pos. 22.01 oder 22.02 nicht neben Pos. 22.05 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	€ 8,75
22.05	Zuschlag für mehr als drei Spezialfärbungen zur Pos. 22.01 oder 22.02 nicht neben Pos. 22.04 verrechenbar, maximal 1x pro Block unter Angabe der Färbungen verrechenbar	€ 16,24
22.06	Zuschlag für immunhistochemische Untersuchung pro Reaktion zur. Pos. 22.01 oder 22.02 maximal 6x pro Zuweisung unter Angabe der Reaktion und der Enddiagnose verrechenbar	€ 54,96
22.07	Zuschlag für vermehrte Blöcke zur Pos. 22.01 oder 22.02 (inkludiert Verarbeitung einschließlich Routinefärbung), verrechenbar je Block	€ 12,00

Erläuterungen:

- a) Pos. 22.01 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden (Ziehen, repräsentativer Stichproben)
 - Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes
- b) Pos. 22.02 beinhaltet insbesondere folgende Arbeitsschritte:
- Makroskopische Beurteilung
 - Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Lupenausrichtung, Ausgießen, Anfertigung eines Blockes, Anfertigung eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger, HE-Standardfärbung)
 - Mikroskopische Begutachtung = Erstellung des Befundes
 - Archivieren des Blockes (der Blöcke falls 22.07), des Präparates (der Präparate falls 22.03 bzw. 22.07) und des Befundes

Erläuterungen:

- a) Hinsichtlich des Pos. 22.01/22.02, sowie 22.04/22.05 ist nur eine Alternativverrechnung zulässig.
- b) Die Pos. 22.03 bzw. 22.07 beinhalten jeweils auch (zusätzliche) gefärbte Schnittpräparate - HE Standardfärbung.

E. Tarif

für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

Besondere Bestimmungen

Dieser Tarif gilt nur für Vertragsfachärzte für Radiologie.

Werden mehrere Röntgenleistungen am gleichen Tag durchgeführt, gebührt für die die erste röntgenologische Leistung das Honorar nach Pos. R 1a. Für jede weitere röntgenologische Leistung wie Aufnahme, Durchleuchtung bzw. Motilitätsprüfung wird das Honorar nach Pos. R 1b verrechnet.

Für die Magendurchleuchtung (Pos. R 3c) wird das Honorar für drei röntgenologische Leistungen vergütet.

Bei Zahnfilmen kommen für den 1. bis 3. Film das erste Honorar, für jede weiteren drei Zahnfilme das weitere Honorar in Anrechnung.

Pos. Nr.

Röntgendiagnostik

1. Honorar

Grundhonorar:

R 1a	Erste röntgenologische Leistung am gleichen Tage	€ 13,78
R 1b	Weitere röntgenologische Leistung	€ 9,18

2. Sonderleistungen

R 2a	Darminlauf mit Kontrastmittel	€ 6,89
R 2b	Fistelfüllung	€ 3,30
R 2c	Füllung der Blase	€ 4,41
R 2d	Intramuskuläre Injektion	€ 1,10
R 2e	Intravenöse Injektion	€ 3,44
R 2f	Subcutane Injektion	€ 1,10
R 2g	Intraarterielle Injektion	€ 8,80
R 2h	Intravenöse Infusion	€ 22,01
	Falls andere im Zusammenhang mit der Durchführung einer Röntgenuntersuchung erforderl. Sonderleistungen durch den Facharzt für Radiologie erbracht werden, sind sie nach dem Tarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar.	
R 2i	Zuschlag für Infusionsuntersuchungen (Infusionsurographie, Cholangiographie)	€ 33,02
R 2k	Zuschlag f. langdauernde Untersuchungen (i. v. Pyelographie, i. v. Cholangiographie, Irrigoskopie, Tomographie)	€ 11,01
R 2l	Mammographie (Grundhonorar nicht verrechenbar)	
	2 x 18/24	€ 82,91
	4 x 18/24	€ 157,25
	6 x 18/24	€ 219,07
R 2m	Knochendichtemessung	€ 54,48

3. Unkosten

Durchleuchtungen:

R 3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 11,78
R 3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	€ 13,85
R 3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschließlich der Motilitätsprüfung (Pos. R 3b + 2x Pos. R 3e)	€ 30,01
R 3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	€ 18,14
R 3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	€ 5,39
R 3f	Zuschlag zu Pos. R 3a u. R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 8,67

Pos. Nr.

R 3g	Zuschlag zu Pos. R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	€ 10,08
R 3h	Zuschlag für die Mammographie pro Aufnahme (maximal 6 Aufnahmen)	€ 8,36

4. Unkosten

Aufnahmen:

R 4a	Format 9x12	€ 7,69
R 4b	Format 13x18	€ 11,12
R 4c	Format 18x24	€ 14,18
R 4d	Format 15x40	€ 18,14
R 4e	Format 24x30	€ 20,15
R 4f	Format 30x40	€ 23,49
R 4g	Format 35x35	€ 25,45
R 4h	Format 40x40	€ 29,31
R 4i	Format 20x40	€ 21,14
R 4k	Format 35x43	€ 28,21
R 4m	Format 30x90	€ 43,95
R 4t	Zahnfilm	€ 4,63

Röntgentherapie

Anmerkung:

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten. Die Tarifsätze gelten pro Stelle. Bei den mit x) gekennzeichneten Indikationen gelangen mindestens zwei Stellen zur Verrechnung.

a) „Sitzung“ ist die einmalige Bestrahlung eines Feldes.

b) „Stelle“ ist das erkrankte Organ.

Beispielsweise gilt als Stelle:

Ein Tumor mit den benachbarten regionären Drüsen (Mamma, Uterus), jedes große Gelenk (eine Hand, ein Fuß, etc.);

Jeder Wirbelsäulenabschnitt (HWS, BWS, LWS);

Bei herdförmigen Erkrankungen, z. B. der Haut, richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder.

2. Falls bei Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgesetzte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind Honorar und Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.

3. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, sind Honorar und Unkosten zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu erhöhen.

Pos. Nr.

	Indikation	Sitzungen Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
9. Tarifgruppe I:			€ 51,06
R 9a	Akne		
R 9b	Blepharoconjunctivitis		
R 9c	Congelatio der Hände oder der Füße		
R 9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch		
R 9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)	2–6	4
R 9f	Encephalitis chronica		
R 9g	Epididymitis		
R 9h	Epilepsie		
R 9i	Erysipel		
R 9k	Erythema induratum Bazin		
R 9l	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom		
R 9m	Intertrigo		
R 9n	Lichen Vidal und ruber planus		
R 9o	Migräne		
R 9p	Mikuliczsche Erkrankung		
R 9q	Mykosis fungoides		
R 9r	Paronychie	2–6	4
R 9s	Periodontitis		
R 9t	Perniones		
R 9u	Poliomyelitis		
R 9v	Pruritus		
R 9w	Psoriasis mit Thymus		
R 9x	Scropholudermia		
R 9y	Thymushyperplasie		
R 9z	Kleinstdosenbestrahlung		
10. Tarifgruppe II:			€ 76,62
R 10a	Agranulocytose	€ 6,00	3
R 10b	Aktinomykose der Haut	3–4	5
R 10c	Arthritis und Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4–6	4
R 10d	Bursitis und Periarthritis		
R 10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoiditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4–6	3
R 10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6–8	3
R 10g	Epilation (ganzes Gesicht fünf Stellen, ganzer Kopf sechs Stellen)	€ 1,00	1

Pos. Nr.

	Indikation	Sitzungen Sitzungen pro Stelle	Max. Anzahl der Serien pro Jahr
R 10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirn- bestrahlung)	€ 6,00	2
R 10i	Mastitis acuta	3–6	3
R 10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	€ 3,00	3
R 10l	Morbus Werlhof	€ 3,00	2
R 10m	Neuralgie und Neuritis	4–6	3
R 10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4–6	2
R 10o	Schweißdrüsenentzündung	4–6	3
R 10p	Tbc der Haut	3–4	4
R 10q	Tbc der Lymphknoten	2–6	4
R 10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4–6	4
R 10s	Tbc des Kehlkopfes	€ 6,00	4
R 10t	Tbc des Urogenitaltraktes	€ 4,00	4
R 10u	Thrombophlebitis	4–6	3
R 10v	Warzen (auch multiple)	2–6	2
R 10w	Condylomata accuminata	3–4	3
R 10x	Alopecia areata	€ 5,00	3
R 10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2–4	3

Diese Position kann mit weniger als 4 Sitzungen nur abgerechnet werden,
wenn innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten keine weitere
Bestrahlung durchgeführt wird.

11. Tarifgruppe III:

€ 93,65

R 11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3–4	5
R 11b	Asthma bronchiale	€ 6,00	3
R 11c	Clavus	€ 2,00	3
R 11d	Herpes zoster	4–6	3
R 11e	Hyperhidrosis localis	€ 3,00	3
R 11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3–5	4
R 11g	Mastopathiar cystica, Gynäkomastie	4–6	3
R 11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3–6	3
R 11i	Morbus Paget und Bechterew	4–6	2
R 11k	Morbus Raynaud (Versuch)	€ 3,00	2
R 11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induatio penis plastica	2–3	3
R 11m	Osteomyelitis	4–6	4
R 11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomen- komplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4–6	3

Pos. Nr.

	Indikation	Sitzungen Sitzungen pro Stelle	Max. Anzahl der Serien pro Jahr
R 11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2–4	3
R 11p	Tbc des Darmes	€ 6,00	4
R 11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chronisch (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck)	€ 3,00	3
R 11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4–6	4
12. Tarifgruppe IV:			€ 148,59
R 12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung d. Plexus-choriodeus)	€ 3,00	3
R 12b	Lymphogranulomatose	3–6	4
R 12c	Epulis, Brauner Tumor	€ 6,00	3
R 12d	Prostatahypertrophie (bei kontra- indizierter Operation)	6–8	3
R 12e	Tbc peritonei	€ 2,00	4
13. Tarifgruppe V:			€ 187,30
R 13a	Hochdruck Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	€ 4,00	3
R 13b	Kastrationsbestrahlung	€ 4,00	2
R 13c	Leukämie, Fernbestrahlung	€ 8,00	3
R 13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	€ 6,00	3
R 13e	Myoma uteri, Endometriose	€ 4,00	3
R 13f	Papillomatose des Larynx	€ 8,00	2
R 13g	Polycythämie	€ 8,00	2
R 13h	Totalbestrahlung nach Mallet	€ 10,00	2
14. Tarifgruppe VI:			€ 195,51
R 14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut, ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50% des Tarifes)	2–10	3(4)
R 14b	Craurosis vulvae	€ 3,00	3
R 14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	€ 3,00	4
R 14d	Wirbelhaemangiome (es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung)	6–10	4

Pos. Nr.

	Indikation	Sitzungen Sitzungen pro Stelle	Max. Anzahl der Serien pro Jahr	
	15. Tarifgruppe VII:			€ 281,04
R 15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	8–12	4(5)	
R 15b	Melanoblastoma mal	10–20	3(4)	
	16. Tarifgruppe VIII:			€ 467,92
R 16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	13–24	3(4)	
	17. Tarifgruppe IX:			€ 681,11
R 17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	25–40	2(3)	
	18. Tarifgruppe X:			€ 936,58
R 18a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	41–75	1(2)	

Anmerkung:

Die bei der Tarifgruppe VI (R 14)–X (R 18) in Klammer angegebenen Maximalzahlen der Serien pro Jahr sind nur bei entsprechender medizinischer Begründung verrechenbar.

Nachsatz:

Zu den Tarifgruppen VII (R 15)–X (R 18) gelten folgende Zuschläge:

a) bei Gitterbestrahlung	25%
b) bei Bewegungsbestrahlung	50%
c) bei Hochvolt- oder Kobaltbestrahlung	75%
d) bei Kombination von b) und c)	125%

20. Buckybestrahlung

R 20a	Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	€ 15,98
-------	--	---------

21. Radiumtherapie

R 21a	Erste Ordination	€ 22,70
R 21b	Jede weitere Ordination	€ 11,82

Unkosten für Radiumbehandlung

R 21c	Bis 150 mgeh pro 1 mg	€ 0,19
R 21d	Von 150 mgeh bis 1000 mgeh pro 1 mg	€ 0,19
R 21e	Von 1000 mgeh bis 2400 mgeh pro 1 mg	€ 0,19

Als Minimum der Unkostentarife pro Behandlungsstelle (Feld) werden 100 mgeh in Rechnung gestellt.

F. Sonographie

Besondere Bestimmungen

1. Die im Leistungskatalog angeführten sonographischen Untersuchungen können gegenüber der KF von Vertragsärzten verrechnet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position und die zur Verrechnung gegenüber der KF gemäß Punkt 4 berechtigt sind.
2. In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die vom Vertragsarzt verlangten Untersuchungen verrechenbar. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizit 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 Zuweisung verrechnen.
3. Vertragsärzte sind zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachlichen Qualifikationen und Geräteausstattung entsprechend den Sonographierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen.
4. 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.
5. Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.
6. Die erbrachten Untersuchungen sind vom Vertragsarzt mittels geeigneter Abbildungssysteme zu dokumentieren und darüber Aufzeichnungen zu führen. Diese sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.
7. In Zuweisungsfällen sind die Untersuchungsergebnisse (Bildokumentation sowie Befunddurchschrift) dem zuweisenden Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen.
8. Sonderbestimmungen für zuweisende Vertragsärzte: Zuweisende Vertragsärzte haben die im Zusammenhang mit einer Zuweisung relevanten vorgenannten Bestimmungen zu berücksichtigen.

ABDOMEN UND RETROPERITONEUM US

1 Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege – R.C.I.K.	€ 33,03
2 Sonographie des Pankreas - R.C.I.K.	€ 40,41
3 Sonographie des Oberbauches (jedenfalls in der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas) - R.C.I.K.	€ 61,08
4 Sonographie der Milz - R.C.I.K.UC.	€ 27,43
5 Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta) - R.C.I.K.U.	€ 40,41
7 Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation (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) - G.	€ 40,41
8 Sonographie des Unterbauches - C.I.K.	€ 40,41
9 Sonographie des Unterbauches (Pos. 8) und/oder endovaginale Sonographie – G.R.	€ 44,02

Pos. Nr.

10	Sonographie des Unterbauches (Pos. 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie - U.R. Die Unterbauchsonographie nach den Positionen 8, 9 und 10 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix Raumforderungen. SMALL-PARTS	€ 44,02
20	Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse - R.I.C.K.	€ 39,72
21	Sonographie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) - R.H.	€ 58,66
22	Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis – H.	€ 10,33
23	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund (je Seite) – R.	€ 20,81
24	Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten) – R.C.	€ 18,39
25	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste – R.K.O.UC. Das Untersuchungsfeld ist anzugeben	€ 34,23
27	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht – R.K.O.	€ 48,89
28	Sonographie des Scrotalinhaltes – R.K.U.C.	€ 39,72
DOPPLER-SONOGRAPHIE		
30	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung. – C. (G). D. I. Auch bei Messungen aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	€ 24,44
31	Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz – C.D.I. Die Positionen 30 und 31 sind zusammen nur mit Begründung verrechenbar.	€ 24,44
HIRNVERSORGENDE ARTERIEN		
32	Bidirektionale Dopplersonographie, Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation. - I.N. Pos. 32 und 40 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	€ 36,65
33	Zuschlag zu Pos. 40 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakranial) – R.I.N.	€ 13,97

Pos. Nr.

FARBDUPLEX-SONOGRAPHIE

40	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems - R.I.N. Die Positionen 32 und 40 sind gemeinsam nicht verrechenbar.	€ 71,45
41	Zuschlag zu den Positionen 1 sowie 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild – R.C.(G).I.K.	€ 12,21
42	Zuschlag zur Position 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchorta - R.C.I.	€ 30,59
43	Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonographiebefundes – D.I.C.(G).R. Auch bei Messungen aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	€ 61,08
44	Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen – D.I.C.(G).R. Auch bei Messungen aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	€ 61,08

ECHOKARDIOGRAPHIE

50	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	€ 57,84
51	Echokardiographie gemäß Pos. 50 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler - I., K. Verrechenbar in folgenden Indikationen: Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien; Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.	€ 125,70

Anhang zur Honorarordnung**I Kurverschreibung und ärztliche Überwachung**

(ausgenommen Kneippkuranstalten)

€ 57,53

II Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass gem. § 6 des Gesamtvertrages vom 1. 4. 1974, abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer einerseits mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits.

MU 1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU 2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU 3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU 4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MU 5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. Schwangerschaftswoche	€ 31,55
MI 1	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	€ 20,22
MS 1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
MS 3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 22,89
KN 1	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	€ 31,30
KU 1	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 38,16
KU 2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. Lebensmonat	€ 38,16
KU 3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 38,16

Pos. Nr.

KU 4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 38,16
KU 5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 38,16
KU 6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. Lebensmonat	€ 38,16
KU 7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. Lebensmonat	€ 38,16
KU 8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. Lebensmonat	€ 38,16
KO 1	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. Lebenswoche	€ 20,22
KH 1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. Lebensmonat	€ 31,42
KA 1	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. Lebensmonat	€ 31,42
KA 2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat	€ 38,16
KS 1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche	€ 42,63
KS 2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. und 8. Lebenswoche	€ 42,63

Hepatitis-B-Untersuchung der Schwangeren

Diese Untersuchung ist von Laborfachärzten durchzuführen und wird nach der Position 11.09 vergütet. Sie ist in Verbindung mit der allg. Schwangerenuntersuchung (Pos. MU 1 - MU 5) in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche vorzunehmen.

Mit den Tarifen gemäß lit. MU 1 bis KS 2 sind auch die administrativen Tätigkeiten des Vertragsarztes abgegolten. Bei den Untersuchungen nach lit. KO 1 bis KS 2 sind neben den Tarifen für diese Sonderleistungspositionen innerhalb des Geltungsbereiches dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung keine zusätzlichen Honorare für Einzelleistungen verrechenbar.

Pos. Nr.

Anmerkung:

In Abänderung der sonstigen Regelung im Zusammenhang mit dem MUKIPA sind obige Leistungen mit dem Patienten zu verrechnen.

III. Vorsorgeuntersuchung

VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm inkl. Labor) Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar	€ 88,00
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor) Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar	€ 73,00
VB	Laborblock (für Frauen und Männer) Nur von Fachärzten für Labormedizin verrechenbar	€ 15,00
VP	PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme	€ 14,49
VM 1	Mammographie einseitig Nur von Fachärzten für Radiologie verrechenbar	€ 55,60
VM 2	Mammographie beidseitig Nur von Fachärzten für Radiologie verrechenbar	€ 108,77
VG	Gynäkologisches Programm Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar	€ 19,12
VP	PAP-Abstrich Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar	€ 6,10

Bei Übersendung von Blutproben werden die anfallenden Portokosten von den Kassen übernommen.

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

VUCO	VU-Koloskopie Voraussetzungen: Durchführung mittels Videoendoskop für Anspruchsberechtigte ab dem vollendeten 50. Lebensjahr, alle 10 Jahre. Die VU-Koloskopie dürfen Fachärzte für Chirurgie und Innere Medizin durchführen, welche über eine Verrechnungsberechtigung verfügen. Die Verrechnungsberechtigung für GKK-Versicherte berechtigt automatisch auch die Durchführung der VU-Koloskopie bei Versicherten der OÖ Krankenfürsorgen. Für allfällige notwendige Polypenabtragungen ist zusätzlich Pos. 19s ₁ verrechenbar.	€ 225,35
-------------	--	-----------------