

INHALTSVERZEICHNIS

C. TARIFE

	Seite
C.I. Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	T 6
I. Abgeltung von Sonderordination und Visiten	T 8
II. Allgemeine Einzelleistungen	T 11
1. Entnahme von Untersuchungsmaterial	T 11
2. Injektionen	T 12
3. Infusionen	T 14
4. Punktionen	T 14
5. Untersuchungen	T 15
6. Betäubungen	T 15
7. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 16
III. Leistungen aus dem Fachgebiet Augenheilkunde	T 24
1. Untersuchungen	T 24
2. Fremdkörperentfernung	T 26
3. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 27
IV. Leistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, u. orthopädische Chirurgie	T 28
1. Wundversorgung	T 28
2. Injektionen	T 28
3. Operative Eingriffe	T 28
4. Versorgung von Luxationen und Frakturen	T 29
5. Verbände	T 31
6. Abnahme von Verbänden	T 32
7. Gipsmodelle	T 33
8. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 33

V.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie	T	36
1.	Untersuchungen	T	36
2.	Geburtshilfe	T	36
3.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	T	37
VI.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Urologie	T	39
1.	Untersuchungen	T	39
2.	Sonstige ärztliche Verrichtungen, Operationen	T	40
VII.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde	T	42
1.	Untersuchungen	T	42
2.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	T	43
VIII.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie/Psychiatrie	T	44
1.	Untersuchungen	T	44
2.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	T	45
IX.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie/Neurologie	T	46
1.	Untersuchungen	T	46
2.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	T	47
	Erläuterungen zum Tarif für psychiatrische Behandlungen	T	48
X.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin	T	49
	Erläuterungen zur Ergometrie	T	51
XI.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde	T	54
		T	2

XII.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie	T	56
XIII.	Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde	T	58
XIV.	Leistungen der Kinderfachärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin ohne Zahnbehandlungsvertrag	T	60
XV.	Mutter-Kind-Pass-Leistungen	T	61
C.II.	Tarif für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	T	66
	Morphologische Blutuntersuchungen	T	67
	Chemische Untersuchungen des Blutes	T	68
	Blutgerinnung	T	71
	Blutgerinnung zur Antikoagulantienkontrolle	T	72
	Blutsenkung	T	72
	Harnuntersuchung	T	73
	Sputumuntersuchung	T	73
	Magensaftuntersuchungen	T	73
	Stuhluntersuchungen	T	74
	Liquoruntersuchungen	T	74
	Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane	T	75
	Bakteriologische Untersuchung	T	75
	Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte	T	76
C.III.	Tarif für Physio-Behandlungen	T	78

C.IV. Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie	T	82
Allgemeine Bestimmungen	T	82
Besondere Bestimmungen	T	84
Mammographien	T	84
Röntgendiagnostik	T	91
Honorartarif	T	91
Unkostentarif	T	93
Röntgentherapie	T	95
C.V. Tarif für Röntgenleistungen der Fachärzte anderer Sparten und der Ärzte für Allgemeinmedizin	T	97
(1) Allgemeine Voraussetzungen	T	97
(2) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist.	T	97
(3) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeiten in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte für Radiologie niedergelassen sind	T	98
a) Röntgenhonorar	T	101
b) Röntgenunkosten	T	101
Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik	T	102
Schichtaufnahmen	T	111
Organe und Ersthonorare	T	113
C.VI. Ultraschalldiagnostik (Sonographie)	T	120

C.VII. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	T 126
I. Augenheilkunde	T 127
II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie	T 131
III. Haut- und Geschlechtskrankheiten	T 137
IV. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	T 138
V. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	T 141
VI. Urologie	T 144
C.VIII. Wundversorgung	T 146
I. Akute (primäre) Wundversorgung	T 146
II. Nachbehandlung von Wunden (akute Verletzungen und Operationswunden)	T 148
III. Chronische (Tertiäre) Wundversorgung	T 149
C.IX. Leistungen im Zuge der präoperativen Diagnostik	T 151

C. TARIFE

Alle im Folgenden angeführten Änderungen, Einführungen und Bewertungen von Tarifen treten mit 1.1.2024 in Kraft.

C.I.

Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

(1) Leistungen, die mit der Abkürzung einer Fachgruppe oder mit einem AM bezeichnet sind, können nur von den dieser Fachgruppe angehörenden Vertragsfachärzten oder Ärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden.

Abkürzungen:

AM	= Arzt für Allgemeinmedizin
A	= Facharzt für Augenheilkunde
C	= Facharzt für Chirurgie
D	= Facharzt für Dermatologie
G	= Facharzt für Gynäkologie
H	= Facharzt für Hals-, Nasen- Ohrenkrankheiten
I	= Facharzt für Innere Medizin
K	= Facharzt für Kinderheilkunde
L	= Facharzt für Lungenkrankheiten
N	= Facharzt für Neurologie, Facharzt für Neurologie/ Psychiatrie
P	= Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie/ Neurologie
NC	= Facharzt für Neurochirurgie
O	= Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
PH	= Facharzt für Physikalische Medizin
U	= Facharzt für Urologie
UC	= Facharzt für Unfallchirurgie

(2) Die Einzelleistungen sind sowohl für die Ärzte für Allgemeinmedizin als auch für die Fachärzte nach Punkten bewertet:

(3) Der Punktwert für Einzelleistungen beträgt

€ 0,4805

(4) Die mit einem (*) versehenen Positionen des Einzelleistungstarifes können nur dann verrechnet werden, wenn keine Einweisung des Patienten in eine Krankenanstalt erfolgt.

(5) Bewilligungen von Leistungen, die der vorherigen Genehmigung bedürfen, werden durch die Ärztlichen Dienststellen der § 2-Kassen erteilt.

I. Abgeltung von Sonderordination und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1b	Nachtordination	€ 21,37	zwischen 19.00 und 7.00 Uhr – nicht zugleich mit einer Ordination TP 1, 3, 6 verrechenbar
1c	Zuschlag für eine Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	€ 2,67	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 39,47	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 43,85	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 52,41	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 79,99	
2c	Tagvisite an Sonntagen außerhalb des Wochenend- und Feiertagsdienstes 1)	€ 43,22	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient u. Quartal verrechenbar mit je € 16,16, jede weitere pro Patient u. Quartal mit € 6,90	Werden zur gleichen Zeit weitere im selben Haushalt (Internaten, Heimen, Schulen, Ferienanlagen und dgl.) anwesende Personen besucht, so kann für diese nur 2d verrechnet werden.
2e	Tagvisite bei den Krankheiten: Karzinom, Polyarthritits, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 39,47	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 39,47	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 39,04	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 52,73	

Anmerkung 1)

Bei mehreren Visiten des gleichen Patienten an einem Tag ist die jeweilige Uhrzeit anzugeben.

Anmerkung 2)

Vom berufenen Facharzt verrechenbar, vom Arzt für Allgemeinmedizin nur verrechenbar, wenn kein Vertragsfacharzt zur Verfügung steht.

II. Allgemeine Einzelleistungen

1. Entnahme von Untersuchungsmaterial

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6a	Blutentnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	6		Wird im Zuge eines Untersuchungsganges das abgenommene Blut auch zur Bestimmung der Blutsenkung verwendet, so kann eine Blutentnahme nicht verrechnet werden.
9d	Blutentnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung nur bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr verrechenbar	10		Wird im Zuge eines Untersuchungsganges das abgenommene Blut auch zur Bestimmung der Blutsenkung verwendet, so kann, eine Blutentnahme nicht verrechnet werden.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
32a	Sekretabnahme zur zytologischen Untersuchung nach Papanicolaou	9		

2. Injektionen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
4a	Intravenöse Injektion	4		
8a	Eigenblutinjektion	8		einschließlich Blutabnahme
9e	Intravenöse Injektion bei Kindern unter 6 Jahren	10		
9n	Intravenöse Injektion zur Varicen- oder Hämorrhoidal-Knotenverödung	10		
11r	Infiltrations-anästhesie als Heilbehandlung (auch Gelenksumspritzung) und präasacrale Infiltration nach Pendel	15		
11s	Intraarterielle Injektion	15		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12b	Injektion an paravertebrale Ganglien oder an den Nervenstamm	20		nur 1 x pro Behandlungstag verrechenbar
12c	Endosacrale Epiduralinjektion	20		
12x	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke einschließlich Anästhesie	35		nicht gleichzeitig mit Pos. 11r oder Pos. 11q an ein und demselben Gelenk pro Behandlungstag verrechenbar
12y	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte und Kreuzdarmbein-gelenk) einschließlich Anästhesie	45		nicht gleichzeitig mit Pos. 11r oder Pos. 11q an ein und demselben Gelenk pro Be-handlungstag verrechenbar
13a	Intrapleurale Injektion	25		
15a	Injektion in das Ganglion stellatum	35		

3. Infusionen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
14r	Intravenöse Infusion	30		mindestens 250 cm ³

4. Punktionen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
9a	Aderlass durch Venenpunktion	10		
9f	Punktion aus oberflächlichen Körpergebilden	10		z.B. Zysten, Lymphknoten, Schleim- beutel, Häma- tome u.a
11a	Punktion aus kleineren Gelenken	15		
11h	Hydrocele Punktion	15		je Seite
12t	Douglaspunktion	20		
13c	Punktion aus größeren Gelenken	30		Ellenbogen, Knie, Schulter
14k	Punktion der Harnblase	30		
16j	Lumbalpunktion	40		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
17a	Punktion aus der Brust- oder Bauchhöhle, diagnostisch oder therapeutisch	50		

5. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
5a	Digitale Rektaluntersuchung	5		
10g	Oszillogramm, graphisch, einschließlich Messung der Hauttemperatur	12		

6. Betäubungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
10i	Plexusanästhesie	80	C/O/UC	
11p	Leitungsanästhesie	25		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
11q	Infiltrationsanästhesie	20		nur in Verbindung mit chirurgischen Eingriffen und Punktionen
17r	Intravenöse Narkose	50		

7. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 18,43	AM I K A G U D H L N P O UC PH NC	Verrechenbar 1 x pro Fall und Quartal; für AM, I, G, PH und NC in höchstens 6%, für K und P in höchstens 10%, für A, L in höchstens 5%, für D und N in höchstens 3%, für H in höchstens 4%, und für U, O und UC in höchstens 8%, der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Lungenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Neurochirurgie 1 x pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen.

Erläuterungen:

Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren und hat folgende Bereiche zu umfassen:

- Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements
- Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation
- Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
5	Heilmittelberatungsgespräch	€ 12,40		1) 2)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten der Psychiatrie und Neurologie (P) in maximal 7 % der Normalfälle und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten in maximal 5% der Normalfälle und von allen anderen Fachärzten (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie und der Fachärzte für med. chem. Labordiagnostik) in maximal 1 % der Normalfälle. Die Leistung ist einmal pro Quartal und Patient und auch gleichzeitig mit der Position 4 verrechenbar.

Anmerkung 2)

Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden.

- a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden
und/oder
- b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars)
und/oder
- c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).

Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 - 10 Minuten zu dauern. Der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
7	Niere Schützen	€ 12,54	AM	Identifizierung von RisikopatientInnen und Dokumentation; Limit in höchstens 5% der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle); nur verrechenbar zwischen dem vollendeten 40. und dem vollendeten 65. Lebensjahr und pro Patient und Kalenderjahr einmal jährlich

Anmerkung:

Bei PatientInnen im Alter von 40 bis 65 Jahren, bei denen mindestens einer der folgenden Risikoparameter vorliegt, sollte ein jährliches Screening auf eine eventuelle Einschränkung der Nierenfunktion durchgeführt werden:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes Mellitus
- Adipositas (BMI>30)
- Terminale Niereninsuffizienz in der Familie

Für das Screening ist die Bestimmung von zwei Laborparameter notwendig:

1. Kreatinin/eGFR aus dem Blut
2. Quantitative Albuminausscheidung aus dem Spontanharn (Albumin- Kreatinin-Quotient im Harn)

Überweisungsschema:

GFR ml/min/1,73m ²	Albuminurie mg/g	A1 < 30	A2 30-300	A3 > 300
G1/2 ≥ 60		1x jährlich Laborcheck (s.o.) durch AllgemeinmedizinerIn Risikofaktorenoptimierung	GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle	Check durch Fachärzte für Innere Medizin
			GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	
G3 30 - 59		GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle	GFR stabil: ad InternistIn 2x jährliche Kontrolle	Check durch Fachärzte für Innere Medizin
			GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	
G4 20 - 29		Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung
G4/5 < 20		Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
8	Substitutionstherapie	€ 30,57	AM/P	höchstens 5x pro Fall und Quartal verrechenbar

Anmerkung:

Abrechnungsberechtigt sind die gem. Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 487/2009) berechtigten Ärzte. Die Absolvierung der Fortbildungsveranstaltung ist Voraussetzung für die Verrechnungsmöglichkeit.

Es darf lediglich die Weiterbehandlung (§2 Abs. 1a Weiterbildungsverordnung orale Substitution) der Patienten erfolgen. Die Verrechnung einer Ordination am selben Tag ist nur dann zulässig, wenn aufgrund eines anderen Krankheitsbildes eine ärztliche Behandlung des Patienten notwendig ist.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9t	Arztbrief (ausführlicher fachärztlicher Befundbericht, Anamnese, Befund, Therapievorschlag)	10		nur von Fachärzten bei zugewiesenen Fällen (ausgenommen Fachärzte für Radiologie) verrechenbar
9z	Arztbrief an die Krankenanstalt mit Operationsfreigabe	10	I/K	von K in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar, nicht zugleich mit Pos. 9t verrechenbar
10e	Reposition einer incarcerierten Hernie	12		
10j	Ausführliches psychosoziales- psychosomatisches Gespräch, Dauer: mind. 20 Min.	50		nur mit Sondervereinbarung verrechenbar, bei Nachweis einer durch die ÖÄK anerkannten Ausbildung (Modul II), nicht gleichzeitig mit einer Ordination verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
11z	Eingehende Beratung und Betreuung bei psychiatrischen Erkrankungen mit erhöhtem Zeitaufwand	25	AM	in max. 3 % der Fälle verrechenbar; keine Anwendung des Limits bei Nachweis einer durch die ÖÄK anerkannten entsprechenden Ausbildung
13b	Magenspülung bei Vergiftung	25		
16o	Akupunktur, je Sitzung; Nadelakupunktur nach Kriterien des obersten Sanitätsrates	40		höchstens 10 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar, anerkannter Ausbildungsnachweis erforderlich, nur mit Sondervereinbarung erbringbar
17u	Wiederbelebungsversuche, je halbe Stunde	€ 115,21		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
28a	Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest o.ä.)	120	L/D/K	von D in höchstens 10%, von L in höchstens 6 % und von K in höchstens 2 % der Fälle; von anderen FÄ nur mit Sondervereinbarung verrechenbar. Die Limitierungen werden pro Quartal und ab 1.1.2008 pro Jahr berechnet, auch in den Sondervereinbarungen.

III. Leistungen aus dem Fachgebiet Augenheilkunde

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6b	Untersuchung des Augenhintergrundes	6	A	in höchstens 75 % der Fälle verrechenbar
7b	Impressionstonometrie	7	A	
9c	Untersuchung mit der Spaltlampe	12	A	
9x	Schirmerprobe	10	A	
10a	Astigmatismusuntersuchung (Javal)	14	A	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
10c	Skioskopie	12	A	
10k	Bestimmung der Akkomodationsbreite	10	A	in höchstens 4 % der Fälle verrechenbar
14f	Perimetrie oder Skotometrie	30	A	
14h	Untersuchung mit dem Applanationstonometer inkl. Spaltlampenuntersuchung und Anästhesie	30	A	nicht mit Pos.Nr. 7b gleichzeitig verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
14t	Orthoptischer Status	30	A	1 x pro Fall und Quartal in höchstens 12% der Fälle verrechenbar
16e	Anlegen einer Tagesdruckkurve und/oder Belastungskurve (mind. 3 Werte) mit dem Schiötztonometer	40	A	
18a	Programmgesteuerte Hochleistungs- perimetrie	62	A	in höchstens 12 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos.14f; Gerät ist durch Rech- nungskopie nachzuwei- sen; Dokumenta- tion inkl. Graphik sind 3 Jahre aufzubewahre n
18o	OCT-Untersuchung	€ 82,26	A	in höchstens 15% der Fälle verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
20b	Untersuchung mit dem Kontaktglas oder der Hrubylinse inkl. Spaltlampe	28	A	
34a	Eingehende Prüfung des binocularen Sehaktes, des Muskelgewichtes und des Doppelsehens	15	A	
8i	Einfache Brillenbestimmung	8	AM	nur durch Ärzte für AM an Orten, an denen kein Augenfacharzt zugelassen ist, verrechenbar

2. Fremdkörperentfernung

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
10l	Wimpernepilation	11	A	
10m	Rostringentfernung	40	A	
12o	Fremdkörperentfernung aus der Hornhaut	20		

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
5f	Subconjunktivale Injektion, parabolbäre Injektion	5	A	

IV. Leistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, u. orthopädische Chirurgie

1. Wundversorgung

Siehe C. VIII. auf Seite T 146

2. Injektionen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
14u	Paravertebrale Infiltration über ein oder mehrere Segmente (Quaddelungen ausgenommen)	39	O/UC	von UC in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

3. Operative Eingriffe

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
8f	Warzenentfernung; eine oder mehrere	8		
9h	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	10		nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Nr. 163 und 172 des Operationskataloges
*11d	Incision eines vereiterten Hämatoms	15		auch elektroschirurgisch

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
*23i	Operative Polypenentfernung aus dem Rektum einschl. Rektoskopie	100		

4. Versorgung von Luxationen und Frakturen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
13g	Provisorische Fraktur- versorgung mittels (Gips-)Schiene	25		ausgenomm en Finger, Zehen, Rippen
14a	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation	30		Kleine Gelenke
*16h	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips- oder anderer Fixations- verbände; kleinere Knochen	40		Auch Schlüssel- bein und Rippen
*24a	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips- oder anderer Fixations- verbände; mittlere Knochen	160		Unterarm, Knöchel

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
24b	Spreizbehandlung von Hüftdysplasien	140	C/K/O	1x pro Fall und Quartal verrechenbar
* 26a	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips; große Knochen	250		Oberarm, Schulter, Oberschenkel, Unterschenkel
26t	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation des Ellbogen-, Knie-, Hand- oder Sprunggelenkes	150		
26u	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation des Schultergelenkes, traumatisch	150		
31d	Kontrolle und Korrektur von Orthesen und orthopädischen Maßschuhen	30	O	Höchstens 1x pro Fall und Quartal

5. Verbände

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12l	Redressierender Stützverband	20	C/K/O/ UC	bei statischen Beschwerden und Distorsionen
17e	Halskrawatte	50		nicht verrechenbar bei Pos. Nr. 16h, 24a, 26a
17h	Fingergips oder Gipsausbesserung (Anlegung und Wiederanlegung)	50		nicht verrechenbar bei Pos. Nr. 16h, 24a, 26a
24c	Unterarmgips	120		Nicht verrechenbar bei Pos. Nr. 16h, 24a, 26a
26b	Oberarmgips oder Unterschenkelgips	150		nicht verrechenbar bei Pos. Nr. 16h, 24a, 26a
26w	Oberschenkelgipshülse	150		nicht verrechenbar bei Pos. Nr. 16h, 24a, 26a

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
26x	Redressement des Klump-, Haken-, Spitzfußes und anderer Kontrakturen mit anschl. Fixation; pro Extremität	150		mit Gipsverband
31a	Brustarmgips	200		nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
31b	Oberschenkelgips	200		nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
31c	Gipsmieder	200		nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a

6. Abnahme von Verbänden

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12e	Abnahme von kleinen Gipsverbänden	20		Fingergips, Hand mit Unterarm
17v	Abnahme von großen Gipsverbänden	50		

7. Gipsmodelle

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9y	Abdruck für Modelleinlagen (mittels Trittschaum); je Seite	15	C/O	
14i	Gipsabdruck für Modelleinlagen; je Seite	30	C/O	

8. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
1or	Ergänzende Untersuchung und Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens	€ 11,75	O	1x pro Fall und Quartal verrechenbar
2or	Anleitung und Demonstration gymnastischer Übungen durch den Arzt	€ 22,55	O	in höchstens 30% der Fälle verrechenbar
12k	Sensibilitätsprüfung	40	O/UC	in höchstens 30% der Fälle verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
16d	Endoskopie des Rektums (Rektoskopie)	50	AM/C/I	
16l	Probeexcision bei Endoskopien	40		nur 1x pro Untersuchung verrechenbar
30c	Endoskopie des oberen Intestinaltraktes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	260	C/I	
30g	Sigmoidoskopie einschl. Rektoskopie	180	C/I	
30h	Koloskopie bis zur Flexura colica sinistra einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie	220	C/I	Dokumentation der Leistung und Begründung für eine – aus medizinischen Gründen – nicht durchgeführte komplette Koloskopie erforderlich
30i	Komplette Koloskopie einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie 1)	450	C/I	Dokumentation der Leistung inkl. Beschreibung der Bauhin'schen Klappe erforderlich

Anmerkung 1)

1. Der Facharzt hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Koloskopien zu beachten. Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.
2. Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell/chemothermisch oder mit einem gleichwertigen Reinigungsverfahren zu erfolgen.
3. Der Facharzt hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Koloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er hat den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.
4. Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten.
5. Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopie-Assistenz-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
12f	Kolposkopie	€ 14,37	G	

2. Geburtshilfe

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
14b	Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus; für jede weitere halbe Stunde	30		verrechenbar bei Pos. Nr. 27a und 33c
*27a	Beistand bei Geburt	170		ohne operative Eingriffe, über Berufung und in Anwesenheit der Hebamme
*33c	Beistand bei Geburt	300		ohne operative Eingriffe, in Abwesenheit der Hebamme

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
4b	Aufklärung und Zuweisung zur Früherkennung von Brustkrebs (im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes (BKFP))	€ 3,60	G	max. 1x pro Patient und Jahr verrechenbar
4g	Eingehendes frauenärztliches Beratungsgespräch	€ 15,65	G	verrechenbar 1x pro Fall und Quartal und in 30% der Fälle; Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Krebsvorsorge neu (Impfung, HPV, Vorsorge, Nachsorge), Sexualität in allen Lebensabschnitten und in belastenden Situationen (Krankheit, organische und psychische Veränderungen). Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
4m	Menopausengespräch; ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Thera- pieerfordernisse	€ 8,23	G	abrechenbar 1 x pro Jahr in der Prä- menopause, Menopause und unter laufender postmeno- pausaler Therapie ; für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis voll- endeten 65. Lebensjahr
10h	Einlegen, Wechseln und Anpassen eines Ringpessars	12	G	
17w	Endoskopie des Cervicalkanales (Endocerviscoskopie)	50	G	
17x	Endoskopie der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	50	G	

VI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Urologie

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12d	Uroflow einschließlich Registrierung	50	U	
19f	Endoskopie (Urethroskopie) der Harnröhre	80	U	
22b	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie) einschl. Beurteilung der Harnpropulsion	120	U	einschließlich Katheterismus
24u	Urodynamische Abklärung bei Blasenfunktions- störungen	120	U	höchstens in 3 % der Fälle verrechenbar
24v	Probeexcision aus der Harnblase	40	U	
24w	Transrektale Saugbiopsie der Prostata zur Gewinnung von Zytologiematerial	30	U	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
24x	Transrektale Stanzbiopsie zur Gewinnung von Histologiematerial	40	U	
24y	Ultraschallgesteuerte transrektale Stanzbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln)	230	U	

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen, Operationen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
5b	Prostatamassage	5	U	
5g	Katheterismus bei Frauen	5		
8g	Harnblasenspülung einschl. Katheterismus bei der Frau	8		
9g	Instillation von Zytostatika in die Harnblase (zusätzlich zum Katheterismus nur bei Neoplasma)	10	U	
9j	Harnblasenkatheterismus beim Mann	10		
9k	Harnröhrenstriktur, Bougierung	10	U	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
10f	Harnblasendauer- katheter, auch Pezzer	12		Anlegung
11g	Harnblasenspülung einschl. Katheterismus beim Mann	15		
12m	Wechsel eines Dauerkatheters oder einer PEG-Sonde; Schmerzpumpe	20		
*26n	Harnblasenpapillom oder -polyp, Elektrokoagulation, transurethral	150	U	

VII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9b	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes und thermische Prüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs- und Kopfschüttelnystagmus je Ohr	40	H	
11b	Otomikroskopie	17	H	in höchstens 40% der Fälle verrechenbar
14c	Audiometrie, Tonaudiometrie	40	H	
14l	Sprachaudiometrie	30	H	in höchstens 3 % der Fälle verrechenbar
16m	Endoskopie des Nasenrachenraumes und/oder des Kehlkopfbereiches	40	H	in höchstens 43 % der Fälle verrechenbar
17y	Endoskopie der Nasennebenhöhlen	50	H	

14v	Tympanometrie und/oder Stapedius-reflexmessung	40	H	In höchstens 25 % der Fälle verrechenbar
-----	--	----	---	--

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
5c	Cerumenentfernung aus einem Ohr	4	AM/K/H	je Ohr 1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
5h	Elektrokaustische Verödung der Nasenschleimhaut	15	H	
8h	Nasentamponade mit Tamponstreifen	8		
9l	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang	10		Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
14m	Nasentamponade nach Belocq	30		
20a	Punktion mit Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	30	H	

VIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie/ Psychiatrie

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12n	Fachspezifische Statuskontrolle (neurologisch und/oder psychiatrisch)	20	N	in höchstens 28 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 18n verrechenbar
18n	Erstellung eines fachspezifischen Status (neurologisch und/oder psychiatrisch) inkl. Dokumentation	72	N	in höchstens 83 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 12n verrechenbar
30a	Elektro- encephalogramm	150	N	nur mit Sonder- vereinbarung verrechenbar
30m	Elektromyographie (Nadelelektroden)	135	N	nur mit Sonder- vereinbarung verrechenbar
30n	Elektroneurographie	135	N	nur mit Sonder- vereinbarung verrechenbar

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	94	N	nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	188	N	nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	N	höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar; nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

**IX. Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie
/Neurologie**

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
12p	Fachspezifische Statuskontrolle (psychiatrisch und/oder neurologisch)	20		in höchstens 38 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 18p verrechenbar
12z	Zuschlag f. d. Beratung u. Betreuung von psy- chisch komplexen Er- krankungen	€ 38,45	P	1x pro Fall und Quartal und in 60% der Fälle verrechenbar.
18p	Erstellung eines fachspezifischen Status (psychiatrisch und/oder neurologisch) inkl. Dokumentation	72	P	in höchstens 83 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 12p verrechenbar
30a	Elektro- encephalogramm	150	P	nur mit Sonder- vereinbarung verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
30m	Elektromyographie (Nadel-Elektroden)	135	P	nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
30n	Elektroneurographie	135	P	nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
15g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 15 Minuten Dauer	47	P	nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	94	P	nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	188	P	nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach-Gruppe	Anmerkung
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	P	höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

Erläuterungen zum Tarif für psychiatrische Behandlungen

Die Pos. 19g und 24h sind von Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie pro Jahr bis zum Höchstausmaß von 500 Stunden verrechenbar. Die Pos. 15g, 19g und 24h sind von Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie p.a. bis zum Höchstausmaß von 1.150 Stunden verrechenbar.

Fachärzte mit EEG-Sondereinbarung können unabhängig von ihrer Fachrichtung diese Positionen nur höchstens im Ausmaß von 500 Stunden p.a. verrechnen.

Wird pro Quartal mehr als eine psychiatrische Behandlung verrechnet, ist über den psychiatrischen Status ein schriftlicher Befund zu erstellen. Dies ist nicht erforderlich, wenn innerhalb des letzten Jahres bereits ein derartiger Befund erstellt wurde. Die Befunde sind drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
13p	Phonokardiogramm	25	I/K	
9p	EKG am Krankenbett, Zuschlag	10	AM/I K/L	die Pos. Nr. 9p, 12r und 14o können von Fachärzten für Lungenheilkunde und von AM in höchstens 4 % der Fälle verrechnet werden. Für AM ist die Erbringung eines von der Kasse und ÄK anerkannten Ausbildungsnachweises erforderlich (nicht bei Titelzuerkennung nach dem 1.1.1980)
12r	EKG in Ruhe (Standardableitungen)	20	AM/I K/L	
14o	Weitere EKG-Ableitungen (Goldberger u. 6 BWA)	30	AM/I K/L	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
30b	Ergometrie inkl. EKG mit 12 Ableitungen	160	I	nur mit Sonder- vereinbarung in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar; darüber hinaus mit 120 Punkten zu honorieren
32b	Echokardiographie	150	I	in höchstens 17% der Fälle verrechenbar, Ausbildungsnachweis erforderlich; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> : unlimitiert ab 1.4.2018
32d	Zuschlag für Doppler	€ 17,88	I	in höchstens 17% der Fälle und nur gemeinsam mit Pos. 32b verrechenbar <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> : unlimitiert ab 1.4.2018 und nur gemeinsam mit Pos. 32b verrechenbar

Erläuterungen zur Ergometrie

Die Ergometrie ist nach den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen. Neben dieser Leistungsposition sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Untersuchungen verrechenbar. Nur solchen Vertragsärzten für Innere Medizin kann diese Position honoriert werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Österreichischen Gesundheitskasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten ausdrücklich dazu ermächtigt wurden. Nachzuweisen ist ferner eine Ordinationsausstattung, die aus einem Ergometer mit Oscilloskop, Defibrillator und einem Reanimationsset besteht.

Die Ergometrie kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Koronarreserve des Herzens, Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension, Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung) usw.

Zur Dokumentation sind Protokoll und Befund in das standardisierte Untersuchungsblatt der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft einzutragen, drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
32kb	Kontrastmittel- echokardiographie	150	I	nur von FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie verrechenbar
32sb	Stress- echokardiographie	150	I	nur von FÄ- für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie verrechenbar
24o	24-Stunden Blutdruckmonitoring	€ 41,18	I	FÄ für Innere Medizin in 5% der Fälle verrechenbar; FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20% der Fälle verrechenbar;

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
24r	24-Stunden EKG	€ 95,88	I	<p>FÄ für Innere Medizin in 5% der Fälle verrechenbar; FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20% der Fälle verrechenbar; <u>Mehrtages-EKG nur von FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> nach Vorliegen folgender Indikationen verrechenbar: Vertigo, Synkope, V.a. Supraventrikuläre Extrasystole, Ventrikuläre Extrasystolen, Supraventrikuläre Tachykardie, Ventrikuläre Tachykardie, intermittierendes Vorhofflimmern, V.a. schrittmacherpflichtige Rhythmusstörungen</p>

**XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der
Lungenheilkunde**

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
9i	Tuberkulosestest	10	L/K	
12a	Spirographie, kleiner Test (Vitalkapazität, Tiffeneau-Test, Bronchospasmolyse-test)	20	L/I/AM	von AM und Internisten in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
14e	Feststellung des Atem-Strömungswiderstandes einschließlich Dokumentation	30	L	
19k	Blutgasanalyse in Ruhe oder inklusive Belastung / Sauerstoffabgabe	120	L	in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar, höchstens 2 x pro Tag verrechenbar
20k	D-Dimere	€ 25,--	L/I	in höchstens 4 % der Fälle verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
20s	Respiratorische Flussvolumenskurve	40	L/K	für Lungen- fachärzte in höchstens 22% und für Kinderfach- ärzte in höchstens 10 % der Fälle, jedoch nicht gleichzeitig mit Pos. 12a verrechenbar
35a	Ambulante Schlafapnoeunter- suchung	€ 72,30		nur mit Sonder- vereinbarung verrechenbar
35b	Bodyplethysmo- graphie	75	L	in höchstens 20 % der Fälle verrechenbar

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4c	Aufsichtuntersuchung Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe; pro suspekter Läsion	€ 4,70	D	in höchstens 13 % der Fälle verrechenbar. Maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr
5d	Kohlensäureschneebehandlung; pro Sitzung	5	D	
11l	Modellierender Kompressionsverband	15	D	
13e	Zinkleimverband	25		
18f	Epicutantestung	90	D	1 x pro Fall und Quartal in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
20e	Hyposensibilisierung; je Sitzung	10		
20f	Photochemotherapie; je Sitzung	20	D	die Anzahl der Sitzungen ist mit 20 % der Gesamtfälle begrenzt
20g	Phototherapie; je Sitzung	15	D	die Anzahl der Sitzungen ist mit 40 % der Gesamtfälle begrenzt

XIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4k	Zuschlag für eingehende Beratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 25,36	K	in 5 % der Fälle verrechenbar, bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis
4z	Fachspezifischer Zuschlag	€ 11,98	K	1x pro Fall und Quartal und altersunabhängig verrechenbar
8c	Durchtrennung des Frenulum linguae	8		
14d	Ausführliches ärztliches Gespräch bei kindlichen Verhaltensstörungen	30	K	in höchstens 4 % der Fälle verrechenbar
15d	Eingehende psychiatrische Exploration	35	K	nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
17f	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei dyspeptischen oder dystrophischen sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, bei allergischen Erkrankungen	50	K	nur 1x im Quartal und in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
32k	Pädiatrische Echokardiographie inkl. Doppler 1)	€ 96,99	K	in 5 % der Fälle verrechenbar

1) Anmerkungen zur pädiatrischen Echokardiographie

Nur solchen Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde kann diese Position honoriert werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten ausdrücklich dazu ermächtigt wurden. Die Ausbildung ist nach den Richtlinien der Arbeitsgruppe pädiatrische Kardiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde zu erreichen. Weiters ist ein Gerätenachweis erforderlich.

**XIV. Leistungen der Kinderfachärzte und Ärzte für
Allgemeinmedizin ohne Zahnbehandlungsvertrag**

Pos.Nr	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
5e	Zahnextraktion	5	K/AM	Ärzte für Allgemein- medizin ohne Zahnbehand- lungsvertrag

I. Mutter-Kind-Pass-Leistungen

Aufgrund des MKP-Gesamtvertrages (MKP-Verordnung 2002;
in Kraft ab 1.1.2002)

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 31,55	AM/G
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 31,55	AM/G
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 31,55	AM/G
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 31,55	AM/G

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 31,55	AM/G
MI1	Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin	€ 20,22	AM/I
MS3	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 34,21	G/RÖ
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 34,21	G/RÖ
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 34,21	G/RÖ
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 31,30	AM/K

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
KU1	Erste Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	€ 20,22	AM/K/ O
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche (sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte) durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Vertragsfachärzte für Radiologie	€ 42,63	K/O/ RÖ
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Vertragsfachärzte für Radiologie	€ 42,63	K/O/ RÖ

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KH1	Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	€ 31,42	AM/K/H
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KA1	Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	€ 31,42	AM/K/A

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KA2	Augenfachärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	€ 38,16	A
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K
KU8	Achte Untersuchung des Kindes im 58. bis 62. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 38,16	AM/K

Mit den Honoraren für MKP-Sonderleistungen sind die administrativen Tätigkeiten des Vertragsarztes abgegolten.

C.II.

Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die hierfür nicht ausschließlich oder zusätzlich in Vertrag genommen wurden

- (1) Die Laboruntersuchungen sind sowohl für die Ärzte für Allgemeinmedizin als auch für die Fachärzte nach Punkten bewertet.
- (2) Der Punktwert für Laboruntersuchungen beträgt einheitlich für die Ärzte für Allgemeinmedizin und für die Fachärzte

€ 0,23

- (3) Die Honorierung von Laborleistungen ist für die Ärzte für Allgemeinmedizin und die einzelnen Fachgruppen mit einer durchschnittlichen Punkteanzahl pro Fall und Quartal begrenzt.

Die Begrenzung beträgt bei

Ärzten für Allgemeinmedizin	18 Punkte
Fachärzten für Innere Medizin	90 Punkte
Fachärzten für Kinderheilkunde	40 Punkte
Fachärzten für Urologie	50 Punkte
Fachärzten für Physikalische Medizin	18 Punkte
Fachärzten für Lungenheilkunde	18 Punkte
Fachärzten für Dermatologie	16 Punkte
Fachärzten für Gynäkologie	14 Punkte

Die Fachärzte für Chirurgie dürfen nur die Laborpositionen 43a und 49b verrechnen. Die übrigen Fachgruppen sind von der Verrechnung der Laborleistungen ausgeschlossen.

Morphologische Blutuntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
41a	Hämoglobin-Bestimmung (Sahli)	3	einschließlich Blutabnahme
42a	* Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	4	einschließlich Blutabnahme
46a	Erythrozyten-Zählung (nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 47a verrechenbar)	8	einschließlich Blutabnahme
47a	Hämatokrit-Bestimmung (nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 46a verrechenbar)	9	einschließlich Blutabnahme
46b	Leukozyten-Zählung	8	einschließlich Blutabnahme
50a	Differentialzählung	12	einschließlich Blutabnahme
54a	Kompletter Blutbefund: Zählung der Erythrozyten (oder Hämatokrit-Bestimmung) und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. Farbeindex, Differentialzählung	26	einschließlich Blutabnahme

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
50b	Malariaplasmodien, Untersuchung auf (Ausstrich, dicker Tropfen)	12	einschließlich Blutabnahme

Chemische Untersuchungen des Blutes

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
46c	Blutzucker-Bestimmung, quant. i. S., chemisch	8	einschließlich Blutabnahme
52a	* Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch	20	einschließlich Blutabnahme
57a	* Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens 3 enzym. Blutzucker- und mindestens 1 quant. Harnzucker-Bestimmung)	53	einschließlich Blutabnahme
57m	Oraler Glukosetoleranztest im Rahmen des Mutter-Kind-Passes	50	(3 Blutzuckerbestimmungen, inkl. Blutabnahme und Glukose); Leistung außerhalb des Laborlimits; verrechenbar von FG: AM/G

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
52b	* Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff- (BUN-Blood Urea Nitrogen) oder RN (Reststickstoff-) Bestimmung, quant. i.S. (photometrisch)	20	
52c	*Kreatinin, quant. i.S. (inkl. GFR nach Cockcroft Gault)	20	gleichzeitig mit Pos.Nr. 52b nur verrechenbar bei „Verdacht auf Niereninsuffizienz“ einschl. Blutabnahme
52d	* Harnsäure, quant. i.S.	20	
47b	Gesamteiweiß-Bestimmung, quant. i.S. (refraktomisch oder photometrisch)	9	mit Pos. 57b gleichzeitig nicht verrechenbar
57b	* Elektrophorese zur quant. Bestimmung der Eiweißfraktionen einschließlich Gesamteiweiß-Bestimmungen	53	Auswertung über ein Photometer; max. bei 5 % der Fälle verrechenbar
48a	Thymoltrübungsreaktion	10	
48c	RF = Latex (Rheumafaktor)	10	einschließlich Blutabnahme
49a	* Gesamtbilirubin i.S.	11	

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
52i	* Alkalische Phosphatase, quant. i.S.	20	
52k	* GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase)	20	
54b	γ -GT (Gamma-Glutamyl-Transpeptidase)	26	
54d	CPK (Kreatinin-Phospho-Kinase)	26	einschließlich Blutabnahme, verrechenbar nur bei Infarktverdacht
52j	* GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	20	
52m	* Cholinesterase, quant. i.S. (photometrisch)	20	In max. 5 % der Fälle verrechenbar
52e	* Gesamtcholesterin, quant. i.S.	20	
52f	* Kalzium, quant. i.S.	20	
52g	* Eisen, quant. i.S.	20	
52h	γ -Amylase (Diastase), quant. i.S. (photometrisch)	20	
52l	* LDH (Lactatdehydrogenase)	20	
53a	Triglyceride (Neutralfett) quant. i.S.	23	

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
53b	*** Kalium, quant. i.S.	23	

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
52r	CRP	€ 9,--	AM/I/K/ L	für K in 20% (Jahreslimit), für I, L und AM in 5% der Fälle (Jahreslimit) verrechenbar

Blutgerinnung

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
47c	Thrombozytenzählung	9	
52n	Prothrombinzeit-Bestimmung	20	

Blutgerinnung zur Antikoagulantienkontrolle

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
25n	**** Prothrombinzeitbestimmung (INR)	€ 4,60	AM/I/K	von AM in höchstens 5 %, von I in höchstens 3 % und von K in höchstens 1 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle) verrechenbar. Diese Position ist nicht gleichzeitig mit der Pos.Nr. 52n und ausschließlich zur Blutgerinnungskontrolle für die Antikoagulationstherapie und für OP-Tauglichkeitsuntersuchungen verrechenbar.

Blutsenkung

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
46d	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung	8	einschließlich Blutabnahme

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
50c	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	12	Einschließlich Blutabnahme

Harnuntersuchung

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
42b	Harn auf Eiweiß, quant.	4	
44a	Harn auf Zucker, quant.	6	
44b	Sediment nativ	6	
45a	Sediment, bakterioskopisch	7	
51b	Uricult	16	

Sputumuntersuchung

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
48b	Färbepreparat auf Tbc ohne Anreicherung	10	

Magensaftuntersuchungen

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
49b	Gastrotest	11	

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
54c	Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Nüchtern- und Reizsekret, einschl. Ausheberung, mind. 6 Fraktionen	26	

Stuhluntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
43a	Stuhl nativ und auf Blut	5	
46e	Stuhl auf Würmer und Wurmeier, mit Anreicherung	8	

Liquoruntersuchungen

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
43b	Pandy	5	
43c	Nonne-Apelt	5	
47d	Zellzahl	9	
56a	Liquor komplett: Makroskopische Beschreibung, Zellzahl, Pandy, Nonne-Apelt, Mastix oder Goldsol, ev. Färbepreparat, Gesamteiweiß	30	

Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
47e	Sekretuntersuchung: Urethral-, Cervixabstrich, je	10	

Bakteriologische Untersuchung

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	ach-gruppe	Anmerkung
58a	Pilzkultur	50	D	in höchstens 10% der Fälle verrechenbar
46f	Pilz(e): Nativ- und Färbepreparat	8	D	
50d	Färbepreparat (Gram usw.)	12		
51a	Spirochäten (Dunkelfeld- oder Phasenkontrastuntersuchung)	16		

Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

- * Die mit einem Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 bis 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen: 366 nm, 405 nm, 436 nm, 492 nm, 546 nm, 578 nm, 623 nm.
- ** Die mit zwei Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 bis 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen: 293 nm, 297 nm, 313 nm.
- *** Die mit drei Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn die Bestimmungen mit einem Flammenphotometer durchgeführt werden.
- **** Wenn in einem Quartal das Limit (AM 5%, I 3% und K 1% der Normalfälle erreicht ist, besteht die Möglichkeit, die Leistung 25n Prothrombinzeit-Bestimmung INR) mit der Pos. Nr. 52n unter Einhaltung der geltenden Bestimmungen für diese Position innerhalb des Laborlimits zu verrechnen. Die Pos. Nr. 25n ist eine zusätzliche Leistungsposition außerhalb des Laborlimits. Es besteht somit die Möglichkeit die Blutgerinnungskontrolle für die Antikoagulantien-therapie und für OP-Tauglichkeitsuntersuchungen primär über die Pos. Nr. 25n und bei Bedarf über die Pos. Nr. 52n zu verrechnen.

Der Besitz geeigneter Geräte ist den Versicherungsträgern bekanntzugeben, ebenso jede Anschaffung neuer Geräte.

- (1) In den Tarifsätzen sind die jeweils notwendigen Reagenzien enthalten.
- (2) Mittels Schnelltest (Streifen, Stäbchen, Tabletten) durchgeführte Bestimmungen sind nach diesem Test nicht verrechenbar, sofern die Reagenzien von den Versicherungsträgern beigestellt werden.
- (3) Sämtliche photometrische Untersuchungs-methoden unterliegen einer anonymen Qualitätskontrolle:
 - a) Die Qualitätskontrollen werden vorläufig 2 x jährlich vorgenommen.
 - b) Werden die Qualitätskontrollen vom Vertragsarzt abgelehnt oder nicht durchgeführt, so ist er von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen ausgeschlossen.
 - c) Ergeben die Qualitätskontrollen bei Enzymtests Werte über einem Variationskoeffizienten von +/- 10 %, bei Substratuntersuchungen von +/- 5 %, so sind die Kontrollen zu wiederholen. Werden auch bei den Wiederholungen Abweichungen in den angeführten Größenordnungen festgestellt, können im nächstfolgenden Quartal photometrische Untersuchungen nicht verrechnet werden.
 - d) Nach dreimaliger Feststellung von Fehlwerten innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung photometrischer Untersuchungen in den darauffolgenden vier Quartalen nicht möglich.
 - e) Vor dem Ausschluss eines Vertragsarztes von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen werden je zwei Vertreter der Ärztekammer für Kärnten und der Kärntner § 2-Kassen den Fall objektiv prüfen.
- (4) Das jeweilige Ergebnis einer Qualitätskontrolle wird dem Vertragsarzt, der Ärztekammer für Kärnten und den Vertragskassen bekanntgegeben.

C.III.

Tarif für Physio-Behandlungen

- (1) Die physiotherapeutischen Leistungen sind sowohl durch Ärzte für Allgemeinmedizin als auch durch allgemeine Fachärzte zu erbringen.

- (2) Die mit Sternchen (*) bezeichneten Leistungen können nur dann verrechnet werden, wenn sie vom Facharzt für physikalische Medizin oder bei ihm beschäftigten, entsprechend ausgebildetem Fachpersonal durchgeführt werden.

- (3) Generell sind Diagnosen in der Abrechnung anzugeben. In jenen Fällen, wo die Diagnose nicht eindeutig auf die zu behandelnden Körperregionen zuordenbar ist, sind diese entsprechend anzuführen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
1ph	Zuschlag für komplexe Behandlungsfälle	€ 5,87	PH	1x pro Fall und Quartal verrechenbar
90b	Wärmelampe	€ 1,35		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,93		
90d	Galvanisation	€ 2,41		
90e	Schwellstrom	€ 3,35		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90f	Niederfrequenzströme (Impuls-galvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 3,70		
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 4,95		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 3,35		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 3,70		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 3,70		

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90k	Ultraschall *)	€ 4,14	PH/O UC	bei Indika- tionen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neu- ralgie, Perio- stitis, Spondy- lose, Tendova- ginitis ver- rechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 4,14		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,78		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 2,41		
90p	Unterwasserdruck- strahlmassage *)	€ 12,42	PH	ist mittels Druck- schlauch und manuell durch- zuführen
90q	Schlamm-packung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- packung) *)	€ 9,36	PH	

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90r	Unterwassergymnastik Einzel *)	€ 12,92	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe *) pro Person	€ 6,36	PH	
90t	Heilmassage *) (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete)	€ 12,42	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 18,45	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe *) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 3,70	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 24,77	PH	bei den Indikationen: Lymphstau nach Tumoren, chron. Erysipel, chron. Lymphödem nach Varicen, Morbus Sudeck verrechenbar

C.IV.

Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Die apparatemäßige Einrichtung muss derart sein, dass der Röntgenfacharzt in der Lage ist, alle Röntgenleistungen durchzuführen, soweit diese nicht an eine stationäre Krankenhausaufnahme gebunden sind. Die Überprüfung der vorhandenen Apparaturen obliegt der Ärztekammer. Allfällige Mängel sind den Vertragskassen bekanntzugeben.
- (2) Über die Art der getätigten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen; eine Durchschrift des erhobenen Befundes samt den dazugehörigen Unterlagen ist durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.
- (3) Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.
- (4) Werden bei einem Patienten pro Organ am gleichen Tag zwei oder mehr röntgendiagnostische Leistungen oder mehrere Leistungen im Zuge einer bereits begonnenen Röntgenuntersuchung an verschiedenen Tagen getätigt, wird für die ärztliche Tätigkeit bei der ersten dieser Röntgenleistungen ein **Ersthonorar**, bei jeder weiteren ein **Zweithonorar** verrechnet, während der Unkostensatz jedesmal voll vergütet wird (s. Anhang zum Tarif für Röntgenleistungen Seite T 113 – 119).

- (5) Das für die Abrechnung höchstzulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik wird durch die Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik (Seite T 100 – 112) bestimmt. Können diese in Ausnahmefällen nicht eingehalten werden, so ist dies zu begründen. Ohne diese Begründung kann das Mehrausmaß nicht honoriert werden.
- (6) Erforderliche Aufnahmen, die in den Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik nicht angeführt wurden und die spezielle Röntgendiagnostik betreffen, können fallweise nach Absprache mit der Kasse durchgeführt werden (Encephalographie, Arteriographie usw.).
- (7) Sofern die Kontrastmittel für Gallen-, Nieren- und Harntrakt sowie Fistelfüllungen nicht von den § 2-Kassen als Ordinationsbedarf beigelegt werden, können sie zu Lasten des jeweils zuständigen Versicherungsträgers rezeptiert werden.
- (8) Der Tarif für Röntgenleistungen ist hinsichtlich der Unkosten ein Euro- und in Bezug auf das Honorar ein Punkttarif.
- (9) Der Punktwert beträgt ab 1.1.2024

€ 0,3874

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
4r	I.v. Injektion	4	

Besondere Bestimmungen

Mammographien

I. Leistungsvoraussetzungen

Kurative Mammographien gem. Abschnitt C.IV. (Pos. Nr. 30b und 30c) können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der Kasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse schriftlich und rechtzeitig im Vorhinein informiert

- 1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
 - b) technische Qualitätssicherung gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
 - c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
 - d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographien durchführen (Punkt 10).

- 2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
- a) Befundung von Mammographief Aufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen.

Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder bzw. Zweitbefunderin für einen erfahrenen Radiologen/eine erfahrene Radiologin tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 nicht Gegenstand dieser Honorarordnung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der SV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 – 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punkte 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 geregelt.

13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.

14.) Die standortbezogenen Voraussetzungen in Punkt I.1.c dieser Vereinbarung gelten für die Standorte

9620 Hermagor, Gösseringlände 7 (Neubau)
9500 Villach, Italiener Straße 24A

unabhängig der erstellten Mammographieaufnahmen als erfüllt.

II. Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie

- 1.) Familiär erhöhte Disposition
- 2.) Hochrisikopatientinnen
- 3.) Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
- 4.) Mastodynie einseitig
- 5.) Histologisch definierte Risikoläsionen
- 6.) Sekretion aus Mamille
- 7.) Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio),
- 8.) Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle binnen eines Jahres nach Mamma OP
- 9.) Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
- 10.) Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind Bestandteil der Beilage 3 Indikationen für die kurative Mammographie (Anlage 5 zum 2. ZP VU-GV).

III. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 2.) Das Datenflussmodell gemäß Beilage 4 „Kompendium Mammographie“ Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-card-System;
 - b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
 - d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
 - e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die Vertragspartnerabteilung muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

IV. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

Beilagen

- Beilage 1: „Kompendium Mammographie“ Teil 1 -
(Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1,
2. ZP VU-GV)
- Beilage 2: „Kompendium Mammographie“ Teil 2 - ÖÄK-
Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-
GV)
- Beilage 3: Indikationen für die kurative Mammographie
(Anlage 5, 2. ZP VU-GV)
- Beilage 4: „Kompendium Mammographie“ Teil 4 –
Datenflussmodell kurative Mammographie

Röntgendiagnostik

Honorartarif

Für die ärztliche Tätigkeit bei der Röntgenuntersuchung im Zuge der Durchleuchtung oder Aufnahme eines Organs beträgt das Honorar:

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte
E	(1) Ersthonorar (2) Bei Zahnaufnahmen 1. – 3. Film	31,8 29,8
Z	a) Zweithonorar b) Bei Zahnaufnahmen für je weitere 1 – 3 Filme	21,6 19,9

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 90,96	mit diesem Tarif sind das Honorar und sämtliche Unkosten abgegolten. Die Mindestzahl der erforderlichen Leistungen wird mit einer Durchleuchtung, zwei Aufnahmen 9 x 12 und einer mit 18 x 24 cm festgelegt.
30b	Mammographie	€ 102,75	siehe in Bezug auf die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit Honorarordnung Abschnitt C.IV., Besondere Bestimmungen, Punkte I. und II., sowie insbesondere Anlage 3 der Honorarordnung.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30c	Mammographie einer Brust	€ 51,38	siehe in Bezug auf die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit Honorarordnung Abschnitt C.IV., Besondere Bestimmungen, Punkte I. und II., sowie insbesondere Anlage 3 der Honorarordnung.

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung mit Bildverstärker	Unkosten
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 6,92
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 10,03
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 16,91
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 6,92
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 15,24

Pos. Nr.	Aufnahme cm Film	Unkosten
6	9 x 12	€ 5,85
7	13 x 18	€ 7,44
8	18 x 24	€ 9,28
9	15 x 40	€ 10,46
10	24 x 30	€ 11,50
11	30 x 40	€ 14,99
12	35 x 35	€ 16,72
13	35 x 43	€ 17,72
14a für den ersten Zahnfilm		€ 3,39
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 2,22

Röntgentherapie

Falls mehr als eine Stelle abgerechnet wird, sind Größe und Lokalisation der Krankheitsherde genauestens anzugeben, sonst wird nur die Behandlung einer Stelle vergütet.

Falls bei der Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgelegte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind das Honorar und die Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen. Grundsätzlich ist ein Therapiefall erst nach Abschluss der Behandlung bzw. Beendigung der Bestrahlungsserie abzurechnen.

Bei Oberflächentherapie ist die Feldgröße 20 x 20 cm verbindlich. Als Stelle ist eine Körperregion in einer Feldgröße von 20 x 20 cm zu verstehen.

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serien-pausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten
	Tarifgruppe II:					
17p	Tendinitis	4 – 6	4	3	76,8	€ 26,60
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 32,69
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 32,69

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serien- pausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten
	Tarifgruppe III:					
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 32,69
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 32,69
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 32,69
18ab	Schweißdrüsen- entzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 32,69

C.V.

Tarif für Röntgenleistungen der Fachärzte anderer Sparten und der Ärzte für Allgemeinmedizin

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Fachärzten anderer Sparten oder Ärzten für Allgemeinmedizin kann über Antrag der Ärztekammer für Kärnten durch die § 2-Kassen genehmigt werden, bestimmte röntgendiagnostische Leistungen zu erbringen. Voraussetzung hierfür ist grundsätzlich, dass die sich um die Auch-Röntgentätigkeit bewerbenden Ärzte der Ärztekammer die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen nachweisen.

(2) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist.

a) für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte:

Röntgenaufnahmen bei Versorgung von Unfällen (Extremitäten) und orientierende Durchuntersuchung (Lunge, Herz, Fremdkörper und Leeruntersuchungen des Abdomens);

b) für Fachärzte für Chirurgie:

Untersuchungen des Magen-Darm-Traktes (Durchleuchtung – Aufnahmen) oder chirurgische Aufnahmen;

c) für Fachärzte für Innere Medizin:

Lungen-Herz-Untersuchungen, Magen- und Darmuntersuchungen (jeweils Durchleuchtungen in höchstens 1% der Fälle und Aufnahme);

d) für Lungenspezialisten:

Thoraxuntersuchungen und Aufnahmen.

(3) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeiten in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte für Radiologie niedergelassen sind

a) für Kinderfachärzte:

Röntgenaufnahmen bei Erstversorgung von Unfällen (Extremitäten), orientierende Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Fremdkörper und Leeruntersuchungen des Abdomens); spätere Stellungskontrollen bzw. Röntgenkontrollen sind ausschließlich den am Ort zugelassenen Röntgenfachärzten vorbehalten;

b) für Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden:

Röntgenaufnahmen im Zuge der Erstversorgung von Unfällen bzw. Frakturen (einschließlich Stellungskontrolle am selben Tag); spätere Stellungskontrollen bzw. Röntgenkontrollen sind ausschließlich den am Ort zugelassenen Röntgenfachärzten vorbehalten;

c) für Fachärzte für Innere Medizin:

Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Fremdkörper u. Leeruntersuchungen des Abdomens); in höchstens 1 % der Fälle verrechenbar

d) für Lungenfachärzte:

Thoraxdurchleuchtungen – Aufnahmen;

e) für Ärzte für Allgemeinmedizin:

In besonderen Fällen können von der Ärztekammer für Kärnten nach Beurteilung durch einen Röntgen-Sachverständigen-Ausschuss auch Ärzte für Allgemeinmedizin zur auch-röntgenologischen Tätigkeit bis zu dem unter lit. a) vorgesehenen Ausmaß zur Zulassung vorgeschlagen werden.

- (4) Die unter den Absätzen 2 und 3 angeführten röntgendiagnostischen Leistungen können nur in jenen Fällen erbracht werden, in denen eine Röntgenuntersuchung im Zusammenhang mit dem klinisch-fachlichen Befund notwendig wird. Ausschließlich Röntgenuntersuchungen und Annahme von Patienten aus fremder Praxis mit Zuweisung zur Röntgenuntersuchung sind nicht gestattet.
- (5) Die Zulassungen gemäß Abs. 2 erlöschen grundsätzlich bei Niederlassung eines Vertragsfacharztes für Radiologie in diesem Gebiet. Sie können im Einzelfall verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse zweckmäßig erscheint.
- (6) Die vor dem Inkrafttreten dieser Honorarordnung erteilten Bewilligungen zur Verrechnung röntgendiagnostischer Leistungen bleiben nach Art und Umfang weiterhin aufrecht.
- (7) Über die durchgeführten Röntgenuntersuchungen sind entsprechende Aufzeichnungen zu führen und durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Der Ärztekammer und der Kasse (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.
- (8) Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.

- (9) Werden bei einem Patienten pro Organ am gleichen Tag zwei oder mehr röntgendiagnostische Leistungen oder mehrere Leistungen im Zuge einer bereits begonnenen Röntgenuntersuchung an verschiedenen Tagen getätigt, wird für die ärztliche Tätigkeit bei der ersten dieser Röntgenleistungen ein **Ersthonorar**, bei jeder weiteren ein **Zweithonorar** verrechnet, während der Unkostensatz jedesmal voll vergütet wird (s. Anhang zum Tarif für Röntgenleistungen Seite T 115 - T 122).
- (10) Das für die Abrechnung höchstzulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik wird durch die Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik (Seite T 103 – 112) bestimmt. Können diese in Ausnahmefällen nicht eingehalten werden, so ist dies zu begründen. Ohne diese Begründung kann das Mehrausmaß nicht honoriert werden.
- (11) Der Tarif für Auch-Röntgenleistungen ist sowohl hinsichtlich der Unkosten als auch hinsichtlich des Honorars ein Euro-Tarif.

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	Honorar
70	Ersthonorar	€ 12,64
71	Zweithonorar	€ 8,57

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung mit Bildverstärker	Unkosten
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 6,92

Pos. Nr.	Aufnahme cm Film	Unkosten
82	9 x 12	€ 4,22
83	13 x 18	€ 5,39
84	18 x 24	€ 8,72
85	15 x 40	€ 7,56
86	24 x 30	€ 11,50
87	30 x 40	€ 14,99
88	35 x 35	€ 16,72
80	35 x 43	€ 17,72

Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik

In den bestehenden Tarifen für Röntgenleistungen ist für jedes Organ ein Ersthonorar vorgesehen. Zur Definition des Begriffes „ORGAN“ sind die folgenden Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Abrechnung der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik zugrunde zu legen.

Abkürzungen:

D = Durchleuchtung

KM = Kontrastmittel

A = Aufnahme

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
1	Thorax (Herz und Lunge) Kind bis 7 Jahre Erwachsener	d) D + A 18/24; A 24/30 mit Begründung D + A 24/30 oder A 35/35 oder (großer Thorax) A 35/43 Zusätzliche Aufnahmen mit Begründung: Kind: A 13/18 <i>ab 1.1.2003</i> Erwachsener: Zusätzliche Aufnahme 30/40 (ohne Begründung)
2	Ösophagus	D mit KM + 2 x A 9/12 oder 1 x A 18/24; 1 x A 24/30 mit Begründung

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
3	Hals (Trachea und Struma)	D + 1 x A 13/18 oder 1 x A 18/24 mit Begründung; zusätzlich mit besonderer Begründung 1 x A 13/18
4	Hypopharinx	D + 1 x A 13/18 oder 2 x A 9/12
5	Magen - Duodenum	e) Erstuntersuchung D mit KM + 2 x A 9/12 + 1 x A 18/24 Kontrolluntersuchungen D mit KM + 2 x A 9/12 bis zum Abschluss der Behandlung
6	Verlangte Dickdarmpassage	a) 1 D mit KM
6a	Verlangte Dünndarm- passage	c) 1 D mit KM + 4 Motilitäts- prüfungen
7	Dickdarmeinlauf (Irrigos- kopie)	D mit KM + 1 x A 35/35 + 2 x A 24/30
8	Appendixdarstellung	3 D mit KM + 1 x A 13/18
9	Gallenblase, leer	d) 1 x A 18/24

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
10	Cholecystographie (Gallenblasenfüllung mit Kontrastdarstellung)	3 x A 18/24
11	Biligraphie, Cholangio- graphie	a) 4 x A 18/24 + 1 i. v. Injektion; mit Begründung, 4 x A 24/30
12	Harnwege (Nieren und Ureteren), leer	1 x A 24/30 oder 1 x A 30/40 oder A 35/43
13	Harnblase allein, leer	1 x A 18/24
14	I.v. Pyelogramm einschl. Leeraufnahme	4 x A 30/40 oder 35/43
15	Retrograde Pyelographie, einseitig beidseitig	1 x A 15/40 1 x A 30/40 oder 35/43 zusätzlich 1 x A 15/40 mit Begründung
16	Schädel	2 x A 24/30
17	Nebenhöhlen	1 x A 13/18 + 1 x A 18/24; in Kombination mit Schädel 1 x A 18/24

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
18	Nasenbein	1 x A 9/12; A 13/18 mit Begründung
19	Felsenbein, 1 Ohr erkrankt beide Ohren erkrankt	3 x A 13/18 4 – 6 x A 13/18
20	Unterkiefer	1 x A 13/18 + 1 x A 18/24
21	Unterkiefergelenk, ein- oder beidseitig	4 x A 13/18
22	Zahnstatus, komplett	10 Zahnfilme
23	1 – 3 benachbarte Zähne	1 Zahnfilm, 1 weiterer aus besonderer Veranlassung
24	Sprunggelenk	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18
25	Vorfuß mit Fußwurzel Kind Erwachsener	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 2 x A 18/24; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 18/24

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
26	Fußwurzel mit Mittelfuß	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18, bei Fraktur: 2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 Ansonsten: 1 x A 13/18
27	Fersenbein	bei Fraktur: 2 x A 13/18, bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 Ansonsten: 1 x A 13/18
28	Fistelfüllung	D mit KM + 2 x A; Aufnahmen mit kleinstmöglichem Format
29	Fremdkörper	D + 1 x A; Aufnahme mit kleinstmöglichem Format
30	Ganze Wirbelsäule: Kleinkind Großes Kind Erwachsener: Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule	2 x A 15/40 1 x A 30/40 + 2 x A 24/30 2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
31	Halswirbelsäule: Kind Erwachsener	2 x A 13/18; 1 x A 13/18 + 1 x A 18/24 mit Begründung 2 x A 18/24
32	Brustwirbelsäule: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 24/30 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40
33	Lendenwirbelsäule: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 24/30 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40
34	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein	2 x A 30/40
35	Becken: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	1 x A 18/24 1 x A 24/30 1 x A 30/40 oder A 35/43
36	Kreuzbein: Kind Erwachsener	2 x A 18/24 2 x A 24/30

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
37	Steißbein: Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24
38	Ileosacralgelenke: Kind Erwachsener	1 x A 18/24 1 x A 24/30
39	Hüftgelenk: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	1 x A 13/18 1 x A 18/24 1 x A 24/30
40	Rippen, pro Seite: Kind Erwachsener	D + 1 x A 18/24 D + 1 x A 24/30
41	Sternum: Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24
42	Sterno – Claviculargelenke	2 x A 13/18

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
43	Schultergelenk, Schulterblatt pro Seite: Kind Erwachsener	1 x A 13/18 2 x A 13/18 mit Begründung 2 x A 18/24
44	Clavicula, pro Seite: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	1 x A 13/18 1 x A 18/24
45	Ober- oder Unterarm, pro Extremität: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24 2 x A 15/40
46	Ellbogen, pro Extremität	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18
47	Handwurzel und Mittelhand	2 x A 13/18; bei Handwurzelfraktur noch 2 x A 9/12
48	Finger oder Zehen	2 x A 9/12

Pos. Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
49	Ganze Hand mit Handgelenk: Kind Erwachsener	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit 1 x A 18/24 + 1 x A 13/18 * 2 x A 18/24; bei Vergleichsnotwendigkeit 1 x A 24/30 + 1 x A 18/24 * * Statt 2 x A 13/18 bzw. 2 x A 18/24
50	Phlebographie	1 x D mit KM 3 x A 15/40 1 x A 30/40
51	Oberschenkel: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	2 x A 18/24 2 x A 15/40 1 x A 30/40 + 1 x A 15/40
52	Unterschenkel	2 x A 15/40
53	Beide Kniegelenke: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	4 x A 13/18 4 x A 18/24
54	Kniegelenk: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24; wenn Patella verlangt + 1 x A 13/18

Schichtaufnahmen

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
55	Thorax Einseitig Beidseitig	D + 1 x A 24/30 bzw. 1 x A 35/35 bis zu 6 x A 18/24 bis zu 6 x A 24/30 dasselbe beim Schichten des Hilus
56	Knochen	für Übersicht entsprechendes Format + 3 x A 13/18 bzw. 3 x A 18/24
57	Gallenblase	3 x A 18/24
58	Hystero-Salpingographie (nur bei sekundärer Sterilität)	D + 2 x A 18/24; 3 x A 18/24 mit Begründung

Anmerkungen:

- a) Thorax: Nur bei Erkrankungen des hinteren Mediastinums und bei Herzdilatation kann an Stelle einer Durchleuchtung eine Durchleuchtung mit KM abgerechnet werden. Obige Begründung ist anzugeben. Wenn anlässlich der Thoraxuntersuchung auch die Frage nach Struma zur Beurteilung vorliegt, kann eine Durchleuchtung mit KM an Stelle der konventionellen Durchleuchtung verrechnet werden. Die Verrechnung einer zusätzlichen Durchleuchtung kann jedoch nicht mehr erfolgen. In diesen Fällen gelangt kein zweites Honorar zur Verrechnung.
- b) Bei Magenuntersuchungen ist eine eventuelle zweite Motilitätsprüfung am gleichen Tag zu begründen.
- c) Im Zusammenhang mit einer Magenuntersuchung ist die Durchleuchtung mit KM durch eine weitere Motilitätsprüfung zu ersetzen.
- d) Werden diese Untersuchungen kombiniert oder im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, kann nur eine Leeraufnahme verrechnet werden.
- e) Bei stärkeren Skoliosen ist an Stelle von 18/40 das Format 30/40 verrechenbar.
- f) WS-Übergangsaufnahmen von einem Wirbelsäulen-ausschnitt zum nächsten: Werden drei Filmaufnahmen angefertigt, sind zwei Ersthonorare und ein weiteres Honorar zu bezahlen. Werden jedoch nur zwei Aufnahmen gemacht, so ist nur ein Ersthonorar und ein weiteres Honorar zu vergüten.
- g) Gelenkaufnahmen mit Übergang zu anschließenden Regionen: Sind sinngemäß wie f) zu honorieren.

Organe und Ersthonorare

Anhang zum Tarif für Röntgenleistungen

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
1	Thorax (Herz und Lunge)	1	
2	Ösophagus	1	
1 + 2	Thorax und Ösophagus	2	
3	Hals (Trachea und Struma)	1	
1 + 3	Thorax und Hals	1	
1 + 2 + 3	Thorax, Ösophagus und Hals	2	
2 + 3	Ösophagus und Hals	1	
4	Hypopharinx	1	
2 + 4	Ösophagus und Hypopharinx	1	
5	Magen und Duodenum	1	
2 + 5	Ösophagus und Magen-Duodenum	2	
3 + 5	Hals- und Magen-Duodenum	2	
6	Verlangte Dickdarmpassage	1	
6a	Verlangte Dünndarmpassage	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
5 + 6	Magen-Duodenum und verlangte Dickdarmpassage	2	
5 + 6a	Magen-Duodenum und verlangte Dünndarmpassage	1	
5 + 6 + 6a	Magen-Duodenum und verlangte Dünndarm- und Dickdarmpassage	2	
7	Dickdarmeinlauf (Irrigoskopie)	1	
8	Appendixdarstellung	1	
9	Gallenblase, leer	1	
10	Cholecystographie (Gallenblasenfüllung mit Kontrastdarstellung)	1	
9 + 10	Gallenblase, leer und Cholecystographie (Gallenblasenfüllung mit Kontrastdarstellung)	1	
11	Biligraphie	1	
9 + 11	Gallenblase, leer und Bili-graphie	1	
12	Harnwege (Nieren und Ureteren), leer	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
13	Harnblase allein, leer	1	
14	I.v. Pyelographie	1	
13 + 14	Harnwege, leer und I.v. Pyelographie	1	
15	Retrograde Pyelographie	1	
16	Schädel	1	
17	Nebenhöhlen	1	
16 + 17	Schädel und Nebenhöhlen	1	
18	Nasenbein	1	
16 + 18	Schädel und Nasenbein	1	
16 + 19	Schädel und Felsenbeine	2	
19	Felsenbein, pro Seite	1	
20	Unterkiefer	1	
21	Unterkiefergelenk	1	
20 + 21	Unterkiefer und Unterkiefergelenk	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
24	Sprunggelenk, pro Seite	1	Kombinationen der Pos.Nr. 24 – 27 und 48 können nur mit einem Ersthonorar und den entsprechenden Zweithonoraren abgegolten werden.
25	Vorfuß mit Fußwurzel	1	
26	Fußwurzel mit Mittelfuß	1	
27	Fersenbein	1	
28	Fistelfüllung	1	
29	Fremdkörper	1	
30	Ganze Wirbelsäule	3	
31	Halswirbelsäule	1	
32	Brustwirbelsäule	1	
33	Lendenwirbelsäule	1	
34	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
35	Becken	1	
33 + 35	Lendenwirbelsäule und Becken	2	
36	Kreuzbein	1	
37	Steißbein	1	
36 + 37	Kreuz- und Steißbein	1	
33 + 36 + 37	Lendenwirbelsäule, Kreuz- und Steißbein	1	
38	Ileosacralgelenke	1	
33 + 38	Lendenwirbel und Ileosacralgelenke	1	
36 + 38	Kreuzbein und Ileosacralgelenke	1	
36 + 37 + 38	Kreuzbein, Steißbein und Ileosacralgelenke	1	
35 + 38	Becken und Ileosacralgelenke	1	
39	Hüftgelenk, einseitig	1	
35 + 39	Becken und Hüftgelenke	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
40	Rippen, pro Seite	1	
41	Sternum	1	
40 + 41	Rippen und Sternum (auch bei Rippen beidseitig)	2	
42	Sterno-Claviculargelenke	1	
43	Schultergelenk, pro Seite	1	
44	Clavicula, pro Seite	1	
45	Ober- oder Unterarm, pro Extremität	1	
46	Ellbogen, pro Extremität	1	
47	Handwurzel und Mittelhand	1	Kombinationen der Pos.Nr. 47 - 49 können nur mit einem Erst-honorar und den entsprechenden Zweit-honoraren abgegolten werden.
48	Finger oder Zehen, auch beidseitig	1	

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
49	Ganze Hand mit Handgelenk	1	
50	Phlebographie	1	
51 + 52	Ober- oder Unterschenkel (Kleinkind)	1	
51	Oberschenkel	1	
52	Unterschenkel	1	
53	Beide Kniegelenke	1	
54	1 Kniegelenk	1	

Schichtaufnahmen			
Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
55	Thorax	1	
56	Knochen	1	
57	Gallenblase	1	
58	Hystero-Salpingographie (nur bei sekundärer Sterilität)	1	

C.VI.

Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

(1) Voraussetzung für die Verrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik ist der Nachweis einer entsprechenden Ausbildung und eines geeigneten Gerätes.

(2) Die Verrechnung durch Vertragsfachärzte für Radiologie ist nur möglich, wenn der zuweisende Arzt ausdrücklich unter Angabe der Indikation Ultraschalldiagnostik (Sonographie) beantragt hat und nur für die in der Zuweisung bestimmten Organe. Die Verrechnung hat unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffer unter Hinzufügung des Untersuchungsdatums zu erfolgen.

(3) Die Untersuchungen sind mittels Polaroidfilm oder gleichartiger Abbildungssysteme zu dokumentieren, die Befunde drei Jahre aufzubewahren und den Versicherungsträgern auf Verlangen vorzulegen.

(4) Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten oder aus einem Organtarif. Die Unkosten sind für § 2-Kassenfälle für Radiologen mit höchstens € 2.927,10, für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.882,10 pro Quartal limitiert. Ab 1.1.2015 wird das Unkosten-Limit für die radiologischen Gruppenpraxen jeweils pro Gesellschafter gerechnet.

(5) Internisten, Gynäkologen, Urologen und Fachärzte für Kinderheilkunde mit Voraussetzung für die Verrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik dürfen an Radiologen nicht zur Ultraschalldiagnostik zuweisen.

(6) Tarife für Ultraschalldiagnostik (Sonographie):

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
SO1	Sonographie des Oberbauches komplett: (Gallen-blase, Leber, Gallenwege, Pankreas, Milz)	€ 33,55	€ 41,93	RÖ/I/C von Chirurgen in höchstens 20% und von Internisten in höchstens 24% der Fälle ver- rechenbar
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 28,02	€ 35,15	RÖ/I von Internisten in höchstens 17% der Fälle ver- rechenbar
MS3	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 34,21		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 34,21		RÖ/G

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 34,21		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 39,56		G in höchstens 27% der Fälle ver- rechenbar
SO5	Urologische Sonographie einschl. Befunderstellung und Dokumentation. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren- u. Retroperitoneum b) Blase, Prostata u. kleines Becken c) Skrotum	Honorar einschl. Unkosten € 25,62		U in höchstens 50% der Fälle, nicht mehr als 2 Unter- suchungs- felder pro Tag/pro Patient ver- rechenbar
SO6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitoneum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 51,28		K in höchstens 15% der Fälle ver- rechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 37,04		I/RÖ von RÖ in höchstens 15% und von I in höchstens 17% der Fälle ver- rechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 45,34		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 24,19		O/UC in höchstens 20% der Fälle ver- rechenbar
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 14,18		U in höchstens 10% der Fälle verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe/ Anmerkung
SO12	Transrektale Prostata-sonographie	Honorar einschl. Unkosten € 41,13	U in höchstens 5% der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie- ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 10,71	RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebral- Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 62,58	RÖ/I/P/N von I in höchstens 5% der Fälle von P in höchstens 6% der Fälle von N in höchstens 20% der Fälle verrechenbar. <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie:</u> unlimitiert ab 1.4.2018
SO15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	Honorar einschl. Unkosten € 11,64	C/D in höchstens 6% der Fälle verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe/ Anmerkung
SO16	Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 15,48	RÖ/I Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie Von Radiologen in höchstens 10% und von Internisten (Kardiologie) in höchstens 6% der Fälle verrechenbar. Von Radiologen max. 2x pro Tag und Patient in onkologischen Fällen verrechenbar.
SO17	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	Honorar Einschl. Unkosten € 39,43	RÖ in höchstens 8% der Fälle verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos. SO16 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.

(7) Mit dem Tarif sind sämtliche erforderlichen Nebenleistungen und Kosten bei der Durchführung der Sonographie wie die Dokumentation, Koppel-Mittel usw., abgegolten.

C.VII.

Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Besondere Bestimmungen:

- Soweit bei den einzelnen Positionen des Operationstarifes Fachgebiete angeführt sind, können diese Leistungen nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
- Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der Österreichischen Gesundheitskasse nur honoriert, wenn eine ausdrückliche Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.

I. Augenheilkunde

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
101	Incision einer Dakryocystitis	€ 43,05		
102	Operative Entfernung kleinerer Geschwülste an den Lidern	€ 43,05		
103	Operation eines Chalazion	€ 43,05	A	
104	Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	€ 43,05	A	
106	Kanthoplastik mit Naht	€ 43,05	A	
107	Einseitige Sondierung und Spülung der Tränenwege	€ 43,05		nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 122 verrechenbar
108	Operation am Tränenröhrchen	€ 43,05	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
110	Erste retrobulbäre Injektion (ausgenommen Alkoholinjektion)	€ 43,05		
111	Elektrolytische Epilation	€ 43,05	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
112	Weitere retrobulbäre Injektion	€ 21,59	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
120	Tarsorrhaphie	€ 86,23	A	
122	Strikturspaltung der Tränenwege	€ 86,23	A	nicht gleichzeitig mit der Pos. Nr. 107 verrechenbar
124	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellen'sche Naht)	€ 86,23	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
126	Flügfelloperation (Pterygium)	€ 86,23	A	
127	Hornhautabrasio (Abrasio Corneae)	€ 86,23	A/AM	
130	Punktion der vorderen Kammer	€ 86,23	A	
132	Retrobulbäre Alkoholinjektion	€ 86,23	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
140	Größere Operation am Lid (Tarsusausschälung usw.): Tarsusexstirpation bei Trachom	€ 148,62	A/C/D	
141	Operation am Tränensack oder der Tränendrüse: Exstirpation des Tränensackes (der Tränendrüse)	€ 148,62	A	
142	Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels eines Magneten	€ 148,62	A	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
143	Nachstarbehandlung (YAG Laser Kapsulatomie)	€ 148,62	A	
144	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	€ 148,62	A	
145	Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	€ 148,62	A	

II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
160	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	€ 43,05	C/O/AM/UC
161	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen: Fibula, Phalangen, Patella, Unterkiefer, Nasenbein, Jochbein	€ 43,05	H/O/AM/UC/C
163	Incision eines oder mehrerer oberflächlich gelegener eitriger Prozesse (auch Paronychie, Panaritium subc.)	€ 43,05	
164	Karbunkel, operat. Beh.; Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	€ 43,05	
165	Incision einer oberfl. Phlegmone	€ 43,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
166	Operative Entfernung von Fremdkörpern aus Weichteilen inkl. Naht; Entf. subc. gelegener tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht (mit Situsangabe)	€ 43,05	
167	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Häm. Knotens einschl. Naht. Erster Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Nävi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk., Cysten)	€ 43,05	
168	Zurückbringung einer Paraphimose; Dorsalincision einer Phimose oder Paraphimose	€ 43,05	
169	Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung	€ 43,05	C/D/G
170	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	€ 43,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
172	Radikalop. eines Unguis incarnatus, Radikalop. eines ung. incarn. an d. Großzehe mit Nagelbettausschneidung	€ 43,05	C/D/O/AM/UC
174	Probeexcision mit Naht	€ 43,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
180	Unblutige Einrichtung u. erster Verband v. lux. großer Gelenke, ausgenommen Hüft-, Ellebogen- und Kniegelenksluxation	€ 86,23	C/O/UC/AM
181	Unblutige Einrichtung u. erster Verband (auch Extensionsverb.) bei Frakturen am OA, UA, US, Schlüsselb., Schulterbl., Mittelfuß, Mittelhand, Knöchel, Finger, Zehengrundphal., und Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	€ 86,23	C/O/UC/AM
183	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	€ 86,23	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
184	Buelau´sche Heberdrainage	€ 86,23	C/I/K/L/UC
185	Incision e. Mastitis, Phlegmone, od. e. periprokt. Absz.; Incis. e. ausgedehnten Phlegmone, einer periprokt. Eiterung, eines tiefen Abszesses m. schichtw. Präparation (Situsangabe)	€ 86,23	
186	Op. Fremdkörperentfernung aus Weichteilen tiefer sitzend einschl. Naht; Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenolog. lokal. Fremdkörper (Situsangabe)	€ 86,23	
187	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu., kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	€ 86,23	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
188	Radikalop. e. Phimose od. Paraphimose	€ 86,23	C/D/U
189	Spaltung einer Fistula ani	€ 86,23	C/G
190	Unterbindg. größerer Arterien u. Venen m. Präparation (Gefäß-angabe)	€ 86,23	C/UC/AM
193	Entfernung e. Nagels n. Knochennagelung	€ 86,23	C/O/UC
194	Amputation o. Arthrodese e. Fingers, einer Zehe, eines Finger- oder Zehengliedes, Korrektur e. Hammerzehe; Amputation od. Enucleation von Phalangen einschl. Naht u. event. Plastik	€ 86,23	C/O/UC
195	Excision einf. Fisteln a.d. Haut u. Muskulatur	€ 86,23	C/UC/AM/D
196	Einf. Krampfadernop. nach Moskowicz od. Romich (Ligatur, Verödung d. Saphena)	€ 86,23	C/D/O

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
210	Blutige Reposition v. Frakt. kl. Knochen bzw. Gelenke; unblutige Repos. d. Ellenbogen- und Kniegelenkslux. inkl. Verband	€ 148,62	C/O/UC
213	Erste Sehnen- oder Nervennaht; Sehnennaht (ein bis zwei kl. Sehnen)	€ 148,62	C/O/UC
214	Kl. Plastiken (Thier´sche od. Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.a.)	€ 148,62	C/D/H/O/UC
215	Resektion e. kl. Gelenkes	€ 148,62	C/O/UC
216	Op. Fremdkörperentfernung aus Weichteilen subcutan einschl. Naht; Entfernung von Fremdkörpern o.v. tiefgel. röntgenolog. nicht lokalisierten Fremdkörpern	€ 148,62	
217	Schwierige Op. gr. Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Radikalop. e. Rektalpolypen od. e. Rektalpolypengruppe)	€ 148,62	C/O/D/UC

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
218	Op. von Varicen (mit Ligatur d. Saphena u. Verödung, Resektion v. Venenkonvoluten am US oder ausgedehnte Op. n. Romich)	€ 148,62	C/O/D/UC

III. Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
230	Elektrotomie ausgedehnter, flächenhafter Hauttumore	€ 43,05	C/D
231	Stanzung od. chir. Beh. d. Akne conglobata	€ 43,05	D

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
235	Dermoabrasio bis 10 cm ² nach Schreus	€ 86,23	C/D

IV. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
240	Einfache Spaltung d. Hymens oder einer Atresia ani superficialis	€ 43,05	C/G
241	Abtragung großer o. ausgedehnter spitzer Kondylome	€ 43,05	
242	Incision e. Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision	€ 43,05	G/C/D/U/AM
243	Abrasio mucosae uteri (Strichabrasio, Probecurettage, teilw.)	€ 43,05	G/AM
244	Cervixpolypenentfernung einschl. Nachcurettage	€ 43,05	G/AM
245	Abtragung vaginaler Granulationen	€ 43,05	G
246	Elektrokauterisation bei Portioerosion; chirurg.-elektrotherapeut. Maßn. an Portio u. Cervix nach jeder Methode	€ 43,05	G/AM

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
248	Naht e. Dammrisses I. od. II. Grades oder Episiotomie einschließlich Naht	€ 43,05	G/AM
249	Durchtrennung u. Entfernung e. Shirodkarbandes	€ 43,05	G

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
260	Exstirpation d. Hymens	€ 86,23	G
261	Exstirpation kleinerer Geschwülste der Vagina und Vulva	€ 86,23	G/D/U
262	Abtragung e. Urethralpolypen	€ 86,23	G/C/D/U
263	Probeexcision aus der Portio u. Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	€ 86,23	G/C
264	Probeexcision aus d. Vagina (einschl. Naht od. Kauterisation)	€ 86,23	G/C

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
266	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecurettage vollständig)	€ 86,23	G/AM
269	Operative Beendigung eines Abortus incompleti (bis zum 2. Lunarmonat)	€ 86,23	G/AM

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
281	Entfernung e. eingewachsenen Pessars	€ 148,62	G
287	Konisation	€ 148,62	G

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
295	Naht eines Dammrisses III. Grades mit Sphinkternaht	€ 265,73	G/AM

V. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
300	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	€ 43,05	H
301	Abtragung von Ohrpolypen	€ 43,05	H
302	Entfernung von Geschwülsten oder Polypen aus Nase, Rachen oder Ohren	€ 43,05	H/C
303	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	€ 43,05	H/K/AM
304	Paracentese d. Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	€ 43,05	H/AM
305	Resektion oder Kaustik (Galvanokaustik) der unteren und mittleren Nasenmuschel	€ 43,05	H
306	Naht bei Nachblutungen nach Tonsillektomie	€ 43,05	H

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
307	Peritonsillarabszess-eröffnung; Incision e. Peritonsillar-Retro-pharyngeal-Septum od. Gehörgangabszesses	€ 43,05	H/C/AM
309	Probeexcision aus Nase od. Rachen	€ 43,05	H/C
310	Versorgung e. traumatischen Trommelfellverletzung	€ 43,05	H
311	Schließung einer Dauer-perforation d. Trommelfelles	€ 43,05	H

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
320	Abtragung v. Polypen (1. Sitzung; Operation nach Cooper)	€ 86,23	H
321	Intubation	€ 86,23	H/C/I/K
322	Kleine plastische Operation	€ 86,23	H/C

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
326	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	€ 86,23	H
327	Operative Eröffnung einer od. mehrerer Nasennebenhöhlen	€ 86,23	H
328	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	€ 86,23	H
329	Speichelsteinentfernung	€ 86,23	H/C
330	Anlegen eines Pauken-drainageröhrchens	€ 86,23	H

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
340	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	€ 148,62	H
343	Septumresektion nach Killian	€ 148,62	H
344	Korrektur e. abstehenden Ohres mittels Keilresektion	€ 148,62	H/C/D

VI. Urologie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
350	Meatotomie	€ 43,05	U/D
351	Durchtrennung d. frenulum penis einschließlich Naht	€ 43,05	U/C
352	Wechseln einer supra-pubischen Harnableitung – Cystofix	€ 43,05	U

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
361	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	€ 86,23	U/G
365	Incision einer Paraphimose	€ 86,23	U

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
371	Endovesikale Entfernung v. Geschwülsten, Fremdkörpern u. kleinen Steinen	€ 148,62	U

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
74	Anlegen einer suprapubischen Harnableitung – Cystofix	€ 148,62	U
375	Urethrotomia interna nach Sachse	€ 148,62	U

**C.VIII.
Wundversorgung**

I Akute (primäre) Wundversorgung

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
400	Erstversorgung: Wundinspektion, Wundreinigung, Wundversorgung bei Bedarf mit Wundverschluss, Verbandanlage	€ 43,02	AM C NC UC O D K	Pro Ereignis nur einmal ver- rechenbar, pro Region und Tag einmal ver- rechenbar (Obere und untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹ ;
401	Kleinchirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße bis zu 5cm – Excision von abgestorbenem oder geschädigtem Gewebe	€ 36,12	AM C NC UC O D K	Zuschlags- position: nur in Kombina- tion mit der Pos.Nr. 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
402	Chirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße größer 5cm – Excision von abgestorbenem oder geschädigtem Gewebe	€ 58,13	AM C NC UC O D	Zuschlagsposition: nur in Kombination mit der Pos.Nr. 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) 1;
403	Großchirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße größer 10cm - Excision von abgestorbenem oder geschädigtem Gewebe	€ 87,34	AM C NC UC O D	Zuschlagsposition: nur in Kombination mit der Pos.Nr. 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) 1;

¹ Obere Extremität (Hand, Unterarm und Oberarm); Untere Extremität (Vorfuß, Unterschenkel, Oberschenkel): pro Extremität verrechenbar.

II Nachbehandlung von Wunden (akute Verletzungen und Operationswunden)

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
410	Nachbehandlung von akuten Wunden inkl. Wundheilungsstörung Fakultativer Leistungsinhalt: Wundinspektion Wundreinigung, Entfernung von Naht und/oder Klammern und/oder Drainagen, Verbandwechsel	€ 22,57		Maximal 5x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar bei Vorliegen einer medizinischen Begründung kann diese Position nach vorheriger Genehmigung durch die ÖGK über das Maß der angeführten Einschränkung verrechnet werden

III Chronische (Tertiäre) Wundversorgung

Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom, PAVK und Wunden, die trotz kausaler und sachgerechter lokaler Behandlung innerhalb von 12 Wochen keine eindeutige Heilungstendenz zeigen.

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
420	Wundmanagement: Erhebung des Wundstatus, Dokumentation inkl. Fotodokumentation und Planung der weiteren Versorgung	€ 19,26	AM C D	Maximal 3 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar, diese Position ist nur nach entsprechendem Nachweis über die Fortbildung: „Grundprinzipien in der Versorgung chronischer Wunden – Wege aus dem Verbandstoff Dschungel“ möglich; auf Anfrage oder bei einer nachträglichen Kontrolle ist die Dokumentation an die ÖGK zu übermitteln

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
421	Chronische Wundversorgung: Wundinspektion, chirurgische Wundtoilette, Wundreinigung, Verbandanlage und/oder Verbandwechsel	€ 43,32	AM C D	Maximal 6 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar, bei Vorliegen einer medizinischen Begründung kann diese Position nach vorheriger Genehmigung durch die ÖGK über das Maß der angeführten Einschränkung verrechnet werden

C.IX.

Leistungen im Zuge der präoperativen Diagnostik

Folgende Leistungen dürfen ausschließlich im Zuge der Präoperativen Diagnostik verrechnet werden. Die Präoperative Diagnostik erfolgt aufgrund der Vorgaben des EDV-Tools „PROP“, welches im e-card System durchgeführt wird oder aufgrund einer Zuweisung, die ausdrücklich auf eine präoperative Diagnostik hinweist.

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
PA	<p>Präoperative Diagnostik:</p> <p>Leistungsinhalt sind die Verwendung des EDV-Programms „PROP“, die Durchführung (unter allfälliger Abrechnung der jeweiligen Einzelleistungspositionen) bzw. die Veranlassung (Zuweisung) der von PROP individuell als erforderlich angezeigten Untersuchungen sowie die Ausfertigung der entsprechenden Befunde an die Krankenanstalt. Die Honorierung setzt voraus, dass der Vertragsarzt den präoperativen Befund im „Service PROP“ (= Anwendungsmenü des e-card Web-service) an eine Konsultation bindet.</p>	€ 37,92	AM/I/K	<p>nicht am gleichen Tag verrechenbar mit Pos.Nr.:</p> <p>40a, 40b, 4, 1, 3, 6, 9t, 9tp, 9z</p>

Anmerkung zu Pos. PA:

Über die von PROP angezeigten, individuell erforderlichen Leistungen dürfen im Zusammenhang mit dem geplanten stationären Aufenthalt keine weiteren Leistungen auf Kosten der Kasse erbracht bzw. veranlasst werden. Davon unberührt sind andere im Zuge der Krankenbehandlung erforderlichen Leistungen.

Adaptierung der bisherigen Leistungen:

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6np	Neurologisches Konsil im Rahmen von PRÄOP ausschließlich bei zugewiesenen Fällen	€ 25,10	N	Neurologisches Konsil nicht am gleichen Tag verrechenbar mit 1, 3, 6 Ordinationen
6ip	Internes Konsil im Rahmen von PRÄOP ausschließlich bei zugewiesenen Fällen	€ 25,10	I	Internes Konsil nicht am gleichen Tag verrechenbar mit 1, 3, 6 Ordinationen
12rp	EKG in Ruhe (Standardableitungen)	20	AM/I/K/L	EKG
14op	Weitere EKG Ableitungen (Goldberger u. 6 BWA)	30	AM/I/K/L	

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12ap	Spirographie, kleiner Test (Vitalkapazität, Tiffeneau-Test, Bronchospasmodolysetest)	20	AM///L	Spirometrie
9tp	Arztbrief (ausführlicher fachärztlicher Befundbericht, Anamnese, Befund, Therapieversuch)	10	AM//K	ausschließlich im Rahmen von PRÄOP bei zugewiesenen Fällen verrechenbar
6ap	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	6	AM//K	
9dp	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung nur bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr verrechenbar	10	AM//K	
32bp	Echokardiographie im Rahmen von PRÄOP	150	I	in höchstens 5% der Fälle verrechenbar
32dp	Zuschlag für Doppler im Rahmen von PRÄOP	€ 17,88	I	in höchstens 5% der Fälle verrechenbar

Röntgendiagnostik im Rahmen PRÄOP – Fachgebiet Radiologie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
EAp	Ersthonorar	31,8	RÖ	Thorax-Röntgen
ZAp	Zweithonorar	21,6	RÖ	

Pos. Nr.	Aufnahme	Unkosten	FG	Anmerkung
8p	18 x 24	€ 9,28	RÖ	Thorax-Röntgen
10p	24 x 30	€ 11,50	RÖ	
11p	30 x 40	€ 14,99	RÖ	
12p	35 x 35	€ 16,72	RÖ	
13p	35 x 43	€ 17,72	RÖ	

Röntgendiagnostik im Rahmen PRÄOP – auch-röntgenologische Tätigkeiten		
Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar
70p	Ersthonorar	€ 12,64
71p	Zweithonorar	€ 8,57
80BVp	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 6,92

Pos.Nr.	Aufnahme	Unkosten
82p	9 x 12	€ 4,22
83p	13 x 18	€ 5,39
84p	18 x 24	€ 8,72
85p	15 x 40	€ 7,56
86p	24 x 30	€ 11,50
87p	30 x 40	€ 14,99
88p	35 x 35	€ 16,72
80p	35 x 43	€ 17,72

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

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen oder Einzeluntersuchungen	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
49ap	Bilirubin im Serum	11	AM//K	
52cp	Crea GFR (nach Crockcroft Gault)	20	AM//K	einschl. Blutabnahme
52dp	* Harnsäure	20	AM//K	
52ep	* Gesamtcholesterin, quant. i.S.	20	AM//K	
52jp	* GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	20	AM//K	
52kp	GPT	20	AM//K	
41ap	Hämoglobin Bestimmung (Sahli)	3	AM//K	einschl. Blutabnahme
42ap	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	4	AM//K	einschl. Blutabnahme

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen oder Einzeluntersuchungen	Honorar/Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
47ap	Hämatokrit-Bestimmung	9	AM//K	einschl. Blutabnahme
53ap	Triglyceride (Neutralfett) quant. i.S.	20	AM//K	
53bp	Kalium	23	AM//K	
52ap	Blutzucker Bestimmung quant., o-Toluidin oder enzymatisch	20	AM//K	einschl. Blutabnahme
54ap	Kompletter Blutbefund: Zählung d. Erythrozyten (oder Hämatokrit-Bestimmung) und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des habe bzw. Farbeindex, Differentialzählung	26	AM//K	einschl. Blutabnahme
54bp	γ -GT (Gamma-Glutamyl-Transpeptidase)	26		
46ap	Erythrozyten-Zählung (nicht gleichzeitig mit Pos. 47a/47ap verrechenbar)	8	AM//K	einschl. Blutabnahme

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen oder Einzeluntersuchungen	Honorar/Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
46cp	Blutzucker Bestimmung quant. i.S., chemisch	8	AM//K	einschl. Blutabnahme
52np	Prothrombinzeit-Bestimmung	20	AM//K	
25np	Prothrombinzeit-Bestimmung (INR)	€ 4,60	AM//K	von AM in höchstens 5%, von I in höchstens 3% und von K in höchstens 1% der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle) verrechenbar. Diese Position ist nicht gleichzeitig mit der Pos.Nr. 52n und 52np und ausschließlich zur Blutgerinnungskontrolle für OP-Tauglichkeitsuntersuchungen verrechenbar.
47cp	Thrombozyten	9	AM//K	
46dp	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung	8	AM//K	einschl. Blutabnahme
57ap	* Blutzucker Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens 3 enzym. Blutzucker- und mindestens 1 quant. Harnzucker-Bestimmung)	53	AM//K	einschl. Blutabnahme

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen oder Einzeluntersuchungen	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
52fp	* Kalzium, quant. i.S.	20	AM//K	
52rp	CRP	€ 9,00	AM//K	für K in 20% (Jahreslimit), für I und AM in 5% der Fälle (Jahreslimit) verrechenbar

Das EDV-Programm „PROP“ setzt die Bundesqualitätsleitlinie „PRÄOP“ um und wird dem Anwender über das e-card-System zur Verfügung gestellt.

Abrechnung:

Das EDV-Programm „PROP“ ist unter Einhaltung des individuell angezeigten Untersuchungsumfangs auf alle Fälle anzuwenden, in denen

1. Vom Vertragsarzt eine Eiweisung mit präoperativer Befunderhebung in eine öffentliche Krankenanstalt (jedenfalls im Bundesland Kärnten) zur Vornahme eines elektiven operativen Eingriffs erfolgt;
2. in denen eine öffentliche Krankenanstalt den Patienten zur Durchführung einer PA an den Vertragsarzt zuweist.

Gleiches gilt bei elektiven Operationen in privaten Krankenanstalten im Bundesland Kärnten.

Weist die Überweisung einer Krankenanstalt (Abteilung) zu einer PA einen Untersuchungsumfang auf, der über den individuell von „PROP“ angezeigten Umfang hinausgeht, führt der Vertragsarzt die PA nur nach dem von „PROP“ angezeigten Umfang durch und verweist den/die PatientIn zur Durchführung

der darüberhinausgehenden Leistungen an die überweisende Krankenanstalt (Abteilung) zurück.

Sofern sich Krankenanstalten außerhalb des Bundeslandes Kärnten und private Krankenanstalten nicht an die Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP halten, besteht zwar keine Verpflichtung zur Verwendung des EDV-Programmes „PROP“ und können die dafür vorgesehenen Einzelleistungspositionen (nicht aber PA) verrechnet werden, der Vertragsarzt hat aber eine Kopie der Anforderung der Krankenanstalt anzufertigen und der Kasse auf Anfrage zu übermitteln. Auf Überweisungsscheinen und zu abgerechneten Sonderleistungspositionen ist im Begründungsfeld „auf Anfrage NN (Name der Krankenanstalt)“ anzuführen.

Erfolgt eine präoperative Diagnostik in einem Quartal ohne weitere kurative Inanspruchnahme des Vertragsarztes, sind ausschließlich die Leistungen im Rahmen der präoperativen Diagnostik verrechenbar (im e-card System wird ein Regelfall bei Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. ein Regelfall/Überweisung bei Fachärzten abgebucht bzw. der im Krankheits- oder Urlaubsfall übliche Vertretungsfall).

Der Vertragsarzt darf von „PROP“ angezeigte Untersuchungen nicht durchführen/verrechnen oder veranlassen, wenn er bereits über noch verwendbare Vorbefunde verfügt; diese sind ohne zusätzliche Honorierung zu verwenden. Werden in einem Zeitraum von 3 Monaten Untersuchungen nochmals durchgeführt, die bereits im Rahmen von „PROP“ erbracht wurden, hat der Vertragsarzt die diesbezügliche Dokumentation samt Begründung der nochmaligen Durchführung der Kasse auf Anforderung vorzulegen.

Zuweisungen:

Auf allen Zuweisungen zu Laboruntersuchungen ist vom Zuweiser im Begründungsfeld des Zuweisungsformulars der Wortlaut „PROP“ anzugeben.