

Zusatzvereinbarung 2010/2011/2012

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland (kurz: Ärztekammer) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

I. Gültigkeit

1. Diese Zusatzvereinbarung gilt für das Vertragsverhältnis der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, zu den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträgern.

2. Mit dieser Zusatzvereinbarung wird die Honorarordnung mit Stand 31. Dezember 2009 für den Zeitraum 1. Jänner 2010 bis 31. Dezember 2012 verlängert, soweit im Folgenden keine Änderungen vereinbart werden.

3. Sämtliche Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 sowie die Zusatzvereinbarungen und Zusatzprotokolle zu diesem Gesamtvertrag bleiben unverändert in Geltung, soweit keine abweichenden Regelungen in der Zusatzvereinbarung 2010/2011/2012 getroffen werden.

II. Honorarwertsicherungsvereinbarung

Die Honorarwertsicherungsvereinbarung gemäß Punkt II. der Zusatzvereinbarung 2003 wird unbeschadet der Bestimmungen gemäß VI. 2. dieser Zusatzvereinbarung für den Zeitraum 1. Jänner 2010 bis 31. Dezember 2012 außer Kraft gesetzt.

III. Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst (WTN-BD)

1. Die BGKK beteiligt sich unter Bedachtnahme auf die zugrundeliegende Kooperationsvereinbarung über einen Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst sowie die Errichtung von Gesundheits- und Sozialsprengel im Burgenland zwischen dem Land Burgenland und der Ärztekammer an den Kosten des von der Ärztekammer eingerichteten WTN-BD im Jahr 2010 mit € 65,33, im Zeitraum 1. Jänner bis 31. März 2011 mit € 65,42 und ab 1. April 2011 mit € 71,06 (davon sind € 4,65 von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu tragen) pro Dienst, wobei der aufgrund dieser Beteiligung entstehende Gesamtaufwand als Teil der Gesamthonorarsumme anzusehen ist.

2. Kreis- und Gemeindeärzte, die gemäß § 5 Z. 3 der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Land Burgenland und der Ärztekammer aus ihrer Dienstpflicht heraus einen unentgeltlichen Dienst zu verrichten haben, erhalten auch für diese Dienste bis 31. März 2011 € 40,-- sowie ab 1. April 2011 € 43,45 (davon sind € 2,84 von der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu tragen).

3. Die Tarife für das Jahr 2012 sind in der Anlage 2 zu dieser Zusatzvereinbarung (vgl. Pkt. VI. 5.) nach Valorisierung des Honoraranteiles des Landes und der Gemeinden gemäß der Kooperationsvereinbarung festzulegen.

IV. Honorarregelung 2010

1. Die Honorierung der Leistungen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, allgemeinen Vertragsfachärzte und Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt für den Zeitraum 1. Jänner 2010 bis 31. März 2011 zu den zum 31. Dezember 2009 in Geltung stehenden Tarifen der Honorarordnung.

2. Die Vertragsärzte erhalten mit der Anweisung der Endabrechnung des 4. Quartals 2010 eine Einmalzahlung in Höhe von insgesamt € 313.813,56 oder 0,66 % der Honorarsumme 2009 exklusive Labor (€ 47.547.509,09). Dieser Betrag wird auf die Fachgruppen aufgeteilt wie folgt:

Ärzte für Allgemeinmedizin:	€ 163.610,85 (0,71 %)
FÄ f. Kinderheilkunde:	€ 9.179,67 (1,01 %)
FÄ f. Gynäkologie:	€ 15.898,65 (0,84 %)
FÄ f. Augenheilkunde:	€ 19.084,45 (0,50 %)
FÄ f. Radiologie:	€ 13.622,53 (0,30 %)
FÄ f. Dermatologie:	€ 9.371,13 (0,69 %)
FÄ f. Lungenheilkunde:	€ 9.897,90 (0,69 %)
FÄ f. Orthopädie:	€ 8.964,49 (0,69 %)
FÄ f. HNO:	€ 11.746,25 (0,69 %)
FÄ f. Innere Medizin:	€ 22.965,73 (0,69 %)
FÄ für Neurologie/Psychiatrie:	€ 15.350,53 (0,69 %)
FÄ f. Chirurgie/Unfallchirurgie:	€ 5.637,46 (0,69 %)
FÄ f. Urologie:	€ 8.483,92 (0,69 %)

Die Berechnung des Auszahlungsbetrages für den einzelnen Vertragsarzt erfolgt im Verhältnis seiner Honorarsumme des 4. Quartals 2010 zur Honorarsumme der jeweiligen Fachgruppe im 4. Quartal 2010.

3. Zusätzlich zur Zahlung gemäß Punkt 2. wird von der BGKK eine Einmalzahlung in Höhe von € 150.000,- als Abgeltung für das Moratorium im 1. Quartal 2011 sowie für die Verpflichtung zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM) gemäß Punkt V. geleistet. Die Festlegung der Kriterien für die Verteilung des Betrages obliegt der Ärztekammer. Die Anweisung des auf den einzelnen Arzt entfallenden Betrages erfolgt im Juni 2011.

V. Honorarregelung 2011

1. Mit Wirksamkeitsbeginn 1. April 2011 wird die Honorarsumme aller Vertragsärzte des Jahres 2009 exklusive Laborhonorare (€ 47.547.509,09) und unter Anrechnung von 0,25 % für die neue Sonderleistungsposition „Heilmittelberatungsgespräch“ gemäß Punkt VI um 1,96 % oder € 931.931,18 erhöht.

Die Honorarerhöhung für die einzelnen Fachgruppen beträgt:

Ärzte für Allgemeinmedizin:	€ 485.862,48 (2,10 %)
FÄ f. Kinderheilkunde:	€ 27.260,87 (3,00 %)
FÄ f. Gynäkologie:	€ 47.214,23 (2,80 %)
FÄ f. Augenheilkunde:	€ 56.675,08 (1,50 %)
FÄ f. Radiologie:	€ 40.454,81 (0,90 %)
FÄ f. Dermatologie:	€ 27.821,04 (2,06 %)
FÄ f. Lungenheilkunde:	€ 29.408,57 (2,06 %)
FÄ f. Orthopädie:	€ 26.632,53 (2,06 %)
FÄ f. HNO:	€ 34.873,74 (2,06 %)
FÄ f. Innere Medizin:	€ 68.194,77 (2,06 %)
FÄ f. Neurologie/Psychiatrie:	€ 45.602,10 (2,06 %)

FÄ f. Chirurgie/Unfallchirurgie:	€ 16.746,81 (2,06 %)
FÄ f. Urologie:	€ 25.184,15 (2,06 %)

2. Die Honorarerhöhung gem. Pkt. 1 wird mit Wirksamkeit 1. April 2011 wie folgt verteilt:

a. Zunächst werden sämtliche von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten verrechenbaren Positionen der Honorarordnung mit Stand 31. März 2011 (inkl. Grundvergütungen und sonstige Scheinwerte; exkl. Laborpositionen, VU-Leistungen, MHKP-Leistungen sowie Mutter-Kind-Pass-Leistungen; somit die Pos. Nr. 001 bis 699) um 1,5 % erhöht.

b. Zusätzlich werden im Sinne eines Strukturausgleiches folgende Leistungen oder Limite erhöht bzw. Änderungen vorgenommen:

Allgemeinmedizin	Pos. 009 Sonn- und Feiertagsdienst	+ € 15,09
Dermatologie	Pos. 441 Kohlendäureschneebehandlung	+ € 0,38
	Pos. 445 Kaustik	+ € 0,40
	Pos. 450 Prick-Test (bis 10)	+ € 0,22
	Pos. 451 Prick-Test (weilers)	+ € 0,21
	Pos. 454 Auflichtuntersuchung	+ € 0,35
Gynäkologie	Pos. 304 Zystoskopie Frau	+ € 0,70
	Pos. 376 PAP	+ € 0,16
	Pos. 587 Sonographie	Limit + 1 % auf 36 %
Kinderheilkunde	Grundvergütung (alle Staffeln)	+ € 0,27
	Pos. 412 Denver-Development-Test	+ € 1,50
	Pos. 413 Motosk. Unters. geistiger Entw.Stand	+ € 1,64
	Pos. 426 Ernährungsplan	+ € 2,60
	Pos. 427 Behandlung Enuresis	+ € 1,70
Lunge	Pos. 419 Blutgasanalyse	+ € 0,22
	Pos. 423 Atemwiderstandsmessung	+ € 0,45
Orthopädie	Pos. 263 Manualtherapie	+ € 0,67
	Pos. 284 Prüfung Sensibilität mit Schema	+ € 0,86
HNO	Pos. 149 Otomikroskopie	+ € 0,14
	Pos. 160 Endoskopie obere Luftwege	+ € 0,14
Innere Medizin	Pos. 233 Gastroskopie	+ € 2,23
	Pos. 295 Polypektomie Schlinge	+ € 2,20
	Pos. 296 Polypektomie Zange	+ € 2,20
	Pos. 408 Ergometrie	+ € 1,51

Textänderung ab 1.4.2011:

	Pos. 231 <i>Unvollständige Koloskopie (Untersuchung kann oder muss aus medizinischen Gründen nicht bis zum Coekum durchgeführt werden).</i>	
	Pos. 232 <i>Vollständige Koloskopie</i>	
Neurologie/Psychiatrie	Pos. 430 Psych. Exploration	+ € 0,31
	Pos. 431 Neurolog. Stuserhebung	+ € 0,30
	Pos. 432 Psychoth. Sitzung	+ € 0,10
Chirurgie/Unfallchirurgie	Pos. 233 Gastroskopie	+ € 2,23
	Pos. 243 Plast. Operation	+ € 1,08
	Pos. 295 Polypektomie Schlinge	+ € 2,20
	Pos. 296 Polypektomie Zange	+ € 2,20
	Pos. 580 Sonographie Oberbauch	Limit + 1 % auf 10 %
	Pos. 581 Sonographie Niere	Limit + 1 % auf 10 %
	Pos. 582 Sonographie Unterbauch	Limit + 1 % auf 10 %
	Pos. 588 Sonographie Schilddrüse	Limit + 1 % auf 10 %

Textänderung ab 1.4.2011:

	Pos. 231 Unvollständige Koloskopie (Untersuchung kann oder muss aus medizinischen Gründen nicht bis zum Coecum durchgeführt werden).	
	Pos. 232 Vollständige Koloskopie	
Urologie	Pos. 304 Zystoskopie Frau	+ € 0,70
	Pos. 427 Behandlung Enuresis	+ € 1,70
	Pos. 585 Urologischer Ultraschall	Limit + 1 % auf 66 %

c. Die von Fachärzten für Radiologie verrechenbaren Leistungen (alle vierstelligen Positionsnummern; somit 1001 bis 8009; 9544; 9578 bis 9599) werden mit Wirksamkeit 1. April 2011 um 0,9% erhöht.

3. Die ab 1. April 2011 geltenden Tarife werden in der Anlage 1, die ein integrierender Bestandteil dieser Zusatzvereinbarung ist, dargestellt.

VI. Honorarregelung 2012

1. Mit Wirksamkeitsbeginn 1. April 2012 wird die Honorarsumme aller Vertragsärzte des Jahres 2009 exklusive Laborhonorare (€ 47.547.509,09) und unter Anrechnung von (vorerst) 0,17 % für die neue Sonderleistungsposition „Heilmittelberatungsgespräch“ gemäß Punkt VI um 1,76 % oder € 836.836,16 erhöht.

Die Honorarerhöhung für die einzelnen Fachgruppen beträgt:

Ärzte für Allgemeinmedizin:	€ 436.707,82 (1,89%)
FÄ f. Kinderheilkunde:	€ 24.412,14 (2,69%)
FÄ f. Gynäkologie:	€ 42.248,96 (2,24%)
FÄ f. Augenheilkunde:	€ 50.941,26 (1,35%)
FÄ f. Radiologie:	€ 36.362,01 (0,81%)
FÄ f. Dermatologie:	€ 24.952,43 (1,85%)
FÄ f. Lungenheilkunde:	€ 26.376,28 (1,85%)
FÄ f. Orthopädie:	€ 23.886,47 (1,85%)
FÄ f. HNO:	€ 31.277,94 (1,85%)
FÄ f. Innere Medizin:	€ 61.163,26 (1,85%)
FÄ f. Neurologie/Psychiatrie:	€ 40.900,11 (1,85%)
FÄ f. Chirurgie/Unfallchirurgie:	€ 15.020,06 (1,85%)
FÄ f. Urologie:	€ 22.587,42 (1,85%)

2. Sofern die Regelung der burgenländischen Honorarwertsicherungsvereinbarung gemäß Punkt II. der Zusatzvereinbarung 2003 für das Jahr 2012 einen höheren als den unter Punkt 1. vereinbarten Prozentsatz ergibt, ist die Differenz ab 1. Jänner 2013 tarifwirksam umzulegen. Ist die durchschnittliche Jahresinflationsrate 2012 – gemessen am VPI 2005 oder am an dessen Stelle tretenden VPI – niedriger als die prozentuelle Anhebung gemäß der burgenländischen Honorarwertsicherungsvereinbarung für das Jahr 2012, so gelangt die Differenz zwischen dem vereinbarten Erhöhungsprozentsatz gemäß Punkt 1. und der Jahresinflationsrate 2012 tarifwirksam ab 1. Jänner 2013 zur Anwendung.

3. Es erfolgt keine Nachzahlung für das Jahr 2012.

4. Die Honorarerhöhung gem. Pkt. 1 wird mit Wirksamkeit 1. April 2012 wie folgt verteilt:

a. Zunächst werden sämtliche von Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten verrechenbaren Positionen der Honorarordnung mit Stand 31. März 2012 (inkl. Grundvergütungen und sonstige Scheinwerte; exkl. Laborpositionen, VU-Leistungen, MHKP-Leistungen sowie Mutter-Kind-Pass-Leistungen; somit die Pos.Nr. 001 bis 699) um 1,17 % erhöht.

b. Zusätzlich werden im Sinne eines Strukturausgleiches folgende Leistungen oder Limite erhöht bzw. Änderungen vorgenommen:

Allgemeinmedizin	Pos. 009 Sonn- und Feiertagsdienst	+ € 15,09
Dermatologie	Pos. 441 Kohlensäureschneebehandlung	+ € 0,34
	Pos. 445 Kaustik	+ € 0,34
	Pos. 450 Prick-Test (bis 10)	+ € 0,19
	Pos. 451 Prick-Test (weilers)	+ € 0,18
	Pos. 454 Auflichtuntersuchung	+ € 0,28
Gynäkologie	Pos. 363 Kolposkopie	+ € 0,08
	Pos. 587 Sonographie	Limit + 1 % auf 37 %
Kinderheilkunde	Grundvergütung (alle Staffeln)	+ € 0,24
	Pos. 412 Denver-Development-Test	+ € 1,43
	Pos. 413 Motosk. Unters. geistiger Entw.Stand	+ € 1,42
	Pos. 426 Ernährungsplan	+ € 1,43
	Pos. 427 Behandlung Enuresis	+ € 1,50
Lunge	Pos. 415 Bodyplethysmographie	+ € 1,00
	Pos. 417 Provokationstest	+ € 0,95
	Pos. 419 Blutgasanalyse	+ € 0,37
Orthopädie	Pos. 423 Atemwiderstandsmessung	+ € 0,30
	Pos. 263 Manualtherapie	+ € 0,65
HNO	Pos. 285 Versorgung Heilbehelfe	+ € 1,16
	Pos. 158 Attic-Spülung	+ € 0,19
Innere Medizin	Pos. 174 Vestibularisprüfung	+ € 0,21
	Pos. 175 Audiometrie	+ € 0,21
	Pos. 233 Gastroskopie	+ € 0,56
Neurologie/Psychiatrie	Pos. 411 Echokardiographie	Limit + 1 % auf 23 %
	Pos. 432 Psychoth. Sitzung	+ € 0,11
	Pos. 438 Motorische NLG	+ € 0,27
	Pos. 439 Sensible NLG	+ € 0,27
	Pos. 480 MMSE	+ € 0,75
Chirurgie/Unfallchirurgie	Grundvergütung (alle Staffeln)	+ € 0,11
	Pos. 228 OP-Carpaltunnelsyndrom	+ € 2,00
	Pos. 233 Gastroskopie	+ € 0,56
	Pos. 242 OP-Schnellender Finger	+ € 2,00
	Pos. 243 Plast. Operation	+ € 1,35
	Pos. 290 Arthroskop. Untesuchung	+ € 3,00
	Pos. 291 Arthroskop. OP mit Teilresektion	+ € 5,00
Urologie	Pos. 292 Arthroskop. OP mit Glättung	+ € 5,00
	Pos. 305 Zystoskopie Mann	+ € 0,92
Augenheilkunde	Pos. 427 Behandlung Enuresis	+ € 1,50
	Pos. 585 Urologischer Ultraschall	Limit + 1 % auf 67 %
	Die derzeitige Pauschalzahlung (Zusatzvereinbarung 2007 bis 2009) wird um € 4.523,47 erhöht.	

c. Die von Fachärzten für Radiologie verrechenbaren Leistungen (alle vierstelligen Positionsnummern; somit 1001 bis 8009; 9544; 9578 bis 9599) werden mit Wirksamkeit 1. April 2012 um 0,81 % erhöht.

5. Die ab 1. April 2012 geltenden Tarife werden nach Evaluierung der neuen Leistungsposition 018 "Heilmittelberatungsgespräch" in der Anlage 2, die ein integrierender Bestandteil dieser Zusatzvereinbarung ist, dargestellt.

VII. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM)

1. Mit Wirksamkeitsbeginn 1. April 2011 ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (e-AUM) zu verwenden. Dies gilt nicht für jene Vertragsärzte, die bis spätestens 31. Dezember 2011 ihren mit der BGKK abgeschlossenen Einzelvertrag zurücklegen.
2. Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsmeldung alle Angaben im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Patienten zu machen, insbesondere ist das Ende oder das voraussichtliche Endes der Arbeitsunfähigkeit anzugeben.
3. Die Ärztekammer für Burgenland und die BGKK können verwaltungsvereinfachende Maßnahmen im Zusammenhang mit der e-AUM gesondert vereinbaren.
4. Mit der Zahlung gemäß Punkt IV.3. sind alle finanziellen Forderungen der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen aus dem Titel der e-AUM abgegolten.

VIII. Heilmittelvereinbarung 2011

A. Allgemeines

1. Die Heilmittelvereinbarungen der letzten Jahre hatten die Zielsetzung der Ökonomisierung der Heilmittelverordnungen durch die niedergelassenen Vertragsärzte, wobei vor allem die Steigerung des Generikaanteils an den Verordnungen ein Schwerpunkt war.
2. Die Dynamik in der Steigerung des Generikaanteils hat sich reduziert. Dies kann auch mit einem bereits hohen erzielten Generikaanteil begründet werden. Die BGKK hat durch die gemeinsamen Initiativen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Vergleich der Gebietskrankenkassen (GKKs) im Lauf der Jahre sehr niedrige Kosten pro Verordnung erreicht, allerdings schlechte Bilanzzahlen, da die BGKK über Jahre die höchste Verordnungsdynamik der GKKs hat.
3. Die neue Heilmittelvereinbarung hat einen zusätzlichen Schwerpunkt auf die Mengenentwicklung. Die BGKK hat eine weitaus höhere Verordnungsdichte (auch altersstandardisiert) als die übrigen GKKs und zusätzlich im Jahr 2010 die höchste Verordnungssteigerung aller GKK's.
4. Im Rahmen der neuen Heilmittelvereinbarung werden weiters der flächendeckende Einsatz des Öko-Tools, die Einführung des Heilmittelberatungsgesprächs und die Thematisierung der Polypharmakotherapie (Fortbildungsveranstaltungen) umgesetzt. Die bestehend aus Mitgliedern der Ärztekammer und der BGKK eingesetzte Task-Force wird die Vertragsärzte über die bundeslandbezogene (wenn möglich auf Bezirksebene abgestellte) Verordnungshäufigkeit periodisch informieren, wobei die genauen Inhalte dieser Informationen noch zu vereinbaren sind.

B. Neue Heilmittelvereinbarung

1. Intention der Heilmittelvereinbarung zwischen der Ärztekammer und der BGKK ist eine Steigerung der Effizienz der limitierten, verfügbaren Mittel im Heilmittelbereich. Die HM-Vereinbarung 2011 bezieht sich insbesondere auf die Kostenentwicklung der BGKK im Vergleich zu den GKKs. Zielsetzung der HM-Vereinbarung 2011 ist eine Kostensteigerung für die BGKK, die im Bereich bzw. unter der Kostensteigerung der GKKs ohne BGKK liegt, wobei Einsparungen für Strukturverbesserungen, die gemeinsam zwischen Kammer und Kasse festzulegen sind, im burgenländischen Gesundheitswesen aufgewendet werden. Damit soll die Heilmittelvereinbarung einen Beitrag zur Optimierung der Ressourcenallokation im Heilmittelbereich liefern.

2. Die Angleichung der Kostensteigerung für die BGKK an den Durchschnitt der GKKs ohne BGKK ist mit keiner Verschlechterung der Versorgungsqualität verbunden. Da das Jahr 2010 als Datenbasis der HM-Vereinbarung 2011 herangezogen wird (vgl. Pkt. 3 lit. e), wird von einem im Vergleich sehr hohen Ausgangsniveau der Versorgung bei der BGKK ausgegangen. Im 1. Halbjahr 2010 hat die BGKK im altersstandardisierten Vergleich um 18 % mehr Verordnungen und um 13 % höhere Kosten als der gewichtete Durchschnitt der GKKs ohne BGKK. Die Zielsetzung einer Kostensteigerung im Heilmittelbereich an den Durchschnitt der GKKs ist daher mit einer unverändert höheren Versorgungsdichte, z.B. Medikamentenkosten pro Anspruchsberechtigter, verbunden.

3. Folgende Messparameter werden herangezogen:

- a. Vergleich BGKK gegenüber GKKs ohne BGKK (vgl. lit. c)
- b. Relative jährliche Kostensteigerung Heilmittel (mit ATC-Code) der burgenländischen Ärzte für Anspruchsberechtigte der BGKK im Jahr 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 (vgl. lit. e)
- c. Investitionsauslösend ist eine relative Kostensteigerung der BGKK (eingeschränkt auf burgenländische Ärzte und Medikamente mit ATC-Code), die 2011 bzw. 2012 höchstens im Durchschnitt der anderen GKKs liegt.
- d. Bei Zielerreichung gemäß lit. c stehen einmalig pro Jahr € 500.000,00 für Strukturverbesserungen zur Verfügung. Für jedes Promille einer Kostensteigerung der BGKK, das unter dem Durchschnitt der anderen GKKs liegt, stehen zusätzlich 0,7 Promille der Honorarsumme des Vorjahres für Strukturverbesserungen zur Verfügung. Insgesamt stehen höchstens € 1.000.000,00 pro Jahr zur Verfügung.
- e. Wird das Ziel gemäß lit. c. nicht vollständig erreicht, kann die Steigerung im Bereich der BGKK gegenüber den anderen GKKs an letztere aber angenähert werden, kommt es zu einer Ausschüttung von Strukturmitteln in der Höhe von € 300.000,00 unter folgenden Voraussetzungen: Basis ist die relative Ausgabensteigerung der BGKK sowie die der anderen GKKs des Jahres 2010 (für die Jahre 2011 und 2012). Es wird die Differenz zwischen diesen gebildet und diese halbiert. Liegt die Steigerung im Bereich der BGKK im Jahr 2011 bzw. 2012 um höchstens diesen halbierten Differenzprozentsatz des Jahres 2010 über der Steigerung der anderen GKKs, so werden jährlich € 300.000,00 für Strukturverbesserungen ausgeschüttet.

Beispiel 1:

- Kostenentwicklung 2010: BGKK +3,0 %, Rest-GKKs: 0,2 %
- Kostenentwicklung 2011: BGKK +0,5 %, Rest-GKKs: 1,0 %
- Die Entwicklung im Burgenland liegt 5 Promille unter dem Durchschnitt der Rest-GKKs, es kommt daher zusätzlich zur Ausschüttung des Basisbetrages in der Höhe von € 500.000,00 zur Ausschüttung von 3,5 Promille der Honorarsumme des Jahres 2010 (entspricht ca. € 155.000,00).

Beispiel 2:

- Kostenentwicklung 2010: BGKK +3,0%, Rest-GKKs: 0,2%
- Kostenentwicklung 2011: BGKK +1,0%, Rest-GKKs: 0,5%
- Die Kostensteigerung der BGKK ist zwar höher als bei den Rest-GKKs, liegt aber innerhalb der halben Differenz (d.s. 1,4 %; es käme bis zu einer Steigerung von 1,9 % (0,5 % plus 1,4 %) zu einer Ausschüttung) des Jahres 2010. Es stehen daher € 300.000,00 zur Verfügung.

4. Bei Zielerreichung gemäß Pkt. 3 leistet die Sozialversicherungsanstalt der Bauern analog der Zahlungen der BGKK einen Ausschüttungsbetrag im Ausmaß von 7 % des von der BGKK geleisteten Betrages.

C. Ökonomische Verschreibweise (Öko-Tool)

1. Die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln (RöV) sind zu beachten.
2. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance besteht bei mehreren gleich geeigneten Heilmitteln die Verpflichtung zur Verordnung des kostengünstigsten Heilmittels. Ob im konkreten Behandlungsfall ein wirkstoffähnliches Arzneimittel oder ein Biosimilar geeignet sind, entscheidet (solange keine anderslautende Vereinbarung zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer besteht) der behandelnde Vertragsarzt.
3. Um die Verpflichtung des Pkt. 2 einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein Öko-tool über die Arztsoftware oder eine Webversion (auch über die E-Card-Infrastruktur) zur Verfügung. Die Vertragsärzte sind ab 1. April 2011 verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung von Heilmitteln zu verwenden.
4. Der Vertragsarzt soll dabei unter Beachtung der medizinischen Erfordernisse grundsätzlich die im Öko-Tool enthaltenen Arznei- und Heilmittel verordnen. Dies gilt auch bei wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Arznei- und Heilmitteln sowie Biosimilars.
5. Dem verordnenden Vertragsarzt werden von der Kasse überdies die Folgekosten der Heilmittelverordnungen unverzüglich mitgeteilt. Das Procedere wird in einer gemeinsam von Kasse und Kammer paritätisch besetzten Task-Force festgelegt. Dadurch sollen ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) gewährleistet werden.

D. Gemeinsame Fortbildungen

Die BGKK organisiert eine Fortbildungsreihe zum Thema Polypharmakotherapie in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien, Abteilung für Klinische Pharmakologie. Die Ärztekammer wird die Vertragsärzte motivieren, an diesen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Auch die Spitalsärzte sollen daran teilnehmen. Die Terminabstimmung erfolgt auf Büroebene.

E. Gemeinsame Task-Force

1. Um das durch die Heilmittelvereinbarung erwartete Veränderungsmanagement zu steuern, wird die Steuerungsgruppe Task Force gegründet. Diese setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Ärztekammer für Burgenland und der BGKK zusammen. Auf Büroebene werden dabei die periodische Evaluierung der Heilmittelvereinbarung und die notwendigen Interventionen zur Zielerreichung abgestimmt. Die Mitglieder der Task Force sind für die Ärztekammer für Burgenland der Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte und der Kammeramtsdirektor und für die BGKK der Leiter der Abteilung Vertragspartner und der Leiter der Arbeitsgruppe Behandlungsökonomie. Diesen obliegt der Informationsaustausch innerhalb der Ärztekammer bzw. der BGKK. Bei Bedarf können der Task Force weitere Mitglieder beigezogen werden, insbesondere sollen auch die Krankenanstalten durch einen Vertreter eingebunden werden.
2. Vorgabe für die Task Force ist, dass jedenfalls nach Vorliegen der Quartalszahlen die für die Heilmittelvereinbarung als wesentlich beurteilten Daten analysiert und bewertet werden. Die weitere Kommunikationsstrategie zu den burgenländischen Ärzten soll dabei nach Vorgabe der in der Heilmittelvereinbarung angeführten Zielerreichung abgestimmt werden.

F. Neue Position "Heilmittelberatungsgespräch" mit Wirkung ab 1. April 2011

1. Die Position 018 „Heilmittelberatungsgespräch“ zum Tarif von € 9,-- als neue Sonderleistungsposition kann für Gespräche mit folgenden Themen verrechnet werden:

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

2. Die Leistung ist verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin in maximal 7 % der Grundleistungsfälle, Fachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie/Psychiatrie in maximal 4 % der Grundleistungsfälle und allen anderen Fachärzten (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie) in maximal 2 % der Grundleistungsfälle. Die Leistung ist gleichzeitig mit der Position 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag“ verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung der Pos. 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache....“ ist nicht zulässig.

3. Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 bis 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 (Pkt. 1 lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

4. In der Anmerkung zur Position 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag“ (Anhang 8 der Honorarordnung) wird ab 1. April 2011 der Punkt „Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten“ ersatzlos gestrichen.

IX. Anpassung des Gesamtvertrages

Die Vertragsparteien vereinbaren, den Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 sowie den Gruppenpraxis-Gesamtvertrag vom 25. Juni 2007 den geltenden rechtlichen Bestimmungen anzupassen.

Eisenstadt, 21. Juni 2011

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ärztchammer für Burgenland

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

Dr. Milan KORNFEIND

OA Dr. Michael LANG

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Josef GRAFL

Mag. Christian MODER

Sozialversicherungsanstalt
der Bauern

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

GRUNDVERGÜTUNG

Die Honorierung der Grundleistungsvergütung pro gültigen Behandlungsschein (Krankenkassenscheck bzw. Überweisungsschein, Rücküberweisungsschein) und Kalendervierteljahr ist wie folgt geregelt.

- Ärzte für Allgemeinmedizin: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	500	240	14,73
<i>Staffel 2</i>	700	280	14,32
<i>Staffel 3</i>	950	320	14,02
<i>Staffel 4</i>	1.200	360	13,21
<i>Staffel 5</i>	1.450	400	11,07
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	9,96

- Fachärzte für Lungenkrankheiten: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	400	110	14,23
<i>Staffel 2</i>	600	130	13,42
<i>Staffel 3</i>	800	150	12,61
<i>Staffel 4</i>	950	170	11,90
<i>Staffel 5</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	11,19

- Fachärzte für Augenheilkunde: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	850	220	13,80
<i>Staffel 2</i>	1.400	250	13,09
<i>Staffel 3</i>	1.800	270	12,28
<i>Staffel 4</i>	2.000	290	11,57
<i>Staffel 5</i>	2.150	310	11,27
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	10,86

- Fachärzte für Chirurgie/Unfallchirurgie: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	300	90	13,93
<i>Staffel 2</i>	600	110	13,82
<i>Staffel 3</i>	700	130	13,62
<i>Staffel 4</i>	800	150	13,22
<i>Staffel 5</i>	900	170	12,81
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	12,00

- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	750	130	14,25
<i>Staffel 2</i>	1.050	170	13,84
<i>Staffel 3</i>	1.450	210	13,24
<i>Staffel 4</i>	1.650	240	12,47
<i>Staffel 5</i>	1.700	280	11,71
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	11,00

- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	600	140	14,47
<i>Staffel 2</i>	1.000	180	13,76
<i>Staffel 3</i>	1.250	200	13,05
<i>Staffel 4</i>	1.400	240	12,34
<i>Staffel 5</i>	1.500	280	11,94
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	11,12

- Fachärzte für Innere Medizin: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	400	200	17,58
<i>Staffel 2</i>	600	220	17,17
<i>Staffel 3</i>	850	240	16,06
<i>Staffel 4</i>	900	260	15,75
<i>Staffel 5</i>	1.000	280	15,04
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	13,93

- Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	600	30	14,54
<i>Staffel 2</i>	800	40	14,29
<i>Staffel 3</i>	900	60	13,28
<i>Staffel 4</i>	1.050	70	12,97
<i>Staffel 5</i>	1.200	80	11,94
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	11,85

- Fachärzte für Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	500	90	13,83
<i>Staffel 2</i>	800	110	13,12
<i>Staffel 3</i>	950	130	12,01
<i>Staffel 4</i>	1.000	150	11,30
<i>Staffel 5</i>	1.200	170	10,59
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	10,18

- Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	300	160	14,20
<i>Staffel 2</i>	600	180	13,69
<i>Staffel 3</i>	800	200	12,58
<i>Staffel 4</i>	950	220	11,56
<i>Staffel 5</i>	1.050	240	10,75
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	10,44

- Fachärzte für Orthopädie: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	750	110	13,90
<i>Staffel 2</i>	1.200	130	13,49
<i>Staffel 3</i>	1.400	150	13,08
<i>Staffel 4</i>	1.500	170	12,37
<i>Staffel 5</i>	1.700	190	11,97
<i>Staffel 6</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	10,85

- Fachärzte für Urologie: ab 1.4.2011

	<i>bis Fälle (GKK):</i>	<i>bis Fälle (SVB):</i>	€
<i>Staffel 1</i>	<i>500</i>	<i>240</i>	<i>15,05</i>
<i>Staffel 2</i>	<i>650</i>	<i>270</i>	<i>13,96</i>
<i>Staffel 3</i>	<i>950</i>	<i>300</i>	<i>13,25</i>
<i>Staffel 4</i>	<i>1.000</i>	<i>320</i>	<i>12,54</i>
<i>Staffel 5</i>	<i>darüber</i>	<i>darüber</i>	<i>12,13</i>

- Das Honorar für den Urlaubsüberweisungsschein bzw. Urlaubskrankenkassenscheck beträgt € 8,63 ab 1.4.11
- Das Honorar für die Krankenvertretung beträgt € 13,09 ab 1.4.11
- Das Honorar für die Erste-Hilfe-Vergütung beträgt € 7,82 ab 1.4.11
- Das Honorar für die Vertretung wegen Nichterreichbarkeit des Hausarztes € 5,28 ab 1.4.11
- Wochentagsnachtbereitschaftsdienst (WTN-BD)
 - € 154,80 ab 1.1.11
 - € 160,45 ab 1.4.11
 - Kreis- und Gemeindeärzte (unentgeltliche Dienste gemäß § 5 Z.3 Kooperationsvereinbarung) € 40,00 ab 1.4.09
 - € 43,45 ab 1.4.11

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	<u>Ordinationen</u>			
001	Nachtordination (20 - 7 Uhr)		22,33	
002	Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (nur bei Unfällen oder begründeter Unabwesenbarkeit). Ordinationen, die an solchen Tagen in die ordentlichen Sprechstunden fallen, können nicht nach dieser Position verrechnet werden.		17,26	an Werktagen ist Uhrzeit anzugeben
003	Dringende Ordination außerhalb der normalen Sprechstunde		7,61	Die Uhrzeit ist anzugeben
015	Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung		5,28	<p>als Mehrleistung ist anzusehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese; - Stuserstellung; - Differentialdiagnose; - therapeut. Gespräch <p>bei Urlaubsvertretungsfällen ab dem 8. Tag bzw. ab der 2. Urlaubsperiode im Quartal ab dem 1. Tag der Vertretung, verrechenbar;</p> <p>Verrechnung bei Serienbehandlungen siehe Anhang 2 - G</p> <p>Verrechenbarkeit siehe Anhang 3</p>

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	<u>Visiten</u>			
004	Zuschlag für Tagesvisite bei mehreren Besuchen gleichzeitig		7,11	verrechenbar bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Anspruchsberechtigter in Altersheimen, Schulen, Internaten u. im Familienverband
005	Nachtvisite (Berufung nach 20 Uhr und Vollen- dung vor 7 Uhr)		45,68	
006	Visite an Sonn- und ge- setzlichen Feiertagen (nur Erstvisite bzw. im Falle begründeter Un- abweisbarkeit)		31,47	an Werktagen ist Uhr- zeit anzugeben
007	Zuschlag für Erstvisite bei Tag an Werktagen		23,35	1 x pro Fall und Quar- tal verrechenbar, siehe Anhang 4
017	Zuschlag für jede weite- re Tagesvisite		16,75	siehe Anhang 4
008	Dringende u. sofort ge- tätigte Visite (nur bei Be- rufung wegen Verdacht auf akut lebens- bedrohlichen Zustand; wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung u. dgl., verrechenbar)		30,45	
009	Bereitschaftsdienst- pauschale entsprechend Hon. Ordnung. A / 3	AM	339,89	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
	<u>Weegegebühren</u> siehe Bestimmungen der Hon. Ordnung. A/12			
010	ein Doppelkilometer bei Tag		1,62	
011	ein Doppelkilometer bei Nacht		2,44	
	<u>Zuschlag für Zeitversäumnis</u>			
012	Wartezeit bei Tag bei Krankenbesuch oder Geburt, die länger als eine halbe Stunde dauert, für jede angefangene weitere halbe Stunde		10,15	nur mit Begründung verrechenbar
013	Wartezeit bei Nacht bei Krankenbesuch oder Geburt, die länger als eine halbe Stunde dauert, für jede angefangene weitere halbe Stunde		20,30	nur mit Begründung verrechenbar
014	Ärztlicher Koordinierungszuschlag		10,15	Siehe Anhang 8
018	Heilmittelberatungsgespräch		9,00	siehe Anhang 9
019	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil		12,18	siehe Anhang 5
020	Eingehende Untersuchung oder Befundbericht	allg. FÄ	3,86	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar

II. Allgemeine Einzelleistungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>Blutentnahmen</u>				
021	Blutentnahme aus der Vene bei Versendung zu Laboruntersuchungen		2,58	Verrechnungslimit siehe Anhang 6
022	Blutentnahme aus der Vene bei Versendung zu Laboruntersuchungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.		4,43	
023	Aderlass durch Venae-punktion		6,50	
024	Venaesektio		10,92	
<u>Injektionen und Infiltrationen</u>				
026	Sc., ic., i.m. Injektion		2,44	
027	Intravenöse Injektion		3,05	für diagn. Zwecke auch von FÄ f. Radiologie verrechenbar
028	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.		3,84	
029	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i.m.Inj.)		5,76	
030	Intravenöse Injektion zur Varicenverödung bzw. zur Verödung von Hämorrhoidalknoten		5,60	10x pro Fall und Extremität, pro Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
033	Periarticuläre Gelenks- umspritzung	O, UC	9,14	für UC höchstens in 15 % der Fälle verre- chenbar, 1 x pro Tag und Gelenk
034	Intraarticuläre Injektion (große Gelenke: Schul- ter, Knie, Hüfte)		13,20	
035	Intraarticuläre Injektion (kleine Gelenke: auch mehrere in einer Sit- zung)		11,17	
036	Injektion in paravertebra- le Ganglien oder in den Nervenstamm	I, C, H,N,O	10,92	
037	Injektion in das Ganglion stellatum	I, C, H,N,O	14,68	
038	Endoneurale oder epi- neurale Injektion		3,32	
	<u>Infusionen</u>			
041	Subkutane Infusion	AM	10,15	
043	Intravenöse Infusion		11,17	Mittel ist anzugeben, höchst. 10 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; für diagn. Zwecke auch von FÄ. f. Radiologie verrechenbar; bei Überschreitung des Verrechnungslimits – Chefarztbewilligung für palliativ-medizinische Betreuung, schwere, oral nicht therapierbare Depression, degenerati- ve und rheumatische Erkrankungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

Implantationen

045	Unblutige Implantation mit Troikart		3,91	synth. Substanz
046	Blutige Implantation mit Incision und Naht		10,92	synth. Substanz od. biolog. Gewebe

Punktionen

048	Knochenmarkpunktion (Sternalpunktion)		12,84	
049	Punktion aus oberflächl. Körpergebilden (z.B. Cyste, Lymphknoten, Schleimbeutel, Haematom, Hydrocele)		6,50	
050	Punktion aus Brust- oder Bauchhöhle, Douglas oder Prostata, inkl. Anästhesie, diagn.		14,68	
051	Punktion aus Brust- oder Bauchhöhle, einschl. Douglas, inkl. Anästhesie, therapeutisch		18,22	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
052	Punktion aus größeren Gelenken (Schulter, Knie, Ellbogen)		14,68	für diagn. Zwecke auch von FÄ. f. Radiologie verrechenbar
<u>Betäubung (Anästhesie)</u>				
060	Allgemeine Anästhesie, i.v. od. Inhalationsnarkose		11,88	Toleranzstadium
061	Allgemeine Anästhesie (Kurz-, Rauschnarkose)		7,23	analget. Stadium
062	Leitungsanästhesie		8,56	
063	Infiltrationsanästhesie		7,97	
064	Infiltrationsanästhesie zu therapeutischen Zwecken		3,86	Situsangabe, wenn gemeinsam mit Pos. 033 oder 036
065	Oberflächenanästhesie der tiefen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle	H	1,83	höchstens in 25 % der Fälle verrechenbar
066	Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes	H	3,25	höchstens in 25 % der Fälle verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>Sonstige ärztliche Verrichtungen</u>				
069	Einführen einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung		8,12	
070	Wiederbelebungsversuch		36,51	
071	Magenspülung bei Vergiftungen		18,22	
072	Reposition einer incarcerated Hernie		8,85	
073	Katheterismus beim Mann, Setzen oder Wechseln eines Verweilkatheters		7,11	
074	Katheterismus am Krankenbett, bei akuter Harnverhaltung beim Mann		9,14	
075	Sondierung oder Bouchierung (Strikturdehnung), Pezzer inbegriffen, beim Mann		9,30	
076	Katheterismus bei der Frau		3,65	
077	Sondierung oder Bouchierung (Strikturdehnung), Pezzer inbegriffen, bei der Frau		4,28	
078	Katheterismus bei Kleinkindern	K, U,	8,85	bis zum 6. Lebensjahr
079	Blasenspülung		1,92	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
080	Lösung der Conglutination des Praeputium; Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose		4,72	
081	Prostatamassage		2,87	
082	Digitale rectale Untersuchung		2,66	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar, höchstens aber in 25 % d. Fälle, ausgenommen FÄ f. Urologie
083	Nahtentfernung	AM	2,44	höchstens in 2 % der Fälle verrechenbar

Leistungen Ärzte FÜR ALLGEMEINMEDIZIN ohne Zahnvertrag

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
090	Zahnextraktion		3,17	Situsangabe unbedingt erforderlich
091	Zahnextraktion in Lokalanästhesie		8,49	Situsangabe unbedingt erforderlich (Injektionsmittel inbegriffen)
092	Zahnextraktion in Leitungsanästhesie		9,51	Situsangabe unbedingt erforderlich (Injektionsmittel inbegriffen)
093	Blutstillung nach Zahnextraktion		4,72	
094	Blutstillung nach Zahnextraktion durch Naht		9,96	

Zur Beachtung! Auchzahnärzte können diese Positionen und im Zusammenhang damit auch einen Krankenschein nicht verrechnen, lediglich nach dem Tarif für Auchzahnärzte (siehe Bestimmung der Honorarordnung A/6).

III. LEISTUNGEN AUS DEN EINZELNEN FACHGEBIETEN

Sonderleistungen, die ausdrücklich - *durch Symbole gekennzeichnet* - einem Facharzt vorbehalten sind, können vom Arzt für Allgemeinmedizin nur verrechnet werden, wenn er hierzu von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Burgenland berechtigt wurde.

AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

a) Untersuchungen

099	Orthoptischer Befund bzw. Behandlung	A	7,61	höchstens in 5 % der Fälle verrechenbar
101	Gesichtsfeldbestimmungen	A	19,49	beide Seiten
102	Spaltlampenuntersuchung (Hornhautmikroskopie)	A	3,96	siehe Anhang 2 Pkt. A 1)
103	Skiaskopie	A	3,61	
104	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	A	4,47	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
106	Belastungsprobe bei Glaukom	A	8,49	mind. 3 Mess. in 24 Std. (mit Zeitangabe), einschl. Spaltlampe; höchst. 2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
107	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis, ggf. einschl. der qualitativen Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus	A	5,53	
<u>b) Operative u. sonstige Verrichtungen</u>				
108	Fremdkörperentfernung aus der Cornea, einschl. Anästhesie		13,13	
109	Hornhautabrasio einschl. Anästhesie	A	22,87	
110	Operative Entfernung kleiner Geschwülste im Bereich der Lider (z.B. Chalazion)		10,92	
111	Flügfelloperation (Pterygium)	A	33,86	
112	Lidoperation	A	30,25	
113	Epilation, je Seite	A	2,80	
114	Sondierung (oder Spülung) der Tränenwege, je Seite (erstmalig, einschl. Anästhesie)	A, H	10,55	1 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; siehe auch Anhang 2 Pkt. A

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
115	Retrobulbäre Injektion (einschl. Anästhesie)	A	4,72	
116	Applanationstonometrie (einschl. Spaltlampe)	A	8,12	
117	Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhin- tergrundes, einschl. Spaltlampenmikroskopie der vorderen und middle- ren Augenabschnitte	A	9,64	höchstens 2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
118	Diagnostik von Tränen- drüsensekretions- störungen (Schirmertest); beide Augen	A	2,21	höchstens in 10 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar
119	Fundusdiagnostik mittels Funduskamera	A	33,76	höchstens in 3 % der Fälle verrechenbar, max. 1x pro Fall und Quartal inkl. Bildduko- mentation, Geräte- nachweis erforderlich

HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
149	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle (Otomikroskopie)	H	6,64	höchstens in 30% der Fälle verrechenbar, nicht neben operativen Leistungen, die mikroskopisch gemacht werden
150	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang		7,38	Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
151	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang		10,47	für Kinder bis zum vollend. 6. Lj.; Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
152	Cerumenentfernung, je Seite		2,44	adhaerente, obtur. Pfropfenentfg.
153	Gezielte Applikation von ätzenden u. abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen und Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Kaute-risation	AM, H	3,68	
154	Nasentamponade		5,17	
156	Peritonsillar- oder Retropharyngealabszesseröffnung, Septumabszesseröffnung		14,21	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
157	Paracentese des Trommelfelles, Punktion des Mittelohres, je Seite		16,24	
158	Atticspülung	H	3,55	
159	Tubenkatheterismus, je Seite	H	3,35	
160	Endoskopie der oberen Luftwege (Epipharyngoskopie, direkte Laryngoskopie)	H	11,41	
161	Endoskopie der Speiseröhre oder der tieferen Luftwege	H, C, L, I	20,50	
162	Endoskopie der Speiseröhre oder der tieferen Luftwege, verbunden mit Fremdkörperentfernung oder Probeexcision	H, C, L, I	40,35	
163	Endoskopie der Kieferhöhle	H	22,87	einschl. Punktion und Spülung
164	Einseitige Punktion einer Nasennebenhöhle incl. Spülung	H	22,13	im Regelfall bei Erstbehandlung verrechenbar
165	Spülung einer Nasennebenhöhle über bereits vorhandene Verweilkatheter	H	7,38	nicht mit Pos. 164 verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
166	Operative Eingriffe an den Nasenmuscheln (Mukotomie oder Elektrokaustik), je Seite	H	23,75	
167	Operative Eröffnung einer od. mehrerer Nebenhöhlen (Siebbein, Keilbein, endonasal Stirnhöhle), je Seite	H	26,85	
168	Nasenseptumoperation	H	91,35	
169	Entfernung von Geschwülsten od. Polypen aus der Nase, aus dem Ohr oder aus dem Rachen, je Seite	H	30,75	
170	Operative Eingriffe im Kehlkopf, einschl. Anästhesie	H	23,46	
171	Adenotomie	H, C	40,60	
172	Tonsillektomie	H, C	101,50	
173	Einrichtung einer Nasenbeinfraktur, einschl. ev. Fixationsverband	H, C	10,15	
174	Vestibularisprüfung	H	16,24	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
175	Audiometrie, Sprach- und Tonaudiometrie (mit entsprechender schriftl. Aufzeichnung und Aufbewahrung der Befunde)	H	15,33	Sprachaudiometrie jedoch nur verrechenbar bei a) otoneurolog. Begutachtung zur Differentialdiagnose von Hörschäden inkl. Berufsschäden b) Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch Hörapparat c) Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch operative Eingriffe
176	Parazentese in Lokalanästhesie sowie Mittelohrabsaugung und Setzen eines Shepardtubus	H	29,51	nicht neben Position 157 verrechenbar, das Röhrchen wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt
177	Operative Entfernung eines Shepardtubus inkl. allfälliger Abdeckung der Perforation	H	14,75	
178	Speichelgangsondierung	H	4,43	
179	Operative Entfernung eines Speichelsteines	H	54,81	nicht gemeinsam mit der Position 178 verrechenbar
181	Tympanometrie	H	12,18	in 8 % der Fälle verrechenbar

**CHIRURGIE (UNFALLCHIRURGIE)
UND ORTHOPÄDIE U. ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE**

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>a) Operative Eingriffe</u>				
197	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser, einschließlich Naht und Wundversorgung	AM, D, C, G, U	34,51	siehe Anhang 2, Pkt. H, 1
198	Operative Entfernung, inkl. Naht einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser	AM, D, C, G, U	61,92	siehe Anhang 2, Pkt. H, 2
199	Operative Entfernung, inkl. Naht und erforderliche Anästhesie einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser	D, C, G, U	97,44	siehe Anhang 2, Pkt. H, 3
200	Abtragung von Nekrosen		4,58	1 x pro Fall und Tag verrechenbar, max. 5 x im Quartal
201	Incision eines oberflächlichen Abszesses, vereiterten Atheroms oder Furunkels, Panarit. cutaneum, Paronychie		3,98	bei Akne vulg. congl. nur 4 x pro Fall u. Quartal verrechenbar; auch elektrochirurg.; zugl. mit Pos. 209 nicht verrechenbar
202	Incision oberflächlicher Abszesse, Furunkel, vereiterten Haematome, mehrere in einer Sitzung		8,40	bei Akne vulg. congl. nur 4 x pro Fall und Quartal verrechenbar; auch elektrochirurg.; zugl. mit Pos. 209 nicht verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
203	Eröffnung eines Schweiß- od. Lymphdrüsen- abszesses Incision eines abszedierten Atheroms		8,56	auch elektro.-chirurg.
204	Eröffnung von Schweiß- od. Lymphdrüsen- abszessen, mehrere in einer Sitzung		14,68	auch elektro.-chirurg.
205	Operative Behandlung eines Karbunkels, tief sit- zenden vereiterten Hae- matoms		16,75	auch elektro.-chirurg.
206	Incision einer Mastitis oder Phlegmone, eines tief sitzenden Abszesses		18,88	
207	Incision eines Panaritium subcut.		12,10	
208	Incision eines Panaritium tend., oss. oder articul.		15,64	
209	Operative Entfernung ei- nes Finger- oder Zehen- nagels		8,63	ausgenommen bei Pa- naritium u. Radikalope- rat. eines Unguis incar- natus
210	Radikaloperation eines Unguis incarnatus, Na- gelbettentfernung bei rez. unguis incarnatus		18,88	
211	Silberschienenoperation des Unguis incarnatus	C, O	23,82	
212	Operative Entfernung ausgedehnter Schwielen		18,88	Situsangabe ist nötig

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
213	Entfernung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub-oder paraungualen Warzen		7,38	Lokalanästhesie und Leistung nur 1 x pro Fall und Tag je Situs verrechenbar
214	Entfernung von bis zu fünf vulgären Warzen, z.B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu 15 Molusken oder pendelnden Fibromen		4,58	Lokalanästhesie und Leistung nur 1 x pro Fall und Tag je Situs verrechenbar
215	Abtragung großer Brandblasen		10,92	
218	Probeexcision aus oberflächl. Gewebsschichten		10,77	
219	Operative Fremdkörperentfernung aus Weichteilen, oberflächlich		5,46	einschl. Naht
220	Operative Fremdkörperentfernung aus Weichteilen, tief sitzend		22,57	einschl. Naht
221	Excision einer Fistel		11,72	
222	Varicenoperation nach Moskowicz oder Romich	C, D	28,47	
223	Operative Entfernung von Haemorrhoidalknoten		22,35	
224	Elektrokaustik einer Fissura ani		13,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
225	Operative Versorgung einer Analfistel	C	38,87	
226	Metallentfernung	C	59,01	
227	Bandnaht	C	59,01	
228	Operation Carpal tunnel-syndrom	C	159,86	
229	Dupuytren'sche Kontraktur	C	167,78	
	<u>b) Endoskopien</u>			
230	Rektoskopie ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion	C, I, G, D	24,34	
231	Unvollständige Koloskopie (Untersuchung kann oder muss aus medizinischen Gründen nicht bis zum Coekum durchgeführt werden).	C, I,	71,05	<u>Voraussetzung:</u> siehe Anhang 7
232	Vollständige Koloskopie	C, I	129,92	<u>Voraussetzung:</u> siehe Anhang 7

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
233	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie ggf. einschl. Oesophagoskopie, Probeexzision, Probepunktion und/oder Ureasenachweis (einschl. Kosten)	C, I	80,79	
<u>c) Wundversorgung</u>				
234	Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Wundverschluss und Verband		9,07	bis 3 Nähte oder Klammern oder Butterfly
235	Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Ausschneidung und Wundverschluss und Verband		14,75	bis 3 Nähte od. Klammern, bei Versorgung mehrerer Verletzungen ist Pos. 236 zu verrechnen
236	Versorgung einer großen Wunde einschl. Ausschneidung, Wundverschluss und Verband		18,81	mehr als 3 Nähte oder Klammern
237	Wundnaht bei Sehnen-, Nerven-, Gefäßnaht	C	28,54	
238	Chirurgische Versorgung einer arteriellen oder venösen Blutung		14,68	
239	Amputation eines Fingers, einer Zehe, eines Finger- od. Zehengliedes		22,87	einschl. Naht und Plastik

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

d) Chirurg. u. orthopäd. Operationen

240	Abmeißelung von Exostosen	C, O	27,29	
241	Hammerzehenoperation	C, O	47,50	
242	Operation eines schnellenden Fingers	C, O	21,54	
243	Plastische Operation	C, O, H	43,71	ausschließl. zur Wiederherstellung der Funktionen

e) Knochenbrüche

245	Schienenverband; Gehbügel		5,46	Erstanlegung
246	Einrichtung und definitive Frakturversorgung kleiner Knochen mit Fixationsverbänden <u>a u ß e r</u> Gipsverbänden		8,49	
247	Provisorische Frakturversorgung mittels (Gips-) Schiene		11,80	ausgenommen Finger, Zehen, Rippen
248	Einrichtung und definitive Frakturvers. einschl. Gips: kleine Knochen		22,87	mittels Unterarmgipsverband
249	Einrichtung und definitive Frakturvers. einschl. Gips: mittlere Knochen		32,17	mittels Oberarm- oder Oberschenkelgipsverband

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

250	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips: große Knochen		36,07	mittels Oberarm-, Brust- oder Oberschenkelbeckengipsverband
-----	---	--	-------	---

f) Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation

251	Kleines Gelenk		11,80	
-----	----------------	--	-------	--

252	Ellbogen-, Knie-, Hand- oder Sprunggelenk		29,65	
-----	---	--	-------	--

253	Schultergelenk		37,62	
-----	----------------	--	-------	--

g) Orthopädische Eingriffe

255	Spreizbehandlung bei Hüftgelenksdysplasie	O, K	19,99	pro Fall und Quartal nur 1 x verrechenbar
-----	---	------	-------	---

256	Reposition der Hüftgelenksluxation, einseitig	O	66,90	mit Gips; außer Breitwickeln od. Spreizkissen
-----	---	---	-------	---

257	Reposition der Hüftgelenksluxation, doppelseitig	O	91,61	mit Gips; außer Breitwickeln oder Spreizkissen
-----	--	---	-------	--

258	Neuerliche Korrektur, ein- od. doppelseitig	O	46,69	mit Gips; außer Breitwickeln oder Spreizkissen
-----	---	---	-------	--

259	Redressement des Klump-, Haken-, Spitzfußes mit anschließender Fixation	O	35,70	mit Gips
-----	---	---	-------	----------

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
260	Aufkeilung des Gipsverbandes eines Klumpfußes zur Stellungsverbesserung und neuerliche Fixation nach Kite	O	19,99	
261	Neuerliches Redressement	O	35,70	
262	Schienenbehandlung angeborener Hand- od. Fußdeformitäten durch Stellungsänderung, ausgenommen Gipsverband	O	21,09	1 x pro Fall u. Quartal und Extremität verrechenbar
263	Manualtherapie	O	9,84	höchstens. 3 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
h) Verbände, Anlegung und Wiederanlegung				
264	Anlegung eines Okklusiv-, Kompressions- od. Heilverbandes am gleichen Tag nicht verrechenbar bei Pos. 248, 249, 250		4,03	höchstens 5 x, für AM u. D 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar; siehe Anhang 2, Pkt. C
265	Zinkleimverband, pro Fall u. Extremität		7,23	
266	Fingergipsverband oder Gipsausbesserung		11,80	
267	Unterarmgipsverband		15,64	
268	Unterarm mit Oberarmgipsverband, Faust- bzw. Naviculare- Gips		19,40	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
269	Oberarm mit Schultergürtel oder Kopf mit Schultergürtelgipsverband		29,28	
270	Fußgipsverband		9,59	
271	Unterschenkelgipsverband		16,45	
272	Unterschenkel mit Oberschenkelgipsverband		25,52	
273	Gipshülse		17,41	
274	Oberschenkel mit Beckengürtelgipsverband		23,53	
275	Halskrawatte		11,36	
276	Gipsschale	C, O	23,53	
277	Gipsmieder, Gipsbett	C, O	44,34	
278	Gipslongette		11,36	
<u>i) Abnahme von Gipsverbänden</u>				
280	nach Pos. 247, 248, 252, 266, 267, 270, 273, 275		7,00	
281	nach Pos. 249, 250, 253, 256, 257, 258, 259, 261, 268, 269, 271, 272, 274, 277		13,05	
<u>j) Gipsabdruck für orthopädische Behelfe</u>				
282	Gipsabdruck f. Modelleinlagen	O	11,13	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
284	Prüfung der Sensibilität mit Anlegung eines Schemas	O	14,77	
285	Versorgung mit Heilbehelfen für den Stütz- und Bewegungsapparat sowie deren Kontrolle	O	12,59	in 10 % der Fälle verrechenbar
290	Arthroskopische Untersuchung ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpeln oder Knochen einschl. Kosten	C	164,71	
291	Arthroskopische Operation mit Meniskus- (Teil-) Resektion, Plica-(Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers oder Entfernung freier Gelenkkörper, einschl. Kosten	C	425,99	
292	Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en)	C	437,34	
295	Polypektomie mit der Schlinge	C, I	42,80	Zuschlag zu Pos. 231 und 232, inkl. Kosten für Schlinge, nicht gemeinsam mit Pos. 296 verrechenbar
296	Polypektomie mit der Zange	C, I	22,50	Zuschlag zu Pos. 231 und 232, nicht gemeinsam mit Pos. 295 verrechenbar

UROLOGIE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
300	Punktion der Harnblase		32,97	
301	Operation einer Paraphimose		17,04	
302	Phimosenoperation		17,41	
303	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	U	18,27	
304	Zystoskopie ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision bei der Frau; Amnioskopie	U, G	26,08	einschließlich Katheterismus
305	Zystoskopie ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision beim Mann	U	41,21	einschließlich Katheterismus
306	Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion an den Ostien oder Uretersondierung	U	20,22	einschl. Katheterismus; Zuschlag zur Pos. 304 und Pos. 305
307	Harnleitersondierungen, ggf. einschl. Nierenbeckenspülung(en) und/oder Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmittel in das/die Nierenbecken	U	6,79	pro Harnleiter verrechenbar; Zuschlag zu Pos. 304 und Pos. 305

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
308	Operativer Eingriff in der Harnblase, transurethral, z. B. Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von kleinen Fremdkörpern und/oder kleinen Tumoren	U	59,67	Zuschlag zu Pos. 304 und Pos. 305
309	Operative Polypentfernung aus der Urethra	U	28,85	exclus. carunculae urethrales b.d. Frau
310	Vasektomie beiderseits, bei Prostataleiden	U	43,89	
311	Lithotripsie	U	66,76	
312	Schlingensondierung eines Harnleiters	U	40,20	
313	Ultraschallgezielte Mehrfachbiopsie der Prostata	U	69,02	Nadeln werden im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt <u>Anmerkung:</u> Grundsätzlich sind mind. 8 Biopsien durchzuführen, in medizinisch begründeten Einzelfällen auch weniger; Begründung ist anzugeben.
314	Uroflowmetrie, inkl. Registrierung	U	18,47	höchstens in 23 % der Fälle verrechenbar
315	Blaseninstillation mit Zytostatika inkl. Katheterismus	U	10,15	

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
350	Beistand bei Geburt ohne operative Eingriffe, über Berufung und in Anwesenheit der Hebamme		45,65	
351	Beistand bei Geburt ohne operative Eingriffe, in Abwesenheit der Hebamme		91,61	
352	Kombinierte Wendung		84,16	
353	Manualhilfe bei Steißlage, oder Reposition der Nabelschnur oder vorgefallener Kindesteile		51,12	
354	Zange oder Vakuumextraktion		54,95	
355	Ultraschalluntersuchung - Doppler - Effekt	G	8,49	verrechenbar bei gestörter Gravidität im 1. Drittel der Schwangerschaft; bei pathologischen Fällen mit Begründung, höchstens aber 3 % der Fälle
356	Naht eines Dammrisses I u. II oder Episiotomie, incl. Naht		33,86	
357	Naht eines Dammrisses III		87,78	incl. Sphinktermuskulatur
358	Manuelle Plazentalösung		73,24	
359	Cervixriss, Naht		63,80	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
361	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecurettage, vollständig); Konisation		43,15	therapeutisch od. zwecks histolog. Befundes
363	Kolposkopie	G	4,93	In 70% der Fälle verrechenbar, siehe Anhang 2, Pkt. B
364	Probeexcision aus der Portio	G	17,04	einschl. Naht od. Elektrokaustik
365	Probeexcision aus der Vagina oder Vulva	G, C, D	11,80	einschl. Naht od. Elektrokaustik
366	Elektrokauterisation bei Portioerosion	G	8,85	
367	Polypentfernung aus der Vagina		8,71	
368	Polypentfernung aus der Cervix, incl. Nachcurettage		30,46	
369	Exstirpation kleinerer Geschwülste aus Uterus oder Vagina; Condylomabtragung		17,04	
370	Incision eines suburethralen Abszesses	G, U, C, D	21,90	auch elektrochirurgisch
371	Incision eines Bartholin'schen Abszesses		12,84	auch elektrochirurgisch
372	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G	25,52	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
373	Pessaranpassung, -wechsel		5,46	
374	Pertubation	G	27,29	
375	Skarifikation der Portio; Kryochir. Kauterisation	G	18,37	
376	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto	G	3,93	z. B. Papanicolaou; höchstens in 70 % der Fälle verrechenbar

**INNERE MEDIZIN, KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE
UND LUNGENKRANKHEITEN**

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
401	Standard-EKG (I - III)	AM, I, K	7,60	
402	EKG-Ableitungen nach Goldberger od. nach Nehb	AM, I, K	5,76	zur Kontrolle der Rhyth- musstörung ist nur die Pos. 401 verrechenbar
403	EKG-Brustwand- ableitungen (V1 - V6)	AM, I, K	4,94	
404	EKG am Krankenbett, Zuschlag	AM, I, K	4,72	
406	Rheokardiographie, Rheoangiographie, Oszil- lographie, Plethys- mographie	I	14,02	1 x pro Fall u. Quartal und Extremität verre- chenbar
407	Oszillometrie, einschl. d. Messung der Hauttem- peratur	I, C, N, D	5,46	
408	Ergometrie	I	63,43	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar; siehe Anhang 2, Pkt. D
410	Glykosyliertes Hämoglo- bin (HbA 1c)	AM, I, K	6,79	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
411	Echokardiographie mit 2- dimensionaler Darstel- lung ggf. einschließlich Doppler-Sonographie des Herzens mit gepulsten und/oder CW-Doppler	I	57,47	höchstens in 22 % der Fälle verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
412	Denver-Development-Test bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lj.	K	11,98	
413	Motoskopische Untersuchung zur Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes bei Kindern	K	16,79	
415	Bodyplethysmographie	L	18,27	höchstens in 20 % der Fälle verrechenbar
417	Provokationstest inklusive unspezifischer, inhalatorischer und/oder pharmakodynamischer Provokation sowie nachfolgender Broncholyse. Die erste notwendige weitere Spirometrie ist im Tarif inkludiert.	L	16,24	höchstens in 12 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar Nicht gemeinsam mit Position 421 verrechenbar
418	Allergieaustestung (inhalative Allergene)	L	13,28	höchstens in 7 % der Fälle verrechenbar
419	Blutgasanalyse	L	35,48	höchstens in 15 % der Fälle verrechenbar
420	Spirographische Untersuchung zur Bestimmung expiratorischer Parameter (Vitalkapazität bei forcierter Ausatmung, Sekundenkapazität, Atemstromstärke im Bereich unterschiedl. Lungenvolumina), einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation	L, I, K, AM	12,84	höchstens in 137 %, für AM in 5%, für K in 5% der Fälle verrechenbar, Befundabschrift ist aufzubewahren, Geräte und Ausbildungsnachweis erforderlich

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
421	Zuschlag zur Pos. 420 bei Bestimmung expiratorischer Parameter nach Applikation bronchospasmolytisch wirksamer Substanzen, einschl. Substanzkosten, einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation	L, K	5,18	für L höchstens in 30 % der Fälle verrechenbar, für K höchstens in 2 % der Fälle verrechenbar
422	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung inkl. aller Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind.	L	44,73	höchstens in 5 % der Fälle verrechenbar Das verwendete Gerät ist der Kasse zu melden
423	Atemwegswiderstandsmessung	L	6,98	höchstens in 90 % der Fälle verrechenbar
424	Zuschlag für eingehende Untersuchung bei Kleinkindern bis zu 4 Jahren	AM, K, H	6,60	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar, aber nicht in Verbindung mit Pos. 020
425	Tuberkulinprobe und Auswertung	L, K	3,32	höchstens in 20 % der Fälle verrechenbar
426	Detaillierter individueller, schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen, dystrophischen sowie bei Ekzemenkindern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Planes ist der Abrechnung beizuschließen	K	14,55	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
427	Eingehende Beratung und Behandlung der Enuresis für Kinder ab dem 4. Lj.	K, U	8,34	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
429	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich	AM, K, H	2,03	für AM und H höchstens in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar für K höchstens in 10% der Fälle pro Jahr verrechenbar Test wird im Rahmen des Ordinationsbedarfs zur Verfügung gestellt

**NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE/
PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE**

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
430	Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319)	N, P	17,77	1 x pro Fall und Quartal, für N höchstens in 30 %, für P in 50 % der Fälle verrechenbar,
431	Neurologische Statuserhebung mit Dokumentation	N, P	16,03	Für P in 50% der Fälle verrechenbar
432	Psychotherapeutische Sitzung	N, P	10,19	für Fachärzte für Psychiatrie und FÄ mit Modul III je 10 min. jedoch max. 3 x pro Fall und Tag, höchstens für 12 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar; von sonstigen Vertragsärzten 10 x pro Fall und Quartal verrechenbar
433	Messung visuell (VEP), akustisch (AEP) oder somatosensibel (SSP) evozierter Hirnpotentiale	N, P	45,44	höchstens in 12 % der Fälle verrechenbar
434	Elektroencephalogramm	N, P	40,38	bei Zuweisung ausschließlich zum EEG wird keine Grundvergütung honoriert
435	Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle	N, P	7,21	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar, jedoch höchstens in 30% der Fälle

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
436	Elektromyographische (Nadelelektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchung eines Muskels und der versorgenden Nerven	N, P	33,50	höchstens in 8 % der Fälle verrechenbar
437	Elektromyographische (Nadelelektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchungen mehrerer Muskeln und der versorgenden Nerven	N, P	44,66	nicht mit Pos 436 verrechenbar; höchstens in 8 % der Fälle verrechenbar
438	Elektromyographische Untersuchung mit Oberflächenelektroden oder elektroneurographische Untersuchung mit Bestimmung(en) der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit, je Nerv	N, P	11,17	höchstens in 14 % der Fälle verrechenbar
439	Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit, je Nerv	N, P	9,14	neben Pos. 436, 437 und Pos. 438 verrechenbar, oder als Kontrolluntersuchung nach vorangegangenen elektromyographischen Untersuchungen mit gleichzeitiger(en) Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit; höchstens in 14 % der Fälle verrechenbar
480	Psychiatrische Skala, Minimal-Status-Test oder gleichwertige Skala	N, P	11,22	

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
440	Einspritzung, Einträufelung oder Spülung der Harnröhre (Provokation)	D, U	3,05	
441	Kohlensäureschneebehandlung oder Behandlung mit flüssigem Stickstoff, je Sitzung	D	6,98	inkl. Kohlensäure bzw. Stickstoff, ausgenommen Chloräthyl
443	Behandlung mit Podophyllin genital (Entfernung spitzer Condylome)	D, G, U	2,36	höchstens 2 x pro Fall und Quartal verrechenbar (inkl. Substrate)
444	Exploration von Allergien (ausführliche Anamnese und Untersuchung ohne Epicutan- teste)	D, L, H	5,08	höchstens in 20 % d. Fälle verrechenbar für H höchstens in 12 % der Fälle pro Quartal verrechenbar
445	Kaustik	D	8,22	ausgenommen Warzen
446	Hautstanzung	D	4,94	
447	Epicutantestung (bis 7 Stoffe)	D, H	8,32	höchstens 3 % d. Fälle
448	Epicutantestung (8 bis 14 Stoffe)	D, H	14,21	höchstens 3 % d. Fälle
449	Epicutantestung (15 bis 30 Stoffe)	D	20,50	höchstens 2 % d. Fälle

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
450	Prick-Test einschl. Kosten, bis zu 10 Tests je Behandlungsfall, je Test	D	2,96	höchstens in 3% der Fälle verrechenbar
451	Prick-Test einschl. Kosten, für jeden weiteren Test bis max. 30 Tests insgesamt, je Test	D	1,63	höchstens in 3 % der Fälle verrechenbar
454	Aufflichtuntersuchung/ Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop, inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie u. Prophylaxe	D	9,99	einmal pro Jahr und Fall, sowie insgesamt bei 23 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Dokumentation ist mindestens 3 Jahre aufzubewahren und dem KV-Träger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
455	Phototherapie (SUP) 1. bis 16. Behandlung, je	D	6,09	siehe Anhang 2, Pkt. E
456	Phototherapie (SUP) ab der 17. Behandlung, je	D	4,16	siehe Anhang 2, Pkt. E
457	Photochemotherapie (PUVA) 1. bis 4. Behandlung, je	D	9,14	siehe Anhang 2, Pkt. F
458	Photochemotherapie (PUVA) 5. bis 16. Behandlung, je	D	8,12	siehe Anhang 2, Pkt. F
459	Photochemotherapie (PUVA) ab der 17. Behandlung, je	D	5,08	siehe Anhang 2, Pkt. F

c) VERGÜTUNGEN FÜR PHYSIKOTHERAPIE

- 1) Physikalische Behandlung kann nur verrechnet werden, wenn die bezüglichen Physiko-Apparate der Gemeinsamen Verrechnungsstelle, Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, gemeldet wurden.
- 2) Für physikalische Behandlung - ausgenommen die mit x) bezeichnete - ist keine Bewilligung der Kasse erforderlich.
- 3) Für überwiesene Fälle gebührt keine Grundvergütung

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>Massagen</u>				
501	x) Manuelle Massagen, mind. 15 Minuten (nicht mit Pos. 503 zusammen verrechenbar)	O, C	4,65	
502	Pneumomassage des Trommelfelles	H	1,55	
<u>Gymnastik</u>				
503	Heilgymnastik, orthop. Einzeturnen, mindestens 15 Minuten	O, C	1,55	
504	Extensionsbehandlung (Glisson oder Quengeln)	O, C	1,55	
505	Extensionsbehandlung mit rhythmisch-automatisch arbeitenden Geräten	O, C	3,98	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
506	Orthopädisches Gruppenturnen, pro Stunde und Fall	O, C	1,40	
<u>Bestrahlungen und elektrische Behandlungen</u>				
507	Anwendung von Wärmelampen		1,11	
508	Quarzbestrahlung		1,11	
509	Heißluft, nicht mit Pos. 503 zusammen verrechenbar		1,11	
510	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom		2,21	
511	Exponentialstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten		2,21	
512	Iontophorese (ohne Medikament)		2,21	
513	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle		2,21	
514	Diathermie		2,21	
515	Ultraschall		2,95	
<u>Inhalationen</u>				
516	Aerosol-Inhalation (ohne Medikament)		1,85	

d) VORSORGEUNTERSUCHUNG

Entsprechend dem zwischen der Österr. Ärztekammer und dem Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger mit Wirkung ab 1.1.2005 abgeschlossenen Gesamtvertrag für die Vorsorgeuntersuchung ist in § 12 die Honorierung bei der Vorsorgeuntersuchung festgelegt.

Für die Honorarabrechnung wurden folgende Honorarpositionsnummern ab 1.10.2005 einvernehmlich vereinbart, wobei die angeführten Tarife ab 1.10.2005 gültig sind.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
540	Basisuntersuchung komplett	AM, L, I	75,00	
541	Basisuntersuchung ohne Labor für Männer	AM, L, I	65,50	
542	Basisuntersuchung ohne Labor für Frauen	AM, L, I	65,00	
543	Gynäkologische Untersuchung	G	24,00	ab 1.1.2010 siehe Anmerkung unten
9544	Mammographie inkl. notwendiger Sonographie	Ra	82,74	ab 1.4.2011
545	PAP-Abnahme	G	3,71	
546	VU-Vollständige Koloskopie	Ch,I	188,00	ab 1.10.2010
547	VU-Unvollständige Koloskopie	Ch,I	130,00	ab 1.10.2010

Anmerkung zu Pos. 543: "Durchzuführen ist: palpatorische Untersuchung der Brust einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung, digital-rectale Untersuchung (fakultativ), Kolposkopie, PAP-Abstrich, Abschlussgespräch. Am selben Tag nicht verrechenbar mit Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“, Pos. 082 „Digitale rectale Untersuchung, Pos. 355 „Ultraschalluntersuchung – Doppler – Effekt“, Pos. 363 „Kolposkopie“ und Pos. 376 „Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto“. Im Zusammenhang mit der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung am selben Tag nicht verrechenbar mit Pos. 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ und Pos. 587 „Gynäkologische Sonographie.(inkl. endovaginale Sonographie)“:

e) ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Sonographie

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
579	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)	C, O	17,26	für O in 5 % der Fälle verrechenbar
580	Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)	I, C, K	37,99	
581	Nieren und Retroperitoneum	I, C, K	30,98	
582	Unterbauch	I, C, K	25,82	
583	Ein Organ	I	23,61	
584	Sonographie bei Schwangerschaft	G	20,36	
585	Urologische Sonographie pro Untersuchungsfeld einschl. Befunderstellung und Dokumentation	U	18,44	pro Patient und Tag sind höchstens 2 Untersuchungsfelder verrechenbar

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
586	Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lj. bei Krankheitsverdacht	K, O	22,13	
587	Gynäkologische Sonographie (inkl. endovaginale Sonographie)	G	23,46	
588	Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse	I, C	16,45	
591	Dopplersonographische Untersuchung der supra-orbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralis-arteriensystems inkl. Dokumentation	N	29,51	nur für angiologisch tätige Fachärzte mit Befähigungsnachweis; höchstens in 15 % der Fälle verrechenbar
592	Duplexsonographie des Carotisvertebralis-arteriensystems	N	29,51	nur für angiologisch tätige Fachärzte mit Befähigungsnachweis; höchstens in 15 % der Fälle verrechenbar
597	Sonographie des Scrotalinhaltes	K	19,84	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
9578	Sonographie der oberfl. Raumforderungen	Ra	11,18	
9579	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)	Ra	17,15	
9580	Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)	Ra	28,57	
9581	Nieren und Retroperitoneum	Ra	23,30	
9582	Unterbauch	Ra	19,42	
9583	Ein Organ	Ra	17,76	
9584	Sonographie bei Schwangerschaft	Ra	15,32	
9588	Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse	Ra	16,36	
9589	Sonographie der Mamma, je Seite	Ra	10,26	ab 1.10.2009 nicht gemeinsam mit Pos. 8000, 8001 oder 9544 verrechenbar
9598	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	Ra	22,73	
9599	Sonographie der Axilla oder der Leiste	Ra	13,20	

Die vereinbarten Tarife schließen das ärztliche Honorar und sämtliche, mit der Organsonographie verbundenen Unkosten, wie die der Dokumentation, mit ein.

Anmerkungen zur Verrechenbarkeit der Ultraschalldiagnostik:

Fachärzte für Innere Medizin:

Die Pos. 580 ist in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar, die Pos. 581 in höchstens 12 %, die Pos. 582 und 588 sind in höchstens in 11 % und die Pos. 583 in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar.

Fachärzte für Chirurgie:

Die Pos. 579 ist maximal in 25 % der Fälle von Unfallchirurgen verrechenbar. Die Pos. 580, 581, 582 und 588 sind in höchstens 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Die Pos. 584 ist höchstens in 5 % der Fälle verrechenbar. Die Pos. 587 ist höchstens in 36 % der Fälle verrechenbar.

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

Die Pos. 580, 581 und 582 sind in höchstens 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

Die Pos. 597 kann ab 1. April 1999 in maximal 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden.

Fachärzte für Urologie:

Als Untersuchungsfelder gelten:

- a) Nieren und Retroperitoneum
- b) Unterbauch (einschl. Restharn und Prostata)
- c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden)

Die Zahl der verrechneten Felder darf 66 % der Fälle nicht übersteigen.

Fachärzte für Radiologie:

Die Pos. 9588 ist maximal in 10 % der Fälle, pro Arzt und Quartal, pro Patient und Tag einmal verrechenbar

zu Ho. Pos. 583 und Pos. 9583:

Als ein Organ gelten z. B. beide Nieren, ebenso Gallenblase und Gallenwege;
verrechenbar nur bei Untersuchung eines der in Pos. 580 und Pos. 581 bzw. Pos. 9580 und Pos. 9581 angeführten Organe;

zu Ho. Pos. 584 und Pos. 9584:

Nur bei nachstehend angeführten Indikationen verrechenbar: Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken - Leibesfrucht, Verdacht auf atypische praenatale Kindeslage, Plazenta praevia, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen.

zu Ho. Pos. 586:

Indikationsausweitung auf „Coxitis fugax“

Die Indikation zur Sonographie muss vom zuweisenden Arzt auf der Zuweisung angegeben werden. Bei Zuweisung ausschließlich zur Sonographie bei Schwangerschaft zu Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gebührt keine Grundvergütung.

f) VERGÜTUNGEN FÜR RÖNTGENLEISTUNGEN

I. DIAGNOSTIK UND THERAPIE BEI FACHÄRZTEN FÜR RADIOLOGIE

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

1. Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten.
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. Die Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes sind gleichfalls zu beachten. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse (Chef-, Kontroll-, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.
3. Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zurzeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei Verrechnung anzuführen. Jede Aufnahme ist mit dem Namen des Vertragsfacharztes sowie des Patienten, wie auch des Tages der Durchführung zu versehen.
4. wird mit 1. April 2009 durch den Organtarif ersetzt.
5. tritt mit 1. April 2009 außer Kraft.

B. RÖNTGENDIAGNOSTIK - ORGANTARIF

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Sonstige Leistungen:

0027	Intravenöse Injektion	3,03
0043	Intravenöse Infusion	11,10

Schädel:

1001	Schädel	21,98
1002	Schädel nach Trauma (inkl. eventl. Zusatzaufnahmen)	35,27
1003	Gesichtsschädel	16,49
1004	Schädelbasis	25,77
1005	Sella	11,58
1006	Schläfenbein, pro Seite (S.S.M)	55,76
1007	Nasennebenhöhlen	29,19
1008	Nasenbein	19,23
1009	Kiefergelenk, pro Seite	20,41
1010	Oberkiefer, pro Seite	21,39
1011	Unterkiefer, pro Seite	20,39
1012	Zahnpanoramaraöntgen	21,69

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Wirbelsäule, knöch. Thorax (ohne Schultergürtel):

2001	Halswirbelsäule – ap, seitlich und peroral	29,19
2002	Foramina Intervertebralia	20,39
2003	Halswirbelsäule, mit Funktionsaufnahmen	43,24
2004	Brustwirbelsäule – ap, seitlich	23,30
2005	Wirbelsäulenübergänge, einzelne Abschnitte (z.B. Lumbosacraler Übergang)	22,83
2006	Lendenwirbelsäule – ap, seitlich	23,30
2007	Lendenwirbelsäule – Schrägaufnahmen	23,39
2008	Lendenwirbelsäule – mit Funktionsaufnahmen	23,39
2009	Lendenwirbelsäule ap, seitlich und Kreuzbein und Steißbein	24,89
2010	Kreuz- und Steißbein	21,98
2011	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend, ap oder seitlich unter Verwendung der Formate 30/90 bzw. 30/120	52,82
2012	Einzelner Wirbelsäulenabschnitt, 2. Ebene	21,91
2013	Rippen, einseitig	26,97
2014	Rippen, beidseitig	44,25
2015	Sternum	24,64

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten:

3001	Clavicula, einseitig	17,61
3002	Clavicula, beidseitig	35,14
3003	Scapula, einseitig	22,87
3004	Scapula, beidseitig	37,53
3005	1 Oberarm	23,30
3006	beide Oberarme	46,44
3007	1 Unterarm	18,26
3008	beide Unterarme	32,60
3009	1 Hand und Handgelenke	21,33
3010	beide Hände und Handgelenke	36,79
3011	Handwurzelgelenke einseitig	20,09
3012	Handwurzelgelenke beidseitig	37,02
3013	Navicularserie nach Trauma	27,20
3014	ein Finger oder eine Zehe	16,89
3015	ein Oberschenkel	23,30
3016	beide Oberschenkel	46,34
3017	1 Unterschenkel	28,25
3018	beide Unterschenkel	54,49
3019	1 Fuß	25,07
3020	beide Füße	42,37

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
3021	Vorfuß oder Fußwurzel einseitig	20,39
3022	Vorfuß oder Fußwurzel beidseitig	35,41
3023	1 Calcaneus	19,55
3024	beide Calcanei	35,89
3025	1 untere Extremität, Ganzaufnahme, stehend	42,38
3026	beide untere Extremitäten, Ganzaufnahme, stehend	80,72
3027	Sternoclaviculargelenk, einseitig	21,39
3028	Sternoclaviculargelenk, beidseitig	31,67
3029	1 Schultergelenk	20,39
3030	beide Schultergelenke	40,34
3031	Schultergelenk mit Spezialaufnahme (z.B. AC-Gelenk, Outlet-Aufnahmen,...)	29,19
3032	1 Ellbogen	20,14
3033	beide Ellbögen	39,81
3034	Beckenübersicht, ap	15,55
3035	Hüftgelenke, ap/ax einseitig	21,98
3036	Hüftgelenke, ap/ax beidseitig	35,98
3037	Hüftgelenk axial, einseitig	12,82
3038	Hüftgelenk axial, beidseitig	22,70
3039	Sacroiliacalgelenk (Kreuz-, Darmbein)	12,37
3040	1 Kniegelenk	22,41

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
3041	beide Kniegelenke	42,55
3042	Kniegelenk, Tunnelaufnahme	11,58
3043	1 Kniegelenk mit Patella, tangential	31,10
3044	beide Kniegelenke mit Patella, tangential	50,76
3045	1 Kniegelenk mit Patella, Defileeaufnahme	31,04
3046	beide Kniegelenke mit Patella, Defileeaufnahme	51,08
3047	1 Sprunggelenk	19,74
3048	beide Sprunggelenke	32,83
3049	Gehaltene Sprunggelenksaufnahme	11,58

Halsorgane, Herz und Lunge:

4001	Herz - Lunge, bis voll 8. Lebensjahr	29,26
4002	Herz - Lunge, ab 9. Lebensjahr	32,94
4003	Halsorgane	32,40

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Magen-Darmtrakt:

5001	Abdomen, nativ	15,55
5002	Ösophagus	42,43
5003	Ösophagus und Schluckakt	68,90
5004	Zuschlag zu Position 5003 (Ösophagus und Schluckakt) für Dokumentation mittels Mittelformatkamera od. Videokamera	14,11
5005	Magen – Duodemim, Doppelkontrast	68,43
5006	Dünndarmpassage, in Monokontrast	73,55
5007	Dünndarmpassage, in Monokontrast und Pneumocolon	119,67
5008	Dünndarmpassage, in Doppelkontrast	99,70
5009	Irrigoskopie, in Doppelkontrast	102,63

Gallentrakt:

6001	I. v. Cholangiographie, einschl. Nativaufnahme	59,43
------	--	-------

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Harntrakt:

7001	Harntrakt, Nativaufnahme	15,55
7002	Cystographie, einschl. Nativaufnahmen	83,07
7003	retrograde Cystouretrographie	94,59
7004	Miktionscystouretrographie	84,66
7005	I. v. / Inf. Pyelographie, einschl. Nativaufnahme und Schichtaufnahmen und eventueller Postmiktionsaufnahme (ink. allfälliger nachträgl. Cystographie)	90,88

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie):

8000	Mammographie inkl. notwendiger Sonographie, pro Seite	42,37
8001	Mammographie bds. inkl. notwendiger Sonographie	82,74
8002	Galaktographie (Zuschlag zu Mammo)	20,39
8003	Hystero-Salpinographie	62,24
8004	Arthrographie eines Gelenkes	83,60
8005	Sialographie, einschl. Nativaufnahme	127,10
8006	Phlebographie, obere Extremität, pro Seite	100,92
8007	Phlebographie, untere Extremität, pro Seite	70,06
8008	Fistelfüllung	127,15
8009	Fremdkörperlokalisation	51,25

-

C. RÖNTGENTHERAPIE

Die Positionen Nr. 630 bis 653 treten ab 1.4.2009 außer Kraft.

II. VERGÜTUNGEN FÜR RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN DURCH FACHÄRZTE ANDERER SPARTEN ODER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Bei Erbringung von Röntgenleistungen sind grundsätzlich die Bestimmungen der Honorarordnung A/10 zu beachten

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
<u>a) Honorartarif</u>		
660	Durchleuchtung oder Aufnahme	2,80
<u>b) Unkostentarif</u>		
665	Durchleuchtung	2,80
666	Durchleuchtung durch Facharzt für Lungenerkrankungen	4,50
667	Zuschlag für dosissparende Durchleuchtung (nur in Verbindung mit Pos. 666 verrechenbar)	1,11
670	Aufnahme 9 x 12	2,95
671	Aufnahme 13 x 18	3,77
672	Aufnahme 18 x 24	4,79
673	Aufnahme 15 x 40	5,68
674	Aufnahme 24 x 30	6,05
675	Aufnahme 30 x 40	7,90
676	Aufnahme 35 x 35	9,29
679	Zahnfilm	1,77
<u>c) Gesamttarif</u>		
680	Pneumothoraxkontrollen, Pneumoperitoneumkontrollen	2,44

g) VERGÜTUNGEN DER LABORLEISTUNGEN

für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte

- 1) Die nachfolgenden Laborleistungen können grundsätzlich von allen Vertragsärzten verrechnet werden, sofern die Erbringung dieser Leistungen nicht ausdrücklich Fachärzten - durch Symbole besonders gekennzeichnet - vorbehalten ist (A/11), ausgenommen in begründeten Notfällen oder mit Bewilligung durch den Chefarzt.
- 2) Unkosten, wie Reagentien, Chemikalien und Farbstoffe sowie sämtliche Präparate und Injektionsmittel, die zur Durchführung der Laboratoriumsuntersuchungen erforderlich sind, sind in den Tarifsätzen enthalten. Ebenso sind in sämtlichen Tarifsätzen die Kosten der Abnahme des Untersuchungsmaterials inkludiert.

Die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen werden nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen, ausgenommen sind jedoch Untersuchungen für den Mutter-Kind-Pass. Kombinationen von Einzeluntersuchungen dürfen in ihrer Honorarsumme den Tarifbetrag, der die betreffenden einzelnen Untersuchungen zusammenfasst, nicht übersteigen.

- 3) Die Neuanschaffung und Inbetriebnahme der für die Leistungserbringung verwendeten Geräte sind der Gemeinsamen Verrechnungsstelle schriftlich bekannt zu geben. Über die verrechneten Leistungen (Laboratoriumsuntersuchungen) muss eine einwandfreie Dokumentation gewährleistet sein und ist über mindestens zwei Jahre hindurch aufzubewahren; sie ist über Verlangen der Ärztekammer für Burgenland oder dem Krankenversicherungsträger (Chefarzt) zur Verfügung zu stellen.
- 4) Zur Sicherung der Wiederholbarkeit der Ergebnisse und der Richtigkeit der Übereinstimmung mit einem vorgegebenen Sollwert für Untersuchungen mittels Photometer unterliegen sämtliche photometrische Untersuchungsmethoden einer anonymen Qualitätskontrolle.

- a) die entsprechend gekennzeichneten (x) Leistungen (Honorarpositionen) sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 - 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen:

293 nm, 297 nm, 313 nm, 366 nm, 405 nm, 436 nm,

492 nm, 546 nm, 578 nm, 623 nm.

- b) Von den Krankenversicherungsträgern kann die Teilnahme an Qualitätskontrollen und die Vorlage der Kontrollkarte mit der Quartalsabrechnung verlangt werden. Wird eine solche Qualitätskontrolle vom Vertragsarzt abgelehnt oder nicht durchgeführt, so gilt dies als Verzicht auf die Verrechnungsmöglichkeit, die damit sofort erlischt.
- c) Ergeben die Qualitätskontrollen bei Enzymtests Werte über einem Variationskoeffizienten von plus-minus 10%, bei Substratuntersuchungen von plus-minus 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 darauf folgenden vier Quartalen nicht möglich.
- e) Vor dem Ausschluss eines Vertragsarztes von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen werden je zwei Vertreter der Ärztekammer für Burgenland und der burgenländischen § 2-Kassen den Fall objektiv prüfen.
- f) Das jeweilige Ergebnis einer Qualitätskontrolle wird dem Vertragsarzt, der Ärztekammer für Burgenland und den Vertragskassen bekannt gegeben.
- g) Die Kosten der Kontrollsera werden bis auf weiteres von den Vertragskassen getragen.

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>Morphologische Blutuntersuchungen:</u>				
701	Kompl. Blutbild (Ery, Leuko, Hb oder Haematokrit Diff. BB und Beurteilung der Erythro- u. Leukocyten)		4,63	
702	Rotes Blutbild (Ery, Hb, Beurteilung der Ery im Blutausstrich, FI)		3,12	
703	Weißes Blutbild (Leuko, Diff. Z. und Beurteilung)		4,07	
704	Haematokrit		1,74	
705 (X)	Haemoglobinbestimmung		1,45	
706	Leukocyten - oder eosino- phile Leukocytenzählung		2,33	
707	Differentialzählung		2,76	
708	Retikulocytenzählung, Erythrocytenzählung		2,47	
709	Untersuchung auf Malaria (Ausstrich u. dicker Tropfen)		4,07	
<u>Blutsenkung</u>				
710	Blutsenkung		2,23	2 x pro Fall u. Quartal verrechenbar, darüber hinaus mit CHA- Genehmigung
711	Blutsenkung bei Kindern b.z. 6. Lj.		3,63	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
<u>Blutgerinnung</u>				
712	Thrombocyten		2,33	
713	Gerinnungszeit		3,27	
714	Blutungszeit		2,03	
715	Prothombinzeit nach Quick (PTZ) od. partielle Thromboplastinzeit (PTT) oder Thrombinzeit		3,78	
<u>Untersuchung des Blutes</u>				
717 (X)	Reststickstoff od. Blutharnstoffstickstoff (BUN)		2,45	
718 (X)	Harnsäure		2,97	
719	Indikan, Xanthoprotein, qual.,je	FÄ	2,54	
720 (X)	Indikan, Xanthoprotein, Kreatinin, quant., je		2,45	
721 (X)	Gesamteiweiß	FÄ	3,34	
722 (X)	Albumine, Globuline u. Gesamteiweiß zusammen	FÄ	6,69	
723 (X)	Elektrophorese	FÄ	11,77	bei Durchführung von Kolloidstabilitätsreakt. im gleichen Quartal nur mit CHA-Genehmigung
724 (X)	Blutzucker, chem. oder photometrisch, wahre Glukose		2,72	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
725	Blutzucker, kolori- metrisch, reflektometrisch		2,16	
726	Blutzuckerkurve, höchst- ens 4 Bestimmungen quant., chem. od. photo- metrisch od. reflektometrisch, je		2,47	
727 (X)	Gesamtlipide, Phospholi- pide, Beta-Lipoproteide, Neutralfette, freie Fett- säuren, veresterte Fett- säuren, (Triglyceride), je		2,94	bei mehr als 1 Bestim- mung mit CHA- Genehmigung
728 (X)	Cholesterin		2,84	
729	HDL-Cholesterin	AM, I	3,21	für AM in 5%, für I in 10% der Fälle verre- chenbar

Mineralstoffe, Farbstoffe, Wirkstoffe:

736 (X)	Kochsalz, Natrium, Chlo- ride, je	FÄ	4,14	
737 (X)	Kalium, Magnesium, je	FÄ	4,14	
738 (X)	Calcium	FÄ	3,78	
739 (X)	Serum-Eisen, -Kupfer	FÄ	6,69	
740 (X)	Bilirubin im Serum		2,62	
741 (X)	Diastase	FÄ	3,05	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
742 (X)	Phosphatase (alkal., saure); Transaminasen (GOT, GPT) oder ähnliche Fermentbestimmungen im Serum, je <u>Blutgruppenbestimmung</u> nur bei medizinischer Indikation		2,94	mehr als 4 Bestimmungen bewilligungspflichtig
743	Blutgruppenbestimmung (A, B, AB, O etc. Untergruppen)		5,96	
744	Blutgruppenbestimmung (Rhesusfaktor)		5,96	
<u>Harnuntersuchungen:</u> Schnellteste (Test-Streifchen oder Tabletten) sind nur dann verrechenbar, wenn dies bei den einzelnen Positionen ausdrücklich angeführt ist				
751	Harn auf Eiweiß (qual. u. quant., Sediment)		1,45	nur verrechenbar, wenn kein Test-Streifchen verwendet wird
752	Harn auf Zucker (qual. u. quant., Aceton)		1,38	nur verrechenbar, wenn kein Test-Streifchen verwendet wird
753	qualitative Untersuchung unter Verwendung von 4- bis 8-fach Test-Streifchen		1,16	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
754	qualitative Einzeluntersuchung unter Verwendung von 1- bis 3-fach Test-Streifchen auch chemisch: Harn auf Blut, Melanin, Calcium nach Sulkowitsch, spez. Gewicht (als Einzeluntersuchung)		0,73	Angabe: "chem." neben Honorarposition
755	Sediment, nativ		1,16	
756	Sediment, bakt. Färbepreparat		1,60	
757	Kreatinin, quant.		2,76	
758	Uricult	U, K	3,49	in höchstens 30% der Fälle verrechenbar
<u>Konkrementuntersuchungen:</u>				
760	Darmkonkrement	FÄ	3,78	
761	Harnkonkrement	FÄ	3,78	
<u>Sputumuntersuchungen:</u>				
763	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auramin) mit Anreicherung	FÄ	4,07	
764	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auramin) ohne Anreicherung	FÄ	2,62	
765	Nativpräparat	FÄ	1,16	
766	Färbepreparat	FÄ	1,96	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

Stuhluntersuchungen:

771	Stuhlbefund, komplett		4,72	
772	Stuhl auf Blut		1,45	maximal 3 x pro Fall u. Quartal verrechenbar
773	Stuhl auf Gallenfarbstoff		1,09	
774	Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)		2,03	

Funktionsproben:

776	Galaktose	I, K	7,27	
777	Prüfung der Leberfunktion d. Bromthaleintest oder Zweifarbstofftest, einschl. i.v. Injektion u. Blutabnahmen	I, K	12,57	
778	Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolrotprobe, einschl. i.v. Injektion u. dazugehöriger Harnuntersuchung	I, U	11,92	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

Zelltest für Mutter-Kind-Pass:

779	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung inkl. Objektträger, Fixierungslösung und Porto		3,71	inkl. Objektträger und Fixierungslösung
-----	--	--	------	---

Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane:

780	Sekretabstrich-Untersuchung mikrosk.-nativ, je Stelle		2,47	
782	Dunkelfelduntersuchung	D, U, G	5,45	bei Trichomonaden nicht in Verbindung mit der Pos. 780 verrechenbar
783	Spermatogramm (makrosk. Beschreibung, Nativpräparat, PH-Bestimmung, Auszählung eventuell Färbepreparat)	D, U	15,99	

Untersuchungen sonstiger Sekrete und Beläge:

784	Eiteruntersuchung oder Untersuchung sonstiger Sekrete (bakteriolog. Färbepreparat)		1,60	
785	Pilzbefund, einschl. Färbepreparat, Epizoenbefund	D	2,40	
786	Sekrete (Nativpräparat)		1,16	

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR	Anmerkung
----------	------------------	--------	-----	-----------

Schwangerschaftsreaktion:

787	Immunologischer Schwangerschaftstest (bei Verdacht auf Grav. extra-uterina ist keine CHA-Genehmigung erforderlich)		11,63	mit CHA-Genehmigung
-----	--	--	-------	---------------------

Serologische Blutuntersuchungen:

788	Coombstest (direkt u. indirekt), je		13,88	mit CHA-Genehmigung
789	Latextest, C-reaktives Protein (CPR), je		2,18	
790	Antistreptolysin-0-Titer	FÄ	4,36	

h) KRANKENHAUSERSETZENDE MEDIZINISCHE HAUSKRANKEN- PFLEGE

laut gesamtvertraglicher Vereinbarung vom 31.3.1993 bis 30.6.1995

Eine Verlängerung der gesamtvertraglichen Vereinbarung erfolgte nicht. Jene Vertragsärzte, die weiterhin nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen an der medizinischen Hauskrankenpflege mitwirken, können das dafür vorgesehene Honorar verrechnen.

Die medizinische Hauskrankenpflege ist grundsätzlich von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzten) verrechenbar. In Einzelfällen kann diese auch von Vertragsfachärzten für Innere Medizin und in begründeten Ausnahmefällen von Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde abgerechnet werden.

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
900	Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der Hauskrankenpflege	72,67
Betreuungshonorar für Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage:		
901	bei notwendiger Verlängerung aufgrund desselben Krankheitsbildes nach vorheriger chefärztlicher Bewilligung	43,60
902	bei Verlängerung aufgrund eines neuen oder zusätzlichen die "krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege" indizierenden Krankheitsbildes nach vorheriger chefärztlicher Bewilligung	65,41

Pos.Nr.	Art der Leistung	EUR
---------	------------------	-----

Betreuungshonorar bei Vertretung

903	Betreuungshonorar für die Vertretung durch einen Vertragsarzt im Falle nachgewiesener Verhinderung nach den in den jeweiligen Gesamtverträgen dafür vorgesehenen Bestimmungen in der Dauer von mindestens sieben zusammenhängenden Kalendertagen	32,70
	pro Hauskrankenpflegefall nur 1 x verrechenbar	
910	Legen einer Ernährungssonde 1 x pro Hauskrankenpflegefall verrechenbar; eine weitere Verrechnung nur mit Begründung	10,90
920	Chirurgische Intervention bei Dekubitus	10,90
930	Verbandwechsel durch den Arzt (zur Versorgung großflächiger Brandverletzungen, Rucksackverband, Desaultverband, spezielle Kopfverbände nach größeren Kopfverletzungen bzw. chirurgischen Eingriffen, Dachziegelverband mit Leukoplast bei Zehenfraktur, spezielle Druckverbände bei Varizen und ähnlichem)	7,27

i) MUTTER-KIND-PASS-UNTERSUCHUNG

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR
----------	------------------	--------	-----

a) Erste bis fünfte Untersuchung der Schwangeren

951	1. Untersuchung bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche	AM, G	18,02
952	2. Untersuchung in der 17., 18., 19. oder 20. Schwangerschaftswoche	AM, G	18,02
953	3. Untersuchung in der 25., 26., 27. oder 28. Schwangerschaftswoche	AM, G	18,02
954	4. Untersuchung in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche	AM, G	18,02
955	5. Untersuchung in der 35., 36., 37. oder 38. Schwangerschaftswoche	AM, G	18,02

a) Interne Untersuchung der Schwangeren

956	Untersuchung in der 17., 18., 19. oder 20. Schwangerschaftswoche	AM, I	11,55
-----	--	-------	-------

- Fakultative, sonographische Untersuchungen der Schwangeren bei normaler Gravidität

950	Ultraschalluntersuchung in der 8., 9., 10., 11. oder 12. Schwangerschaftswoche	G	20,06
957	Ultraschalluntersuchung in der 18., 19., 20., 21. oder 22. Schwangerschaftswoche	G	20,06
958	Ultraschalluntersuchung in der 30., 31., 32., 33. oder 34. Schwangerschaftswoche	G	20,06

a) Untersuchung des Neugeborenen, sofern diese Untersuchung nicht bereits auf einer Geburtsstation durchgeführt wurde

959	Honorar bei Haus(Heim)entbindung für Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche	AM, K	17,88
-----	--	-------	-------

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR
----------	------------------	--------	-----

a) Acht Untersuchungen des Kindes

960	1. Untersuchung in der 4., 5., 6. oder 7. Lebenswoche	AM, K	21,80
961	2. Untersuchung im 3., 4. od. 5. Lebensmonat	AM, K	21,80
962	3. Untersuchung im 7., 8. od. 9. Lebensmonat	AM, K	21,80
963	4. Untersuchung im 10., 11., 12., 13. od. 14. Lebensmonat	AM, K	21,80
964	5. Untersuchung im 22., 23., 24., 25. od. 26. Lebensmonat	AM, K	21,80
965	6. Untersuchung im 34., 35., 36., 37. od. 38. Lebensmonat	A	21,80
966	7. Untersuchung im 46., 47., 48., 49. od. 50. Lebensmonat	AM, K	21,80
967	8. Untersuchung im 58., 59., 60., 61. od. 62. Lebensmonat	AM, K	21,80

a) Orthopädische Untersuchung des Kindes

968	Honorar für eine orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4., 5., 6. oder 7. Lebenswoche	AM, K, O	11,55
-----	--	----------	-------

a) Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches des Kindes

969	Honorar für eine HNO-Untersuchung des Kindes im 7., 8., oder 9. Lebensmonat *)	A	17,95
-----	--	---	-------

*) Übergangsbestimmung:

Bis zum 1. Jänner 2004 kann diese Untersuchung auch im 3., 4. oder 5. Lebensmonat vorgenommen werden.

a) und h) Augenuntersuchung des Kindes

970	Honorar für augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10., 11., 12., 13. od. 14. Lebensmonat	A	17,95
-----	--	---	-------

Pos. Nr.	Art der Leistung	F. Gr.	EUR
----------	------------------	--------	-----

971	Honorar für fakultative, augenärztliche Untersuchung des Kindes im 22., 23., 24., 25. od. 26. Lebensmonat	A	21,80
-----	---	---	-------

i) Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften

972	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, bei Heimentbindungen	K, O, Ra	29,07
973	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften bei Wiederholungsuntersuchung in der 6., 7. oder 8. Lebenswoche *)	K, O, Ra	29,07

*) Übergangsbestimmung:

Bis zum 1. Jänner 2004 kann diese zweite Hüftultraschalluntersuchung des Kindes auch in der 12., 13., 14., 15. oder 16. Lebenswoche durchgeführt werden.