

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

Die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues verlautbart gemäß § 455 Abs. 1 ASVG:

Satzung 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich	§	1
Sitz	§	2
Organe, Geschäftsführung und Vertretung	§	3
Sprachliche Gleichbehandlung	§	4
Informationsveranstaltungen	§	5
Verlautbarungen	§	6
Vorläufige Verfügung des Obmannes	§	7
Büro	§	8
Form rechtsverbindlicher Akte	§	9
Beirat	§	10
Anmeldung zum Beirat	§	11
Vertreter der Vereine im Beirat	§	12
Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung	§	13

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefristen	§	14
Beitragszeitraum	§	15
Lohnsummenverfahren	§	16
Fälligkeit der allgemeinen Beiträge	§	17
Fälligkeit der Sonderbeiträge	§	18
Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG	§	19

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte	§	20
Angehörige	§	21
Bemessungsgrundlage	§	22
Bestätigung des Dienstgebers über das Entgelt	§	23
Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe	§	24
Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit	§	25
Erste Hilfeleistung	§	26
Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen	§	27
Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege	§	28
Heilbehelfe	§	29
Satzungsmäßiges Krankengeld	§	30
Zahnbehandlung und Zahnersatz	§	31
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	§	32
Kieferregulierungen	§	33
Zahnersatz	§	34
Kostenerstattung im vertragslosen Zustand	§	35
Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung	§	36
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen	§	37
Kostenzuschüsse für (fach)ärztliche Leistungen, für die in der Honorarordnung keine Tarifposition vorgesehen ist	§	38
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§	39

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 40
Hilfsmittel	§ 41
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 42
Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes	§ 43
Reise- und Fahrtkosten	§ 44
Transportkosten	§ 45
Auszahlung von Leistungen	§ 46
Anstaltspflege	§ 47
Übernahme der Reise-(Fahrt-) und Transportkosten bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Maßnahmen der Krankheitsverhütung, medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung sowie bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge	§ 48

4. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn	§ 49
--------------------	------

- Anhang 1:** Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung, Kieferorthopädische Behandlung Prothetische Zahnbehandlung
- Anhang 2:** Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen
- Anhang 3:** Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 bis 2 hinausgehen (§ 32 Abs. 3 der Satzung)
- Anhang 4:** Zuzahlungen bzw. Zuschüsse bei Leistungen von Zahnersatz sowie von Kieferregulierungen
- Anhang 5:** Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3 der Satzung
- Anhang 6:** Kostenzuschüsse gemäß § 37 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen
- Anhang 7:** Kostenzuschüsse gemäß § 38 der Satzung für (fach)ärztliche Leistungen, für die in der Honorarordnung keine Tarifposition vorgesehen ist
- Anhang 8:** Erstattungstarif bei Anwendung des § 24 Abs. 1 der Satzung

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Die Satzung gilt für die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (im Folgenden als „Anstalt“ bezeichnet).

Sitz

§ 2. Sitz der Anstalt ist Graz.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der Anstalt und ihre Organe sind insbesondere im 8. Teil Abschnitt I bis IV und IX des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geregelt.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 4. Wenn in dieser Satzung oder in anderen Rechtsvorschriften der Anstalt personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, gelten sie für Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

Informationsveranstaltungen

(§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 5. (1) Die Anstalt hält in regelmäßigen Abständen Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer oder Arbeitgeber getrennt
 2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereiches der Anstalt oder
 3. für bestimmte Themenbereiche
- abgehalten werden.

Verlautbarungen

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 6. (1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstandes (§ 456a Abs. 3 ASVG) und ihre Änderungen werden nach § 455 ASVG im Internet verlautbart.

(2) Andere amtliche Verlautbarungen, insbesondere solche, durch die Versicherten oder Dienstgebern Verpflichtungen auferlegt werden, erfolgen ebenfalls im Internet.

(3) Die Form sonstiger Verlautbarungen beschließt der Vorstand der Anstalt im Einzelfall.

Vorläufige Verfügung des Obmannes

(§ 453 ASVG)

§ 7. (1) Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes fallen, sind bei Gefahr im Verzug

1. zur Abwendung eines der Anstalt drohenden Schadens oder

2. zur Sicherung eines der Anstalt entgehenden Vorteils

vorläufig durch Verfügung des Obmannes zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann.

(2) Die Verfügungen sind vom Obmann im Einvernehmen mit seinen Stellvertretern zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. In allen diesen Fällen hat der Obmann die zuständigen Verwaltungskörper einzuberufen und von ihnen die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

§ 8. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der Anstalt obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Vorstandes.

(2) Der leitende Angestellte hat für die ordnungsgemäße Durchführung der Bürogeschäfte und Weisungen (Abs. 1) durch die Dienstnehmer der Anstalt zu sorgen.

(3) Der leitende Angestellte und sein Stellvertreter sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme ihre Person betreffende Angelegenheiten für ihren Zuständigkeitsbereich berechtigt, an Prüfungen der Kontrollversammlung teilzunehmen. Mit Zustimmung der Vorsitzenden der Verwaltungskörper kann der leitende Angestellte auch andere Angestellte den Sitzungen der Verwaltungskörper beiziehen.

(4) Der leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes bzw. seiner Stellvertreter nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Anstalt unumgänglich notwendig ist. Er hat darüber dem Obmann unverzüglich zu berichten.

(5) Der leitende Angestellte ist berechtigt, alle für die Anstalt einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des leitenden Angestellten gehen seine Rechte und Pflichten auf seinen Stellvertreter über. Der Vorstand kann die Aufgaben des leitenden Angestellten und seines Stellvertreters zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

Form rechtsverbindlicher Akte

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 9. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Anstalt in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung

- der Generalversammlung oder

- des Vorstandes

bedürfen, müssen um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der Anstalt in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten

- einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung – ausgenommen in den Fällen des Absatzes 4 – oder
- dem Obmann

übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der Anstalt in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten dem Leistungsausschuss übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom leitenden Angestellten oder einem von diesem beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein.

(5) Schriftliche Ausfertigungen der Anstalt in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Anstalt übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom leitenden Angestellten oder einem von diesem beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird (§ 357 Abs. 2 ASVG).

Beirat

(§§ 440 ff. ASVG)

§ 10. (1) Bei der Anstalt ist ein Beirat mit 6 Mitgliedern eingerichtet (§ 453 Abs. 1 Z 4 ASVG). Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff. ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

(2) Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat ist ein Verein, der nach dem Vereinsgesetz 1951 besteht (§ 7 VereinsG).

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

§ 11. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekannt zu geben ist, wird von der Anstalt als Basis für das Bestellungsverfahren der einzelnen Vertreter nach dem System d'Hondt herangezogen, wobei auch auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der betroffenen Personengruppen Bedacht genommen wird.

(2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit folgende Unterlagen vorzulegen:

1. Die vollständigen Vereinsstatuten in der geltenden Fassung mit der Angabe,
 - a) ob und welche Zweigvereine (§ 10 Vereinsgesetz 1951) oder Mitgliedsvereine bestehen und
 - b) ob der anmeldende Verein ein Zweigverein, Mitgliedsverein eines Dachverbandes oder ein Dachverband ist; der Name des Hauptvereines oder Dachverbandes ist zu nennen,
2. Angaben über die aktuelle Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine oder Mitgliedsvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Anstalt vertreten werden, getrennt nach den für den Beirat vorgesehenen Personenkreisen,
3. die Zustelladresse des Vereines sowie Name und Anschrift der vertretungsbefugten Personen,
4. Angaben, mit denen der Verein der Generalversammlung die Qualität seiner Vereinstätigkeit glaubhaft macht und entsprechende Unterlagen,
5. Angaben darüber, für welchen Personenkreis der Verein Vertreter für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter für mehrere Personenkreise vorschlagen.

(3) Jeder Verein, auf dessen Vorschlag Beiratsmitglieder bestellt wurden, hat

1. Änderungen in den Vereinsstatuten
2. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen
3. Änderungen der Zustelladresse

unverzüglich der Anstalt mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der Anstalt an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Vertreter der Vereine im Beirat

§ 12. (1) Der Verein hat der Anstalt Namen und Anschrift jener Personen bekannt zu geben, die er als Mitglieder für den Beirat vorschlägt. Jeder Verein hat für jeden Personenkreis, für den er Beiratsmitglieder vorschlägt, die für diese Gruppe vorgesehene Mitgliederzahl zu nennen. Für jede Person ist gleichzeitig ein Stellvertreter bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines Vertreters in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung (§ 440d ASVG) erfolgt.

Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung

(§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 13. (1) Die Anstalt arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

(2) Anträge, Meldungen und Mitteilungen an die Anstalt können fristwährend

1. bei jeder dafür eingerichteten Stelle der Anstalt oder
2. unter den Voraussetzungen des § 321 ASVG und des § 361 Abs. 4 ASVG auch
 - bei anderen Versicherungsträgern,
 - Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder
 - Gemeinden

eingetragen werden.

(3) Die Anstalt nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwährend Anträge, Meldungen und Mitteilungen für andere Sozialversicherungsträger oder den Hauptverband entgegen.

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefristen

(§ 33 Abs. 1, § 471d ASVG)

§ 14. (1) Die Meldefrist beträgt sieben Tage.

(2) Für folgende Gruppen von Pflichtversicherten kann die Meldefrist – mit Ausnahme der Frist für die Anmeldungen – auf Antrag erstreckt werden:

1. Für Pflichtversicherte bei Dienstgebern, die mehrere Betriebsstätten (Baustellen, Filialen) betreiben und bei denen die Meldeagenden von einer zentralen Dienststelle aus erledigt werden, bis 14 Tage.
2. für Pflichtversicherte bei Dienstgebern mit hoher organisatorischer Gliederung oder großer, bundesländerüberschreitender Zweigstellenvernetzung, sofern die Meldeagenden von einer zentralen Dienststelle aus erledigt werden, bis zu 21 Tage.

(3) Die Frist für die An- und Abmeldung fallweise beschäftigter Personen (§ 471b ASVG) hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ersten des nächstfolgenden Kalendermonates.

Beitragszeitraum

(§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 15. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Lohnsummenverfahren

(§ 34 Abs. 2, § 58 Abs. 4 ASVG)

§ 16. (1) Beitragsnachweisungen sind jeweils bis spätestens 11. des Folgemonats der Anstalt vorzulegen.

(2) Der Beitragsgrundlagennachweis ist spätestens bis Ende Februar des folgenden Kalenderjahres der Anstalt vorzulegen. Im Falle von notwendigen Einzelnachweisen (für Zwecke der Pensionsversicherung oder Unfallversicherung) über Verlangen der Anstalt sowie im Insolvenzfall oder bei Auflösung des Betriebes des Dienstgebers sind die Beitragsgrundlagennachweise spätestens innerhalb von 14 Tagen vorzulegen.

Fälligkeit der allgemeinen Beiträge

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. Für Betriebe oder Versicherte, für die der Beitragszeitraum nach § 15 oder durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber festgesetzt wird, sind die Beiträge am letzten Tag dieses Beitragszeitraumes fällig.

Fälligkeit der Sonderbeiträge

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 18. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde. Wird die Sonderzahlung vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt, sind die Sonderbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung ausgezahlt worden ist.

(2) Werden die Sonderbeiträge von der Anstalt vorgeschrieben, sind sie mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post bzw. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe der Anstalt fällig.

(3) Werden die Sonderzahlungen bei der Beitragsbemessung bereits durch Erhöhung der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 54 Abs. 2 ASVG berücksichtigt, sind die Sonderbeiträge gleichzeitig mit den allgemeinen Beiträgen fällig.

Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG

(§ 78 Abs. 1 ASVG)

§ 19. Für die Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG (Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung) gilt § 58 Abs. 1 ASVG entsprechend.

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte

(§ 124 Abs. 1 ASVG)

§ 20. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Kassenleistungen. Dies gilt nicht

1. für die Personen, die in § 16 Abs. 2 ASVG genannt sind, wenn ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz ASVG (begünstigte Beitragsgrundlage für Studenten) berechnet werden,
2. für Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

Angehörige

(§ 123 Abs. 8 ASVG, § 124 Abs. 1 ASVG)

§ 21. (1) Außer den Angehörigen nach § 123 Abs. 2 bis 5 und Abs. 7 ASVG gilt als Angehöriger eine mit dem Versicherten nicht verwandte andersgeschlechtliche Person, wenn sie seit mindestens zehn Monaten mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein im gemeinsamen Haushalt lebender arbeitsfähiger Ehegatte nicht vorhanden ist und die Angehörigeneigenschaft nicht nach § 123 Abs. 9 und 10 ASVG ausgeschlossen ist. Angehöriger aus diesem Grunde kann nur eine einzige Person sein.

(2) Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

1. der Ehegatte,
2. die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4 ASVG).

Bemessungsgrundlage

(§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)

§ 22. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist für folgende Gruppe von Versicherten ein anderer Beitragszeitraum als jener nach § 125 Abs. 1 ASVG heranzuziehen:

Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat; kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat.

(2) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %, sofern die Sonderzahlungen nicht nach § 54 Abs. 2 ASVG mit einem einheitlichen Prozentsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zu Grunde gelegt werden. Der Zuschlag kann ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

Bestätigung des Dienstgebers über das Entgelt

(§ 361 Abs. 3 ASVG)

§ 23. (1) Der Dienstgeber hat für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“ anzugeben:

1. Die Personaldaten des Versicherten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und den Grund der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.)
 - im letzten vollen Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2 ASVG) vor dem Erlöschen des Entgeltanspruches oder,
 - wenn ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht kommt, im laufenden Beitragszeitraum,
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung, Urlaubsentschädigung oder Urlaubsabfindung,
10. allenfalls, für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass statt des Betrages nach Z 6 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten 3 Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (§ 120 Abs. 1 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe

(§ 131 Abs. 1 ASVG)

§ 24. (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) wird eine Kostenerstattung gemäß den Bestimmungen des Anhanges 8 geleistet. Die Kostenerstattung darf das Honorar, das dem Wahlarzt tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

(2) Für die Kostenerstattung sind auf der saldierten Honorarnote

- Personaldaten und Versicherungsnummer des Versicherten (Angehörigen),
 - die genaue Diagnose,
 - die einzelnen erbrachten ärztlichen Leistungen sowie
 - das Leistungsdatum
- anzuführen.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit

(§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 25. Wenn der Versicherte durch einen Wahlarzt behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt, sondern durch einen von der Anstalt bestimmten Arzt festgestellt. Der Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der von der Anstalt bestimmte Arzt ein Vertragsarzt ist.

Erste Hilfeleistung

(§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 26. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt (Vertragszahnbehandler), eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Anstalt nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die An-

stalt die tatsächlich erwachsenen Behandlungskosten durch einen Arzt (Zahnbehandler) bzw. eine Krankenanstalt. Die Kostenerstattung kann aber die doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt (Vertragszahnbehandler) oder eine Vertragseinrichtung bzw. bei Anstaltspflege den doppelten Pauschalbetrag gemäß § 39 nicht übersteigen.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 45 Abs. 4.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefärztliche Bewilligung auf Rechnung der Anstalt abgebar sind, werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

(§ 150a ASVG)

§ 27. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Anstalt die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der Antragsteller eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, sowie für medizinische Hauskrankenpflege

(§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 28. Für die Kostenerstattung sind auf der saldierten Honorarnote

- Personaldaten und Versicherungsnummer des Versicherten (Angehörigen),
- die genaue Diagnose,
- die einzelnen erbrachten Leistungen sowie
- das Leistungsdatum

anzuführen.

Heilbehelfe

(§ 137 ASVG)

§ 29. (1) Die Anstalt übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe, höchstens bis zum 8-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(2) Die Anstalt übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum 8-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist.

Satzungsmäßiges Krankengeld

(§ 139 Abs. 2, § 141 Abs. 3 ASVG)

§ 30. (1) Die Anstalt leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit – ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten – bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheides über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung ausgenommen Knappschaftspension und Knappschaftssold erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der Versicherte die Tätigkeit, aufgrund welcher er als invalid (berufsunfähig), gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zu dem Tag geleistet, an dem die Pension angefallen ist.

(3) Die Anstalt leistet das Krankengeld bei ein und demselben Versicherungsfall im Einzelfall über die Dauer von 52 Wochen hinaus (Abs. 1 und 2 sind anzuwenden) bis zu 78 Wochen, wenn aufgrund einer chef(kontroll)ärztlichen Begutachtung das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bzw. dessen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erwarten sein wird. Diese chef(kontroll)ärztliche Begutachtung erfolgt spätestens in der 40. bis 44. Woche der Arbeitsunfähigkeit.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

(§ 153 ASVG)

§ 31. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Anstalt im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 geleistet.

(2) Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich ist; dies ist insbesondere der Fall

- bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
- bei Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation,
- bei Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
- bei Patienten mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes),

die eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz nicht zulassen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken. Für festsitzenden Zahnersatz ohne diese medizinische Notwendigkeit übernimmt die Anstalt keine Kosten.

(4) Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten jedenfalls als festsitzender Zahnersatz.

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 34 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 32 Abs. 3 zweiter Satz müssen – grundsätzlich vor Behandlungsbeginn – von der Anstalt genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

(6) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen wurde.

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahlzahnbehandler, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Anstalt aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung eines Wahlzahnarztes (eines Wahlzahnbehandlers, einer Wahleinrichtung) die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(8) Die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden von der Anstalt nur für Arbeiten in allgemein körperverträglichem Material und einwandfreier Ausführung übernommen.

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

§ 32. (1) Konservierende Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung im Anhang 1 der Art nach vorgesehen, verlangt der Versicherte (Angehörige) aber aus anderen als in Abs. 2 angeführten Gründen (z. B. kosmetische Gründe) die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials, hat der Versicherte die Leistung selbst zu zahlen und die Anstalt leistet einen Zuschuss im Ausmaß von 80 % des Vertragstarifes für die entsprechende Leistung nach Anhang 1.

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (z. B. wegen nachgewiesener Allergien gegen Vertragsmaterialien) eine im Anhang 1 angeführte Leistung nicht erbracht werden kann, leistet die Anstalt Zuschüsse nach Anhang 2. Die Anstalt hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Anstalt und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.

(3) Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, werden von der Anstalt nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind (Anhang 3). Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Anstalt eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der Leistungserbringer dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen

(§ 153 ASVG)

§ 33. (1) Die Anstalt erbringt Kieferregulierungen im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) bei nachstehenden Fehlbildungen:

1. Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 4 festgesetzten Höhe zu entrichten.

(2) Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern nicht möglich ist, leistet die Anstalt einen Zuschuss. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschusses ist vom Vertragstarif für die entsprechende Leistung nach Anhang 1 die Zuzahlung des Versicherten nach Anhang 4 abzuziehen; der Zuschuss für den Versicherten beträgt dann 80 % dieses Betrages.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen nach Abs. 1 Z 1 bis 11 oder andere Fehlstellungen durch kleine kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird an Stelle einer Kieferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss für diese kleinen kieferorthopädischen Behelfe nach Anhang 5 erbracht.

Zahnersatz

(§ 153 ASVG)

§ 34. (1) Die Anstalt erbringt den unentbehrlichen Zahnersatz, soweit nicht ein Anspruch

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
- nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz – KOVG,
- nach dem Heeresversorgungsgesetz – HVG,
- nach dem Opferfürsorgegesetz – OFG,
- nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen – VOG,
- nach dem Impfschadengesetz oder
- nach dem Strafvollzugsgesetz – StVG

besteht.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) geleistet. Muss aus medizinischen Gründen (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen ein Vertragsmaterial) oder weil ein abnehmbarer Zahnersatz nicht anders Halt findet, für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material oder ein besonderes Halteelement verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die Anstalt für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2 bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Anstalt für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Anstalt für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen

oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

(4) Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die Anstalt vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz (§ 31 Abs. 3 zweiter Satz) leistet die Anstalt Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2 bestimmt wird. Die Anstalt hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Anstalt, das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten und auf die Höhe der Zuzahlungen bei einer allfälligen Sachleistungserbringung Bedacht zu nehmen.

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand

(§ 131a ASVG)

§ 35. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenerstattung, bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung

(§ 131 Abs. 6 ASVG)

§ 36. Über den Gesetzeswortlaut hinaus (§ 131 Abs. 1 ASVG) wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

(§ 131b ASVG)

§ 37. Stehen Vertragspartner, für die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 3 ASVG), die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),

- den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),
- die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln,
- Akupunkturbehandlungen

auf Rechnung der Anstalt nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zu Stande gekommen sind, leistet die Anstalt Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

Kostenzuschüsse für (fach)ärztliche Leistungen, für die in den Honorarordnungen keine Tarifposition vorgesehen ist

§ 38. Für Leistungen im vertragsfreien Raum, die von dazu berechtigten (Fach)Ärzten erbracht werden, leistet die Anstalt Kostenzuschüsse laut Anhang 7.

Pflegekostenzuschuss

bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird

(§ 150 ASVG)

§ 39. Hat der Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i. V. m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Anstalt einen Pflegekostenzuschuss in Höhe

- des Pauschalbetrages von € 103,34 pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt,

jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Die Pauschalbeträge verringern sich für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 3 ASVG davon abzusehen ist, um einen Kostenanteil, der dem vom Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreibenden, gemäß § 27a KAG im jeweiligen Landesgesetzblatt kundgemachten Aufenthaltskostenbeitrag entspricht. Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die Anstalt keine volle Übernahme der Kosten im voraus zugesichert hat.

Ambulanzkostenzuschuss

bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird

(§ 131b ASVG)

§ 40. (1) Hat der Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche

vertragliche Regelung besteht und besteht auch keine vertragliche Regelung mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt, erbringt die Anstalt einen Ambulanzkostenzuschuss in Höhe von 80 % der zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife mit der nächstgelegenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

(2) Die am 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife sind für das in Betracht kommende Kalenderjahr mit dem Betrag aufzuwerten, um den die Vertragstarife für private Krankenanstalten für stationäre Pflege erhöht werden.

Hilfsmittel

(§ 154 ASVG)

§ 41. (1) Die Anstalt leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch

1. für Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle das 20-fache,
2. für Hörgeräte und sonstige Hilfsmittel das 8-fache
3. für orthopädische Schuhe das 7-fache

der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wobei vom Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind.

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(3) Die Anstalt übernimmt den Anteil des Versicherten (Angehörigen) gemäß Abs. 1 und 2, wenn die Voraussetzungen des § 137 Abs. 4 lit. a oder b ASVG zutreffen.

(4) Bestehen mit Vertragspartnern Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an den Versicherten (Angehörigen), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner direkt verrechnet.

(5) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, maximal jedoch das 8-fache (für orthopädische Schuhe das 7-fache) der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

(§ 132c Abs. 3 ASVG)

§ 42. (1) Die Anstalt leistet den Versicherten und deren Angehörigen (§ 123 ASVG) zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommermeningoenzephalitis nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnungen des Bundesministers für Soziale Sicherheit und Generationen einen Zuschuss in der Höhe von € 7,27.

(2) Die Zuschüsse nach Abs. 1 können auch in der Form geleistet werden, dass die Anstalt das Impferserum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes

(§ 162 Abs. 4 ASVG)

§ 43. Die auf die letzten 13 Wochen bzw. die letzten drei Kalendermonate entfallenden Sonderzahlungen sind bei der Bemessung des Wochengeldes dadurch zu berücksichtigen, dass der nach § 162 Abs. 3 ASVG ermittelte Nettoarbeitsverdienst um einen entsprechenden Prozentsatz erhöht wird, und zwar

1. bei Sonderzahlungen
 - bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw. von 4 1/3 Wochenbezügen um 14 %
2. bei Sonderzahlungen
 - von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.
 - von mehr als 4 1/3 Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 2/3 Wochenbezügen um 17 %
3. bei Sonderzahlungen

- von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.
- von mehr als 8 2/3 Wochenbezügen
- um 21 %
- 4. bei Sonderzahlungen
 - von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten
 - um 17 %.

Reise(Fahrt)kosten

(§ 135 ASVG)

§ 44. (1) Die Anstalt ersetzt Reise(Fahrt)kosten nur für Fahrten

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen), Zahnbehandlung und Zahnersatz,
2. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt,
3. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
4. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a Abs. 3 ASVG),
5. im Zusammenhang mit Vorsorge (Gesunden)untersuchungen (§ 132b Abs. 5 ASVG),
6. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 132c Abs. 5 ASVG),
7. im Zusammenhang mit einer von der Anstalt angeordneten ärztlichen Begutachtung des Gesundheitszustandes des Anspruchsberechtigten, insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit,
8. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in der Hebammenordination.

(2) Die Anstalt ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Begleitperson

1. für Kinder unter 15 Jahren,
2. für Personen, bei denen dies auf Grund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist.

(3) Für die Ermittlung des Reise(Fahrt)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum nächsterreichbaren Vertragspartner desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung heranzuziehen.

(4) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt mit einem Kilometerersatz von € 0,09 bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson von € 0,14. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel der Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt hat. Höhere als die dem Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden nicht ersetzt.

(5) Die Anstalt ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten

1. für Fahrten innerhalb des Ortsgebietes oder
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 3) 20 Kilometer nicht übersteigt.

(6) Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes (eines Wahlzahnbehandlers, einer Wahleinrichtung) oder eines Wahlpartners zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Absätze 1 bis 5 mit der Einschränkung, dass Reise- und Fahrtkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

- des nächsterreichbaren Vertragsarztes (des nächsterreichbaren Vertragszahnbehandlers) bzw.
 - der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung bzw.
 - des nächsterreichbaren sonst in Betracht kommenden Vertragspartners
- zu ersetzen gewesen wäre.

Transportkosten

(§ 135 Abs. 5 ASVG, § 144 Abs. 5 ASVG, § 154 Abs. 4 ASVG)

§ 45. (1) Die Anstalt übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der Erkrankte auf Grund seines körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,

3. zur ambulanten Behandlung zum nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Anstalt die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Anstalt dem Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern im Anhang zur Satzung kein anderer Kostenersatz festgelegt ist.

(3) Transporte erfolgen

1. ohne die notwendige Begleitung eines Sanitäters neben dem Fahrer (sitzend),
2. mit der notwendigen Begleitung eines Sanitäters neben dem Fahrer (liegend),
3. mit einem privaten Kraftfahrzeug.

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des Erkrankten ärztlich zu bescheinigen. Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Anstalt Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

(4) Die Anstalt übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

- wegen des Zustandes des Erkrankten oder
- wegen der Dringlichkeit des Falles

eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes

- durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
- von der Anstalt anerkannt

worden ist. Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Anstalt mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Anstalt dem Versicherten Kosten in folgender Höhe:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: € 1.735,21
 - b) Sekundärtransporte je Flugminute: € 39,82
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: € 903,11
 - b) Sekundärtransporte je Flugminute: € 21,95
3. für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:
 - a) Primärtransporte pauschal: € 852,31
 - b) Sekundärtransporte je Flugminute: € 21,95

Die in Z 1 bis 3 angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

(5) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

- der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
- der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung
- des nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes

zu ersetzen gewesen wäre.

(6) Die Anstalt übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Anstalt der Anstaltspflege im Ausland vorher zugestimmt hat.

Auszahlungen von Leistungen

(§ 104 Abs. 1 ASVG)

§ 46. Die Auszahlung von Krankengeld und Wochengeld wird alle 4 Wochen im Nachhinein vorgenommen.

Anstaltspflege
(§ 522 Abs. 7 ASVG)

§ 47. Die Anstalt übernimmt auch bei Anstaltspflege eines Angehörigen den durch den Versicherten an das Land (Landesfonds) gemäß § 447f Abs. 6 ASVG bzw. an sie gemäß § 149 Abs. 5 ASVG zu leistenden Kostenbeitrag, vermindert um einen Betrag, der dem vom Rechtsträger der Krankenanstalt vorzuschreibenden, gemäß § 27a KAG im jeweiligen Landesgesetzblatt kundgemachten Aufenthaltskostenbeitrag entspricht.

**Übernahme der Reise(Fahrt)- und Transportkosten
bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit,
Maßnahmen der Krankheitsverhütung,
medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation
in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung sowie
bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge**

(§ 154a Abs. 2, § 155 Abs. 2 u. Abs. 4, § 156 Abs. 1, § 302 Abs. 1, § 307d Abs. 2 bis 4 ASVG)

§ 48. (1) Reise(Fahrt)- und Transportkosten werden bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Maßnahmen der Krankheitsverhütung, medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung sowie bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach Maßgabe der Bestimmungen des § 44 Abs. 4 und 5 sowie § 45 Abs. 1 bis 3 unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten ersetzt bzw. übernommen.

(2) Der Ersatz bzw. die Übernahme ist im Sinne des Abs. 1 dann in den wirtschaftlichen Verhältnissen begründet, wenn das Einkommen des Antragstellers das Zweifache des in § 293 Abs. 1 lit. b ASVG festgelegten Richtsatzes nicht übersteigt. Für jeden unterhaltsberechtigten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen erhöht sich dieser Betrag im Ausmaß des halben Richtsatzes gemäß § 293 Abs. 1 lit. b ASVG. Bei der Feststellung des Einkommens des Antragstellers ist ein allfälliges Einkommen des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten mit zu berücksichtigen. Als Einkommen gilt das Nettoeinkommen nach Maßgabe des § 292 ASVG.

4. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 49. (1) Diese Satzung tritt mit dem der Verlautbarung folgenden Monatsersten in Kraft. Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten dieser Satzung wird die bisher geltende Satzung (Satzung 1999) – kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ Jahrgang 1999, Amtliche Verlautbarungen Nr. 85/1999, zuletzt geändert durch die 3. Änderung der Satzung, kundgemacht in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ Jahrgang 2001, Amtliche Verlautbarungen Nr. 113/2001 – aufgehoben.

(2) Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Anhang 1

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung Kieferorthopädische Behandlung Prothetische Zahnbehandlung

Folgende Leistungen werden entsprechend der Honorarordnung für Vertragszahnbehandler als Sachleistung erbracht:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 1 der Satzung

Pos. Nr.

- 1 Beratung
- 2 Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 3 Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung
- 4 Visite
- 5 Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps
- 6 Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
- 7 Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
- 8 Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)
- 9 Aufbau mit Höckerdeckung
- 6 Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 7 Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 8 Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 10 Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn
- 11 Stiftverankerung
- 12 WB-Amputation
- 13 WB-Exstirpation einkanalig
- 14 WB-Exstirpation zweikanalig
- 15 WB-Exstirpation dreikanalig
- 16 WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
- 17 Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.) in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
- 18 Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
- 19 Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
- 20 Zahnsteinentfernung
- 21 Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
- 22 Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)
- 23 Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrat
- 24 Zahnröntgen
- 25 Panoramaröntgen
- 26 Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
- 27 Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

- 28 Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 29 Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 30 Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 31 Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 32 Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 33 Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 34 Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 35 Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
- 36 Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 37 Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 38 Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 39 Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 40 Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
- 41 Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exclusive Arznei)

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 Abs. 1 der Satzung

1. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

- a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes
- b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates
- c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube

III. Prothetische Zahnbehandlung (unentbehrlicher Zahnersatz) gemäß § 34 Abs. 2 der Satzung

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung

2. Kunststoff-Prothesen – Neuherstellung

- a) Platte (jede Größe)
- b) Zahn, pro Einheit
- c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)
- d) Sauger

3. Immediat-(Sofort-)prothesen auf Kunststoffbasis

4. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen

- a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer
- b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)
- c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsame bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)
- d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
- e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke

5. Metallgerüst-Prothesen – Neuherstellung

einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)

6. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen

x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe

y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer

z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis

7. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

8. Voll-Metallkrone (VG)

an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

Anhang 2

Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen

Für nachstehende Leistungen leistet die Anstalt Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2 der Satzung

1. Inlays aus Gold oder Keramik	
a) Einflächenfüllung	€ 98,84
b) Zweiflächenfüllung	€ 139,53
c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	€ 162,79
2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung)	€ 215,11
3. Stifverankerung pulpal gegossen	€ 98,84

II. Unentbehrlicher Zahnersatz

gemäß § 34 Abs. 2 der Satzung

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan)	€ 29,07
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff)	€ 23,62
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.)	€ 34,88

gemäß § 34 Abs. 5 der Satzung

4. Keramikfassetierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich	€ 156,25
5. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich	€ 130,81
6. Vollgusskrone (Metallkrone)	€ 94,47
7. Brückenglied Metall (Vollguss)	€ 79,94
8. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz	€ 156,25

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

Anhang 3

Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 bis 2 hinausgehen (§ 32 Abs. 3 der Satzung)

- 1 Kiefergelenksluxation (Reposition des Kiefergelenkes)
- 2 Freilegung von Zähnen
- 3 Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, Verschluss einer Kieferhöhlenfistel
- 4 Caldwell-Luc-Operation
- 5 Caldwell-Luc-Operation im Zusammenhang mit Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, halber Tarifsatz
- 6 Entfernung eines Speichelsteines
- 7 Jochbogenaufrichtung
- 8 Kieferbruchschienung
- 9 Kiefergelenksinjektionsbehandlung (Alkoholinjektion bei Trigeminusneuralgie, Injektion ins Kiefergelenk) exklusive Medikament
- 10 Ligatur traumatisch gelockerter Zähne, pro Quadrant
- 11 Verblockung pro Quadrant bei Parodontalbehandlung
- 12 Unvollständige Versorgung eines Zahnes, bis zu zwei Sitzungen
- 13 Lippenbändchen (einfache Durchtrennung)
- 14 Platte als Heilbehelf (mit Kostenanteil)
- 15 Korrekturschiene (mit Kostenanteil)
- 16 Therapeutische Injektion subcutan, intramuskulär bzw. intravenös (excl. Arznei)
- 17 Erste Röntgenaufnahme des Schädels
- 18 Jede weitere Aufnahme des Schädels
- 19 Cystenobturator
- 20 Schiefe Ebene
- 21 Lingualschiene
- 22 Obere Platte bei Frakturen
- 23 Scharnierschiene
- 24 Sauerschiene
- 25 Bänder mit Aufzementieren
- 26 Gleitflächen
- 27 Gaumenobturator
- 28 Meatobturator mit Schlinge
- 29 Dehnplatte und Fischerschraube
- 30 Aktivator, Funktionsregler (Biomator)
- 31 Radiumträger in Prothoplast
- 32 Draht-Palavitschiene
- 33 Labialbogen
- 34 Ivyligaturen
- 35 Unterkieferresektions-Prothese
- 36 Kappenschienen pro Kiefer
- 37 Kinnkappe
- 38 Reposition von Frakturen des Jochbeines, Jochbogen, des Nasenbeines oder des Kiefers exkl. Schienenverband
- 39 Operative Versorgung einer Rissquetschwunde
- 40 Exstirpation und Excision kleinerer Geschwülste (Warzen, Naevi, kleinere Atherome und Schleimzysten, Fibrome usw.)
- 41 Exstirpation größerer Weichteilgeschwülste, Schleimzystenoperation
- 42 Exstirpation größerer Weichteilgeschwülste mit anschließender Defektdeckung mittels Nahlappenplastik
- 43 Korrektur posttraumatischer Gesichts- und Halshautveränderungen mittels Hautplastik
- 44 Operative Entfernung eines Speichelsteines

- 45 Probeexcision
- 46 Kieferhöhlenpunktion mit oder ohne Spülung, Stirnhöhlenpunktion
- 47 Endoskopie der Kieferhöhle
- 48 Endoskopie der Kieferhöhle und Therapie (z. B. Fremdkörperentfernung)
- 49 Revision einer Kieferhöhle mit Antrotomie
- 50 Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik mit zusätzlicher Entfernung einer Wurzel
- 51 Fremdkörperentfernung aus Knochen oder Weichteilen
- 52 Dekortikation auch bei Osteomyelitis oder Ostitis
- 53 Operative Freilegung eines retinierten Zahnes
- 54 Operative Freilegung eines retinierten Zahnes und Bracketklebung (oder Kettchen)
- 55 Transplantation eines Zahnes exkl. Schienung
- 56 Reposition oder Replantation von luxierten Zähnen mit oder ohne Schienung
- 57 Augmentation mit autologem Transplantat bzw. inklusive Material
- 58 Augmentation oder Reduktion/Quadrant inklusive Material
- 59 Augmentation oder Reduktion Einzelzahn inklusive Material
- 60 Chirurgisches Legen einer Membrane
- 61 Entfernung von Osteosynthesematerial (pro Fraktur)
- 62 Entfernung eines Implantats
- 63 Parodontale Lappenoperation (Widmann-Neumann u. ä.) pro Quadrant
- 64 Vestibulumplastik/Kammpplastik (relative Kammerhöhung) pro Kiefer mit Gingivatransplantat
- 65 Vestibulumplastik/Kammpplastik (relative Kammerhöhung) pro Kiefer ohne Gingivatransplantat
- 66 Freies Schleimhauttransplantat
- 67 Gingivektomie pro Quadrant
- 68 Prognathieoperation nach Thoma
- 69 Exhairese oder Neurolyse eines peripheren Trigeminasastes
- 70 Unblutige Reposition des luxierten Kiefergelenkes
- 71 Fibrinklebung bei haemorrhagischen Diathesen
- 72 Ambulante Inhalationsnarkose (inkl. Medikament)
- 73 Ambulante Intubationsnarkose i. v., (inkl. Medikament)
- 74 Chirurgische Versorgung einer Weichteilwunde bis zu dreimal pro Fall verrechenbar mit besonderer Begründung
- 75 Chirurgische Gaumennahtsprengung bei Schmalkiefer
- 76 Kloss ein- oder mehrteilig
- 77 Mittelgesichtsepithese ein- oder doppelseitig jeder Größe
- 78 Nasen-, Ohrepithesen
- 79 Drahtschienenverband (gleich welcher Art) im frakturierten und nicht frakturierten Kiefer
- 80 Schienung von luxierten Zähnen pro Kiefer (z. B. Silikadrahtklebeschienen)
- 81 Kunststoffplattenschienung im frakturierten Kiefer
- 82 Abnahme von Schienen
- 83 Kunststoffaufbissschienen komplett, inkl. Änderungen oder Reparaturen während der Behandlungszeit
- 84 Aktivator als kieferchirurgischer Behelf
- 85 Funktionsanalyse im Rahmen einer kieferchirurgischen Behandlung (inkl. Gesichtsbogen, Artikulatoremontage, Einschleiftherapie und Axioografie)
- 86 Kleines und großes Diagnosepaket
- 87 Diagnostisches Aufwachsen
- 88 Composite 1-Flächenfüllung
- 89 Cerecinlay 1-Flächenfüllung
- 90 Inlay 1 Fläche Metall
- 91 Provisorische Versorgung der Kronenpräparation
- 92 Composite 2-Flächenfüllung
- 93 Cerecinlay 2-Flächenfüllung

- 94 Inlay 2 Flächen Metall
- 95 Composite 3-Flächenfüllung
- 96 Cerecinlay 3-Flächenfüllung
- 97 Inlay 3 Flächen Metall
- 98 Onlay Composite
- 99 Onlay Metall
- 100 Kronen-Edelinterimsversorgung
- 101 Stiftsverankerung pulpal gegossen
- 102 Inlay-Stift
- 103 Stiftsverankerung parapulpär 1 Stift
- 104 Stiftsverankerung parapulpär 2 Stift
- 105 Stiftsverankerung parapulpär 3 Stift
- 106 Stiftsverankerung parapulpär 3 Stift
- 107 Stiftsverankerung parapulpär 4 Stift
- 108 Stiftsverankerung parapulpär 5 Stift
- 109 Stiftsverankerung parapulpär 6 Stift
- 110 Stiftsverankerung parapulpär 7 Stift
- 111 Stiftsverankerung parapulpär 8 Stift
- 112 Splitting
- 113 Anker
- 114 Geschiebe
- 115 Steg, Druckknopf
- 116 Kragträger mit Frktionsverstärker
- 117 Kragträger mit Riegel
- 118 Magnetverankerung
- 119 Riegel
- 120 Steg
- 121 Ipsoclip
- 122 Stegkappe
- 123 Konuskrone
- 124 Krone, kunststoffverblendet
- 125 Krone in Verbindung mit Implantat
- 126 Vollgusskrone (Metallkrone)
- 127 Keramikfassettierte Krone-VMK (Verblend-Metall-Keramikkrone)
- 128 Brückenglied, Composite verblendet
- 129 Brückenglied Edelprovisorium
- 130 Brückenglied in Verbindung mit Implantat
- 131 Brückenglied Marylandbrücke
- 132 Brückenglied Metall (Vollguss)
- 133 Brückenglied aus Kunststoff
- 134 Brückenglied Vollporzellan
- 135 Brückenglied porzellanverblendet
- 136 Ringteleskopkrone
- 137 Teleskopkrone
- 138 Anfertigung Marylandbrücke
- 139 Voll-Porzellankrone
- 140 Zweizeitige Implantation
- 141 Einzeitige Implantation

Anhang 4

Zuzahlungen bzw. Zuschüsse bei Leistungen von Zahnersatz sowie von Kieferregulierungen

A. (1) Zu den Kosten der Kieferregulierung gemäß § 33 (kieferorthopädische Behandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte) ist vom Versicherten (Angehörigen) folgende Zuzahlung zu leisten:

- | | |
|------------------------|----------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 25 v. H. |
| 2. für Reparaturen | 25 v. H. |

der mit den Vertragszahnärzten (Vertragsdentisten, Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(2) Bei vertraglich nicht geregelten Kieferregulierungen auf der Basis festsitzender Geräte leistet die Anstalt folgende Zuschüsse:

- | | |
|------------------------|----------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 75 v. H. |
| 2. für Reparaturen | 75 v. H. |

der jeweils mit den Vertragszahnärzten (Vertragsdentisten, Vertragseinrichtungen) vereinbarten Tarifsätze nach Abs. 1.

B. Zu den Kosten des unentbehrlichen Zahnersatzes gem. § 35 Abs. 5 ist vom Versicherten (Angehörigen) folgende Zuzahlung zu leisten:

- | | |
|--|----------|
| 1. bei Neuanfertigung auf Kunststoffbasis | 25 v. H. |
| 2. bei Neuanfertigung von Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern bzw. Vollmetallkronen an Klammerzähnen und Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen | 25 v. H. |
| 3. bei Reparaturen des unter Ziffer 1 und 2 angeführten unentbehrlichen Zahnersatzes | 25 v. H. |

der jeweils mit den Vertragszahnärzten (Vertragsdentisten, Vertragseinrichtungen) vereinbarten Tarifsätze für den unentbehrlichen Zahnersatz.

C. Die Zuzahlungen sind vom Versicherten (Angehörigen) an den Zahnbehandler zu leisten.

Anhang 5

Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3 der Satzung

Für nachstehende Leistungen leistet die Anstalt Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- | | |
|---|---------|
| 1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundvorhofplatte, inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen wird. | € 49,05 |
| 2. Positionierer inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr | € 72,67 |
| 3. Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung | € 49,05 |

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

Anhang 6

Kostenzuschüsse gemäß § 37 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. Für die Behandlung durch einen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten
 - a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten € 21,80
 - b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten € 12,72
 - c) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 90 Minuten pro Person € 7,27
 - d) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 45 Minuten pro Person € 5,09

Ein Kostenzuschuss ist aber nur dann zu leisten, wenn nachweislich bestätigt ist, dass der Patient im selben vertragsärztlichen Abrechnungszeitraum und jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (Sitzung) ärztlich untersucht wurde.

2. Für ergotherapeutische Krankenbehandlung
 - a) für eine Behandlung zu 30 Minuten € 8,72
 - b) für eine Behandlung zu 60 Minuten € 16,71

3. Für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal pro Fall und Pfl egetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde € 8,72
(inklusive Weggebühren) längstens aber für die Dauer von vier Wochen für ein und denselben Versicherungsfall.
Über diese Zeitdauer hinaus wird ein Kostenzuschuss nur bei Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung geleistet.

4. Nadelakupunkturen € 12,72
Laserakupunkturen € 18,17

Anhang 7

Kostenzuschüsse gemäß § 38 der Satzung für (fach)ärztliche Leistungen, für die in der Honorarordnung keine Tarifposition vorgesehen ist

Art der Leistung	Kostenzu- schuss in EURO
Amniocentese	36,84
APC Resistenz im Einzelfall	3,91
ASTA Rheumafaktor, qualitativ, pro Test	1,23
ASTA-Rheumafaktor, quantitativ, pro Test	2,47
Audiogramm-Subjektive Verfahren: Sprach- und Tonaudiometrie	8,69
Audiogramm-Objektive Verfahren: Tympanometrie, Stapediusreflexmessung	2,49
Autogenes Training	
a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten	21,80
b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten	12,72
c) für eine Gruppensitzung zu 90 Minuten pro Person	7,27
d) für eine Gruppensitzung zu 45 Minuten pro Person	5,09
Bronchospasmodolysetest	8,08
Cardiotokografie (geburtshilflich); CTG	9,55
Chirotherapie	2,94
Computerperimetrie	9,43
Craniosacrale Mobilisation (= Sonderform der Chirotherapie)	2,94
Cystometrie	29,79
C 13 – Harnstoff Atemtest/Heliobakter	19,91
Dermatologische Auflichtmikroskopie	1,68
Digitale Photoplethysmografie	10,35
Doppler-US d. Venen und Arterien – bidirektional	5,65
Dopplerechokardiografie	12,57
Dopplersonografie der extrakraniellen Halsgefäße	13,31
Dopplersonografie der intrakraniellen Halsgefäße	27,88
Duplex-Sonografie der Arterien	25,10
Duplex-Sonografie der Venen	25,10
Duplex-Sonografie der hirnversorg. Gefäße	23,26
EEG	27,82
Ejakulat-Analyse	11,34
EMG	18,60
Epidurale Infiltration	4,97
Excimerlaserung pro Augenbehandlung	216,57
Exkochleation von Granulationen	3,60
Fangopackungen	5,18
Farbduplex-Sono-Carotis	23,26
Fischerverband	4,38
Fluoreszenzangiografie	21,80
Ganzkörperskelettszintigramm = Nuklearmedizin	
Untersuchung zu Metastasenfindung	72,67
Hepatitis C – Antikörper	5,43
Implantation von Hormonkristallen	7,87
Knochendichtemessung	20,46
Kryo Therapie (mittels Criojet)	1,42
Langzeit-EKG (24 Std.) – ohne Computerauswertung	22,26
Langzeit EKG (24 Std.) – mit Computerauswertung	34,88

Langzeit-Blutdruckmessung (24 Std.)	12,38
Lichttherapie – Wärmebehandlung	0,58
Lichttherapie – Psoriasisbehandlung	3,14
Lymphdrainage	
½ Stunde	5,81
¾ Stunde	8,72
Moorpackungen	5,18
Nadelakupunktur	12,72
Netzhaut-Laserkoagulation	262,78
NLG = ENG	18,60
O2-Messung (Blutgasanalyse)	3,89
OP-Gruppe I	22,22
OP-Gruppe II	44,49
OP-Gruppe III	76,71
OP-Gruppe IV	257,79
OP-Gruppe V	301,80
Periarticuläre Injektion	2,94
PSA	7,56
Quaddeln = Subc. od. intrac. Infiltration ohne Injektion	1,16
Schädel – Fernröntgen	26,60
Sonografie des Bewegungsapparates	16,28
Sonografie der Brust	5,40
Sonografie der Halsorgane	11,56
Sonografie der Nasennebenhöhlen	4,94
Sonografie von oberflächlichen Raumforderungen (Zysten, Tumore, Hämatome)	8,72
Spektralanalyse – maximal 1 Schwermetall/Tag	8,63
Streptokokkentest aus dem Rachenabstrich	5,23
Transrektaler Ultraschall	18,31
Triplex-Sonografie der extrakraniellen Halsgefäße	13,31
Vaginaler Ultraschall	14,67
Zungenbändchenlösung	1,76

Anhang 8

Erstattungstarif bei Anwendung des § 24 Abs. 1 der Satzung

Punktwerte	EURO
- Allgemeiner Punktwert	0,6034
- Punktwert für die von Fachärzten für Anaesthesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie erbrachten Grundleistungen	0,7145
- Punktwert für die von Fachärzten für Kinderheilkunde erbrachten Grundleistungen	0,7447
- Punktwert für den Abschnitt B	0,6034
- Punktwert für den Abschnitt D	0,0831
- Punktwert für den Abschnitt E	0,5494

Eurobeträge

Jene Leistungen, die in Eurobeträgen angegeben sind, werden mit 80 v. H.-Satz erstattet.

Gliederung des Anhanges 8

ABSCHNITT A

Ärztlicher Erstattungstarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

Unterabschnitt I	Grundleistungen
Unterabschnitt II	Diagnose- und Therapiegespräche
Unterabschnitt III	Allgemeine Sachleistungen
Unterabschnitt IV	Sonderleistungen Augenheilkunde
Unterabschnitt V	Sonderleistungen (Unfall)Chirurgie und Orthopädie
Unterabschnitt VI	Sonderleistungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Unterabschnitt VII	Sonderleistungen Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
Unterabschnitt VIII	Sonderleistungen Innere Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten
Unterabschnitt IX	Sonderleistungen Neurologie und Psychiatrie
Unterabschnitt X	Sonderleistungen Haut- und Geschlechtskrankheiten und Urologie
Unterabschnitt XI	Physikalische Behandlung
Unterabschnitt XII	Sonografische Untersuchungen
Unterabschnitt XIII	Röntgendiagnostische Untersuchungen

ABSCHNITT B

Operationstarif für praktische Ärzte und Fachärzte

Unterabschnitt I	Besondere Bestimmungen
Unterabschnitt II	Operationshonorar
Unterabschnitt III	Operationsgruppenschema

ABSCHNITT C

Physikalische Behandlung durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionsierten Instituten für Physikalische Therapie.

ABSCHNITT D

Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

Unterabschnitt I	Besondere Bestimmungen
Unterabschnitt II	Untersuchungen

ABSCHNITT E

Erstattungstarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

Unterabschnitt I	Besondere Bestimmungen
Unterabschnitt II	Röntgendiagnostik
Unterabschnitt III	Röntgentherapie

ABSCHNITT F

Vergütung des Materialverbrauches bei Gipsverbänden

ABSCHNITT G

Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

ABSCHNITT A

Ärztlicher Erstattungstarif für allgemeine Leistungen und Sonderleistungen

UNTERABSCHNITT I

Grundleistungen

Pos. Nr.		Pkt.
A.	Ordination (prakt. Arzt)	
A1	Erste Ordination <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. B1 zu erstatten.</i>	20
A2	Weitere Ordination	11
A3	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde <i>Nur bei Dringlichkeit zu erstatten.</i>	4
A4	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit zu erstatten. Die Positionen A3 und A4 können nur erstattet werden, wenn zurbetreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	8
A5	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	8
B.	Krankenbesuch (prakt. Arzt)	
B1	Erster Krankenbesuch. <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos. Nr. A1 zu erstatten</i>	41
B2	Weiterer Krankenbesuch	32
B3	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde <i>Nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – zu erstatten.</i>	15
B4	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertag <i>Nur bei Erstbesuch oder Dringlichkeit zu erstatten.</i>	15
Bei den Positionen B3 und B4 ist die Dringlichkeit zu begründen.		
B5	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	30
B6	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	3
B7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	4
B8	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Tag	4
B9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5

C	Zuschlag für Zeitversäumnis (prakt. Arzt) Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde	
C1	bei Tag	8
C2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	12
	Bei den Positionen C1 und C2 ist die Notwendigkeit zu begründen. <i>Dieser Zuschlag ist nicht zu erstatten, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	
D	Zuschlag für Konsilium (prakt. Arzt)	
D1	bei Tag	15
D2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	20
	Bei den Positionen D1 und D2 ist der berufende Arzt anzuführen.	
E.	Ordination (Facharzt)	
E1	Erste Ordination einschließlich eingehender Untersuchung <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.Nr. F1 zu erstatten.</i>	20
E2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
E3	Weitere Ordination	11
E4	Zuschlag für Ordination außerhalb der Sprechstunde <i>Nur bei Dringlichkeit zu erstatten.</i>	4
E5	Zuschlag für Ordination an Sonn- und Feiertagen <i>Nur bei Erstordination oder Dringlichkeit zu erstatten. Die Positionen E4 und E5 können nur geleistet werden, wenn zur betreffenden Zeit keine Ordinationszeiten festgesetzt sind.</i>	8
E6	Zuschlag für Ordination bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) <i>Bei den Positionen E4 bis E6 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	8
F.	Krankenbesuch (Facharzt)	
F1	Erster Krankenbesuch einschließlich eingehender Untersuchung <i>Einmal im Monat je Behandlungsfall und nicht neben Pos.Nr. E1 zu leisten.</i>	41
F2	schriftlicher Befundbericht an den zuweisenden Arzt	9
F3	Weiterer Krankenbesuch	32
F4	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F41 oder F42 angeführt sind	15
F41	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	6,5
F42	Zuschlag für dringenden Krankenbesuch während der Sprechstunde durch den Facharzt für Kinderheilkunde <i>Die Positionen F4 bis F42 sind nur bei Berufung wegen Verdachtes auf akut lebensbedrohlichen Zustand – wie z. B. Unfall, Kollaps, schwere akute Blutung und dgl. – zu erstatten.</i>	4,5
F5	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F51 oder F52 angeführt sind.	15
F51	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	11,5
F52	Zuschlag für Krankenbesuch an Sonn- und Feiertagen durch den Facharzt für Kinderheilkunde <i>Bei den Positionen F5 bis F52 ist die Dringlichkeit zu begründen.</i>	9
F6	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch Fachärzte der Sonderfächer, die nicht unter den Positionen F61 oder F62 angeführt sind	30
F61	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, Neurologie und Psychiatrie	26,5

F62	Zuschlag für Krankenbesuch bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) durch den Facharzt für Kinderheilkunde	24
F7	Sprengelzuschlag (Wien) bei Tag	7
F8	Sprengelzuschlag (Wien) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	8
F9	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Tag	4
F10	Entfernungszuschlag außerhalb Wiens (gemäß der Sonderregelung des § 9 Abs. 2 lit. f des Gesamtvertrages) bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr)	5
G	Zuschlag für Zeitversäumnis (Facharzt) Bei Krankenbesuchen, die länger als eine halbe Stunde dauern, für jede angefangene halbe Stunde.	
G1	bei Tag	8
G2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) <i>Bei den Positionen G1 und G2 ist die Notwendigkeit zu begründen. Dieser Zuschlag ist nicht zu leisten, wenn das Zeitversäumnis durch eine Sonderleistung oder eine Operation verursacht wurde.</i>	12
H	Zuschlag für Konsilium (Facharzt)	
H1	bei Tag	30
H2	bei Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) <i>Bei den Positionen H1 und H2 ist der berufende Arzt anzuführen.</i>	40
I.	Weegebühren	
I1	Ein Doppelkilometer bei Tag	€ 1,45
I2	Ein Doppelkilometer bei Nacht <i>Für je 250 m (hin und zurück) mit Kraftwagen oder sonstigen Verkehrsmitteln nicht befahrbarer Wege in einer Gegend mit vorwiegendem Gebirgscharakter kann die Weegebühr für einen Doppelkilometer geleistet werden.</i>	€ 2,18
J.	Koordination Hausärztlicher Koordinationszuschlag <i>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für nichtklinische Medizin) einmal pro Fall und Monat in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	€ 10,54

UNTERABSCHNITT II

DIAGNOSE- UND THERAPIEGESPRÄCHE

1. Diagnostisch-therapeutische Aussprache

TA Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil € 10,61

Die vorstehende Leistung kann unter folgenden Bedingungen erstattet werden:

- Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- Die Erstattung ist nur möglich bei praktischen Ärzten, Fachärzten, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin.
- Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z. B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10

und 15 Minuten zu dauern.

- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann erstattet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie kann bei zugewiesenen Patienten keine „Ausführliche therapeutische Aussprache“ erstattet werden.
- g) Die gleichzeitige Vergütung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit Leistungen des Abschnittes A.I. der Honorarordnung am selben Tag ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose oder wenn Grundleistung und „Ausführliche therapeutische Aussprache“ zu unterschiedlichen Zeiten erbracht wurden (Angabe der Uhrzeit unbedingt erforderlich). Ferner ist die gleichzeitige Vergütung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit den Pos.-Nr. 36d, 36e und 36f für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich. Die gleichzeitige Vergütung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ mit der Pos.-Nr. 34 h innerhalb eines Quartals bzw. mit der Pos.-Nr. 36a innerhalb eines Monats ist nicht möglich, es sei denn unter Angabe einer weiteren neuen Diagnose.

2. Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch: € 18,53

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

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen zu erstatten:

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

UNTERABSCHNITT III

Allgemeine Sonderleistungen

Pos. Nr.		Punkte
10.	Blutabnahme	
10a	Blutabnahme aus der Vene	4
10b	Blutabnahme aus der Vene bei Kindern bis zu sechs Jahren	8
10c	Aderlass (mindestens 250 ccm)	8
11.	Injektionen	
11a	Subcutane, intracutane Injektion	1
11b	Intramuskuläre Injektion	1
11c	Intravenöse Injektion	3
11d	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	8
11e	Eigenblutinjektion (Abnahme durch Venenpunktion und i.m. Injektion)	6
11f	Intraarterielle Injektion	8
11g	Intracardiale Injektion	8
11h	Subconjunctivale Injektion	3
11i	Parabulbäre Injektion	3
11k	Endoneurale oder epineurale Injektion	8
11l	Epidurale Injektion, Injektion in oder an den Nervenknotten (z. B. Ganglion stellatum, paravertebrale Ganglien)	20
11m	Injektion an den Plexus coeliacus, in das Ganglion Gasseri	38 + R II
11n	Injektion ans Peritoneum	8
11o	Intrapleurale, intraperitoneale Injektion	12
11p	Intrasinuöse Injektion	12
11q	Krampfaderverödung. erste Injektion	6
11r	jede weitere Injektion (höchstens 6 i. v. Injektionen pro Bein und Quartal)	4
11s	Hämorrhidenverödung durch Injektion in den Hämorrhoidalknoten: erste Injektion	8
11t	jede weitere Injektion (höchstens 4 Injektionen pro Quartal)	4
11u	Periarticuläre Gelenksumspritzung, ein großes oder mehrere kleine Gelenke	10
11v	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte)	23 + R I
11w	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke (auch in mehrere kleine Gelenke in einer Sitzung)	15 + ½ RI
12.	Infiltrationen	
12a	Subcutane Infiltration	4
12b	Intramuskuläre Infiltration	4
12c	Praesacrale Infiltration (n. Pendl)	38 + R II
12d	Paravertebralblockade	28 An. C. NC. N. O. I.
13.	Infusionen	
13a	Subcutane Infusion	10
13b	Intravenöse Infusion	20
13c	Intraperitoneale Infusion	20

13d	Zuschlag für Dauertropfinfusion	6
13e	Erste intravenöse Novocain-Infusion	22
13f	Jede weitere intravenöse Novocain-Infusion, je	8
14.	Implantationen	
14a	Unblutige Kristall-Implantation mit Troikart	10
14b	Blutige Kristall-Implantation mit Incision und Naht	23
15.	Impfung	
15a	Diagnostische Impfung (Pirquet Moro-Mantoux, Luotest o.ä. Allergieproben)	2
15b	Therapeutische Impfung (Cutivaccine Paspal o.ä.)	2
16.	Punktion (diagnostisch)	
16a	Aus oberflächlichen Körperteilen, Muskel- bzw. Nervenadelbiopsie (z. B. kleinen Höhlen und Lymphknoten, kalten Abszessen, Haemato- men, fraglichen Tumoren o. ä., einschließlich Oberflächen-Anästhesie)	10
16b	Aus Gelenken	20
16c	Aus der Brust oder Bauchhöhle	15 + R I
16d	Aus dem Herzbeutel	20 +R I
16e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	20
16f	Suboccipitalpunktion	20
16g	Vaginale Probepunktion (Douglas)	20
16h	Sternalpunktion	20 + R I
16i	Punktion der Prostata	20
17.	Punktion (therapeutisch)	
17a	Aus dem Schleimbeutel oder einem Abszess oder Serom	15 + R I
17b	Aus größeren Gelenken, einschließlich eventueller Füllung	23 + R I
17c	Aus der Brust oder Bauchhöhle	38 + R II
17d	Aus dem Herzbeutel	38 + R II
17e	Aus dem Rückenmarkskanal (Lumbalpunktion)	23 + R I
17f	Suboccipitalpunktion	23 + R I
17g	Des Liquors bei Kindern aus der Fontanelle	23 + R I
17h	Aus dem Wasserbruch	10
17i	Aus dem Wasserbruch mit Einspritzung (Füllung)	23 + R I
17k	Aus der Harnblase	23 + R I
18.	Betäubung, Wiederbelebung	
18a	Kälteanaesthesie, Oberflächenanaesthesie	2
18b	Rauschnarkose (auch Trilene)	10
18c	Infiltrationsanaesthesie	6
18d	Leitungsanaesthesie	10
18e	Intravenöse Narkose	10

18f	Sacralanaesthesie	12
18g	Lumbalanaesthesie	23 + R I
18h	Wiederbelebungsversuch beim scheinbaren Kinde (Neugeborenen)	15
18i	Wiederbelebungsversuch bis zu einer halben Stunde darüber hinaus Zeitaufwandsentschädigung	22
18k	Intubationsnarkose	29 An.
19.	Endoskopien <i>Gewebsentnahmen jeder Art sind mit dem Tarif abgegolten. Eine im Rahmen eines operativen Eingriffes durchgeführte Endoskopie gilt als integrierender Bestandteil und kann nicht gesondert erstattet werden.</i>	
19a	Untersuchung mit dem Kolposkop	10
19b	Endoskopische Untersuchung des Nasen-Rachenraumes oder des Kehlkopfes	15 + R I C. H.
19c	Endoskopische Untersuchung der Analregion (Proktoskopie)	15 + R I
19d	Endoskopische Untersuchung der Nasen-Nebenhöhlen	23 + R I C. H.
19e	Endoskopische Untersuchung der Harnblase (Zystoskopie)	23 + R I C. G. U.
19f	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie)	23 + R I
19g	Endoskopische Untersuchung des Cervicalkanals (Endocervicosko- pie)	23 + R I C. G.
19h	Endoskopische Untersuchung der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	23 + R I C. G.
19i	Endoskopische Untersuchung der Harnröhre (Urethroskopie)	35 + R I C. D. U.
19k	Endoskopie der Harnblase mit Funktionsprüfung (Chromozystoskopie) oder Funktionsprüfung der Niere durch endoskopische Beobachtung der Harnpropulsion aus dem Ostium	53 + R II C. G. U.
19l	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Kathete- rismus und Sondierung eines Harnleiters, eventuell des Nierenbeckens (R III nur bei Verwendung von Einmal-UK, 1 Stück)	53 + R III C. U.
19m	Endoskopische Untersuchung des Sigmas (Sigmoidoskopie)	57 + R I
19n	Endoskopische Untersuchung der Luftröhre und Bronchien (Tracheo- Bronchoskopie)	87 + R III An. C. H. I. L.
19o	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, eventuell des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie)	87 + R III An. C. H. I. L.
19p	Endoskopische Untersuchung der Harnblase einschließlich Kathete- rismus und Sondierung beider Harnleiter, eventuell beider Nierenbe- cken (R IV nur bei Verwendung von Einmal-UK, 2 Stück)	83 + R IV C. U.
19q	Endoskopische Untersuchung einer Gelenkhöhle (Arthroskopie)	83 + R III C. I. O.

19r	Endoskopische Untersuchung des Magens, eventuell des Duodenums mittels Fiberglasinstrumentes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	124 + R III C. I.
19s	Endoskopische Untersuchung des Colons mittels Fiberglasinstrumentes (Coloskopie)	124 + R III C. I.
19t	Endoskopische Untersuchung der Brusthöhle (Thorakoskopie)	190 An. C. I. L..
19u	Endoskopische Untersuchung der Bauchhöhle (Laparoskopie)	190 C. G. I. L.
19v	Endoskopische Untersuchung der oberen Luft- und Speisewege mit Fremdkörperextraktion oder Tumorabtragung	340 An. C. H. I. L.
19w	Endoskopische Untersuchung des Mittelfells (Mediastinoskopie)	340 An. C. H. I. L.
20.	Ärztliche Verrichtungen am Magen-Darmtrakt	
20a	Bougierung der Speiseröhre	8
20b	Ausheberung des Magens	8
20c	Ausspülung des Magens	10
20d	Ausspülung des Magens bei Kindern bis zu sechs Jahren	12
20f	Duodenalsondierung	15
20g	Digitaluntersuchung des Mastdarmes	3
20h	Bougierung des Mastdarmes oder einer Kolostomiefistel	4
20i	Aufblähung des Mastdarmes	6
20k	Sphinkterdehnung	10
21.	Sonstige ärztliche Verrichtungen	
21a	Extraktion eines Zahnes bzw. einer Zahnwurzel <i>Wenn der Arzt nur zum Zwecke der Zahnextraktion aufgesucht wurde, kann eine Ordination nicht gesondert erstattet werden. Wird nach dem jeweils geltenden Tarif für Zahnärzte erstattet.</i>	
21b	Setzen von Blutegeln und Saugapparaten	3
21c	Oszillometrie mit Befundbericht (grafisch) einschließlich thermoelektrischer Messung der Hauttemperatur	12 C. D. I. O. P.
21d	Untersuchung auf Pilzbefall mit Woodschem Licht	4
21e	Lösung von Konglutinationen pro Fall	10
21f	Durchtrennung des Zungenbändchens	4
21g	Modellierender Kompressionsverband	5 C. D. O.

UNTERABSCHNITT IV

Sonderleistungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde

22.	Untersuchungen	
22a	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	6 A.
22b	Skiaskopie (nach Lindner) bei Kindern bis zu 14 Jahren, darüber mit besonderer Begründung	6 A.
22c	Untersuchung mit dem Refraktometer	6 A.
22d	Untersuchung des Lichtsinnes mit dem Adaptometer	6 A.
22e	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (nach Stilling)	2

22f	Untersuchung der Farbtüchtigkeit (Ishihara, Anomaloskop)	4 A.
22g	Prüfung des Gesichtsfeldes (kinetische bzw. statische Perimetrie)	10
22h	Untersuchung mit rotfreiem Licht	2 A.
22i	Tonometrie, Impressionstonometrie, beidseitig	3
22j	Applanationstonometrie inklusive Untersuchung mit der Spaltlampe beidseitig, nicht neben 22i erstattbar	10 A.
22k	Untersuchung mit dem Exophthalmometer oder der Durchleuchtungslampe	2 A.
22i	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)	5
22m	Eingehende Prüfung des binokularen Sehaktes, des Muskelgleichgewichtes und des Doppelsehens	4 A. N.
22n	Untersuchung mit dem Kontaktglas bei Glaukomverdacht und Erkrankungen der Netzhaut <i>erstattbar 1x jährlich, ausgenommen bei akuter diagnostischer Notwendigkeit</i>	10 A.
22o	Schirmertest	4 A.
23.	Fremdkörperentfernung	
23a	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, aus der Lederhaut oder eingebrannter Fremdkörper aus der Bindehaut	7
24.	Sonstige augenärztliche Verrichtungen	
24a	Wimpernepilation	6
24b	Kauterisation der Hornhaut	23 + R I A.
24c	Spaltung des Hordeolums	2
24d	Kanthotomie (ohne Naht)	10

UNTERABSCHNITT V

Sonderleistungen aus dem Gebiete der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

25.	Wundversorgung	
25a	Kleine Wunde mit Naht (Klammer)	10
25b	Abtragung einer großen Brandblase	5
25c	Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	10
26.	Kleine operative Eingriffe	
26a	Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung)	10
26b	Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	10
26c	Abtragung einer Eiterblase	4
26d	Exkochleation. Ätzung oder Kaustik einer Warze	5
26e	Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	10
26f	Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	10
26g	Entfernung eines Daumennagels oder Nagels der großen Zehe	10
26h	Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	4
27.	Verbände	
27a	Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband)	12

27b	Zinkleimverband mit selbstaufgetragenen Zinkleim, pro Fall und Extremität	20
27c	Redressierender Heftplasterverband, Cingulum	15
27d	Gipsverband der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	23 + R I + M
27e	Gipsverband von Hand-, Unter- und Oberarm, Fuß, Unter- und Oberschenkel, Halskrawatte	38 + R II + M
27f	Gipsverband der oberen Extremität mit Schultergürtel, der unteren Extremität mit Becken, Schiefhalsgips mit Thorax	83 + R III + M
27g	Abnahme eines kleinen Gipsverbandes	5
27h	Abnahme eines großen Gipsverbandes (Schulter, Becken, Mieder)	10
27i	Aufkeilung eines Gipsverbandes	5
	<i>Der Materialaufwand für Gipsverbände (M) wird nach den im Abschnitt „F“ festgesetzten Sätzen erstattet.</i>	
	<i>(Weitere Gipsverbände und Gipsmodelle siehe Operationsgruppenschema)</i>	
27l	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg). Erstanlage pro Behandlungsfall und Extremität	20 C.D.O.
27m	Korrektur des Kompressionsverbandes gem. 27 l	8 C.D.O.
28.	Gipsmodelle für orthopädische Behelfe	
28a	Gipsmodelle für Einlagen	40 + R I + M 4a
	<i>Die Erstuntersuchung und weitere Untersuchungen sind gesondert zu erstatten.</i>	
29.	Knochenbrüche (Provisorische Versorgung-Notverband)	
29a	Kleine Knochen (Finger, Zehen, Rippen)	6
29b	Alle übrigen Knochen	10

UNTERABSCHNITT VI

SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

30.	Frauenheilkunde	
30a	Tamponade der Gebärmutter zur Blutstillung	12
30b	Einlegen, Anpassen und Wechseln eines Pessars (bei Vorfall oder zur Lageverbesserung)	3
30c	Zellentnahme für cytologische Untersuchung	4
31.	Geburtshilfe	
31a	Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane bei der Geburt oder Fehlgeburt unter sterilen Bedingungen, wenn ein sonstiger geburts- hilfflicher Eingriff nicht stattfindet	
31b	Beistand bei der Entbindung Kunsthilfe, operativer Eingriff und Wartezeit über eine halbe Stunde bis höchstens 5 Stunden können gesondert erstattet werden.	
31c	Manuelle Muttermunddilatation	16
31d	Zurückschieben der eingeklemmten Muttermundlippe	16

UNTERABSCHNITT VII

SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HALS-, NASEN- und OHRENKRANKHEITEN

32.	Untersuchungen	
32a	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, thermische Prüfung oder Drehprüfung, Prüfung des Provokationsnystagmus, Lage-, Lagerungs-Schüttelnystagmus, maximal 2 Prüfungen je	10
32b	Tonschwellenaudiometrie	20
32c	Sprachaudiometrie	30
32d	Einführung des Katheters zur Bronchografie, Absaugen von Bronchien mittels Katheter	23 + R I
32g	Otomikroskopische Untersuchung	8 H.
33.	Therapeutische Verrichtungen	
33a	Entfernung v. Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr	4
33b	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase, dem Rachenraum oder dem Ohr bei Kindern bis zu sechs Jahren	6
33c	Umschriebene Ätzung oder Galvanokaustik der Nasenschleimhaut	8
33d	Nasentamponade nach Bellocq	23 + R I
33e	Cerumenentfernung je Ohr	4
33f	Anwendung des Katheters auf einer oder beiden Seiten mit Bougierung oder Einspritzung einschließlich Anaesthesie je Seite	4
33g	Erstmalige Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle	23 + R I
33h	Wiederholte Punktion mit Ausspülung einer Nebenhöhle, einseitig	6 + R I
33i	Incision eines Gehörgangfurunkels	10
33k	Attic-Spülung	5
33l	Vordere Nasentamponade	5 + R I

UNTERABSCHNITT VIII

SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der INNEREN MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE und LUNGENKRANKHEITEN

34a	EKG in Ruhe (Ableitungen I., II., III.; AVR, AVL, AVF; V1-6)	€ 34,84 I. K.
34b	Langer Streifen zur Arrhythmie Diagnostik, ausgenommen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie (eine Ableitung mindestens zwei Minuten)	€ 6,67 I. K.
34c	Drei zusätzliche Ableitungen mit Begründung	€ 6,67 I. K.
34f	Zuschlag für EKG am Krankenbett	10
34g	Ergometrie	€ 74,24
34h	Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria	10 K.

Einmal pro Kalenderviertel erstattbar.

34l	Bestimmung der Vitalkapazität, Tiffeneautest, je	3
34m	Erweiterte kleine Spirografie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert), mit grafischer Darstellung	15
34n	Bronchospasmaloysetest (wie 34m – incl. Inhalation eines Broncholytiums)	15 An. I. L.
34o	Provokationstest (wie 34m – incl. unspez. oder spez. Provokation sowie nachfolgender Broncholyse)	19 L.
34p	Messung der Atemwegswiderstände	5 L.
34q	Blutgasanalyse in Ruhe	60 L.
34r	Blutgasanalyse inkl. Belastung oder Sauerstoffgabe	60 L.

Pos. Nr. 34r und 34q können pro Tag höchstens einmal erstattet werden.

Anmerkung: Die Positionen 34n und 34o nicht additiv.

UNTERABSCHNITT IX

SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

35. Untersuchungen

35a	Elektrische Untersuchungen der Muskelerregbarkeit	10
35b	Ausführliche psychiatrische Exploration	31 N., KNP.

Bei Diagnosen nach ICD9-WHO Code 290-319 höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr erstattbar.

35e	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO Code 290-319), neurologisch Kranken (ICD9-WHO Code 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3)	21 N., KNP. Modul II oder III
-----	---	-------------------------------------

Nicht neben Ordination/Visite erstattbar.

35f	Komplette neurologische Statuserhebung Höchstens 1 x pro Fall und Kalenderhalbjahr erstattbar.	31 N., K.
-----	---	--------------

36. Therapeutische Verrichtungen

36a	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kinder, Dauer im Allgemeinen 20 min.;	27 N. K. Modul II oder III
-----	---	----------------------------------

Nicht neben Pos. 36c, 36d, 36e, 36f sowie TA erstattbar.

- 1.) Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention
- 2.) Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern

36b	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) <i>Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen erstattbar (unter 45 min. – kein Zuschlag für Zeitversäumnis erstattbar).</i>	76
-----	---	----

36c	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung, 50 min.	77 N., KNP. Modul II oder III
-----	--	-------------------------------------

Im Erkrankungsfall max. 3x erstattbar, nicht neben Pos. 36a, 36d, 36e, 36f erstattbar.

36d	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 50 min. <i>Nicht neben Pos. 36a, 36c, 36e, 36f erstattbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose</i>	77 Modul III
-----	---	--------------

36e	Psychotherapeutische Medizin, Einzeltherapie 25 min.;	39 Modul III
-----	---	--------------

Nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d, 36f erstattbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose

- | | | |
|-----|---|-------------|
| 36f | Psychotherapeutische Medizin, Gruppentherapie 90 min. (max. 10 Patienten); je Patient und Therapieeinheit | 8 Modul III |
|-----|---|-------------|
- Nicht neben Pos. 36a, 36c, 36d 36e erstattbar.*

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

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

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

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

- | | | |
|-----|--|--------------|
| 37a | Elektroenzephalografische Untersuchung einschließlich Provokationsmethoden
Die Erstattung ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden. | 64
K., N. |
| 37b | ENG | 56
N. |
| 37c | EMG | 56
N. |
| 37d | ENG + EMG | 91
N. |

Pos. 37b bis 37d: Die Erstattung ist an den Nachweis der Ausbildung gemäß den Richtlinien der Österreichischen Ärztekammer gebunden.

UNTERABSCHNITT X

SONDERLEISTUNGEN aus dem Gebiete der HAUT- und GESCHLECHTSKRANKHEITEN und der UROLOGIE

38. **Therapeutische Verrichtungen**

- | | | |
|-----|---|---------|
| 38a | Katheterismus der männlichen Harnblase | 4 |
| 38b | Katheterismus der weiblichen Harnblase | 2 |
| 38c | Einlegen eines Verweilkatheters, Verweilbougies | 6 |
| 38d | Blasenspülung | 2 |
| 38e | Erste Strikturdehnung der Harnröhre | 10 |
| 38f | Weitere Strikturdehnung | 5 |
| 38g | Einspritzung, Einträufeln und Spülung der vorderen Harnröhre | 2 |
| 38h | Einspritzung, Einträufeln und Spülung der hinteren Harnröhre mit Einführung von Instrumenten, Sondierung der hinteren Harnröhre | 3 |
| 38i | Tiefe Instillation | 2 |
| 38j | Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inklusive Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe pro suspekter Läsion
<i>Erstattung von höchstens 6 Läsionen pro Jahr.</i> | 3
D. |
| 38k | Kühlsonde | 5 |
| 38l | Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen | 10 |
| 38m | Kaustik, ausgenommen Warzen
(siehe Positionen 26d und 26e) | 10 |
| 38n | Elektrolyse | 10 |
| 38o | Zurückbringung oder Dehnung der Paraphimose | 5 |

38p	Durchtrennung des Frenulum einschließlich Naht	23
		+ R I
38q	Nierenbeckenspülung (einschließlich Endoskopie)	53
		+ R II
38r	Anwendung von Kohlensäureschnee je Sitzung	10
38s	Einführung von Arzneistäbchen bei Kindern in die Vagina	4
38t	Prostatamassage	3
38u	Honorarzuschlag für Radium- oder Thoriumbestrahlung je Stunde	6
		D.
38v	Fototherapie, je Behandlung	9
	1.-16. Behandlung	D.
38v	ab 17. Behandlung	6
		D.
38w	Fotochemotherapie, je Behandlung	13
	1.-16. Behandlung	D.
38w	ab 17. Behandlung	10
		D.
38x	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	18
		U.
38y	Blaseninstillation mit Zytostatika	10
		U.
38z	Wechsel eines suprapubischen Katheters	10
		U.
39a	Evakuierung einer Blasentamponade	30
		+ R I
		U.

UNTERABSCHNITT XI

PHYSIKALISCHE BEHANDLUNG durch praktische Ärzte und Fachärzte BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die in diesem Tarif angeführten Behandlungen werden in der Regel nur dann erstattet, wenn sie eigene Patienten betreffen.

1.	Massage	EURO
p1a	Manuelle Massage	2,87
p1b	Apparatemassage	2,60
p1c	Pneumomassage des Trommelfells	2,60
2.	Gymnastik	
p2a	Einzelheilgymnastik	3,39
p2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	3,38
p2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe	2,24
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
p3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. ä.)	2,19
p3b	Quarzbestrahlung	2,19
p3c	Heißluft	2,87
p3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektro- nisch gesteuerten Geräten, je	2,39
p3e	Eponenzialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	3,68
p3f	Vierzellenbad nach Schnee	4,07
p3g	Iontophorese	3,63

p3h	Diathermie	2,87
p3i	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	3,87
p3k	Ultraschall	4,69
4.	Inhalationen	
p4a	Dampfinhalation	1,92
p4b	Aerosolinhalation	2,39
5.	Buckybestrahlung	
p5a	Buckybestrahlung pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	9,68 D.

UNTERABSCHNITT XII

SONOGRAFISCHE UNTERSUCHUNGEN

1. Besondere Bestimmungen

- Die im Leistungskatalog angeführten sonografischen Untersuchungen können nur bei Inanspruchnahme von Fachärzten erstattet werden, deren Sonderfach in entsprechender Abkürzung bei der jeweiligen Position angeführt ist und die die Voraussetzungen gemäß Punkt 3 erfüllen.
- In Zuweisungsfällen sind grundsätzlich nur die verlangten Untersuchungen zu erstatten. Der Zuweisungsschein hat die Diagnose, explizit die Durchführung als „sonografische Untersuchung“ und die genaue Bezeichnung des zu untersuchenden Organes bzw. der Organgruppe bzw. des Untersuchungsfeldes (der Untersuchungsregion) zu enthalten. Bei Fachärzten für Radiologie können sonografische Untersuchungen nur bei Vorliegen einer ärztlichen Zuweisung erstattet werden.
- Ärzte sind zur Durchführung von sonografischen Untersuchungen berechtigt, wenn sie ihre fachliche Qualifikation und Geräteausstattung entsprechend den Sonografierichtlinien der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Landesärztekammer nachweisen.
- Soweit der Tarif Sammelpositionen (Organgruppentarife) enthält, die aus mehreren für sich allein zu erbringenden Leistungen (Einzeluntersuchungen von Organen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
- Mit den jeweiligen Tarifsätzen sind sämtliche Kosten zur Durchführung der im Leistungskatalog angeführten Untersuchungen einschließlich der Dokumentation der Untersuchungsergebnisse abgegolten.

2. Ultraschalldiagnostik

Pos.- Nr.		EURO
	Abdomen und Retroperitoneum	
US 1	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	20,24 R. C. I. K.
US 2	Sonografie des Pankreas	24,75 R. C. I. K.
US 3	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	37,49 R. C. I. K.
US 4	Sonografie der Milz	16,87 R. C. I. K. U. C.
US 5	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta)	24,75 R. C. I. K. U.
US 6	Sonografie der Schwangeren im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	22,89 R. G.

US 7	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation <i>Nur erstattbar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerenbecken-Leibesfrucht, Verdacht auf atypische pränale Kindeslage, Verdacht auf atypischen Plazentasitz, Verdacht auf Fehlbildungen.</i>	24,75 G.
US 8	Sonografie des Unterbauches	24,75 C. I. K.
US 10	Sonografie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonografie	26,99 G. R.
US 11	Sonografie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostatasonografie	26,99 U. R.

Die Unterbauchsonografie nach den Positionen US 8, US 10 und US 11 umfasst je nach Fachgebiet: Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Appendix, Raumforderungen.

Small-parts-Diagnostik

SP 1	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	24,37 R. I. C. K.
SP 2	Sonografie der Halsweichteile (z. B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen) <i>Die gleichzeitige Verrechnung der Position SP 6 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.</i>	35,99 R. H.
SP 3	Sonografie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	6,37 H.
SP 5	Sonografie der Mamma bei unklarem Mammografiebefund (je Seite)	12,75 R.
SP 6	Sonografie von oberflächlichen Raumforderungen (z. B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	11,25 R. C.
SP 7	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste Das Untersuchungsfeld ist anzugeben.	21,-- R. O. U. C.
SP 8	Sonografie der kindlichen Hüften im Rahmen des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes	29,07 R. K. O.
SP 9	Sonografie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	29,99 R. K. O.
SP 10	Sonografie des Scrotalinhaltes	24,37 R. K. U. C.

Doppler-Diagnostik

DS 1	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung <i>Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal erstattbar.</i>	14,99 C (G). D. I.
DS 2	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz <i>Die Positionen DS 1 und DS 2 sind zusammen nur mit Begründung erstattbar.</i>	14,99 C. D. I.
DS 3	Bidirektionale dopplersonografische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation <i>Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht erstattbar.</i>	22,49 I. N.
DS 4	Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonografische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Aschnitt, sowie intrakraniell)	8,63 R. I. N.

Die Zuschlagsposition ist nicht zu erstatten, wenn bei zugewiesenen Patienten bereits ein bidirektionaler Sonografiebefund nach Position DS 3 vorliegt.

Farbduplexdiagnostik

FD 1	Farbduplexsonografie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems Die Positionen DS 3 und FD 1 sind gemeinsam nicht erstattbar.	43,87 R. I. N.
FD 2	Zuschlag zu den Positionen US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	7,50 R. C (G). I. K.
FD 3	Zuschlag zur Position US 5 für Farbduplexsonografie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	18,75 R. C. I.
FD 4	Farbduplexsonografie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonografiebefundes.	37,49 D. I. C (G). R.

Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal zu erstatten

FD 5	Farbduplexsonografie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	37,49 D. I. C (G). R.
------	---	-----------------------------

Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal zu erstatten

Echokardiografie

EK 1	Echokardiografie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)	34,49 I.
EK 2	Echokardiografie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonografie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler	74,98 I.

Zu leisten in folgenden Indikationen:

*Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien;
Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes;
Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion.*

UNTERABSCHNITT XIII

RÖNTGENDIAGNOSTISCHE UNTERSUCHUNGEN durch praktische Ärzte und Fachärzte (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie)

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Röntgendiagnostische Leistungen können von praktischen Ärzten und Fachärzten nur dann erstattet werden, wenn sie dafür zugelassen sind.

Pos. Nr.		Honorar und Un- kosten EURO
Durchleuchtungen und Zuschläge		
r 4a	Durchleuchtung ohne Kontrastbrei	8,67
r 4b	Durchleuchtung mit Kontrastbrei (außer Magen)	9,56
r 4c	Magendurchleuchtung mit Kontrastbrei einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag	11,34
r 4d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	13,44
r 4e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in r 4c enthalten)	4,27
r 4f	Zuschlag zur Position r 4a und r 4e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,36
r 4g	Zuschlag zur Position r 4b, r 4c und r 4d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,45

Aufnahmen		
r 5a	Aufnahme 9 x 12	4,98
r 5b	Aufnahme 13 x 18	6,43
r 5c	Aufnahme 18 x 24	8,11
r 5d	Aufnahme 15 x 40	10,00
r 5e	Aufnahme 24 x 30	10,87
r 5f	Aufnahme 30 x 40	12,52
r 5g	Aufnahme 35 x 35	13,55
r 5h	Zahnfilm	3,35
r 5i	Aufnahme 20 x 40	11,11

ABSCHNITT B

Operationstarif für praktische Ärzte und Fachärzte

UNTERABSCHNITT I

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Soweit bei den einzelnen Tarifpositionen des Operationsgruppenschemas Fachgebiete (lt. Abkürzungsschlüssel bezeichnet) angeführt sind, können diese Leistungen bei Durchführung durch Fachärzte nur dann erstattet werden, wenn sie von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete erbracht werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Bei Operationen, die in der Ordination des Arztes oder in einer Krankenanstalt durchgeführt werden, wird neben dem Operationshonorar das Honorar für die allgemeine Verrichtung (Beratung oder Krankenbesuch) nur dann erstattet, wenn es sich um die erste Beratung oder den ersten Krankenbesuch handelt.
3. Bei Eingriffen, die nach dem Operationsgruppenschema bewertet werden, dürfen Zuschlagspunkte für Leistungen, die einen integrierenden Bestandteil dieser Operation bilden, nicht erstattet werden.
4. Bei besonderer Schwierigkeit einer Operation kann mit Begründung die nächsthöhere Operationsgruppe erstattet werden.
5. Bei den mit + bezeichneten Operationen ist die Erstattung einer Assistenz unzulässig. Bei den mit ++ bezeichneten Operationen der Gruppe IV kann eine zweite Assistenz ohne besondere Begründung in Anspruch genommen werden.
6. Regiezuschläge dürfen erstattet werden, wenn die Operation in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten durchgeführt wurde.
7. Bei besonderer Schwierigkeit einer Narkose kann, wenn sie von einem Facharzt für Anaesthesiologie durchgeführt wurde, mit Begründung die nächsthöhere Narkosegruppe erstattet werden, ausgenommen bei Anwendung des Punktes 5.

UNTERABSCHNITT II

OPERATIONSHONORAR

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

Gruppe	Punkte
1. Operation	
I	55
II	110
III	190
IV	340
V	660

VI	940
VII	1330
VIII	1710

2. Erste Assistenz

I	18
II	23
III	29
IV	56
V	131
VI	160
VII	263
VIII	338

3. Zweite Assistenz

I	---
II	---
III	---
IV	29
V	56
VI	75
VII	131
VIII	169

4. Narkose

(außer durch Fachärzte für Anaesthesiologie)

I	--
II	23
III	29
IV	56
V	66
VI	85
VII	131
VIII	188

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

5. Narkose

durch den Facharzt für Anaesthesiologie

Gruppe	Punkte
I	29
II	29
III	29
IV	56
V	150

VI	235
VII	329
VIII	423

V-VIII wird nur dann erstattet, wenn die Narkoseleistung eine i. v. Injektion mit Barbitursäurepräparaten oder Inhalationsnarkose überschreitet. Ansonsten ist der Tarif wie unter 4. Anzuwenden. Die Intubationsnarkose mit Relaxation ist mit Begründung nach Operationsgruppe IV zu erstatten.

6. Regiezuschlag

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

Gruppe	EURO
I	6,53
II	9,75
III	12,99
IV	19,40
Ab Gruppe V der errechnete Aufwand.	

7. Operationssaalbenützung

Die Kosten für Operationssaalbenützung, Arzneien und Verbandstoffe in operativen Fällen werden bis zu nachstehenden Beträgen erstattet:

Gruppe	EURO
I	36,34
II	40,70
III	60,32
IV	90,84
V	114,82
VI	143,17
VII	174,41
VIII	202,03

UNTERABSCHNITT III

OPERATIONSGRUPPENSHEMA für praktische Ärzte und Fachärzte

AUGENHEILKUNDE

Pos. Nr.		Fachge- biet
Gruppe I		
1a	Incision bei Dakryocystitis	A.
1b	Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	A. C. D.
1c	Operation des Chalazion	A.
1d	Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	A.
1e	Alkoholinjektion bei Blepharospasmus (auch beidseitig)	A.
1f	Kanthoplastik mit Naht	A.
1g	Erstmalige einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	A.
1h	Operation am Tränenröhrchen	A.
1i	Quetschung von Trachomkörnern	A.

1k	Erste retrobulbäre Injektion, ausgenommen Alkoholinjektion (jede weitere ½ Gruppe 1)	A.
1l	Elektrolytische Epilation	A.

Gruppe II

2a	Tarsorrhaphie	A.
2b	Tränendrüsenstichelung	A.
2c	Spaltung von Strikturen in den Tränenwegen	A.
2d	Epicanthusoperation	A.
2e	Einfache Operation gegen das Ektropium u. Entropium (Snellensche Naht)	A.
2f	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	A.
2g	Operation des Pterygium	A.
2h	Abrasio corneae +	A.
2i	Tätowierung der Cornea +	A.
2k	Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o. ä.	A.
2l	Punktion der vorderen Kammer	A.
2m	Nadeldiscission bei angeborener Cataracta	A.
2n	Retrobulbäre Alkoholinjektion	A.

Gruppe III

3a	Einfache Symblepharonoperation	A.
3b	Tarsusexstirpation bei Trachom	A.
3c	Exstirpation des Tränensackes	A.
3d	Exstirpation der Tränendrüse	A.
3e	Trichiasisoperation	A.
3f	Sklerotomie +	A.
3g	Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels Magnetes	A.
3h	Discission bei Cataracta secundaria	A.
3i	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	A.
3k	Transfixion der Iris	A.
3l	Iridotomie	A.
3m	Glaskörperabsaugung	A.
3n	Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	A.

Gruppe IV

4a	Schielopoperation mit Vorlagerung und Tenotomie	A.
4b	Einfache Ptosisoperation	A.
4c	Symblepharonoperation mit Plastik	A.
4d	Scleral- oder Cornealnaht	A.
4e	Vogtsche Stichelung	A.
4f	Endonasale Tränensackoperation oder Operation nach Toti	A.
4g	Diasclerale Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer	A.
4h	Linearextraktion	A.
4i	Abtragung des Irisprolapses mit Plastik	A.
4k	Iridektomie	A.
4l	Enucleatio bulbi	A.
4m	Exenteratio bulbi	A.

Gruppe V

5a	Große plastische Operation an den Lidern	A.
5b	Komplizierte Ptosisoperationen	A.

5c	Glaukomoperationen (Elliot, iridencleisis, cyclodialyse)	A.
5d	Koagulation bei Ablatio retinae nach jeder Methode	A.

Gruppe VI

6a	Kataraktoperation (einschließlich Iridektomie)	A.
6b	Entfernung intraoculärer Fremdkörper	A.
6c	Evisceratio orbitae	A.
6d	Schwierige Operation zur Behebung der Ablatio retinae	A.

Gruppe VII

7a	Hornhautplastik, Linsenimplantation	A.
7b	Operation bei Ablatio retinae mit Bulbusverkürzung	A.
7c	Endocranielle Operation mit Orbitalresektion (Krönlein)	A.

CHIRURGIE, UNFALLCHIRURGIE, NEUROCHIRURGIE

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

Pos. Nr		Fachgebiet
Gruppe I		
8a	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	C. O.
8b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (Fibulaschaftbrücke, End- und Mittelfalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein)	C. H. NC. O.
8c	Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	
8d	Incision eines Panaritium subcutaneum	
8e	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	C. G.
8f	Incision einer oberflächlichen Phlegmone	
8g	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	
8h	Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschließlich der Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	
8i	Dorsalincision einer Phimose, Paraphimose	C. K. U.
8k	Thermokautik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	C. D. G.
8l	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	
8m	Percutane Bluttransfusion mit Konserve	
8n	Radikaloperation eines Unguis incarnatus an der Großzehe	C. D. O.
8o	Amnionpflanzung nach Filatow	C. G.
8p	Probeexcision mit Naht	
Gruppe II		
9a	Unblutige Einrichtung und erster Verband von Luxationen großer Gelenke mit Ausnahme Hüftgelenks-, Ellbogen- und Kniegelenksluxation	C. O.
9b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen des Oberarmes, Unterarmes, des Unterschenkels, des Schlüsselbeines und Schulterblattes sowie bei Mittelfuß-, Mittelhand-, Knöchel-, Finger- und Zehengrundphalangenbrüchen und bei Bandrupturen an Knien und Sprunggelenken	C. O.

9c	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	
9d	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum +	C.
9e	Buelausche Heberdränage	C. I. K. L.
9f	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, einer periproktitischen Eiterung, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation	C. G. NC. U.
9g	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	
9h	Technisch einfache Operation größerer Geschwülste (große Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, eines Ganglions der Sehne oder des Gelenkes oder eines Hygroms)	
9i	Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	C. D. U.
9k	Spaltung einer Fistula ani	C. G.
9l	Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation (Gefäßan-gabe nötig)	
9m	Percutane Frischbluttransfusion nach jeder Methode	
9n	Frischbluttransfusion mit Freilegung der Vene	
9o	Entfernung eines Nagels nach Knochennagelung	C. O.
9p	Amputation oder Enucleation von Phalangen	C. O.
9q	Excision einfacher Fisteln aus der Haut und Muskulatur	
9r	Einfache Krampfaderoperation nach Moszkowicz oder Romich (Liga-tur, Verödung der Saphena)	C. D. O.
9s	Drüsenimplantation	
9t	Intraoperative Pankreatikografie oder Cholangiografie einschließlich Choledochografie durch Einspritzung des Kontrastmittels in die Gal-lenwege bzw. Manometrie der Gallenwege bzw. Choledochoskopie	C.
9u	Technisch einfacher Wechsel des Schrittmachergerätes	C. I. K.

Gruppe III

10a	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke; unblu-tige Reposition der Ellbeugen- oder Kniegelenksluxation mit Verband	C. O.
10b	Trepanation des Knochens zur Penicillinbehandlung der Markhöhle bei Osteomyelitis	C. O.
10c	Excision großer Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	C. NC. O.
10d	Sehnennaht (ein bis zwei kleine Sehnen)	C. O.
10e	Kleine Plastiken (Thiersche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u. ä.)	C. D. H. O.
10f	Resektion eines kleinen Gelenkes	C.O.
10g	Entfernung von Fremdkörpern aus kleinen Gelenken oder von tiefgele-genen röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern	C. O.
10h	Schwierige Operation größerer Geschwülste (Adenoma mammae, gro-ßes Lipom, Angiom, Radikaloperation eines Rectalpolypen oder einer Rectalpolypengruppe)	C. O.
10i	Radikaloperation einer Hydrocele	C. U.
10k	Radikaloperation einer Fistula ani, ohne Sphinkterbeteiligung	C. G.
10l	Präparatorische Unterbindung der Arteria oder Vena brachialis, axilla-ris, der Vena jugularis	C.
10m	Percutane Arteriografie der Arteria vertebralis, zentraler Cavakatheter	An. C. I.
10n	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes	
10o	Operation nach Doppler	C.
10p	Phrenicusexhairese	C.L.
10q	Vasektomie oder Vasoligatur	C. U.

10r	Operation von Varicen (mit Ligatur der Saphena und Verödung, Resektion von Venenkonvoluten am Unterschenkel oder ausgedehnte Operation nach Romich)	C. O.
10s	Noduliooperation oder Prolapsoperation nach Langenbeck	C.
10t	Arteriografie oder Phlebografie an einer Extremität mit Freilegung der Gefäße, Lymphangiografie, Angiografie der Aorta	C. O. R.
10u	Exchairese eines peripheren Trigeminasastes	C. NC.

Gruppe IV

11a	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, erste Versorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension einschließlich Reposition und Gipsverband	C. O.
11b	Blutige Reposition von Frakturen oder traumatischen Luxationen großer Knochen bzw. Gelenke	C. O.
11c	Nervennaht bei frischen Verletzungen	C. NC. O.
11d	Sehnennaht (mehr als zwei Sehnen oder große Sehne)	C. NC. O.
11e	Exstirpation eines Karbunkels	C. O.
11f	Incision tiefer Phlegmonen des Mundbodens, Beckenbodens und Urininfektion; ausgedehnte tiefe Phlegmone am Schädel, V-Phlegmone, Röhrenabszess an langen Knochen	C. G. NC. O. U.
11g	Entfernung von Fremdkörpern aus großen Gelenken; Drainage großer Gelenke	C. O.
11h	Tracheotomie	An. C. H. K. NC.
11i	Thorakokaustik, Rippenresektion, Operation nach Kux	C. I. K. L. O.
11k	Pneumolyse	C. L.
11l	Präparatorische Unterbindung der Arteria subclavia, carotis	C. NC.
11m	Kolostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Kolostomieverschluss, Gastrotomie	C. U.
11n	Radikaloperation einer Hernie, Erstoperation oder Verschluss einer Bruchpforte mittels künstlichen Netzes ++	C.
11o	Adhaesiolyse	C. G.
11p	Appendektomie ++	C.
11q	Übernähung eines perforierten Ulcus ventriculi oder einfache Darmnaht	C.
11r	Noduliexstirpation nach Whitehead	C.
11s	Operation des Mastdarmvorfalles nach Sarafoff	C.
11t	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	C.
11u	Periarterielle Sympathektomie nach Leriche	C. NC. O.
11v	Semikastration, Radikaloperation einer Varikozele, Operation des Kryptorchismus	C. U.
11w	Probelaparotomie	C. G. U.
11x	Reamputation	C. O.
11y	Shuntoperation für Haemodialyse (Cimino-Shunt, Scribener-Shunt)	C. U.
11z	Radikaloperation von Varicen pro Extremität	C. O.

Gruppe V

12a	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes	C. H.
12b	Nervenplastik	C. NC.
12c	Neurolyse mit Naht	C. NC. O.
12d	Sehnenplastik	C. O.
12e	Exstirpation eines Parotistumors	C. H.
12f	Arthrolυση und Resektion am Kiefergelenk	C. O.

12g	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten ohne Verbindung zum Pharynx	C. H.
12h	Scalenotomie	C. O.
12i	Extrapleurale Thorakoplastik mit Entfernung von höchstens drei Rippen	C. L.
12k	Ausgedehnte Fettresektion bei Fettbauch	C. G.
12l	Gastroenterostomie	C.
12m	Enteroanastomose	C.
12n	Rezidivoperation einer äußeren Hernie (außer großer Ventralhernie)	C.
12o	Radikaloperation innerer Hernien oder großer Ventralhernien mit über handflächengroßer Bruchpforte, Adhäsiolyse inbegriffen (Erstoperation)	C. G.
12p	Appendektomie bei perforiertem Appendix	C.
12q	Intraperitonealer Kolostomieverschluss	C.
12r	Mehrfache Darmnaht	C. G.
12s	Lösung eines Volvulus, einer Intussuszeption	C.
12t	Vagusresektion	C.
12u	Gestielte Lappenplastik, ausgedehnte Hautplastik	C. D. H. O.
12v	Amputation oder Enukektion großer Knochen, der Mittelhand, des Mittelfußes	C. O.
12w	Knochentransplantation	C. O.
12x	Osteosynthese kleiner Knochen	C. O.
12y	Operation am Schädelknochen ohne Dura-Eröffnung	C. NC. O.
12z	Kompletter Schrittmachereinbau	C.
121	Operation eines subphrenischen, paraphrenischen Abszesses und eines Leberabszesses	C.
122	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per laparatomiam	C.

Gruppe VI

13a	Strumektomie	C.
13b	Operation angeborener Halsfisteln oder Cysten mit Verbindung zum Pharynx	C. H.
13c	Resektion bzw. Exstirpation einer Halsrippe	C. NC. O.
13d	Schedeplastik oder Plastik nach Heller bei Wegnahme von mehr als drei Rippen in einer Sitzung	C. L.
13e	Eröffnung eines Lungenabszesses oder einer Lungengangrän, Thorakotomie zur Herzmassage, Probethorakotomie	C. L.
13f	Exstirpation einer Pankreascyste oder Anastomosierung mit einem Hohlorgan der Bauchhöhle	C.
13g	Gallenblasenoperation oder Gallengangoperation (Choledochotomie) einschließlich evtl. Cholangiografie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie. <i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach 13g und 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI erstattet werden</i>	C.
13h	Anastomosoperation an den Gallenwegen oder transduodenale Papillotomie oder Papillenplastik einschl. evtl. Cholangiografie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie bzw. Pankreatikografie <i>Bei gleichzeitiger Durchführung von Operationen nach 13g und 13h kann nur zweimal Operationsgruppe VI erstattet werden.</i>	C.
13i	Resectio ventriculi, intestini nach jeder Methode	C.
13k	Milzexstirpation	C.
13l	Radikaloperation bösartiger Geschwülste, auch mit Drüsenausräumung	C. H. U.
13m	Amputatio recti (sacrale Methoden)	C.
13n	Rezidivoperation einer großen Ventralhernie oder einer inneren Hernie mit über handflächengroßer Bruchpforte (Adhäsiolyse inbegriffen)	C.

13o	Thrombektomie aus den großen Venen der Extremitäten oder Embo- lektomie aus den großen Schlagadern einschließlich Gefäßnaht (distal des Schlüsselbeines und des Leistenbandes)	C.
13p	Operation von arteriellen Aneurysmen oder arteriovenösen Fisteln mit Ausnahme der Gefäße proximal des Schlüsselbeines und des Leisten- bandes	C.
13q	Grenzstrangresektion lumbal oder cervical, thorakal bis zu drei Seg- menten	C.
13r	Knochen transplantation an Diaphysenknochen	C. O.
13s	Osteosynthese großer Röhrenknochen	C. O.
13t	Resektion oder Arthrodese großer Gelenke, Spondylodese	C. NC. O.
13u	Große Plastiken: Uranoschisma, totale Syndaktylie, Schädeldachplastik mit Plastikausgießung u. ä.	C. NC. O.
13v	Operation am Schädelknochen mit Dura-Eröffnung ohne Eingriff am Gehirn	C. NC. O.
13w	Operative Versorgung von Rissen der Leber, des Pankreas, der abfüh- renden Harnwege	C. U.

Gruppe VII

14a	Operation kleiner Hirntumore, Operation von Rückenmarkstumoren, Lobotomie, Ventrikeldrainage mit direkter ICP-Messung	C. NC.
14b	Operation des Hypophysentumors	C. NC.
14c	Resectio mandibulare, maxillae, linguae	C. H.
14d	Zenkersches Speiseröhrendivertikel	C. H.
14e	Operation am Pericard	C.
14f	Operation der Mitralstenose	C.
14g	Herzverletzungen und Steckschüsse	C.
14h	Pneumektomie	C. L.
14i	Operation intrathorakaler Geschwülste des Mittelfelles mittels Ster- numspaltung oder transthorakal	C.
14k	Decortication der Lunge wegen subakutem Empyem oder Hämatotho- rax	C. L.
14l	Zwerchfellhernie	C.
14m	Totale Magenresektion vom Bauch aus, Operation eines Ulcus pepti- cum jejuni	C.
14n	Pankreasresektion mit Ausnahme des Kopfes	C.
14o	Große Leberoperationen (Teilresektion)	C.
14p	Nebennierenexstirpation	C. U.
14q	Rectumoperation nach allen kombinierten Methoden	C.
14r	Thrombektomie aus den großen Venen proximal des Schlüsselbeines und proximal des Leistenbandes einschließlich Gefäßnaht, Embolek- tomie aus den großen Schlagadern mit Ausnahme der Aorta	C.
14s	Transthorakale Sympathikusoperation über drei Segmente	C.
14t	Operation am Schädelknochen mit Eingriff am Gehirn	C. NC.
14u	Gallenblasenoperation mit Gallengangsoperation (Choledochotomie), inkl. evtl. Cholangiografie bzw. Manometrie des Ductus choledochus bzw. Choledochoskopie	C.
14v	Operation einer Rezidiv.-Struma, auch mehrfaches Rezidiv	C.
14w	Einbringung und Fixierung einer Endoprothese bei Oesophagus- oder Kardianeoplasma per thorakotomiam	C.
14x	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließ- lich interfaszikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; ein Transplantat	C. C.
Gruppe VIII		
15a	Operation großer Hirntumore, Hirnabszesse, Epilepsieoperation	C. NC.
15b	Oesophagusresektion	C. H.

15c	Operation der Verbindung zwischen Speiseröhre und Bronchialbaum	C.
15d	Operation der angeborenen Missbildung des Herzens und der großen Gefäße	C.
15e	Lobektomie	C. L.
15f	Segmentresektion der Lunge	C. L.
15g	Decortication der Lunge bei veraltetem tuberkulösem oder anderem Empyem	C. L.
15h	Transthorakale Magenoperationen (auch Zweihöhlenoperation)	C.
15i	Totale Magenresektion vom Bauch aus, unter Mitnahme anderer Organe oder Organteile	C.
15k	Radikaloperation des Karzinoms der Bauchspeicheldrüse, der Papille, des Ductus choledochus, einschließlich der erforderlichen neuen Verbindungen zwischen Magen, Gallenwegen, Pankreas und Dünndarm, inkl. evtl. Pos. 9t und 13g	C.
15l	Operation nach Brunswich	C. G.
15m	Operation bei portalem Hochdruck an der Pfortader oder an ihren Wurzeln	C.
15n	Resektion der Vena cava einschließlich lumbaler Sympathektomie	C.
15o	Thrombektomie aus der Aorta oder Aortenresektion	C.
15p	Intrahepatale Gallengangsanastomose, inkl. evtl. Pos. 9t und 13g	C.
15q	Externa-Interna-Bypass-Operation (EIAB)	C. NC.
15r	Nerventransplantation mit mikrochirurgischer Nahttechnik, einschließlich interfazikulärer Neurolyse und Entnahme des Transplantates; mehrere Transplantate	C. NC.

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Gruppe I

16a	Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren	C. D.
16b	Stanzung oder chirurgische Behandlung der Akne conglobata	D.

Gruppe II

17a	Dermaabrasio bis 10 cm ² nach Methode Schreus	C. D.
-----	--	-------

Gruppe III

17b	Dermaabrasio von 10 cm ² bis 50 cm ² nach Methode Schreus	C. D.
-----	---	-------

Gruppe IV

17c	Dermaabrasio über 50 cm ² nach Methode Schreus	C. D.
-----	---	-------

FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Gruppe I

18a	Einfache Spaltung des Hymens oder einer Atresia ani superficialis	C. G.
18b	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome	
18c	Incision eines Bartholinischen Abszesses, einfache vaginale Incision	C. D. G. U.
18d	Strichabrasio	G.
18e	Abtragung eines Cervikalpolypen	G.
18f	Abtragung vaginaler Granulationen	G.
18g	Chirurgisch-, elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix nach jeder Methode	
19a	Äußere Wendung bei Querlage	G.
19b	Dammnaht 1. Grades	G.
19c	Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	G.

Gruppe II

20a	Exstirpation des Hymens	G.
20b	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva	D. G. U.
20c	Abtragung eines Urethralpolypen	C. D. G. U.
20d	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	G.
20e	Exkochleation eines Portiokarzinoms (Kauterisation)	G.
20h	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose+	G.
20i	Vollständige Abrasio mucosae uteri	G.
20k	Pertubation	G.
20l	Dammplastik als selbstständige Operation	G.
20m	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	G.
21a	Crede in Narkose	G.
21b	Dammnaht 2. Grades	G.
21c	Manualhilfe bzw. Reposition vorgefallener Kindesteile	G.
21d	Introitusnahe Scheidennaht	G.
21e	Kopfschwartenzange	G.
21f	Muttermundincision	G.
21g	Hystereuryse	G.

Gruppe III

22a	Labienresektion	G.
22b	Exstirpation der Bartholinischen Drüse	C. G. U.
22c	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	G.
22d	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	G.
22e	Portioamputation und –plastik	G.
22f	Exstirpation eines Bauchdeckentumors	G.
22g	Hystero-Salpingografie (ohne Röntgen)	G.
22h	Vordere Scheidenplastik	G.
22i	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. Lunarmonat	G.
23a	Extraktion bei Steißlage (mit Manualhilfe)	G.
23b	Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt	G.
23c	Naht eines frischen Cervixrisses	G.
23d	Cervixnahe Scheidennaht	G.
23e	Zange, Vakuumextraktion+	G.
23f	Konisation	G.
23g	Cerclage nach Shirodkar	G.

Gruppe IV

24a	Durchführung der künstlichen Fehlgeburt ab Ende des 3. Schwangerschaftsmonates mittels Sectio caesarea vaginalis	G.
24b	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung	G.
24c	Kolporrhaphie mit Perineoplastik++	G.
24d	Abdominelle oder vaginale Antefixation des Uterus oder Alexander-Adamsche Operation	G.
24e	Ein- oder beiderseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung	G.
24f	Salpingotomie++	G.
24g	Ovariectomie, Ovariectomie	G.
24h	Conservative Myomoperation	G.

24i	Plastik eines kompletten Dammrisses mit Sphinkterplastik	G.
25a	Kombinierte Wendung	G.
25b	Dammnaht 3. Grades mit Sphinkternaht	G.
25c	Manuelle Placentalösung bei Gravidität von über fünf Monaten bei Placenta adhaerens oder Placenta accreta	G.
25d	Einleitung und Durchführung einer künstlichen Fehlgeburt	G.
25e	Hohe Zange	G.

Gruppe V

26a	Abdominelle Nervenresektion (Cotte)	C. G. U.
26b	Intraabdominelle Gefäßunterbindung (als selbstständige Operation)	G.
26c	Kolpokleisis	G.
26d	Supravaginale Amputation des Uterus (ohne Adnexe)	G.
26 ^e	Tubenimplantation	G.
26f	Salpingo-Oophorektomie	G.
26g	Operation einer Graviditas extrauterina	C. G.
26h	Plastik bei höher gelegener Atresia vaginae	G.
27a	Sectio caesarea	G.
27b	Hebosteotomie, Symphyseotomie	G.

Gruppe VI

28a	Radikaloperation eines Karzinoms der Vagina, der Vulva, des Corpus uteri	G.
28b	Abdominelle Exstirpation interligamentärer oder breitadhärenter Ovarialtumoren, retroperitonealer Tumoren	G.
28c	Radikaloperation bei Prolapsus uteri et vaginae, Portioamputation, vordere und hintere Plastik inbegriffen oder kombiniert vaginal und abdominal	G.
28d	Exstirpation des Cervixstumpfes	G.
28e	Interposition (Sterilisation, Cervixresektion, hintere Plastik inbegriffen)	G.
28f	Fisteloperation	G.
28g	Operative Behandlung der Uterusruptur	G.
28h	Totalexstirpation des Uterus auch mit Adnexen	G.
28i	Metroplastik (Uterus duplex, atret. Uterushorn)	G.
29a	Embryotomie (Kraniotomie, Dekapitation)	G.
29b	Wiederholte sectio cesarea	G.

Gruppe VII

30a	Radikaloperation nach Wertheim, Schauta, Halban, Amreich bei Carcinoma colli uteri	G.
30b	Operation einer Rektovaginal- oder Cystovaginalfistel mit zusätzlicher plastischer Deckung	G. U.
30c	Bildung einer künstlichen Scheide	G.
30d	Erweiterte Radikaloperation bei Carcinoma colli uteri inkl. Wertheim, Lymphonodektomie	G.

HALS-, NASEN-, OHRENKRANKHEITEN

Gruppe I

31a	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	H.
31b	Abtragung von Ohrpolypen	H.
31c	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	H.

31d	Paracentese des Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	H. K.
31e	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	H.
31f	Naht bei Nachblutung nach Tonsillektomie	H.
31g	Incision eines Peritonsillar-, Retropharyngeal-, Septums- oder Gehörgangsabszesses	C. H.
31h	Alkoholinjektion in den Nervus laryngeus	H.
31i	Probeexcision aus der Nase oder Rachen	C. H.
31j	Versorgung einer traumatischen Trommelfellverletzung	H.

Gruppe II

32a	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: Operation nach Cooper) +	H.
32b	Intubation +	An. C. H. I. K.
32c	Kleine plastische Operationen	C. H.
32d	Punktion eines Antrums bei Säuglingen +	H. K.
32e	Entfernung von adenoiden Vegetationen +	H. K.
32f	Punktion der Stirnhöhle nach Beck +	H. K.
32g	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz +	H.
32h	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	H.
32i	Speichelsteinentfernung	C. H.
32j	Anlegen eines Paukendraineröhrchens	H.

Gruppe III

33a	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen +	H.
33b	Indirekte endolaryngeale operative Eingriffe +	H.
33c	Unterbindung der Vena jugularis	C. H.
33d	Eröffnung eines Antrums bei Säuglingen	H.
33e	Chirurgische Tonsillektomie, einseitig (doppelseitig 1 ½ fach) +	H.
33f	Operation der Sattelnase als selbständiger Eingriff	C. H.
33g	Rhynophym	C. D. H.
33h	Korrektur eines abstehenden Ohres mittels Keilresektion	C. D. H.
33i	Mikrochirurgische Versorgung einer Trommelfellverletzung	H.

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

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

Gruppe VII

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

INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, LUNGENKRANKHEITEN, NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN, ANÄSTHESIOLOGIE

Gruppe I

38a	Pneumothorax-Nachfüllung (1 ½ fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I. L.
38b	Pneumoperitoneum-Nachfüllung (1 ½ fach einschließlich anschließender Röntgenkontrolle)	I. L.
38c	Occipitalpunktion und Luftfüllung (zur Enzephalografie) 1 ½ fach	An. C. H. I. N.
38d	Kontrastfüllung bei Bronchografie	An. H. L.
38e	Intralumbale oder cysternale Füllung (zur Myelografie) 1 ½ fach	An. C. I. N.
38f	Nucleografie	

Gruppe II

39a	Pneumothorax-Erstanlage + <i>Bei Durchführung außerhalb einer Krankenanstalt oder Heilstätte nur mit besonderer Begründung erstattbar</i>	An. I. K. L.
39b	Pneumoperitoneum-Erstanlage +	I. K. L.

39c	Liquorausblasung +	C. I. K. L. N.
39d	Liquortransfusion	C. I. K. L. N.

Gruppe III

41a	Cavernostomie	C. L.
41b	Winterschlaf einschließlich Betreuung +	An. N.

ORTHOPÄDIE

(soweit unfallbedingt auch Unfallchirurgie)

Material und Heilbehelfe sind im Operationshonorar nicht enthalten.

Der Materialaufwand bei Gipsverbänden wird nach den im Abschnitt „F“ festgelegten Sätzen erstattet.

Pos. Nr.	Gruppe I	Fachgebiet
42a	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	C. O.
42c	Subcutane Tenotomie	C. O.
42d	Anlegung einer Schmerzklammer oder eines Steinmann-Nagels oder Becksche Bohrung (als vorbereitende oder wiederholte Operation)	C. O.
42e	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Hand, Unter- und Oberarm	C. O.
42f	Halskrawatte	C. O.
42g	Oberschenkel (1 ½ fach)	C. O.
Gruppe II		
43a	Redressement bei Klumpfuß, Klumphand, Klauenhand, Plattfuß und bei Handgelenkskontraktur (sofern nicht nach Pos. 43i oder 44p zu erstatten)	C. O.
43c	Offene Tenotomie	C. O.
43d	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	C. O.
43e	Modellverbände: obere Extremitäten mit Schultergürtel, untere Extremitäten mit Becken, Oberkörper	C. O.
43f	Abmeißelung von Exostosen	C. O.
43g	Operation des Calcaneussporns	C. O.
43h	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft-dysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 44f oder 44g zu erstatten)	C. K. O.
43i	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durchstellungsänderung bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C. O.
Gruppe III		
44a	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	C. O.
44b	Wiederholtes Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	C. O.
44c	Tendolyse oder Operation des schnellenden Fingers	C. O.
44d	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C. O.
44e	Arthrodesse, Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	C. O.
44f	Gipsmieder, Gipsschale	C. O.
44g	Gipshose	C. O.
44h	Aufmeißelung eines kleinen Knochens bei Osteomyelitis	C. O.
44i	Osteoklase oder Osteotomie kleiner Knochen oder Hammerzehenoperation	C. O.

44k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc und Tumoren bei Fingern und Zehen	C. O.
44l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	C. O.
44m	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	C. O.
44n	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft-dysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat (pro Kalendermonat, sofern nicht nach Pos. 44f oder 44g zu erstatten)	C. K. O.
44o	Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüft-dysplasie durch Dauerextension (pro Kalendermonat)	C. O.
44p	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat, einschließlich Fixation	C. O.

Gruppe IV

45a	Erstmaliges Redressement in Narkose bei hochgradig fixiertem Plattfuß, Klumpfuß, bei Kontraktur des Hüftgelenkes sofern nicht nach Pos. 43i oder 44p zu erstatten	C. O.
45b	Gipsbett	C. O.
45c	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C. O.
45d	Osteotomie großer Knochen bei Kindern bis zu sechs Jahren	C. O.
45e	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	C. O.
45f	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	C. O.
45g	Operation des hohen Calcaneus	C. O.
45h	Aufmeißelung eines großen Röhrenknochens bei Osteomyelitis	C. O.
45i	Freie Transplantation (mit Plastik) vom Periost und Knochen	C. O.
45k	Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur	C. O.
45l	Verpflanzung, Plastik einer Sehne am großen Gelenk	C. O.
45m	Plastik kleiner Gelenke	C. O.
45n	Operation der Luxatio acromio – clavicularis	C. O.
45o	Unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation, einschließlich Fixation	C. O.

Gruppe V

46a	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	C. O.
46b	Böschung großer Röhrenknochen	C. O.
46c	Osteoklase großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C. O.
46d	Osteotomie großer Knochen bei Personen über sechs Jahre	C. O.
46e	Arthrodesse, Arthrolyse des Ellbogen-, Hand-, Sprung-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkes	C. O.
46f	Operation der Bandscheibenhernie	C. NC. O.
46g	Aufrichtung einer Wirbelfraktur, einschließlich erster Fixation	C. O.
46h	Abbotsche Operation	C. O.
46i	Laminektomie	C. NC. O.
46k	Herdausräumung bei Knochen-Tbc oder Tumoren (ausgenommen Finger, Zehen und Wirbelsäule)	C. O.
46l	Transplantation von Haut-, Periost-, Knochenlappen mit Plastik am Schädel oder am langen Röhrenknochen	C. O.
46m	Operation des Meniscus, der Gelenksmaus (bei vorderer und hinterer Meniscusoperation)	C. O.
46n	Keilresektion aus dem Tarsus	C. O.
46o	Operation der habituellen Schulterluxation	C. O.

Gruppe VI

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

UROLOGIE

Gruppe I

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

Gruppe II

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

Gruppe III

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

Gruppe IV

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

Gruppe V

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

Gruppe VI

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

Gruppe VII

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

Gruppe VIII

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

ABSCHNITT C

Physikalische Behandlung

durch Fachärzte für Physikalische Medizin und in behördlich konzessionierten
Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte
Fachkräfte verwendet werden.

Pos. Nr		EURO
1.	Massage	
P 1a	Manuelle Massage	3,20
P 1b	Apparatemassage	2,77
P 1c	Pneumomassage des Trommelfelles	2,77
2.	Gymnastik	
P 2a	Einzelheilgymnastik	3,71
P 2b	Extensionsbehandlung, Quengeln	3,74
P 2c	Heilgymnastik in der kleinen Gruppe	2,33
3.	Bestrahlungen und elektrische Behandlungen	
P 3a	Anwendung von Wärmelampen (Sollux, Rotlicht, Blaulicht, Profundus o. ä.)	2,39
P 3b	Quarzbestrahlung	2,39
P 3c	Heißluft	3,20
P 3d	Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Schwellstrom mit elektronisch gesteuerten Geräten, je	2,66

P	3e	Exponentialstrom mit elektrisch gesteuerten Geräten	4,00
P	3f	Vierzellenbad nach Schnee	4,32
P	3g	Iontophorese	3,96
P	3h	Diathermie	3,28
P	3i	Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	4,32
P	3k	Ultraschall	5,12
4.		Inhalationen	
P	4a	Dampfinhalation	2,05
P	4b	Aerosolinhalation	2,67
5.		Hydrotherapie und Packungen	
P	5a	Munaripackung, je Sitzung	5,13

ABSCHNITT D

Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

UNTERABSCHNITT I

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Fachärzten für nichtklinische Medizin durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann erstattet, wenn sie eigene Patienten betreffen.
2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur dann erstattet werden, wenn sie von Fachärzten für nichtklinische Medizin und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtungen erbracht werden. Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch bei praktischen Ärzten, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinderheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer erstattet werden.
3. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.
4. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert erstattet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gem. Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für praktische Ärzte und Fachärzte erstattet werden können.
5. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal zu erstatten sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.
6. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. ä.) können nur in jenen Fällen erstattet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.
7. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein zu erstattenden Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag erstattet, der dem Tarif für die komplette Untersuchung entspricht.

UNTERABSCHNITT II

UNTERSUCHUNGEN

Pos. Nr.		Punkte
Gruppe 1: Hämatologische Untersuchungen		
1.01	Komplettes Blutbild inkl. Abnahme: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differenzialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter <i>Wird die Position 1.01 für ein Kind bis zu 6 Jahren verrechnet, werden 157 Punkte erstattet.</i>	130
1.02	Kleines Blutbild (Blutbild bzw. Absolutwerte): Rotes Blutbild und Leukozytenzählung	65
1.03	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Hämatokrit- und Hämoglobinbestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebender Parameter	47
1.04	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differenzialzählung, Beurteilung	84
1.05	Leukozyten-Zählung	30
1.06	Erythrozyten-Zählung	30
1.07	Hämoglobin-Bestimmung	20
1.08	Hämatokrit	28
1.09	Retikulozyten-Zählung	47
1.10	Untersuchung der Erythrozyten auf basophile Tüpfelung oder Heinz'sche Innenkörper	47
1.11 o	Osmotische Erythrozytenresistenz	103
1.12 o	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicken Tropfen	93
1.13	Sternalpunktat: Färbepreparat, Differenzialzählung und Beurteilung	168
1.14	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	30
1.15 o	MET-Hb	80
1.16 o	HLA-B 27 <i>nur bei Verdacht auf Morbus Bechterew erstattbar</i>	150
Gruppe 2: Blutgerinnung		
2.01 o	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung	168
2.02 +	Blutungszeit-Bestimmung	28
2.03 +	Thrombozytenzählung	37
2.04 +	Thromboplastinzeit (TPZ, „Quick“) oder Normotest <i>nicht neben Pos. 2.05 erstattbar</i>	56
2.05 +	Thrombotest <i>nur zur Antikoagulantienkontrolle, nicht neben Pos. 2.04 erstattbar</i>	56
2.06 +	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	56
2.07 o	Thrombinzeit (TZ)	56
2.08 o	Fibrinogen	56
2.09 o	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte	60
2.10 o	Antithrombin III-Bestimmung	60
Gruppe 3: Stoffwechseluntersuchungen		
3.01 + U	Blutzucker-Bestimmung	56
3.02 o	Fruktosamine <i>nicht neben Pos. 3.03 erstattbar</i>	47

3.03 o	HbA1 oder HbA1c <i>nur bei Diabetes 1 mal pro Quartal erstattbar, nicht neben Pos. 3.02 erstattbar</i>	140
3.04 + U	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	47
3.05 + U	Kreatinin	50
3.06 + U, O	Harnsäure	56
3.07 +	Gesamtbilirubin	47
3.08 +	Direktes und indirektes Bilirubin	47
3.09 +	Gesamteinweiß-Bestimmung	47
3.10 o	Elektrophorese der Serumproteine (einschließlich Gesamteinweißbestimmung)	205
3.11 +	Triglyceride (Neutralfette)	56
3.12 +	Gesamtcholesterin	56
3.13 +	HDL-Cholesterin	56
3.14 +	LDL-Cholesterin	28
3.15 o	Natrium	50
3.16 +	Kalium	50
3.17 o	Kalzium	50
3.18 o	Chloride	50
3.19 o	Phosphor	50
3.20 o	Magnesium	50
3.21 o	Lithium <i>nur im Rahmen der Lithiumtherapie erstattbar</i>	50
3.22 o	Kupfer	80
3.23 o	Eisen	50
3.24 o	Eisenbindungskapazität einschließlich Serumeisenbestimmung <i>nicht neben Pos. 3.28 erstattbar</i>	150
3.25 o	Ferritin	147
3.26 o	Albumin	50
3.27 o	Zink	50
3.28 o	Transferrin <i>nicht neben Position 3.24 erstattbar</i>	100

Gruppe 4: Enzyme

4.01 o	Aldolase	50
4.02 + U	Alkalische Phosphatase	50
4.03 +	Alpha-Amylase	50
4.04 +	Cholinesterase	50
4.05 +	CK (Creatin-Kinase)	50
4.06 +	CK-MB-Isoenzym <i>nur bei Infarktverdacht erstattbar</i>	84
4.07 + U	GOT (ASAT)	50
4.08 + U	GPT (ALAT)	50
4.09 + U	Gamma-GT	56
4.10 o	GLDH	50
4.11 o	Alpha-HBDH	50
4.12 o	Lipase-Bestimmung	50
4.13 o	LDH	50
4.14 o U	Saure Phosphatasen, gesamt	50
4.15 o	Angiotensin-converting-Enzym (ACE)	60
4.16 o	Myoglobin <i>nur bei Infarktverdacht erstattbar</i>	50
4.17 o	Lysozym	150

4.18 o	Isoenzym-Elektrophorese	220
4.19 o	Prostata-spezifische Phosphatasen	100

Werden von den Positionen 4.07, 4.08 und 4.09 zwei bzw. drei Untersuchungen durchgeführt, werden 100 bzw. 150 Punkte erstattet. Die genannten Positionen können von Fachärzten für Urologie nur bei Vorliegen maligner Tumore (höchstens jeweils zweimal pro Patient und Quartal) erstattet werden.

Gruppe 5: Harnuntersuchungen

5.01	Chemischer Harnbefund mittels Streifentest inkl. spez. Gewicht und fotometrische Auswertung <i>mind. 8 Parameter, nicht neben Position 5.02 zu erstatten</i>	30
	Streifentest im Harn	
5.02	visuelle Auswertung; auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers nur einmal erstattbar, nicht neben Position 5.01 erstattbar	14
5.03	Sediment (bei pathologischem Hinweis aus Pos. 5.01 oder 5.02)	23
5.04	Zählung der Leukozyten und/oder Erythrozyten	28
5.06 o	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine)	112
5.07 o	Porphobilinogen	56
5.08 o	Deltaaminolaevulinsäure (ALA)	117
5.09 o	5-Hydroxyindolessigsäure	200
5.10 +	Mikroalbumin	50
5.11 o	Gesamteiweißbestimmung	50
5.12 o	Elektrophorese der Harnproteine <i>nur bei Verdacht auf Paraproteinämie und erhöhter Eiweiß-Ausscheidung erstattbar</i>	220
5.13 +	Glukose	60
5.14 o	Harnstoff oder Reststickstoff oder BUN	50
5.15 o	Kreatinin	50
5.16 o	Harnsäure	60
5.17 o	Natrium	50
5.18 o	Kalium	50
5.19 o	Kalzium	50
5.20 o	Chloride	50
5.21 o	Phosphor	50
5.22 o	Kupfer	80
5.23 +	Alpha-Amylase	50
5.24 o	Lysozym Katecholamine – sh. Gruppe 14	150

Gruppe 6: Konkrementuntersuchungen

6.01	Chemische Analyse eines Harnkonkrementes	93
------	--	----

Gruppe 7: Stuhluntersuchungen

7.01 +	Stuhluntersuchung: makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut, Parasiten	100
7.02	Stuhl auf okkultes Blut (3-mal; inkl. Testbriefchen)	56
7.03 o	Stuhl auf Protozoen einschließlich Heidenhainfärbung	80
7.04 o	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung	80

Gruppe 8: Sekretuntersuchungen

8.01 + L	Sputum: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung nach Anreicherung <i>nicht neben Pos. 8.02 zu erstatten</i>	93
8.02 + L	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung <i>nicht neben Pos. 8.01 zu erstatten</i>	75
8.03 + D, G, U.	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane (nativ auf Trichomonaden und Pilze), Gramfärbung (Bakterien und Pilze), erste Stelle Jede weitere Stelle <i>höchstens 2 weitere pro Patient und pro Quartal zu erstatten</i>	40
8.04 + D, G, U	Gonokokken-Nachweis – siehe Gruppe 12 Chlamydien-Nachweis – siehe Gruppe 12 Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mikroplasma, Viren o. ä. mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest siehe Gruppe 12	20
8.05 o G, U	Spermogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert und Verflüssigungszeit	250
8.06 + D, G, U	Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld)	60

Gruppe 9: Punktatuntersuchungen

9.01	Punktionsflüssigkeiten: makroskopische Beschreibung, Sediment nativ, spez. Gewicht, Gramfärbung <i>nicht neben Pos. 9.02 zu erstatten</i>	75
9.02	Sediment nativ und Färbepreparat <i>nicht neben Pos. 9.01 zu erstatten</i>	47
9.03	Bestimmung der Zellzahl	47
9.04	Mikroskopischer Kristallnachweis	37
9.05	Zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten	65
9.06 o	Albumin	50
9.07 o	Gesamteiweiß-Bestimmung	50
9.08 o	Glukose	60
9.09 o O	Harnsäure	60
9.10 o	LDH	50
9.11 o	CRP (C-reaktives Protein)-Test-Objektträger-test	50

Gruppe 10: Blutgruppenserologie

10.01 o	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor <i>nur mit Begründung, z. B. vor Operationen, bei Schwangerschaft zu erstatten</i>	193
10.02 o	3-Stufen Antikörpersuchtest inkl. Coombstest und Enzymtest <i>nur bei Anti-D negativen Schwangeren zu erstatten</i>	177
10.03 o	Coombstest direkt	93
10.04 o	Coombstest indirekt	112
10.05 o	Kälteagglutinationsreaktion	56
10.06 o	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativen Schwangeren (nur bei Erstschwangerschaft zu erstatten)	160
10.07 o	Rhesusantikörperbestimmung (Immunkörpertitration) (nur bei rhesus-negativen Schwangeren zu erstatten)	80
10.08 o	Antikörperdifferenzierung bei positivem Antikörpersuchtest (Pos.Nr. 10.02)	500

Gruppe 11: Immunologisch-serologische Untersuchung		
11.01 o	Immunelektrophorese oder Immunfixation <i>nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese zu erstatten</i>	343
11.02 o	Kappa- und Lambdaketten	140
11.03 o	Haptoglobine	100
11.04 o	Coeruloplasmin	100
11.05 o	Alpha-1-Antitrypsin	100
11.06 o	Alpha-2-Makroglobulin	100
11.07 o	Diagnosespezifischer Tumormarker <i>nur zur Verlaufskontrolle bei gesicherten malignen Tumoren, höchstens 2 Marker pro Patient und pro Quartal zu erstatten</i>	147
11.08 o	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung (HBs-Antigen, HBs-Antikörper und HBc-Antikörper)	300
11.09 o	HBs-Antigen	100
11.10 o	HBs-Antikörper	100
11.11 o	HBc-Antikörper	150
11.12 o	HBc-IgM-Antikörper <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung zu erstatten</i>	150
11.13 o	HBe-Antigen <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung zu erstatten</i>	150
11.14 o	HBe-Antikörper <i>nur nach durchgeführtem Suchtest = Pos. 11.08 mit Begründung zu erstatten</i>	150
11.15 o	HAV-Antikörper	124
11.16 o	HAV-IgM-Antikörper <i>nur bei positivem HAV-Antikörpertest zu erstatten</i>	150
11.17 o	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL)	40
11.18 o	TPHA-Test	82
11.19 o	Indirekter Immunfluoreszenz-Test auf Lues (FTA-ABS)	98
11.20 o	19 S (IgM) FTA-ABS-Test	117
11.21 +	RF (Rheumafaktor)-Test-Objektträger test qual	47
11.22 o	RF (Rheumafaktor)-Test immunologisch	84
11.23 +	Antistreptolysin-O-Objektträger test qual.	47
11.24 o	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung	84
11.25 +	CRP (C-reaktives Protein)Test-Objektträger test	47
11.26 o	CRP (C-reaktives Protein)Test immunologisch	84
11.27 o	Waler Rose mit Titerbestimmung <i>nur bei positivem Rheumafaktor zu erstatten</i>	84
11.28 o	LE (Lupus erythematoses)-Test-Objektträger test qual	47
11.29 o	Reaktion nach Paul Bunnell, Hanganutziu-Deicher	84
11.30 +	Mononukleostest als Objektträger test	47
11.31 +G	Immunologischer Schwangerschaftstest <i>nur bei Verdacht auf Extrauterin gravidität oder Blasenmole zu erstatten</i>	112
11.32 o	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM)	220
11.33 o	IgE	150
11.34 o	Suchtest auf mind. 6 Allergene <i>bei positivem Suchtest (11.33) zu erstatten</i>	500
11.35 o	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	120
11.36 o	Anti-DNS	150
11.37 o	Hepatitis-C AK (IgG oder IgM)	150
11.38 o	Allergeneinzeltest (höchstens 2 Einzeltests) je	130
11.39 o	Mitochondriale Antikörper	150
11.40 o	Mikrosomale Antikörper	200

11.41 o	Thyreoglobulin Antikörper	200
11.42 o	PSA	133

zur Verlaufskontrolle von gesicherten malignen Tumoren, höchstens einmal pro Patient und pro Quartal verrechenbar, in anderen Fällen nur bei Männern über 45 bzw. hereditärer Prädisposition über 40 Jahren höchstens einmal pro Jahr erstattbar.

Gruppe 12: Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen

12.01	Nativpräparat	19
12.02 + L	Färbepreparat (Gram usw.), außer auf Tbc	37
12.03 + L	Färbepreparat auf Tbc nach Anreicherung	75
12.04 o	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, Viren o.ä. mittels Immunfluoreszenz- oder Elisatest	121
12.05 o	Kultur auf Bakterien aerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	121
12.06 o D	Kultur auf Bakterien anaerob, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	140
12.07 o D	Kultur auf Pilze, einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepreparate	141
12.08 o	Kultur auf Mykoplasmen	121
12.09 o	Kultur auf Protozoen	186
12.10 o	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger, je <i>höchstens 2 Subkulturen zu erstatten</i>	61
12.11 o	Kultur auf Tbc, einschließlich aller Färbepreparate	120
12.12. + D, U	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	46
12.13 o	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf Antibiotika bzw. Chemotherapeutika (mindestens 10 zu prüfende Substanzen), je Erreger	140
12.16 o	Brucella AK KBR	75
12.17 o	Chlamydien-Antigen (EIA, IFT)	121
12.18 o	Echinokokken KBR	100
12.19 o	Gruber-Widal (O- u. H-Antigene)	163
12.20 o	HIV-AK (Elisa)	121
12.21 o	HIV-Western-Blot oder IFT <i>(nur bei positivem HIV-Test zu erstatten)</i>	300
12.22 o	Malaria – dicker Tropfen	93
12.23 o	Röteln HHT (nur bei Schwangerschaft zu erstatten)	98
12.24 o	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA), je <i>nur bei Verdacht auf frische Infektion in der Schwangerschaft zu erstatten</i>	140
12.25 o	Toxoplasmose	100
12.26 o	Toxoplasmose KBR <i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung zu erstatten</i>	98
12.27 o	Toxoplasmose IgM-AK (EIA) <i>nicht als Mutter-Kind-Pass-Untersuchung zu erstatten</i>	140
12.28 o	Zystizerkosen KBR	100
12.29 o	Blutkultur, einschließlich aller Nährmedien und Färbepreparate	200
12.30 o	Adeno-Viren KBR	100
12.31 o	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	150
12.32 o	Amöben-AK	100
12.33 o	Bilharziose (Schistosomiasis)-IFT oder EIA	150
12.34 o	Bilharziose (Schistosomiasis)-HHT	200
12.35 o	Campylobakter KBR	100
12.36 o	Candida alb. HAT	100

12.37 o	Candida alb. IgG oder IgM AK (IFT), je	150
12.38 o	Chlamydien-IgG oder IgM Antikörper (EIA, IFT), je	150
12.39 o	Coxsackie-B KBR	100
12.40 o	Echinokokken HAT	100
12.41 o	Enteroviren KBR	100
12.42 o	Echoviren KBR	100
12.43 o	Epstein-Barr V.KBR	100
12.44 o	Epstein-Barr V.-IgG oder IgM Antikörper (IFT, EIA), je	150
12.45 o	FSME HHT	100
12.46 o	FSME-IgM oder IgG AK (EIA), je	150
12.47 o	Gonokokken-Antigen (EIA)	150
12.48 o	Herpes simplex IgG oder IgM-AK (EIA), je	150
12.49 o	Influenza A KBR	100
12.50 o	Influenza A-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	150
12.51 o	Influenza B KBR	100
12.52 o	Influenza B-IgG oder IgM-AK (IFT, EIA), je	150
12.53 o	Leptospiren (KBR, Aggl. T)	100
12.54 o	Legionella KBR	100
12.55 o	Listerien KBR	100
12.56 o	Leishmaniose KBR, HAT	100
12.57 o	Malaria-AK (IFT)	150
12.58 o	Masern IgG- oder IgM-AK (EIA), je	150
12.59 o	Mumps IgG- oder IgM-AK (EIA), je	150
12.60 o	Ornithose KBR	100
12.61 o	Pertussis KBR	100
12.62 o	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	150
12.63 o	Picorna Virus KBR	100
12.64 o	Qu-Fieber KBR	100
12.65 o	Rota Viren KBR	100
12.66 o	Trichinose KBR	100
12.67 o	Trichinose IFT, EIA	150
12.68 o	Tularämie (KBR Agg. T)	100
12.69 o	Varicellen-Zoster KBR	100
12.70 o	Varicellen-Zoster IgG- oder IgM-AK (EIA), je	150
12.71 o	Yersinia KBR	100
12.72 o	Zytomegalie KBR	100
12.73 o	Zytomegalie IgG oder IgM-AK (EIA), je	150
12.74 o	Zystizerkosen IFT	150
12.75 o I,C	Helicobacter pyloricus <i>nicht gemeinsam mit einer Gastroskopie erstattbar</i>	150
12.76 o	Borrelien IgG- oder IgM-AK	150
Gruppe 13: Konzentrationsbestimmungen von Pharmaka und Drogen		
13.01 o	Antikonvulsiva <i>nur bei Epilepsiebehandlung, höchstens 2 Bestimmungen pro Quartal zu erstatten</i> Lithium – siehe Gruppe 3	147
13.02 o	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin	147
13.06 o	Theophyllin	150

Gruppe 14: Hormone

14.01 o	Gesamt-T4 oder freies T4	117
14.02 o	Gesamt T3 oder freies T3	117
14.03 o	TSH	140
	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation – siehe Gruppe 15)	
14.04 o	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	180
14.05 o	Aldosteron	180
14.06 o	Cortisol	180
14.07 o	Follikelstimulierendes Hormon (FSH)	180
14.08 o	Katecholamine im Serum (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), je <i>höchstens zwei zu erstatten</i>	180
14.09 o	Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn (z. B. Vanillin- mandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin), je <i>höchstens 2 zu erstatten</i>	180
14.10 o	17-Ketosteroide im Harn	180
14.11 o	17-OH-Kortikosteroide im Harn	180
14.12 o	Luteinisierendes Hormon (LH)	180
14.14 o	Östradiol	180
14.15 o	Gesamt-Östriol oder freies Östriol	180
14.16 o	Parathormon	180
14.17 o	placenta-Laktogen (HPL)	180
14.18 o	Pregnandiol im Harn	180
14.19 o	Progesteron	180
14.20 o	Prolaktin	180
14.21 o	Testosteron	180
14.22 o	Wachstumshormon (STH)	180
	<i>Bestimmungen von Sexualhormonen dürfen nicht zur Verlaufsbeobach- tung einer normalen Schwangerschaft eingesetzt werden.</i>	

Gruppe 15: Funktionsproben

15.01 +	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens drei Blut- und Harnzuckerbestimmungen)	196
15.02 + U	Kreatin-Clearance endogen	120
15.03 o	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation)	303

Gruppe 16: Histologie – Zytologie

16.01 o	Histologische Untersuchung, Serienschritte einer Probe (mindestens sechs Schnitte), für jedes untersuchte Organ	186
16.02	Zytodiagnostik (ausgenommen gynäkologisch), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate zytologische Beurteilung von Punktionsflüssigkeiten – siehe Gruppe 9	65
16.03	Gynäkologische Zytodiagnostik (Papanicolaou), pro Untersuchung ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	56
16.04 o	Gefrierschnitt	150

Gruppe 17: Entnahme von Untersuchungsmaterial

18.01 o	Blutentnahme aus der Vene	25
18.02 o	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr	40

18.03 o	Sekretabnahme bei der Frau aus dem Urogenitaltrakt <i>1 mal pro Patientin und pro Quartal zu erstatten</i>	30
18.04 o	Abstrich je Abnahmestelle	15
18.05 o	Sekretabnahme beim Mann aus der Urethra	20
18.06 o	Katheterismus der männlichen Harnblase	25
18.07 o	Katheterismus der weiblichen Harnblase	15
18.08 o	Abnahme und Fixierung für zytologische Untersuchungen	30
18.09 o	Entnahme von Untersuchungsmaterial am Krankenbett	120

ABSCHNITT E

Erstattungstarife für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie

UNTERABSCHNITT I

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Dieser Tarif gilt nur für Fachärzte für Radiologie.

Die Inanspruchnahme eines Facharztes für Radiologie kann nur auf Grund einer Zuweisung durch einen Arzt erfolgen, wobei der Zweck der Untersuchung zu präzisieren ist; Ausnahmefälle sind zu begründen.

Zahnaufnahmen werden bis zu fünf Aufnahmen je Behandlungsfall in einem Zeitraum von drei aufeinander folgenden Monaten bewilligungsfrei erstattet. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen (Fach)arzt die Notwendigkeit der Erstellung eines Zahnröntgenstatus, so ist dies medizinisch zu begründen. Werden mehrere Röntgenleistungen am gleichen Tag durchgeführt, gebührt für die erste röntgenologische Leistung Erstattung nach Pos.-Nr. R 1a. Für jede weitere röntgenologische Leistung, wie Aufnahme, Durchleuchtung bzw. Motilitätsprüfung, Pos.-Nr. R 1b.

Für die Magendurchleuchtung wird Pos.-Nr. R 3c erstattet. Mehrphasenaufnahmen bis je 4 Aufnahmen sowie Zahnaufnahmen bis zu 3 Aufnahmen werden hinsichtlich des Honorars als eine röntgenologische Leistung gewertet.

UNTERABSCHNITT II

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Honorar

Pos. Nr.			Punkte
1.		Grundhonorar	
R	1a	Erste röntgenologische Leistung	12
R	1b	Weitere röntgenologische Leistung am gleichen Tage	8
2.		Sonderleistungen	
R	2a	Darkeinlauf mit Kontrastmittel	6
R	2b	Fistelfüllung	3
R	2c	Füllung der Blase	4
R	2d	Intramuskuläre Injektion	1
R	2e	Intravenöse Injektion	3
R	2f	Subcutane Injektion	1
R	2g	Zuschlag für Infusionsuntersuchungen (Infusionsurografie, Cholangiografie)	30
R	2h	Zuschlag für lang dauernde Untersuchungen (i. v. Pyelografie, i. v. Cholangiografie, Irrigoskopie, Tomografie)	10
		Unkosten	

			EURO
3.		Durchleuchtungen und Zuschläge	
R	3a	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	7,18
R	3b	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (außer Magen)	8,36
R	3c	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel einschl. der Motilitätsprüfungen (Pos.-Nr. R 3b + 3 x Pos.-Nr. R 3e)	18,06
R	3d	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf	10,97
R	3e	Motilitätsprüfung (soweit nicht in R 3c enthalten)	3,23
R	3f	Zuschlag zur Position R 3a und R 3e für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	5,20
R	3g	Zuschlag zur Position R 3b, R 3c und R 3d für dosissparende Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte	6,25
R	3h	Zuschlag für die Mammografie (max. 6 Aufnahmen), pro Aufnahme	6,41
4.		Aufnahmen	
R	4a	Format 9 x 12	4,64
R	4b	Format 13 x 18	6,79
R	4c	Format 18 x 24	8,65
R	4d	Format 15 x 40	10,97
R	4e	Format 24 x 30	12,27
R	4f	Format 30 x 40	14,21
R	4g	Format 35 x 35	15,51
R	4h	Zahnfilm	2,79
R	4i	Format 35 x 43	16,87
R	4j	Format 30 x 90	27,16
R	4k	Format 20 x 40	12,67
5.		Mehrphasenaufnahmen	
R	5a	Format 2 x 9/12 (wie 1 x 18/24)	8,65
R	5b	Format 3 x 9/12 oder 4 x 9/12 (wie 1 x 24/30)	12,27

UNTERABSCHNITT III

RÖNTGENTHERAPIE

P.Nr.		Indikation	Zahl der Sitzungen pro Stelle	Max. Zahl der Serien pro Jahr
9.		Tarifgruppe I: € 31,34		
R	9a	Akne	2-6	4
R	9b	Blepharoconjunctivitis	2-6	4
R	9c	Congelatio der Hände oder der Füße	2-6	4
R	9d	Ekzem, chronisch oder mykotisch	2-6	4
R	9e	Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, Ekzem usw.)	2-6	4
R	9f	Encephalitis chronica	2-6	4
R	9g	Epididymitis	2-6	4
R	9h	Epilepsie	2-6	4
R	9i	Erysipel	2-6	4
R	9k	Erythema induratum Bazin	2-6	4
R	9l	Furunkel, Karbunkel, unspezifisches Lymphom	2-6	4
R	9m	Intertrigo	2-6	4
R	9n	Lichen Vidal und Ruber planus	2-6	4
R	9o	Migräne	2-6	4

R	9p	Mikuliczsche Erkrankung	2-6	4
R	9q	Mykosis fungoides	2-6	4
R	9r	Paronychie	2-6	4
R	9s	Periodontitis	2-6	4
R	9t	Perniones	2-6	4
R	9u	Poliomyelitis	2-6	4
R	9v	Pruritus	2-6	4
R	9w	Psoriasis mit Thymus	2-6	4
R	9x	Scropholuderm	2-6	4
R	9y	Thymushyperplasie	2-6	4
R	9z	Kleinstdosenbestrahlung	2-6	4

10. Tarifgruppe II: € 46,97

R	10a	Agranulocytose	6	3
R	10b	Aktinomykose der Haut	3-4	5
R	10c	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis kleiner Gelenke	4-6	4
R	10e	Entzündungsbestrahlung mitteltiefer Organe (Calcaneussporn, Panaritium, Sinusitis, Thyreoditis, Epicondylitis, Myositis, Periostitis, Parotitis, Phlegmone, Tendinitis, Prostatitis, Periproctitis, Fistelbestrahlung)	4-6	3
R	10f	Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom	6-8	3
R	10g	Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen)	1	1
R	10h	Hochdruck, Angina pectoris (Hypophysen-Zwischenhirnbestrahlung)	6	2
R	10i	Mastitis acuta	3-6	3
R	10k	Metrorrhagie (Leber- und Milzbestrahlung)	3	3
R	10l	Morbus Werlhof	3	2
R	10m	Neuralgie und Neuritis	4-6	3
R	10n	Pneumonia chron. (verzögerte Lösung)	4-6	2
R	10o	Schweißdrüsenentzündung	4-6	3
R	10p	Tbc der Haut	3-4	4
R	10q	Tbc der Lymphknoten	2-6	4
R	10r	Tbc der Sehnenscheiden, Knochen und Gelenke	4-6	4
R	10s	Tbc des Kehlkopfes	6	4
R	10t	Tbc des Urogenitaltraktes	4	4
R	10u	Thrombophlebitis	4-6	3
R	10v	Warzen (auch multiple)	2-6	2
R	10w	Condylomata accuminata	3-4	3
R	10x	Alopecia areata	5	3
R	10y	Angiome (außer Wirbelangiome)	2-4	3

11. Tarifgruppe III: € 57,33

R	11a	Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz	3-4	5
R	11b	Asthma bronchiale	6	3
R	11c	Clavus	2	3
R	11d	Herpes zoster	4-6	3
R	11e	Hyperhidrosis localis	3	3
R	11f	Leukämie (Milz oder Drüsen)	3-5	4
R	11g	Mastopathia cystica, Gynäkomastie	4-6	3
R	11h	Morbus Basedow, Hyperthyreose	3-6	3
R	11i	Morbus Paget und Bechterew	4-6	2

	R	11k	Morbus Raynaud (Versuch)	3	2
	R	11l	Narbenkeloid, Dupuytren'sche Kontraktur, Induratio penis plastica	2-3	3
	R	11m	Osteomyelitis	4-6	4
	R	11n	Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claudicatio intermittens)	4-6	3
	R	11o	Syringomyelie, Multiple Sklerose	2-4	3
	R	11p	Tbc des Darmes	6	4
	R	11q	Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron. (nur bei kontraindizierter Tonsillektomie, z. B. bei schweren Vitien oder Hochdruck)	3	3
	R	11r	Arthritis, Arthrose, Bursitis und Periarthritis großer Gelenke oder Spondylose	4-6	4
12.			Tarifgruppe IV: € 93,92		
	R	12a	Hirndrucksymptome (Bestrahlung des Plexus chorioideus)	3	3
	R	12b	Lymphogranulomatose	3-6	4
	R	12c	Epulis, Brauner Tumor	6	3
	R	12d	Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation)	6-8	3
	R	12e	Tbc peritonei	2	4
13.			Tarifgruppe V: € 114,78		
	R	13a	Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)	4	3
	R	13b	Kastrationsbestrahlung	4	2
	R	13c	Leukämie, Fernbestrahlung	8	3
	R	13d	Lympho-, Leukosarcomatose, Retothelsarcomatose	6	3
	R	13e	Myoma uteri, Endometriose	4	3
	R	13f	Papillomatose des Larynx	8	2
	R	13g	Polycythämie	8	2
	R	13h	Totalbestrahlung nach Mallet	10	2
14.			Tarifgruppe VI: € 119,97		
	R	14a	Bestrahlung aller bösartigen Erkrankungen der Haut, Lippen, Wangenschleimhaut ausschließlich des Melanoblastoms (bei einseitiger Bestrahlung 50 % des Tarifes)	2-10	3(4)
	R	14b	Kraurosis vulvae	3	3
	R	14c	Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form	3	4
	R	14d	Wirbelhaemangiome (es gelangen mindestens 2 Stellen zur Verrechnung)	6-10	4
15.			Tarifgruppe VII: € 172,09		
	R	15a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	8-12	4(5)
	R	15b	Melanoblastoma mal	10-20	3(4)
16.			Tarifgruppe VIII: € 286,81		
	R	16a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	13-24	3(4)

17.			Tarifgruppe IX: € 417,23		
R	17a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	25-40	2(3)	
18.			Tarifgruppe X: € 573,72		
R	18a	Bestrahlung aller Malignome, außer der unter R 14a erwähnten, einschließlich der Haemoblastosen	41-75	1(2)	

Anmerkung:

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

Nachsatz:

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

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

20. Buckybestrahlung

R	20a	Pro Sitzung ohne Rücksicht auf die Zahl der Felder	€ 9,59
---	-----	--	--------

21. Einmalige Ordination

R	21a	Ordination ohne Anwendung des Röntgenapparates (z. B. Kontrolle)	12 Punkte
---	-----	---	-----------

ABSCHNITT F

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

Zu A. SONDERLEISTUNGEN

Pos. Nr.			EURO
1.		Zu 27d (therap. Verbände), O 43i, O 44p	
		Hand und Unterarm	
M	1a	Kinder bis zu 12 Jahren	5,07
M	1b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	8,10
		Fuß und Unterschenkel	
M	1c	Kinder bis zu 12 Jahren	7,54
M	1d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	11,55
		Kniegelenk	
M	1e	Kniegelenk	27,53
2.		Zu 27e (therap. Verbände), O 43i, O 44p	
		Hand, Unter-, Oberarm	
M	2a	Kinder bis zu 12 Jahren	10,21
M	2b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	14,59
		Fuß, Unter-, Oberschenkel	

M	2c	Kinder bis zu 12 Jahren	16,94
M	2d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	35,91
		Hals	
M	2e	Halskrawatte	12,43
3.		Zu 27f (therap. Verbände)	
M	3a	Obere Extremität mit Schultergürtel	51,92
M	3b	Untere Extremität mit Becken (Entlastungsgips mit Gehbügel)	58,55
M	3c	Schiefhalsgips mit Thorax	36,50

Zu B. OPERATIONSTARIF

4.		Zu O 42e (Modellverbände):	
M	4a	Hand oder Fuß	1,93
M	4b	Hand und Unterarm	3,80
M	4c	Fuß und Unterschenkel	3,80
		Hand, Unter-, Oberarm	
M	4d	Kinder bis zu 12 Jahren	3,80
M	4e	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	5,78
5.		Zu O 42f (Modellverband)	
M	5a	Halskrawatte	5,78
6.		Zu O 42g (Modellverband)	
M	6a	Oberschenkel	5,78
7.		Zu O 43e (Modellverbände)	
M	7a	Obere Extremität mit Schultergürtel	11,50
M	7b	Untere Extremität mit Becken	18,31
		Oberkörper:	
M	7c	Kinder bis zu 12 Jahren	11,50
M	7d	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	18,31
8.		Zu O 44f und O 45o	
		Gipsmieder	
M	8a	Kinder bis zu 7 Jahren	29,58
M	8b	Kinder von 7 bis zu 12 Jahren	39,09
M	8c	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	54,37
		Gipsschale	
M	8d	Kinder bis ½ Jahr	9,17
M	8e	Kinder von ½ bis 1 Jahr	13,83
M	8f	Kinder von 1 bis 2 Jahren	22,94
9.		Zu O 44g und O 45o	
		Gipshose	
M	9a	bei Coxitis und Little	62,43
M	9b	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	77,94
		bei Hüftgelenksluxation:	
M	9c	Kinder bis ½ Jahr	22,88
M	9d	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	28,59
M	9e	Kinder von ½ bis 1 Jahr	27,48
M	9f	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	34,37

M	9g	Kinder von 1 bis 2 Jahren	38,07
M	9h	dasselbe bei Einbeziehung des zweiten Beines	47,49

10. Zu O 45b

Gipsbett

M	10a	Kinder bis zu 12 Jahren	37,06
M	10b	Erwachsene und Kinder über 12 Jahre	74,04

ABSCHNITT G

Sonderleistungen für den Mutter-Kind-Pass

		EURO
MK 1	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der ersten bis fünften Untersuchung der Schwangeren ausschließlich der internen Untersuchung durch praktische Ärzte bzw. Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, je	18,02
MK 2	Für die interne Untersuchung durch die praktischen Ärzte und Fachärzte für innere Medizin	11,55
MK 3	Untersuchungen des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch praktische Ärzte und Fachärzte für Kinderheilkunde, sofern diese Untersuchung nicht bereits auf einer Geburtenstation durchgeführt wurde	17,88
MK 4	Mutter-Kind-Pass-Honorar im Zusammenhang mit der ersten bis siebenten Untersuchung des Kindes durch praktische Ärzte oder Fachärzte für Kinderheilkunde, je	21,80
MK 5	Für die orthopädische Untersuchung des Kindes durch praktische Ärzte, Fachärzte für Kinderheilkunde oder Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	11,55
MK 6	Für die Untersuchung des Hals-, Nasen- und Ohrenbereiches des Kindes durch praktische Ärzte, Fachärzte für Kinderheilkunde oder Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	17,95
MK 7	Für die Augenuntersuchung des Kindes durch praktische Ärzte, Fachärzte für Kinderheilkunde oder Fachärzte für Augenheilkunde	17,95
MK 8	Für die fakultative Augenuntersuchung des Kindes durch Fachärzte für Augenheilkunde	21,80

Anmerkung:

Fakultative sonografische Untersuchung der Schwangeren bzw. der Säuglingshüfte gemäß Mutter-Kind-Pass.

Siehe „Sonografische Leistungen“ Pos. US 6 bzw. SP 8.

*

Die Satzung 2002 wurde vom Obmann der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues am 17.04.2002 verfügt und vom Bundesminister für soziale Sicherheit und Generationen mit Bescheid vom 14.05.2002, Gen. Zl.: 21.430/34-5/2002 genehmigt.

Der Obmann:

Eland

Der leitende Angestellte:

i. V. Kohlbacher

Signaturwert	uptwR7twdgUEX6LSam2ErVvxN3JhJeYPmjcvPXy4+00GYPmqFjFTJ6n1nTIgeD7M Xyy9f9qRzwJkd8eU/aFx+pA4okZ05bvEljhNR2na0BuQ5pwm0x4jSmUp6HcKZz6E cI50h5wDGTNUcAxtYcLKXLRjMbE4+EBs17b9QrTS8AQ	
	Unterzeichner	Josef Souhrada, Dr. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
	Datum/Zeit-UTC	2008-01-23T04:52:19Z
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02, OU=a-sign-corporate-light-02, O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH, C=AT
	Serien-Nr	223258
	Methode	urn:dsig:RSAwithSHA1
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.avsv.at/avi/signatur.html Da die technische Rückführung dieses Dokuments nicht möglich ist, wird gemäß § 20 E-GovG eine Verifizierung angeboten. Informationen zur Verifikation finden Sie unter https://www.avsv.at/avi/verifikation.html.	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	