Anlage B

TARIF
FÜR ALLGEMEINE FACHGLEICHE
VERTRAGSFACHARZTGRUPPENPRAXEN

Gültig ab 01. Jänner 2016

1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal 18,74 EUR

2. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,66 EUR

Zu Anlage B

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR ALLGEMEINE FACHGLEICHE VERTRAGSFACHARZTGRUPPENPRAXEN

Gültig ab 01. Jänner 2016

Erläuterungen:
Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der Gesellschafterin/des Gesellschafters einer Vertragsfacharztgruppenpraxis zu vermerken.
Behandlungen, die ausschließlich und eindeutig zu kosmetischen Zwecken durchgeführt werden, sind von der Verrechenbarkeit ausgeschlossen.
Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R IV beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination der Vertragsgruppenpraxis oder in der Wohnung der Patientin/des Patienten oder in Heimen aller Art erfolgen. Gilt daher nicht für Belegspitäler.
Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:
-Kopf
-Hals
-Linke Schulter plus Axilla
-Rechte Schulter plus Axilla
-Brust
-Rücken
-Lumboglutealbereich
-Abdomen
-Genitalregion
-Oberschenkel links
-Oberschenkel rechts
-Unterschenkel links
-Unterschenkel rechts
-Fuß links
-Fuß rechts
-Oberarm links
-Oberarm rechts
-Unterarm plus Hand links
-Unterarm plus Hand rechts

<u>Definition für Erste Hilfe:</u>
Unter Erster Hilfe ist eine medizinische dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen.
1. Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen.
2. Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Verrechnungsmodus
Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, gilt für alle Positionsziffern, für die der Text die Limitierungsbestimmung "verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal" vorsieht, dass die betreffenden Positionsziffern damit in "Prozent der Fälle je Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal" abgerechnet werden kann.

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsgruppen-praxis außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert		9,00
2	Nachtordination (zwischen 19 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit		20,00
3	Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelner in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. *Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren*		42,00
9	Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde. *Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden.* *Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.*		14,00
36	Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelner in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der/des Patientin/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.		42,00

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
37	Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde. *<u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.* *Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.*		12,00
58	Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde. *<u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.* *Die Verrechnung von Pos Ziff. 3. oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.*		14,00
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		60,00
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr		65,00
6	Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)	20	
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		9,00

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
8d	Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.		
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppen Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder - und Jugendpsychiatrie und Lungenkrankheiten	4	
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Orthopädie und orthopädische Chirurgie	5	
8e	Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar		
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten und Kinder- und Jugendheilkunde,	4	
8f	Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen der nachgenannten Fachgruppen einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.		
	Der Tarif für Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde	4	

II. Allgemeine Sonderleistungen

Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

S	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer	50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	
22	Intraarterielle Injektion	8	
23	Infusion s. c.	10	
24	Infusion i. v. inklusive allenfalls nötigen Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln *<u>Erläuterungen:</u> Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben*	20	
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	
26	Stellatum- oder Ganglienblockade	25	
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	11	
29	Injektion i.v.	8	
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	
31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15	
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
38	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktation) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.*	13	
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.*	15	
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.*	7	
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.*	9	
44	Katheterismus sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.*	7	
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.*	9	
46	Magenausheberung oder Spülung	15	
47	Digitale rectale Untersuchung	7	
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60	
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25	
52	Zinkleimverband	18	
53	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks	45 + R I	
54	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte	60 + R I	
55	Anbringung eines Gehbügels	5	
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15	
61	Vollnarkose (verrechenbar neben den Pos. Ziff.: 108, 202, 205, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 217, 221, 304, 306, 308, 321, 411, 426, 521, 666, 804, 808, 813, 821, 903, 904, 905, 912, 914, 919, 921, 925 und sonst mit besonderer Begründung)	45	
70	Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen mittels Troikart einschließlich Anästhesie	10	
71	Operative Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen	30 + R I	
72	Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht) *Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	20	
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen etc.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	14	
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	20	
75	Incision von Panaritien aller Art *Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar.*	40 + R I	
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *Erläuterungen: Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	30	
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9	
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	5	
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50	
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	
82	Nasentamponade *Erläuterungen: Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.*	8	
83	Politzer, je Seite	3	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar.	10	
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar	11	
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/ Gesellschafter einer Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie in maximal 18 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 24% der Fälle pro Quartal, von den übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen in höchstens 11 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar. Bei Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und der Kammer zur Verrechnung der Pos. Ziff. 635 ermächtigt wurden bzw. denen nach den Richtlinien der Österreichischen Diabetes Gesellschaft auf Grund ihrer Ausbildung die Ermächtigung erteilt worden wäre, erhöht sich das Verrechnungslimit auf 20 % der Fälle pro Quartal. Innerhalb eines Quartals ist beim derselben/demselben Patientin/Patienten die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 614 "Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen etc." ausgeschlossen; die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 751 "Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kindern" und Pos. Ziff. 756 "Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden, pro Patientin/Patient", ist nur mit Begründung möglich. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen. a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfacharztgruppenpraxen nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.	20	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
	b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.		
	c) Die Gesellschafterin/der Gesellschafter der Gruppenpraxis hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.		
	d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.		
	e) Vertragsfacharztgruppenpraxen für Radiologie und med. und chem. Labordiagnostik sind zur Verrechnung dieser Leistung nicht berechtigt.		
91	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis pro Quartal	30	
	Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.		
	Zur Verrechnung sind alle allgemeinen Vertragsfacharztgruppen-praxen (ausgenommen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin, für medizinische und chemische Labordiagnostik, für Pathologie und für Radiologie) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.		
	Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungs-gespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.		

III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	
102	Gesichtsfeldprüfung oder Skotometrie (nur verrechenbar bei a) Glaukom oder Glaukomverdacht b) Sehstörung bei Augenhintergrundveränderungen c) neuroophtalmologischen Grenzfällen d) konsiliarer Befundung) Nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 132 verrechenbar	25	
103	Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) Nicht gemeinsam in einer Sitzung mit Pos. Ziff. 114 abrechenbar.	7	
104	Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie	8	
105	Applanationstonometrie	12	
106	Sondierung (einschl. ev. Spülung) oder Spülung der Tränenwege einseitig, in höchstens 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar (Ausnahmen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	20	
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid *Erläuterungen: Xanthelasmen ausgenommen*.	40	
108	Tarsusausschneidung bei einer tiefen Lidgeschwulst	60 + RII	
109	Ortoptischer oder pleoptischer Befund oder Behandlungssitzung Die Pos. Ziff. 109 kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Pos. Ziff. ermächtigt wurden.	11	
110	Untersuchung mit dem Kontaktglas (Goldmann Glas) bei Glaukom und Erkrankungen der Netzhaut, verrechenbar einmal im Quartal (mit Ausnahme besonderer Begründung)	10	
111	Untersuchung des Tränenfilms (z.B. Schirmertest, Tränenaufreisszeit, Vitalfärbungen)	6	
112	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille	12	
113	Fundus ohne medizinisch erweiterte Pupille. Die Verrechnung der Pos. Ziff. 112 schließt die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 113 am selben Tag im selben Fall aus.	8	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
114	Tagesdruckkurve inkl. Spaltlampe. Maximal zweimal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung. Nicht gemeinsam in einer Sitzung mit Pos. Ziff. 103 abrechenbar.	40	
120	Laserchirurgie; Die Pos. Ziff. ist pro Patient, Auge und Jahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.):		345,20

Laserchirurgie;
Die Pos. Ziff. ist pro Patient, Auge und Kalenderjahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.):

1) Einfache retinale Laserchirurgie
   a) Peripherer Netzhautdefekt
   b) Chorioretinopathia centralis serosa
   c) fokales diabetisches Makulaödem

2) Chronisches Offenwinkelglaukom

3) Mehrmalige retinale Laserkoagulation
   a) proliferative diabetische Retinopathie
   b) präproliferative diabetische Retinopathie
   c) diffuses diabetisches Makulaödem
   d) Makulaödem nach retinalem Venenverschluss
   e) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss
   f) subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration
   g) subretinale Neovaskularisation bei Myopie
   h) idiopathische subretinale Neovaskularisation
   i) seltene Indikationen (zB Periphlebitis retinae)

Bei Vorliegen folgender Indikationen

a) proliferative diabetische Retinopathie
b) präproliferative diabetische Retinopathie
c) diffuses diabetisches Makulaödem
d) Vasopoliferation nach retinalem Venenverschluss

ist die Verrechnung der Leistung viermal pro Patient, Auge und Kalenderjahr möglich.

Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 120 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
121	Fluoreszenzangiographie		95,93
	Die Verrechnung ist grundsätzlich mit zwei Untersuchungen pro Patient und Jahr limitiert, darüber hinaus nur in besonders medizinisch begründeten Fällen zulässig.		
	Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 121 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.		
122	Untersuchung mit dem Refraktometer (verrechenbar in maximal 40 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal)	5	
123	YAG Laser		345,20
	Nur von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 123 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.		
128	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1	
132	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie, maximal einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 102 verrechenbar.	40	
	Diese Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, für die eine Meldung über die Verwendung des entsprechenden Gerätes auf dem Weg über die Kammer an die Kasse ergangen ist.		
	Die Untersuchung ist zu dokumentieren und das Ergebnis bis zu drei Jahre aufzubewahren und der Kammer bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.		
140	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	4	
	Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie in Rechnung gestellt werden, für die ein Gerätenachweis hinsichtlich Pos. Ziff. 132 vorliegt.		
142	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	

Fachgebiet Chirurgie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
200	Orthopädisch-chirurgische Infiltration (höchstens 10 mal im Quartal verrechenbar)	18	
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8	
202	Exstirpation eines Varixknotens oder Perforantes Ligatur	60 + R III	
203	Aufkeilung von Gipsverbänden zur Stellungsveränderung mit neuerlicher Fixierung	40	
204	Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30 + R II	
205	Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50 + R II	
206	Wundnaht mit Sehnennaht (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	60 + R II	
207	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region einmal verrechenbar	70 + R II	
	Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.		
208	Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (z.B. Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	110 + R III	
209	Rectoskopie inklusive Probeexcision	50 + R II	
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24 + R II	
211	Operation eines Unguis incarnatus. bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 oder 216 verrechenbar)	5 + R I	
212	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (z.B. schnellender Finger, Hammerzehe, de Quervain, Amputation von Fingern, Zehen oder einzelner Glieder derselben sowie Enukleation, Resektion kleiner Gelenke etc.) je Finger und je Zehe	110 + R IV	
213	Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus	180 + R IV	
214	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur, nach jeder Methode kleine Plastiken (Reverdin, Thiersch, verschiebefreier Vollhautlappen)	180 + R IV	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
215	Reposition und Gipsverband einer Fraktur der Hand, des Unterarmes, des Oberarmes, des Unterschenkels, des Fußes, der Schulter, des Schlüsselbeines (Phalangen ausgenommen)	60 + R II	
216	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (Oberfl. Phlegmone, periprokt. A. etc.), eines Panaritiums jeder Art	50 + R III	
217	Operation eines Karbunkels oder einer ausgedehnten Phlegmone (V. Ph.)	80 + R III	
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15	
219	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischerverband	25	
220	Verschorfung von Analfissuren, von Nod. haemorrh. einschl. Sphincterdehnung, Spaltung von Analfisteln	40 + R II	
221	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60 + R II	
222	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	60 + R II	
223	Lösung der Conglutination	15	
x 224	Oszillometrie mit graphischer Darstellung	10	
225	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
226	Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung des distalen Arteriendruckes, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien. Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal pro Tag verrechenbar. Nur für Vertragsfacharztgruppenpraxen, deren Gesellschafter über das Additivfach Gefäßchirurgie verfügen, in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 224 verrechenbar.	27	
227	Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenvenen, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenvenen. Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Verdacht auf Thrombose der tiefen Beinvenen und Beinveneninsuffizienz. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal pro Tag verrechenbar. In maximal 14 % der Fälle pro Quartal und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 224 verrechenbar.	27	
228	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
* 230	Gastroskopie Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine"). Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.	84 + R IV bzw. R V	
* 231	Koloskopie Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zu chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine"). Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln. *) Die Pos. Ziff. 230 und 231 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Chirurgie verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden	126 + R V	
232	Emmertplastik mit oder ohne Naht. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 78 und 211.	75 + R II	
235	Fachärztliche chirurgische Versorgung großer septischer Wunden, großflächiger Verbrennungen inklusive Verbandwechsel	12 + R I	
237	Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231)	130	
239	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
240	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient im Quartal verrechenbar	10	

Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
300	Kolposkopie - kann maximal so oft abgerechnet werden, wie die Pos. Ziff. 314 im selben Quartal honoriert wird.	13	
301	Gynäkologische Abklärung der weiblichen Harninkontinenz. Die Abklärung beinhaltet Anamnese, klinische Beurteilung und Beschreibung des Beckenbodens, die Durchführung eines klinischen Stresstestes in Steinschnittlage mit Befundung und Dokumentation der Art der Harninkontinenz. In maximal 6 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung	12	
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	10	
303	Skarifikation der Portio (einmal pro Patient und Jahr verrechenbar)	20	
304	Abrasio mucosae (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
305	Dilatation der Cervix uteri (ohne besondere Begründung einmal alle sechs Monate verrechenbar)	12	
306	Chirurgisch-elektrotherapeutische Maßnahmen an der Portio nach jeder Methode	24 + R I	
308	Exstirpation kleiner Geschwülste (histologische Befunde erforderlich), je Sitzung	90 + R III	
310	Chemische Untersuchung des Harnes, in maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal	6	
313	Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung	12	
314	Endo- und ektocervikale Abstrichnahme zur zytologischen Untersuchung, pro Sitzung	9	
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
321	Probeexcision (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
325	Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae nach gängigen Standards. Die Verrechenbarkeit der Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae ist auf Frauen ab dem 25. Lebensjahr beschränkt. Verrechenbar in maximal 15 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal.	7	
330	Abstrichnahme für Sekretkulturuntersuchung, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	10	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
331	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	10	
332	Menopausenberatungsgespräch, ausführliche Aufklärung über das hormonelle und fachärztlich klinische Untersuchungsergebnis und die daraus resultierenden Therapieerfordernisse; abrechenbar in der Praemenopause, Menopause und unter laufender postmenopausaler Therapie. Die Positionsziffer kann einmal pro Jahr für Frauen zwischen dem vollendeten 45. bis vollendeten 65. Lebensjahr verrechnet werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.	19	
333	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig. Mögliche Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen - STDs (z.B. HIV, HPV, Hep. B,), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.	19	
340	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	5	
342	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	

Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
x 401	Audiometrie (Tympanometrie), nur verrechenbar a) bei otoneurologischer Begutachtung zur Differentialdiagnose von Hörschädigungen inkl. Berufsschäden b) bei Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch Hörapparat c) bei Beurteilung der Möglichkeit einer Hörverbesserung durch operative Eingriffe d) mit dem Hörgerät nach erfolgter Anpassung	38	
x 402	Sprachaudiogramm	30	
403	Vestibularisprüfung	15	
404	Kaustik an der Nasenschleimhaut, nur einmal pro Tag verrechenbar, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 414 verrechenbar	24 + R I	
405	Otomikroskopie (höchstens in 73 % der Fälle pro Quartal verrechenbar)	8	
407	Einseitige erste Nasennebenhöhlenspülung einschließlich Punktion	24 + R I	
408	Jede weitere Spülung einschließlich Punktion, je Seite	12 + R I	
409	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite	4	
410	Entfernung von kl. Polypen aus dem Nasen und Rachenraum	30 + R I	
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus den oberen Luft und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	90 + R III	
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24 + R I	
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I	
414	Verätzung des Locus Kiesselbach, je Seite *<u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.*	5	
416	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen und Ohr, verrechenbar in maximal 5 % der Fälle pro Quartal	18	
420	Phoniatrische Behandlung, je Sitzung	10	
421	Probeexcision aus dem Rachen (histolog. Befund erforderlich)	15	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
423	Abschwellung der Nase, einmal pro Sitzung verrechenbar	2	
425	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
426	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60 + R II	
427	Endoskopie der Nase	10 + R I	
428	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1	
429	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff <u>*Erläuterungen:*</u> *Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.*	2	
432	Otoakustische Emissionen. Verrechenbar in 9 % der Fälle pro Quartal	24	
433	Endoskopie des Larynx	20 + R I	
434	Endoskopie der Nasennebenhöhle	20 + R I	
440	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	5	
442	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	
444	Sprachaudiometrische Untersuchung mit Störschall (Döringtest) zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld mit einem oder beiden Hörgeräten. Bei beidohriger Versorgung maximal dreimal pro Patient und Jahr verrechenbar, bei einohriger Versorgung maximal zweimal pro Patient und Jahr verrechenbar. Nicht in gleicher Sitzung mit Pos. Ziff. 402 verrechenbar	10	

Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
500	Dunkelfelduntersuchung	18	
501	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	8	
502	Excision eines Hauttumors inklusive Naht; mit Ausnahme der Pos. Ziff. 503 abgegoltenen oberflächlichen Geschwülsten. Diese Position ist nur verrechenbar, wenn ein histologischer Befund vorliegt. Es sind maximal drei Excisionen pro Tag und Patient verrechenbar.	70 + R II	
503	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
504	Kaustik (ausgenommen Warzenentfernung), jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10	
505	Hautstanzung, diagnostisch (histolog. Befund erforderlich)	30	
506	Exstirpation von Hauttumoren, je Sitzung	30	
507	Kryotherapie (ausgenommen Chloraethyl) jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10	
508	Pilzbefund	10	
509	Gonokokken-Kultur (Durchführung und Auswertung mittels Fertignährböden und spezieller Indikatoren)	10	
511	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	30 + R II	
x 512	Sekretuntersuchung	7	
x 513	Kombinierte Sekretuntersuchung (mehrfache Sekretuntersuchung in Nativ- und Färbepräparat oder Färbepräparatuntersuchung mehrfach)	9	
515	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff *<u>Erläuterungen:</u> Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.*	2	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
516	Abnahme von Untersuchungsmaterial (z.B. Sekret, Eiter) für mikrobiologische Untersuchungen	3	
517	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischerverband	25	
518	Unblutige Reposition der Paraphimose	15	
519	Verband bei Verbrennungen, Dermatitis oder Ekzem In maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis pro Quartal verrechenbar.	15	
520	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
521	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
524	Rheographie (LRR, PPG)	25	
525	Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom); einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar	31	
526	Phototherapie mit UVB 1. – 16. Behandlung, je	9	
527	ab der 17. Behandlung, je	6	
528	Photochemotherapie 1. - 4. Behandlung, je	15	
529	5. - 16. Behandlung , je	13	
530	ab der 17. Behandlung, je	10	
	Die Pos. Ziff. 526, 527, 528, 529 und 530 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. Die Phototherapie mit UVB und die Photochemotherapie können in der gleichen Sitzung nicht gleichzeitig verrechnet werden		
531	Perforantendiscision nach Feuerstein ohne Ligatur	60 + R II	
532	Perforantendiscision nach Feuerstein mit Ligatur der Venae Perforantes	70 + R II	
533	Ambulante Phlebektomie	60 + R III	
534	Operative Entfernung kleiner Geschwülsten pro Lid	40	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
535	Allergologische Exploration; i n maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	13	
536	Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78	20	
537	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
538	Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patienten/Patient und Kalenderjahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar	22	
540	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	4	
542	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	

Fachgebiet Innere Medizin

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
600	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	33	
602	drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 600 verrechenbar	6	
603	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett	58	
605	Periartic. Infiltration	15	
x 606	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar	6	
608	Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) verrechenbar zu Operationsfreigabe sowie bei akut indizierter behandlungswürdiger im zeitlichen Zusammenhang zur Konsultation aufgetretener Atemnot, nicht zur Routinekontrolle der Therapieüberprüfung von chronischen Lungenerkrankungen, nicht zur Basisdiagnostik bei COPD. Im Anschluss an diese Untersuchung ist eine Überweisung zu einer/einem Fachärztin/Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenkrankheiten nur mit besonderer Begründung zulässig.	20	
610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli *<u>Erläuterungen:</u> Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.*		6,00
611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild *<u>Erläuterungen:</u> Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist von der Vertragsfacharztgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen*.		6,00
612	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15	
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen	12	
x 625	Rheographie (Lichtrheographie)	25	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
627	Bestimmung der Druckindizes bei klinischen Hinweis zur Diagnostik arterieller Durchblutungsstörungen von peripheren Arterien (mittels arterieller Plethysmographie, und/oder Oszillopraphie, und/oder Dopplerdruckmessing)	30	
628	Venöse Verschlussplethysmographie zur klinischen Verifizierung eines venösen Strombahnhindernisses Die Pos. Ziff. 625, 627 und 628 können nur von Vertragsfacharzt-gruppenpraxen für Innere Medizin verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere angiologische Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden.	30	
629	Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Neben dieser Position sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafter eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Koronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien, Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.	104	
*) 630	Gastroskopie Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages R V ist die chemisch-thermische Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine"). Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.	84 + R IV bzw. R V	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
*) 631	Koloskopie	126 + R V	
	Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen in der jeweiligen gültigen Fassung festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen koloskopischen Tätigkeit, sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte ("Endoskopwaschmaschine").		
	Voraussetzung für die Honorierung der in Rechnung gestellten Untersuchungen ist, dass in mindestens 90 % der Fälle das Zökum erreicht wurde. Ist eine vollständige Untersuchung bis in das Zökum nicht möglich, ist dies zu dokumentieren und zu begründen. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen wird von der Kammer überprüft; diese wird die entsprechenden Unterlagen auf Verlangen der Kasse übermitteln.		
	*) Die Pos. Ziff. 630 und 631 können nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden.		
633	Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)	117	
	Das Langzeit-EKG ist nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin verrechenbar, die dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.		
	Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden.		
	Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung. Von den Befunden ist ein Durchschlag 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der Kasse bzw. der Kammer auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.		
634	Zuschlag für internistische Langzeitbetreuung antikoagulierter Patienten, in maximal 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar	10	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
636	Schilddrüsensonographie und Nebenschilddrüse einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar. Die Verrechenbarkeit der Leistung ist mit 10 % der Fälle pro Quartal, bei Vertragsfacharztgruppenpraxen mit dem Additivfach Endokrinologie mit 12 % der Fälle pro Quartal limitiert Die Schilddrüsensonographie wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.		23,62
637	Endoskopische Entfernung von Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie (nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 631)	130	
639	Abdomineller Ultraschall (Gallenblase, Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Retroperitoneum) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patient und Tag einmal verrechenbar. Die Verrechenbarkeit dieser Untersuchung ist mit 30 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal beschränkt. Der abdominelle Ultraschall wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin honoriert, deren Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.	58	
640	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	7	
*DDA	Doppler-Duplexsonographie der peripheren Arterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen, nur bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmungen, einer klinischen Symptomatik und/oder bei klinischen Gefäßpathologien. Verrechenbar für Vertragsfacharzt-gruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschafter oder Vertragsfacharzt-gruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung.	75	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
*DDV	Doppler-Duplexsonographie der peripheren Venen: zur exakten Thrombosediagnostik, nur bei Vorliegen eines pathologischen Befundes der venösen Plethysmopgraphie und/oder präoperativ vor Varizen-OP. Verrechenbar für Vertragsfacharzt-gruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschafter oder Vertragsfacharzt-gruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung. *) Die Pos. Ziff. DDA und DDV sind zusammen für Vertragsfacharztgruppenpraxen deren Gesellschafterinnen/ Gesellschafter über das Additivfach Angiologie verfügen bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern in maximal 35 % der Fälle pro Quartal, für Vertragsfacharzt-gruppenpraxen, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle die ausschließlich zur Untersuchung gemäß Pos. Ziff. DDA oder Pos. Ziff. DDV überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.	75	
643	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation. Die Pos. Ziff. 643 kann nur von angiologisch tätigen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern der Vertragsfacharzt-gruppenpraxis für Innere Medizin mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Position ist in maximal 20 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden.		58,14
644	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmolysetest)	20	
645	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)		34,49

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
646	Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen: - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen: Die Verrechenbarkeit der Leistung ist für Vertragsgruppenpraxen, deren Gesellschafter über das Additivfach Kardiologie verfügen, mit 35 %, für alle übrigen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Innere Medizin mit 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden		76,00

Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
650	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	33	
664	drei weitere Ableitungen bzw. Rhytmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 650 verrechenbar	6	
652	Phonokardiogramm	18	
654	Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr einmal pro Quartal und Patient verrechenbar	30	
655	Granulombehandlung inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	12	
x 656	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar	6	
657	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode; nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung (Brutschrank) vorhanden ist und im Streifentest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischem Hinweis auf Infekt	10	
658	Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden	20	
659	Cerumenentfernung therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 15 % der Fälle pro Quartal.	8	
x 660	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13	
x 661	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	
662	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmolysetest)	20	
663	Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar .	19	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
665	Orientierter Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum18 Lebensjahr, verrechenbar in maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar *Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.*	12	
667	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	
668	Unblutige Reposition der Paraphimose	15	
669	Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar), einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	30	
670	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.	2	
673	Lösung der Conglutination	15	
674	Ambulante Therapie (Erstellen von geeigneten individuellen diätischen Maßnahmen und Kontrolle der Durchführung, Protokolle der körperlichen Aktivität, Kontrolle des BMI) bei Adipositas oder Untergewicht, Ekzem, gastrointestinalen Erkrankungen, oder die ausführliche Ernährungsberatung bei Frühgeborenen, inklusive Dokumentation, verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, ein weiteres Mal in 30 % der honorierten Pos. Ziff. 674 verrechenbar	25	
680	Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas, Mikro- oder Macrocephalie. Verrechenbar in 10 % der Fälle pro Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal. *Erläuterungen: Diese Leistung kann nur einmal pro Patientin/Patient und Vertragsfacharztgruppenpraxis erfolgen. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden.*	12	
681	Fortführung eines Somatogramms, abrechenbar in 30 % der Fälle	8	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
682	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	
686	Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie		37,49
687	Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsensonographie. Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. Die Pos Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsensonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.		26,99
688	Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, deren Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.		29,07
689	Allergologische Exploration; in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	13	
690	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	9	
691	Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren	3	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
692	Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Gesellschafterin/den behandlungsführenden Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringe-rinnen/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis verrechenbar		12,54

Fachgebiet Lungenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
700	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal 3 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar	33	
703	CRP inkl. Blutabnahme, verrechenbar in 2 % der Fälle pro Quartal, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar	16	
706	Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25)	20	
707	Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte Die Pos. Ziff. 707 kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.	29	
708	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmolyse-test)	21	
709	Unspezifische Provokation sowie nachfolgende Broncholyse, höchstens in 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	23	
710	Bestimmung der Atemwegswiderstände	10	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
711	Ambulante Polygraphie-Diagnostik entsprechend den gültigen Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie, verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zu Pos. Ziff. 711 über- oder zugewiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Zu untersuchen sind jedenfalls Sauerstoffsättigung, Atemfluss, Atemexkursionen, Schnarchgeräusch, Körperlage und Pulsfrequenz (optional 1-Kanal-EKG). Der Befund hat mindestens folgende Parameter zu enthalten: Respiratory disturbance Index (RDI), Entsättigungsindex, minimale nächtliche Sauerstoffsättigung, mittlere basale Sättigung. Mit dem Honorar sind alle Tätigkeiten (unabhängig von der Anzahl der Untersuchungsnächte), die für die Diagnose medizinisch und technisch erforderlich sind, abgegolten, insbesondere die Einschulung der Patientin/des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die von der Fachärztin/vom Facharzt durchgeführte Befundauswertung. Wird die Patientin/der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen. Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.	90	
712	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15	
713	Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe. Alle Untersuchungen zusammen können in maximal 25 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechnet werden.	65	
715	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.	2	
720	Raucherberatung mit Ziel der Entwöhnung. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. In maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	19	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
721	Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina In maximal 30 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden	33	
740	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	8	

Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Soweit die für die von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin verrechenbaren Sonderleistungen besondere Verrechnungsbestimmungen bezogen auf Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie enthalten, gelten diese Bestimmungen für die Vertragsfacharztgruppenpraxen gemäß der von den Vertragsfacharztgruppenpraxen getroffenen Zuordnungen zum Fachgebiet Neurologie bzw. Psychiatrie zum Stichtag 1. Jänner 2013 sofern der Vertragsbeginn vor dem 1. Jänner 2016 liegt und diesen Katalog gewählt haben.
Für Vertragsfacharztgruppenpraxen, die ab dem 1. Juli 2014 einen Einzelvertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse abgeschlossen haben, bestimmt sich die Zuordnung gemäß der Ausschreibung für die jeweilige Planstelle, sofern der Vertragsbeginn vor dem 1. Jänner 2016 liegt und dieser Katalog gewählt wurde.

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
750	Elektrische Prüfung der Muskelerregbarkeit		13,20
751	Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten bzw. heilpädagogische Behandlung bei Kinder, Dauer im Allgemeinen 20 Minuten (höchstens zehnmal pro Quartal verrechenbar, öfters nur mit besonderer medizinischer Begründung); nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 755, 756, 758, 760 und 761 verrechenbar. 1. Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene Intervention 2. Heilpädagogische Behandlung krankheitswertiger Verhaltensstörungen oder cerebraler Schädigungen bei Kindern. Die verbale Intervention bzw. die heilpädagogische Behandlung sowie die jeweiligen Diagnosen sind zu dokumentieren.		22,44
752	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar		9,90
753	Betreuung einer Psychose (nur einmal im Quartal verrechenbar)		29,70
755	Psychotherapeutische Medizin, Mindestdauer der Sitzung 30 Minuten, (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 751, 756, 758, 760 und 761 verrechenbar, ab der 11. Sitzung nur mit ausreichender medizinischer Begründung und Prognose.)		30,36
756	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe, Mindestzeitaufwand 1 1/2 Stunden pro Sitzung (maximal 10 Patienten pro Sitzung). Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 751, 755, 758, 760 und 761 verrechenbar		9,90
757	Erstellung eines kompletten neurologischen Status, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung Pos. Ziff. 757 kann von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie nur in 15 % der Fälle pro Quartal verrechnet werden.		19,80

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
758	Psychotherapeutische Medizin, Mindestdauer der Sitzung 60 Minuten, verrechenbar nur bei vorheriger Genehmigung durch den Medizinischen Dienst der Kasse. Die Leistung ist nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie verrechenbar, deren Gesellschafter dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden. Anmerkung zu den Pos. Ziff. 755, 756 und 758: Als Ausbildungsnachweis gilt das Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychotherapeutische Medizin (Modul III) bzw. die gemäß § 17 Psychotherapiegesetz vorgesehene Eintragung in die Psychotherapeutenliste.		60,72
759	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319)/neurologisch Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3). Das Ergebnis der Fremdanamnese ist zu dokumentieren, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar		21,12
760	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) in maximal 2 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 760 ist mit keiner anderen fachspezifischen Sonderleistungsposition und Pos. Ziff. 90 verrechenbar.		71,28
761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar.		26,40
762	Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)		47,52
763	EMG-Untersuchung		47,52
764	EMG und ENG-Untersuchung		76,56
	Die Pos. Ziff. 762, 763 und 764 wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie honoriert, deren Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden. Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur EMG und/oder ENG überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung. Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden.		

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
765	Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status, einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit besonderer medizinischer Begründung; von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Psychiatrie in 45 % der Fälle pro Quartal, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestische Leistungen und Konzentration 4. Denkvermögen 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affektivität Pos. Ziff. 765 kann nicht gleichzeitig mit den Pos. Ziff. 90 und 91 verrechnet werden.		19,80
766	Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung Pos. Ziff. 766 kann von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie in 28 % der Fälle, von Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie in 5 % der Fälle verrechnet werden. Die Testverfahren sind von der/dem Gesellschafterin/Gesellschafter der Gruppenpraxis persönlich durchzuführen sowie zu dokumentieren.		14,52
767	Diagnostische Vestibularisprüfung von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle pro Quartal verrechenbar		9,90
768	Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung) von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle pro Quartal verrechenbar		9,90
769	Orthostaseprüfung nach Schellong, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in 8 % der Fälle verrechenbar		5,94

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
770	Ausführliche (d.h. über den üblichen Neurostatus hinausgehende) Prüfung der Oberflächensensibilität, der Tiefensensibilität, des Schmerzsinnes, des Temperatursinnes, der Vibrationsempfindung, inklusive Dokumentation oder Anlage eines Schemas, von Vertragsfacharztgruppenpraxen mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie verrechenbar in 20 % der Fälle		13,20
771	Dopplersonographische Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation		29,07
772	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation		29,07
773	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation Die Pos. Ziff. 771, 772 und 773 sind zusammen in maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden.		58,14
780	Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen verrechnet werden, deren Gesellschafter von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.		43,56
790	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar		4,62

Neurologie

Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie mit Vertragsbeginn ab 1.Jänner 2016 bzw. bei Vertragsbeginn vor dem 1.Jänner 2016, sofern sie diesen Tarif gewählt haben

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
N1	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar.	37	
N2	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.	32	
N3	Betreuung einer Patientin/eines Patienten aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Organisches Psychosyndrom, Demenz oder auch andere Patientinnen/Patienten, diese jedoch nur in psychosewertiger Phase oder wenn eine Neuroleptikamedikation indiziert ist. Im Zusammenhang mit der bloßen Rezeptausstellung darf die Position nicht verrechnet werden. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar	45	
N4	Neurologische Notfallbehandlung (Krisenintervention) bei akuten neurologischen Symptomen oder Verdacht auf akute bedrohliche neurologische Krankheitsbilder (z.B. TIA, Schlaganfall Meningismus, akute Migräne, Status migränosus, Schub einer MS, Guillain-Barré-Syndrom, cholinerge Krise, Parkinson-Krise, Bewegungssturm, akute Neuritis, etc.). In maximal 2 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar	108	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
N5	Erhebung des kompletten neurologischen Status: Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar	35	
N6	Partieller neurologischer Status zur Therapie oder Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. In maximal 3 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	17	
N7	Ausführliche (d.h. über den üblichen Neurostatus hinausgehende) Prüfung der Oberflächensensibilität, der Tiefensensibilität, des Schmerzsinnes, des Temperatursinnes, der Vibrationsempfindung, inklusive Dokumentation oder Anlage eines Schemas. In maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	20	
N8	Diagnostische Vestibularisprüfung. In maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	
N9	Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung) In maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	
N10	Orthostaseprüfung nach Schellong Verrechenbar in maximal 8 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal	9	
N11	Erstellung eines psychopathologischen Status. Dieser umfasst: 1. Orientierung, 2. Auffassung und Wahrnehmung, 3. Stimmung, 4. Affekt, 5. Antrieb, 6. Ductus – formal/inhaltlich, 7. Mnestik,	30	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
	8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung.		
	In maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar		
N12	Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren.	22	
	Einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung, in maximal 28 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.		
	Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. N13 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig.		
N13	Mini-Mental State Examination (MMSE): Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen.	22	
	Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgecodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist.		
	Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. N12 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig.		
N14	Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)	72	
N15	EMG-Untersuchung	72	
N16	EMG und ENG-Untersuchung	116	
	*) Die Pos. Ziff. N14, N15 und N16 werden nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie honoriert, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden.		
	Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur EMG und/oder ENG überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.		

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
	Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden. (Ausbildungsnachweis)		
N17	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation. Die Pos. Ziff. N17 ist in maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Duplexsonographie und/oder Dopplersonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung und der Nachweis der Ausbildung sind über die Kammer der Kasse zu melden.		59,40
N18	Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG, Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Facharztgruppenpraxen verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden	66	
N19	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	15	
N20	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	7	

Psychiatrie

Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfacharztgruppenpraxen für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie sowie Neurologie und Psychiatrie, mit Vertragsbeginn ab 1.Jänner 2016 bzw. bei Vertragsbeginn vor dem 1.Jänner 2016, sofern sie diesen Tarif gewählt haben

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
P1	Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 20 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-) Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/ oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 20 Minuten. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. Nicht am selben Tag verrechenbar mit Pos. Ziff. P2, P11, P14, 90. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit Pos. Ziff. P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.	41	
P2	Psychiatrische Diagnostik und Behandlung 30 Min. Psychiatrisches Gespräch mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Zielen und Inhalten. Umfasst die Exploration der (Zwischen-)Anamnese, die Evaluation des Therapieverlaufs, die Veranlassung weiterer Untersuchungen, die Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Krankheits- und Behandlungseinsicht, die Einleitung und/ oder Durchführung der somatischen (z.B. medikamentösen), der psychosozialen, der psychoedukativen und der psychotherapeutischen Therapiemaßnahmen. Richtzeit 30 Min. Maximal dreimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P11, P14 und 90 verrechenbar. Nur in begründeten Fällen am selben Tag mit Pos. Ziff. P16 verrechenbar. Die Begründung ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.	72	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
P3	Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestische Leistungen und Konzentration 4. Denken 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affekte. Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In maximal 45 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P5, P11, P14, P16, verrechenbar	30	
P4	Mini-Mental State Examination (MMSE): Im Zusammenhang mit einer Medikamentenverschreibung, welche nach EKO verpflichtend eine MMSE vorsieht (z.B. N06DX01 Memantin). Im Begründungsfeld (B-Block) sind das verordnete Medikament und der MMSE-Wert einzutragen. Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidementivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgecodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist. Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. P8 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig	22	
P5	Psychopathologischer Folgestatus. Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von Pos. Ziff. P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen. Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag. Nicht am selben Tag verrechenbar mit Pos. Ziff. P3, P11, P14, P16 und P17	11	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
P6	Erstellung eines kompletten neurologischen Status. Die Durchführung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage. Verrechenbar pro Quartal in maximal 15 % der Fälle pro Gruppenpraxis. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P7, P14 und P16 verrechenbar	30	
P7	Partieller neurologischer Status zur Therapie- und Verlaufskontrolle, z.B. zur Überprüfung von neurologischen Nebenwirkungen in Folge einer medikamentösen Behandlung. Maximal in 10 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P6 und P14 verrechenbar	11	
P8	Kleine Psychodiagnostik: a) MMSE inkl. Uhrentest b) orientierende Tests oder vergleichbare Untersuchungen (z.B. GAF, Hachinsky-Skala, Alterskonzentrationstest etc.). Für die kleine Psychodiagnostik ist diese Position einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. Große Psychodiagnostik: z.B. HAMD bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests. Für die große Psychodiagnostik ist diese Position zweimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P11, P14 und P16 verrechenbar	22	
P9	Erhebung von außenanamnestischen Daten/Angaben: Bei Patientinnen/Patienten bei denen die Außenanamnese zur Diagnose und Therapiefindung beiträgt. Das Ergebnis der Erhebung der außenanamnestischen Daten/Angaben ist zu dokumentieren. Nicht verrechenbar im Rahmen einer ausschließlichen Dolmetscherfunktion. Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos Ziff. P12 und P14 verrechenbar	33	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
P10	Sozialpsychiatrische Intervention und Koordination: umfasst eine eingehende sozialpsychiatrische Intervention zur Koordination der Behandlung der Patientin/des Patienten (Angehörige, Hausärztin/Hausarzt, Psychotherapeutin/ Psychotherapeut, Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter u.a. am Behandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen). Die Durchführung ist zu dokumentieren. Die involvierten Personen sind im Begründungsfeld des Datensatzes (B-Block) zu übermitteln. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P14 verrechenbar. Die Position umfasst keine allgemein ärztlich administrative Ordinationstätigkeit, wie beispielsweise das Ausstellen von Überweisungen, Rezepten oder Verordnungen, das Einholen von ABS-Anträgen oder Tätigkeiten im Rahmen eines Konsiliums Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal 19 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar	33	
P11	Psychiatrische Krisenintervention (Notfallbehandlung). Psychiatrische Notfallbehandlung von Patientinnen/Patienten in akuten psychischen Krisen, z.B. auf Grund schwerer Belastung, akuter Traumatisierung, psychotischer Dekompensation, akuter Intoxikation oder akuter Verwirrtheit und bei drohender oder manifester Selbst- oder Fremdgefährdung. In maximal 2 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14, P17 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar.	108	
P12	Psychiatrische Intervention unter Einbeziehung einer (von) Bezugsperson(en): psychiatrische Intervention mit Patientin/Patient und Bezugsperson(en), wenn deren Beziehungen relevante Störungen aufweisen und dadurch Auswirkungen auf das Krankheitsbild, die Krankenbehandlung und/oder die Behandlungsaussichten der Patientin/des Patienten bestehen. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Tag und Patientin/Patient und insgesamt in maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P9, P11, P14 und 90 verrechenbar	40	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro.
P14	Koordinationstreffen (Helferkonferenz). Die Namen der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, deren Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sowie der Ort der Helferkonferenz sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld des Datensatzes (B-Block) zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten. Maximal sechsmal pro Koordinationstreffen (Helferkonferenz) verrechenbar. Maximal zwei Koordinationstreffen (Helferkonferenz) pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziffer P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P15, P16, P17 und P18 verrechenbar	36	
P15	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	15	
P16	Komplexe psychiatrische Intervention in der Gruppe. Durchschnittliche Teilnahme von 4 bis 5 Patientinnen/Patienten. Richtzeit 45 Minuten. Maximal zweimal pro Tag und Patientin/Patient verrechenbar. In maximal 1 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14 und 90 verrechenbar	40	
P17	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken. Maximal zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P4, P5, P11 und 90 verrechenbar	40	
P18	Erstellen eines Behandlungsplans: Erstellung und Vermittlung der notwendigen Behandlungsstrategie und -schritte, gegebenenfalls mehrdimensionaler Therapiemaßnahmen und allfälliger Behandlungsalternativen zur Erreichung der Therapieziele sowie der prognostischen Einschätzung unter Berücksichtigung individueller Gegebenheiten einschließlich der Therapieadhärenz. Maximal zweimal pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar In maximal 12 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P17 verrechenbar	10	
P19	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	7	

Fachgebiet Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
800	Orthopädisch-chirurgische Infiltration (höchstens zehnmal im Quartal verrechenbar) Bei Abrechnung der Pos. Ziff. 800 im Bereich der Wirbelsäule ist die gleichzeitige Verrechnung der Pos. Ziff. 27, 28 und 31 in der gleichen Region nicht möglich. Bei der Diagnose Epicondylitis ist die kombinierte Verrechnung der Pos. Ziff. 800 und der Pos. Ziff. 30 nicht möglich.	18	
801	Varicenverödung, je Injektion, maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfters jeweils nur mit besonderer medizinischer Begründung,	8	
804	Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden, pro Quartal	160	
806	Modellverbände für 2 Füße, für ein Mieder oder ein Gliedmaß (vom Facharzt persönlich angefertigt)	22	
807	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II	
808	Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (z.B. Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	110 + R III	
809	Orthop. Operation an Sehnen (Verlängerung, Raffung)	100 + R IV	
811	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 und 816 verrechenbar)	30 + R II	
812	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (z.B. schnellender Finger, Hammerzehe, de Quervain, Amputation von Fingern, Zehen oder einzelner Glieder derselben, sowie Enukleation, Resektion kleiner Gelenke etc.), je Finger und Zehe	110 + R IV	
814	Orthopädische Beratung und Turnanleitung, in maximal 20 % der Fälle und Quartal verrechenbar	10	
816	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (z.B. Schwielenabszess, Halluxbursitis), eines Panaritiums jeder Art	45 + R II	
817	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden, Fischerverband	25	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
818	Schienen aus Gips oder anderem modellierbaren Material zur Korrektur von Fehlstellungen an Gliedmaßengelenken der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	40	
819	Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	18	
821	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
822	Narbenkorrektur durch Excision	30 + R II	
825	Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation	21	
827	Elastischer Kompressionsverband, ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden	20	
829	Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie honoriert, deren Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügt und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.		29,07
840	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	6	
842	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	15	

Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
850	Diagnostische Abklärung und Untersuchung. Umfasst die nach den Erfordernissen des jeweiligen Behandlungsstatus ausführliche Eigen- und Fremdanamnese und Diagnoseerstellung, Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, Verlaufskontrolle zur Evaluierung bzw. Adaptierung der Therapie, Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc. Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, maximal 6 mal pro Patientin/Patient und Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 851, 860, 862, 863 864, 865, 866, 867 und 869 verrechenbar	177	
851	Eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Folgeuntersuchung Umfasst Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, um Entstehung, Verlauf und Therapie regelmäßig zu evaluieren und letztere bei Bedarf zu adaptieren. Überprüfung der gegebenen oder herzustellenden Motivation der Patientin/des Patienten und dessen Umfeld sowie gegebenenfalls medikamentöse Intervention, Veranlassung weiterer Untersuchungen bzw. Behandlungen durch Überweisung, etc. Richtzeit 30 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 860, 863, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar	89	
852	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik Psychopatholog. Status umfasst: Noo- und Thymopsyche bei 0-18-jährigen, Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS): Achse1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom Achse 3 – Intelligenzniveau Achse 5 – assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar	67	
853	Neurologischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten Umfasst: Motorik, Sensibilität, Tonus, Trophik, Koordination, EPS (bei Einnahme von Antipsychotika) Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 854 und 860 verrechenbar	43	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
854	Entwicklungsneurologischer Status bei kinderpsychiatrischen Patientinnen/Patienten Umfasst: Feststellung umschriebener Entwicklungsstörungen – Achse 2 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für Kinder und Jugendliche Verrechenbar 1 x pro Quartal und Patientin/Patient, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 853, 860 und 864 verrechenbar	99	
855	Einfacher somatischer Status (AZ, EZ, Blutdruck, Puls, Turgor) bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 856 und 860 verrechenbar	17	
856	Ausführlicher somatischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten Ausführlicher Status: zusätzlich Beurteilung von Caput, Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitäten In maximal 20% der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 855 und 860 verrechenbar	46	
857	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente z.B. HAWIVA-Test, HAWIK-Test, AID-Test, Sprachentwicklungstest bei Kindern, semistrukturierte Interviews, Symptomchecklisten (CBCL, SCL, Depressionsinventar, Eating Disorder Inventory, Conners Rating Scale etc.) In maximal 50 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 860 und 862 verrechenbar	99	
858	Erstmalige Anlage eines Somatogramms z.B. bei Essstörungen, Medikationsmonitoring (Neuroleptika, AD, Stimulanzien etc.) etc.; umfasst u.a. bei Behandlungsbeginn: Größe, Gewicht, BMI, Anlegen einer Perzentilkurve Richtzeit 10 Minuten, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 859 verrechenbar	20	
859	Fortführung eines Somatogramms (bei jedem Kontakt) z.B. bei Essstörungen, Medikationsmonitoring (Neuroleptika, AD, Stimulanzien etc.) etc.; umfasst u.a. bei Folgeuntersuchung: Gewicht, BMI Richtzeit 10 Minuten, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 858 verrechenbar	12	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
860	Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) einmal pro Diagnose	177	
	Richtzeit 60 Minuten, maximal 3x pro Sitzung, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850 bis 857, 861 und 862, 864, 865, 866, und 867 verrechenbar.		
	Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Position kann nur von jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen verrechnet werden deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.		
861	Fremdanamnese i.d.R. Befassung mehrerer Stellen, inkl. Befundstudium	45	
	Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Patientin/Patient und Tag, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 860 verrechenbar		
862	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	265	
	Bis zum vollendeten 10. LJ der Patientin/des Patienten z.B. Neuropsychologisches Entwicklungsscreening, Denver-Entwicklungsskalen, Münchner Funktionelle Entwicklungsskalen, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test, SETK, Frostig-Entwicklungstest, etc.		
	Nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850, 857, 860 und 863 verrechenbar		
863	EEG bei psychiatrisch auffälligen Kindern	121	
	Verrechenbar in 10% der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen werden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Position kann nur von jenen Vertragsfachgruppenpraxen verrechnet werden, deren Gesellschafterinnen/Gesellschafter von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.		
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 861 und 862 verrechenbar		
864	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	265	
	z.B. bei Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung, abnormen Erregungszustand, Impulskontrollverlust, Angstüberflutung, Stupor, akuter Exazerbation des Krankheitsbildes, etc.		
	Richtzeit 90 Minuten, in maximal 10 % der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 851, 852, 854, 860, 865,866 und867 verrechenbar		

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
865	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Richtzeit 30 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, allenfalls bei mehreren anwesenden Personen maximal 3 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850, 851, 852, 860, 864, 866 und 867 verrechenbar	89	
866	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (2 Patientinnen/Patienten) Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 45 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850, 851, 852, 860, 864, 865 und 867 verrechenbar	67	
867	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (mind. 3 Patientinnen/Patienten, max. 5 Patientinnen/Patienten) Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 45 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850, 851, 852, 860 und 864 bis 866 verrechenbar	47	
868	Gespräch mit Bezugsperson (ohne Einbeziehung der Patientin/des Patienten) Die Namen der Patientin/des Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 30 Minuten, maximal 2 x pro Sitzung verrechenbar	89	
869	Psychoedukation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten Die Namen der Patientinnen/Patienten und das Verhältnis zueinander sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln. Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Sitzung, allenfalls bei mehreren Personen maximal 6 x pro Sitzung, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 850 verrechenbar	45	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
870	Koordinationstätigkeit	33	
	Eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen der Patientin/des Patienten (wie ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Lehrerinnen/Lehrer, Kindergärtnerinnen/Kindergärtner, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen), bzw. mit an der Behandlung beteiligten Institutionen (wie Krankenanstalten, Krisenzentren, betreute WG und Arb.Reha-Einrichtungen)		
	Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Tag sowie maximal 16 mal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar		
871	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	177	
	Die Namen der TN und das Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sind bei der Verrechnung im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes zu übermitteln.		
	Richtzeit 60 Minuten, maximal 3 x pro Sitzung, in maximal 10% der Fälle pro Quartal verrechenbar		
872	Ausführlicher Kinder- und jugendpsychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	67	
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Amt für Jugend und Familie. Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten.		
	Pro Patientin/Patient 1 x pro Halbjahr, nicht gemeinsam mit Pos Ziff. 873 verrechenbar		
873	Kurzbefund mit Diagnose und Behandlungsplan	17	
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Krisenzentren, WG, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen/Institutionen, Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten		
	Nicht gemeinsam mit Ps. Ziff. 872 verrechenbar		

Zusätzlich zu den Sonderleistungen aus dem Fachgebiet sind von Vertragsfachgruppenpraxen für KJP folgende allgemeine Sonderleistungen aus dem Katalog der allgemeinen Vertragsfachgruppenpraxen verrechenbar:
Pos. Ziff. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 20, 23, 24, 29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 57, 58, 76, 78 und 87

Fachgebiet Urologie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
900	Urethrocystoskopie	41	
902	Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion aus den Ostien oder Uretersondierung	55 + R II	
903	Endovesicale und endourethrale Eingriffe	60 + R III	
904	Entfernung eines Urethralpolypen	90 + R III	
x 906	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos 87 verrechenbar	7	
x 907	Untersuchung des Harnsedimentes	6	
908	Stricturdehnung; pro Sitzung nur einmal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	15	
909	Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Gesellschafterin/ Gesellschafter der Vertragsfacharztgruppenpraxis und Patientin/Patient bzw. deren/dessen Sachwalterin/ Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.	19	
910	Meatusstenose 1. Dehnung	15	
911	Meatusstenose scharf erweitert	25	
912	Blasenpunktion	15	
913	Evacuation der Blase b. Bluttamp.	30 + R I	
916	Verweilkatheter	13	
917	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode (nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist)	12	
918	Unblutige Reposition d. Paraphimose	15	
919	Operation einer Phimose oder Paraphimose nach jeder Methode	48 + R II	
920	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I	
922	Therapeutische Instillation der Harnblase	25 + R II	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
923	Lösung der Conglutination	15	
924	Sekretuntersuchung, maximal in 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar	7	
925	Biopsie der Prostata zwecks Zellenentnahme für zytologische Untersuchung	30 + R I	
926	Digitaler Palpationsbefund der Prostata (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 47 verrechenbar)	5	
927	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (in maximal 30 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal verrechenbar). Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.	40	
928	Urologische Schleimhautanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908,910, 911, 916 und 929)	4	
929	Anlage bzw. Wechsel der suprapubischen Harnableitung	47	
930	Operative Entfernung von Scrotal-/Penisatheromen, einmal je Sitzung verrechenbar in maximal 1 % der Fälle pro Quartal, histologischer Befund erforderlich	70 + R II	
931	Scrotalvarizenverödung für akut blutende Varizen, ausgenommen kosmetische Gründe verrechenbar in 1 % der Fälle pro Quartal	8	
932	Urodynamisches diagnostisches und therapeutisches Gespräch bei Patientinnen/Patienten mit bestehender Harninkontinenz, wenn Heilmittel bei Pollakisurie und Harninkontinenz gemäß Erstattungskodex (ATC-Gruppe G04BD) verordnet werden, wobei die Leistung die Anleitung für das Durchführen eines Miktionsprotokolls inklusive Dokumentation und Auswertung des Protokolls inkludiert; verrechenbar in maximal 6% der Fälle pro Quartal, pro Patientin/Patient ist die Leistung einmal pro Jahr verrechenbar	19	
935	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15	
938	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (Punktionsnadeln als Ordinationsbedarf)	180 + R III	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
939	Sonographiepauschale einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Pauschale beinhaltet folgende Untersuchungsfelder: a) Nieren und Retroperitoneum b) Unterbauch (einschließlich Restharn und Prostata) c) Scrotum (Hoden und Nebenhoden) Die Pauschale wird nur jenen Vertragsfacharztgruppenpraxen für Urologie honoriert, deren Gesellschafter über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Das verwendete Gerät und der Schallkopf sind der Kasse zu melden	27	
940	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patient/Patientin und Quartal verrechenbar	5	

IV. Regiezuschläge

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
	R I	15	
	R II	18	
	R III	37	
	R IV	50	
	R V *)	83	

*) Voraussetzung für die Verrechnung ist die chemisch-thermische Sterilisation der verwendeten Untersuchungsgeräte mittels eines entsprechenden Gerätes ("Endoskopwaschmaschine").
Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Wege über die Kammer zu übermitteln.