

**Anlage B1**

**TARIF  
FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACH-  
ÄRZTE**

**Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde**

**Ab 1. Juli 2019**

**1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal**

<b>Text</b>	<b>Betrag in Euro</b>
Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr	52,35
Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	41,30
Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	40,20
Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	40,10
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	33,30

**2. Im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 des Gesamtvertrags  
vom 1. Jänner 2011  
pro Anspruchsberechtigten und Quartal**

Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	25,44
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	18,74

**3. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,67 EUR**

## **SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACH- ÄRZTE**

**Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde**

**Ab 1. Juli 2019**

### **Erläuterungen:**

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der berufenen Ärztin/des berufenen Arztes zu vermerken.

Behandlungen, die ausschließlich und eindeutig zu kosmetischen Zwecken durchgeführt werden, sind von der Verrechenbarkeit ausgeschlossen.

### Definition für erste Hilfe:

Unter Erster Hilfe ist eine medizinisch 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 Vertragsfachärztin/ Vertragsfacharzt und Quartal" abgerechnet werden kann.

## I. Ordinationen und Visiten

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert		9,00
2	Nachtordination (zwischen 19.00 und 7.00 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/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.  <i><u>Erläuterungen:</u> 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.</i>		49,00
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.  <i><u>Erläuterungen:</u> 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.</i>		22,00
36	Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.  <i><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 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.</i>		49,00

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.  <i>Erläuterungen: 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 lebende 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.</i>  <i>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.</i>		22,00
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.  <i>Erläuterungen: 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/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.</i>  <i>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.</i>		14,00
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		60,00
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 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

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
8d	Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	5	
8e	Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	5	
8f	Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	5	
8g	Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	5	
8h	Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	5	

## **Konsultation mittels Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel**

befristet bis 31. Dezember 2020

Die Abrechnungsmöglichkeit für die Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten ist unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen befristet vorgesehen. Die Teilnahme erfolgt freiwillig und erfordert keine Meldung an die Kasse.

Da die Konsultation mittels elektronischer Kommunikation eine Konsultation in der Ordination ersetzt, hat die Kommunikation zwischen der/dem Patientin/Patient und der/dem Ärztin/Arzt persönlich zu bestehen. Die Entscheidung, ob ein Ordinationsbesuch im jeweiligen Einzelfall ersetzt werden kann, ist von der/dem Ärztin/Arzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Erfordernisse zu treffen und liegt in deren/dessen Verantwortungsbereich.

Die an der befristeten Abrechnungsmöglichkeit teilnehmenden Vertragsärztinnen/-ärzte haben jede Konsultation – sei es eine Konsultation in der Ordination oder eine Konsultation in Folge eines Kontakts mittels elektronischer Kommunikation – mit der passenden Positionsziffer zu verrechnen, unabhängig davon, ob sie tariflich bewertet ist. Für Vertragsärztinnen/-ärzte, die nicht teilnehmen, ist diese Unterscheidung nicht relevant und es gelten die bisher üblichen Positionen gemäß Abschnitt I – Ordinationen und Visiten.

Die Verrechnung der jeweiligen Konsultation hat entsprechend der Art der erfolgten Konsultation mit den nachstehenden Positionsnummern zu erfolgen:

in der Ordination	<b>oder</b> mittels elektronischer Kommunikations- mittel		<b>Punkte</b>
<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Pos. Ziff.</b>		
8a	8aT	für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals	0
8b	8bT	für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals	0
8c	8cT	für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals	0
8d	8dT	für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals.	5
8e	8eT	für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals.	5
8f	8fT	für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals.	5
8g	8gT	für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals.	5
8h	8hT	für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals.	5
8i	8iT	für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals.	0

**Anmerkung:** Eine gleichzeitige Verrechnung beider Positionsziffern für ein und dieselbe Konsultation ist ausgeschlossen.

## II. Allgemeine Sonderleistungen

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
S	Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 7.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.		
	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer	50 % des jeweiligen Tarifsatzes	
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	
24	Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln	20	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Das verabreichende 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 Infusion anzugeben.</i>		
38	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.</i>		
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	15	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.</i>		
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.</i>		
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9	
	<i><u>Erläuterung:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar</i>		
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, 804, 808, 821, 903, 904, 912, 919, 925 und sonst mit besonderer Begründung)	45	
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar	11	

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
90	<p>Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.</p> <p>Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 26 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar</p> <p>Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: N1, N4. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.</p> <p>a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ 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.</p> <p>b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.</p> <p>c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche diagnostische-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.</p> <p>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 "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.</p>	20	



<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
91	<p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt pro Quartal</p> <p>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.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.</p>	45	

### **III. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde**

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
650	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35	
664	Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, 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 Patientin/Patient verrechenbar	30	
656	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhän- gig 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 verre- chenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhan- den ist und im Streifentest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischen 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 obstrukti- ver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfü- gen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrech- nung dieser Leistung ermächtigt wurden	22	
660	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13	
661	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	
662	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruk- tion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospas- molysetest)	20	
663	Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar .	19	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
665	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 9 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Jahr verrechenbar	12	
	<i>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.</i>		
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 abrechenbar	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 Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar - je Stoff	2	
	<i>Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.</i>		
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	
686	Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie		37,49
687	Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.		26,99

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/-Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die 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 Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
688	<p>Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.</p> <p>Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die 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.</p>		29,07
689	Allergologische Exploration, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	13	
691	Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren	3	
692	<p>Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/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 Ärztin/Arzt verrechenbar</p> <p><i>Erläuterung: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde.</i></p>		12,54
671	<p>Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen</p> <p>Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal.</p> <p>Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.</p> <p>Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.</p>		15,00

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
677	Tympanometrie bei persistierendem Seromucotympanon je Sitzung in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Mit dem Tarif ist, sofern erforderlich, die Untersuchung beider Ohren abgegolten.	36	

#### **IV. Sonderleistungen aus dem Bereich Pädiatrische Endokrinologie**

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden und eine Spezialisierung in Pädiatrischer Endokrinologie nachweisen

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
675	Endokrinologische Abklärung und Therapieeinleitung bei Diabetes, Wachstumsstörung, Störungen der Sexualentwicklung und Störungen der Genitaldifferenzierung, in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	72	

#### **V. Sonderleistungen aus dem Bereich Neuropädiatrie**

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Solange die Ausbildungsordnung keine gesonderte Qualifikation vorgibt, gelten das Additivfach Neuropädiatrie bzw. mit Spezialisierung im Bereich Neuropädiatrie als Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
676	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten bei Kindern (z.B. Denver-Test, Münchner Funktioneller Entwicklungstest) In maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	109	
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.	48	

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
N2	<p>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.</p> <p>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.</p>	32	
N4	<p>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.).</p> <p>In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar</p>	108	
N5	<p>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.</p> <p>Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar</p>	37	
N18	<p>Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG,</p> <p>Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Ärztin/Arzt 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 Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden</p>	66	
N19	<p>Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen.</p> <p>Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar</p>	15	

## **VI. Sonderleistungen aus dem Bereich pädiatrische Kardiologie**

Nachstehende Leistungen können nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde verrechnet werden, die von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden und eine Spezialisierung in Pädiatrischer Kardiologie nachweisen.

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
629	<p>Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.</p> <p>Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.</p> <p>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 Coronarreserve 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.</p>	105	
633	<p>Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)</p> <p>Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden.</p> <p>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.</p>	117	
645	<p>Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)</p>		34,49

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
646	Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdoppler-sonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen: <ul style="list-style-type: none"><li>- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien</li><li>- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes</li><li>- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikel-funktion</li></ul>		80,00

Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen:

Die Verrechenbarkeit mit maximal 21 % der Fälle pro Ärztin/Arzt 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.