

**TARIF FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE**  
**ausgenommen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde**  
**AB 01.01.2022**

**Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal: 18,74 EUR**  
**Punktwert: 0,67 €**

Gemäß den Bestimmungen des Sozialversicherungsrechtes ist die Wiener Gebietskrankenkasse verpflichtet allen ihren Versicherten nach der Konsultation eines Wahlarztes 80 % dessen zu vergüten, was die Kasse einem Vertragsarzt zahlen hätte müssen, hätte der Patient einen Vertragsarzt aufgesucht.

Die folgende Tarifübersicht soll für die Wahlärzte und ihre Patienten eine Übersicht darstellen, wie hoch diese Rückersätze sind, die der Patient nach Vorlage einer saldierten und bezahlten Honorarnote des Wahlarztes erhält. Diese Wahlarzttarife entsprechen daher der Höhe nach 80 % der jeweiligen Honoraransätze der Tarife für die Kassenvertragsärzte. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Wahlärzte in ihrer Honorargestaltung keinen Tarifbegrenzungen unterliegen und berechtigt sind ein angemessenes Honorar für ihre Leistungen zu fordern. Die WGKK ist aber nur verpflichtet die im folgenden als Wahlarzttarife angeführten Leistungen dem Patienten zu refundieren.

Eine Besonderheit für Allgemeinmediziner und allg. Fachärzte (nicht Zuweisungsfächer und Phys. Medizin) gilt hinsichtlich der Fallpauschale. Hier wird pro Quartal für die 1. Konsultation € 6,--, für die 2. Konsultation € 6,-- und für die 3. Konsultation € 2,99 an den Patienten als Rückersatz ausgezahlt.

Hinsichtlich Versicherter der Betriebskrankenkassen gelten die für die WGKK ausgewiesenen Rückersätze. Hinsichtlich anderer Versicherter anderer Gebietskrankenkassen ist zu raten, sich bei den jeweiligen Landesärztekammern über die aktuellen Honorarordnungen, die die Basis für den Rückersatz darstellen, zu erkundigen.

**SONDERLEISTUNGSTARIF**  
**FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTE**  
**ausgenommen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde**

**Gültig ab 01. Jänner 2022**

**Erläuterungen:**

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der/des berufenen Ärztin/Arztes 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 V beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination der Ärztin/des Arztes 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
- Lumboglatealbereich
- 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

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 die Positionsziffern, für die der Text die Limitierungsbestimmung "verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal" vorsieht, dass die betreffende Positionsziffer damit in "Prozent der Fälle je Vertragsfachärztin/Vertragsfacharzt und Quartal" abgerechnet werden kann.

#### I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert			9,00	7,20
2	Nachtordination (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit			20,00	16,00
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. <u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziffer 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.			55,00	44,00
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. <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.			27,50	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. <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.			55,00	44,00

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.	16,00	12,80
<p><u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in einund 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.</p> <p>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.</p>		
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.	27,50	22,00
<p><u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 58 kann in <b>20 %</b> der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesem 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.</p> <p>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.</p>		
4 Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	80,00	64,00
5 Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr	90,00	72,00
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	13,40
7 Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht	14,00	11,20
8c Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Der Tarif für die Pos. Ziff. 8c beträgt für die Fachgruppe Orthopädie Der Tarif für die Pos. Ziff. 8c beträgt für alle anderen Fachgruppen	5 10	3,35 6,70
8d Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar Der Tarif für die Pos. Ziff. 8d beträgt für die Fachgruppe Orthopädie Der Tarif für die Pos. Ziff. 8d beträgt für alle anderen Fachgruppen	5 10	3,35 6,70
8e Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar Der Tarif für die Pos. Ziff. 8e beträgt für die Fachgruppe Orthopädie  Der Tarif für die Pos. Ziff. 8e beträgt für alle anderen Fachgruppen	5 10	3,35 6,70
8f Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar Der Tarif für die Pos. Ziff. 8f beträgt für die Fachgruppe Orthopädie	5	3,35

	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8f beträgt für alle anderen Fachgruppen	10	6,70	5,36
8g	Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar		0,00	0,00
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8g beträgt für die Fachgruppe Orthopädie	5	3,35	2,68
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8g beträgt für alle anderen Fachgruppen	10	6,70	5,36
8h	Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar		0,00	0,00
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8h beträgt für die Fachgruppe Orthopädie	5	3,35	2,68
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8h beträgt für alle anderen Fachgruppen	10	6,70	5,36
8i	Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals		0,00	0,00
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8i beträgt für die Fachgruppe Orthopädie	5	3,35	2,68
	Der Tarif für die Pos. Ziff. 8i beträgt für alle anderen Fachgruppen	10	6,70	5,36

### Leistungen im Rahmen der Telemedizinvereinbarung

befristet bis 31. Dezember 2023

Mit 1. Jänner 2022 tritt die Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen in Kraft. Diese ermöglicht die Erbringung von allen in den jeweiligen Tarifkatalogen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte vorgesehenen Konsultations- und Gesprächspositionen per Telefon oder Video. 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 wobei auch § 16 Abs 2 Gesamtvertrag in diesem Sinne zur Anwendung gelangt. 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.

Telemedizinische Leistungen werden nach dem jeweils zur Anwendung kommenden Tarifkatalog in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung in der Ordination ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird. Die Verrechnung der jeweiligen Konsultation hat entsprechend der Art der erfolgten Konsultation mit den nachstehenden Positionsnummern zu erfolgen:

in der  
Ordination  
**oder** mittels  
Telefon **oder**  
mittels Video

- 8a/8aT/8aV für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8b/8bT/8bV für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8c/8cT/8cV für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8d/8dT/8dV für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8e/8eT/8eV für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8f/8fT/8fV für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8g/8gT/8gV für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8h/8hT/8hV für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals
- 8i/8iT/8iV für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende  
Konsultation innerhalb eines Quartals

**Anmerkung:** Eine gleichzeitige Verrechnung unterschiedlicher Konsultationsarten (Ordination, Telefon und/oder Video) für ein und dieselbe Konsultation ist ausgeschlossen.

Eine gleichzeitige Verrechnung einer telemedizinischen Behandlung und einer persönlichen Behandlung in der Ordination sowie eine Verrechnung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag ist nur mit medizinischer Begründung möglich.

Die telemedizinischen Leistungen sind nur verrechenbar, wenn sämtliche Bedingungen dieser Vereinbarung erfüllt sind.

ST Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 07.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr telemedizinisch erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (ST) von 10 %.

Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 07.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit

10 % des jeweiligen  
Tarifsatzes

### II. Allgemeine Sonderleistungen

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
------------	------	--------	--------------------	-------------------	------------

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 %.		50 % des jeweiligen Tarifsatzes	
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			
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	2,68 2,14
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	4,69 3,75
22	Intraarterielle Injektion	8	5,36 4,29
23	Infusion s. c.	10	6,70 5,36
24	Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln	20	13,40 10,72
 <i>Erläuterungen:</i> 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.			
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	6,70 5,36
26	Stellatum- oder Ganglienblockade	25	16,75 13,40
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	14,74 11,79
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	11	7,37 5,90
29	Injektion i.v.	8	5,36 4,29
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	13,40 10,72
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	10,05 8,04
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	20,10 16,08
38	Blutabnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	8,71 6,97
 <i>Erläuterungen:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.			
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	15	10,05 8,04
 <i>Erläuterungen:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.			
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7	4,69 3,75
 <i>Erläuterungen:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.			
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9	6,03 4,82
 <i>Erläuterung:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar			
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	7	4,69 3,75
 <i>Erläuterungen:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.			
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus.	9	6,03 4,82
 <i>Erläuterungen:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.			
46	Magenausheberung oder Spülung	15	10,05 8,04
47	Digitale rectale Untersuchung	7	4,69 3,75
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60	40,20 32,16
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25	16,75 13,40
52	Zinkleimverband	18	12,06 9,65

53 Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks	45	R I	40,20	32,16
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	50,25	40,20
55 Anbringung eines Gehbügels	5		3,35	2,68
56 Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15		10,05	8,04
57 Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15		10,05	8,04
60 Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15		10,05	8,04
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		30,15	24,12
70 Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen mittels Troikart einschließlich Anästhesie	10		6,70	5,36
71 Operative Implantation von Gewebeteilen oder Hormonkristallen	30	R I	30,15	24,12
72 Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht).	20		13,40	10,72
<i>Erläuterungen:</i> Die Regionen sind zwingend anzuführen				
73 Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	14		9,38	7,50
<i>Erläuterungen:</i> Die Regionen sind zwingend anzuführen.				
74 Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	20		13,40	10,72
<i>Erläuterungen:</i> Die Regionen sind zwingend anzuführen.				
75 Incision von Panaritien aller Art.	40	R I	36,85	29,48
<i>Erläuterungen:</i> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar				
76 Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	30		20,10	16,08
<i>Erläuterungen:</i> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen				
78 Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9		6,03	4,82
79 Zahnextraktion ohne Anästhesie	5		3,35	2,68
80 Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50		33,50	26,80
81 Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10		6,70	5,36
82 Nasentamponade	8		5,36	4,29
<i>Erläuterungen:</i> bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechen zu beurkunden.				
83 Politzer, je Seite	3		2,01	1,61
84 Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar	10		6,70	5,36
87 Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar	11		7,37	5,90

90 Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.	20	13,40	10,72
---	----	-------	-------

Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten und Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Urologie in maximal **18 %** der Fälle pro Quartal, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten in max. **12%** der Fälle pro Quartal, Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten in **13%**, und von den übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten in höchstens **11 %** der Fälle pro Quartal, verrechenbar

Bei Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin, die auf Grund ihrer Ausbildung von der Kasse und Kammer für die 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. Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: P1, P2, P11, P12, P16, P17, N1, N3, N4, 332, 333, 614, 751, 755, 756, 758. 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 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte 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

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 Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostischtherapeutische 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.

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 diagnostischtherapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

e) Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte 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 Arzt pro Quartal	45	30,15	24,12
----	---	----	-------	-------

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 (zB Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Zur Verrechnung sind alle allgemeinen Vertragsfachärzte (ausgenommen Vertragsfachärzte 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 Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.

### **III. DMP Therapie aktiv**

gültig ab 1.1.2022

Verrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
96	Erstbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv			58,92	47,14
	<i>Anmerkung:</i> Wird einmalig bei Aufnahme einer Person in die Therapie Aktiv-Betreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das auf dem Dokumentationsbogen vermerkte Datum.				
97	Weiterbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97a verrechnet wird			31,13	24,90
	<i>Anmerkung:</i> Wird pro Person maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das Datum der Erstkonsultation im Rahmen von Therapie Aktiv im jeweiligen Quartal.				
97a	Feedback-Gespräch im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97 verrechnet wird			45,58	36,46
	<i>Anmerkung:</i> einmal jährlich; verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; ein Folge-dokumentationsbogen ist zu übermitteln				
98	Gruppenschulung für nicht insulinpflichtige Patientinnen/Patienten			745,06	596,05
	<i>Anmerkung:</i> Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 9 UE; mind. 6, max. 12 Patientinnen/Patienten.				
99	Gruppenschulung für insulinpflichtige Patientinnen			1.148,26	918,61
	<i>Anmerkung:</i> Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 12 UE; mind. 3, max. 5 Patientinnen/Patienten.				



Erläuterungen:

(1) An Therapie Aktiv teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Innere Medizin, die über einen Ordinationssitz in Wien verfügen und die Strukturqualitätskriterien gemäß Anlage a erfüllen sowie die gemäß Abs. 3 notwendigen Schulungen absolviert haben. Die Voraussetzungen werden seitens der Kammer überprüft, welche die Beitrittserklärung der Ärztin/des Arztes gemäß Anlage b gemeinsam mit ihrer Stellungnahme an die Administrationsstelle der Wiener Gebietskrankenkasse weiterleitet. Die anschließende Aufnahme in die Liste der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte durch die Administrationsstelle, wird der Ärztin/dem Arzt schriftlich mitgeteilt. Die Liste ist im Internet ([www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at)) sowie im GIN-Intranet veröffentlicht.

(2) Die Schulung der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte erfolgt unter der Verantwortung der Kammer im Rahmen von Basis- und Fortbildungsschulungen sowie Qualitätszirkeln. Voraussetzung für die Teilnahme an Therapie Aktiv ist die Absolvierung der in Anlage c vorgesehenen Schulungen und Übermittlung der Bestätigungen an die Administrationsstelle.

(3) Die Therapie Aktiv-Betreuung hat dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu entsprechen und sich dabei primär nach der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv zu richten. Sie umfasst insbesondere folgende Leistungen:

a. Leistungen bei der Erstbetreuung

1. Diagnosesicherung entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv gemäß Anlage d bzw. der auf [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at) abrufbaren Langfassung (sofern nicht bereits erfolgt)
2. Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien für Therapie Aktiv
3. Patienteninformation über die Teilnahme
4. Abwicklung der Patienteneinschreibung
5. Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten (Anlage e) ausfüllen (lassen) und elektronische Anmeldung zu Therapie Aktiv
6. Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen a. Anamnese b. Monofilamenttest c. Check auf Neuropathie d. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung e. Fußinspektion
7. Planung von Präventionsmaßnahmen
8. Festlegen und Dokumentieren einer Zielvereinbarung (Anlage f)
9. Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie AktivBroschüren, Folder, etc.)
10. Durchführung und elektronische Weiterleitung der Erstdokumentation (entspricht Anlage g)
11. Dokumentation im Patientenakt

b. Leistungen bei der Weiterbetreuung

1. Therapie Aktiv spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mind. 1x jährlich
  - a. Anamnese
  - b. Monofilamenttest
  - c. Check auf Neuropathie
  - d. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
  - e. Fußinspektion
2. Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mind. 1x jährlich
3. Überprüfen, ev. Korrigieren der Zielvereinbarung, mind. 1x jährlich

4. Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie AktivBroschüren, Folder, etc.)
5. Durchführung und elektronische Weiterleitung der Folgedokumentation, mind. 1x jährlich
6. Dokumentation im Patientenakt

(4) Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt entscheidet, wer als Patientin/Patient für Therapie Aktiv geeignet ist. Hierbei müssen folgende Einschreibekriterien kumulativ vorliegen:

- a. Gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv (Anlage d)
- b. Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin/des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm;
- c. Fehlen von Ausschlusskriterien wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme der Patientin/des Patienten unmöglich machen.

(5) Die Einschreibung der Patientin/des Patienten hat nach Feststellung der Diagnose und der Eignung sowie nach eingehender Information über das betreffende Programm und allfällige Risikofaktoren mittels Formular (Anlage e) zu erfolgen. Das Formular dient der Dokumentation der Einwilligung der Patientin/des Patienten. Die daraus resultierende Anmeldung zu Therapie Aktiv hat elektronisch zu erfolgen. Außerdem ist die Erstdokumentation mit der Patientin/dem Patienten auszufüllen und ebenfalls elektronisch zu übermitteln. Seitens der Administrationsstelle erfolgt am Quartalsende eine schriftliche Bestätigung über die Aufnahme der Patientin/des Patienten in das Therapie Aktiv-Programm an die Ärztin/den Arzt.

(6) Eine Zielvereinbarung ist der Patientin/dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular Anlage f oder Diabetespass).

(7) Jeder Therapie Aktiv-Patientin/jedem Therapie Aktiv-Patienten soll eine Diabetesschulung angeboten werden. Die Schulung der Patientinnen/Patienten erfolgt durch die Therapie Aktiv-Ärztin/ den Therapie Aktiv-Arzt bzw. in Kooperation mit einer Diabetesberaterin/einem Diabetesberater und/oder einer Diätologin/einem Diätologen. Die Schulung ist mittels einer Abrechnungsliste aller zu schulenden Patientinnen/Patienten bei der Administrationsstelle zu melden. Die Liste hat die Namen der Patientinnen/Patienten, deren Versicherungsnummer und den leistungszuständigen Versicherungsträger zu enthalten. Die Positionsnummer kann nach durchgeführter Schulung bei einer/einem teilnehmenden Versicherten stellvertretend für die gesamte Gruppe abgerechnet werden.

(8) Die Administration der Behandlungen im Rahmen von Therapie Aktiv erfolgt über die Kasse.

(9) Die Kosten für die Erhaltung der Strukturqualitätskriterien und jeglichen mit der Betreuung im Rahmen von Therapie Aktiv im Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwand sind mit dem tariflichen Honorar abgegolten. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die Therapie Aktiv-Betreuung vollständig durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und der Dokumentationsbogen spätestens nach Ablauf von 5 Quartalen seit der letzten Übermittlung elektronisch übermittelt wird. Liegt dann keine gültige Dokumentation vor, so erfolgt so lange keine Honorierung der Weiterbetreuung, bis wieder eine gültige Dokumentation erfasst wurde. Wird der Dokumentationsbogen nicht elektronisch übermittelt, werden pro übermittelten Bogen 3,00 Euro für die elektronische Erfassung einbehalten

#### IV. Sonderleistungen aus Fachgebieten

##### **Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie**

Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag davon 80 % in Euro	
100 Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	13,40	10,72
102 Gesichtsfeldprüfung oder Skotometrie (nur verrechenbar bei a) Glaukom oder Glaukomverdacht b) Sehstörung bei Augenhintergrundveränderungen c) neuroophthalmologischen Grenzfällen d) konsiliarer Befundung)	25	16,75	13,4
Nur in Ausnahmefällen und mit besonderer Begründung zugleich mit der Pos. Ziff. 132 verrechenbar			
103 Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe) Nicht gemeinsam in einer Sitzung mit Pos. Ziff. 114 abrechenbar	8	5,36	4,288
104 Bestimmung des Astigmatismus nach Javal bzw. Skiaskopie	10	6,70	5,36
105 Applanationstonometrie	12	8,04	6,432
106 Sondierung (einschl. evt. Spülung) oder Spülung der Tränenwege einseitig, in höchstens <b>10 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar (Ausnahmen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	21	14,07	11,26

107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40	26,80	21,44
	<i>Erläuterungen:</i> Xanthelasmae ausgenommen.			
109	Ortoptischer oder pleoptischer Befund oder Behandlungssitzung Die Pos. Ziff. 109 kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Pos. Ziff. ermächtigt wurden	11	7,37	5,90
110	Untersuchung mit dem Kontaktglas (Goldmann Glas) bei Glaukom und Erkrankungen der Netzhaut, verrechenbar einmal im Quartal (mit Ausnahme besonderer Begründung)	11	7,37	5,90
111	Untersuchung des Tränenfilms (zB Schirmertest, Tränenaufrisszeit, Vitalfärbungen)	6	4,02	3,22
112	Fundus bei medizinisch erweiterter Pupille	13	8,71	6,97
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.	10	6,70	5,36
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	26,80	21,44
120	Laserchirurgie; Die Pos. Ziff. ist pro Patient, Auge und Jahr bei folgenden Indikationen verrechenbar (Ausnahmen s. u.):		345,20	276,16
	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) Vasoproliferation nach retinalem Venenverschluss			
	ist die Verrechnung der Leistung viermal pro Patientin/Patient, Auge und Kalenderjahr möglich. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 120 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.			
121	Fluoreszenzangiographie		95,93	76,744
	Die Verrechnung ist grundsätzlich mit zwei Untersuchungen pro Patient und Jahr limitiert, darüber hinaus nur in besonders medizinisch begründeten Fällen zulässig.			
	Nur von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 121 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen.			
122	Untersuchung mit dem Refraktometer (verrechenbar in maximal 54 % der Fälle pro Arzt und Quartal)	5	3,35	2,68

123	YAG Laser			345,20	276,16
	Nur von Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kasse im Einvernehmen mit Kammer ausdrücklich dazu berechtigt wurden, Pos. Ziff. 123 zu gesondert zu vereinbarenden Bedingungen abzurechnen				
128	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1		0,67	0,536
132	Programmgesteuerte Hochleistungssperimetrie, 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		26,80	21,44
	Diese Position kann nur von jenen Vertragsfachärzten 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 Kammer bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.				
135	OCT (Optische Kohärenztomographie) der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen inkl. Befundung, wobei zumindest bei Untersuchungen zur Diagnostik oder bei Vorliegen von Makulaerkrankungen jedenfalls mehrere Schnittbilder, welche den gesamten Makulabereich abdecken, durchzuführen sind. Maximal einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, darüber hinaus nur mit besonderer medizinischer Begründung. Nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Augenheilkunde und Optometrie verrechenbar, die von Kammer und Kasse nach Vorlage eines Gerätenachweises hierzu berechtigt wurden. Das gemeldete Gerät hat zumindest ein spectral domain-Verfahren zu ermöglichen.	110		73,70	58,96
	<u>Erläuterung:</u> Indikationen für die Leistungserbringung: Diagnostik, Ausschluss- und Verlaufskontrolle bei -Netzhaut- und/oder Sehnervenerkrankungen -Zur Abklärung unklarer Sehbeschwerden				
	Im niedergelassenen Bereich ist die laufende Betreuung von Patienten, die in wiederkehrender IVOM-Behandlung stehen, derzeit keine Indikation.				
140	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	9		6,03	4,824
	Die Position kann nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten 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 Arzt und Quartal verrechenbar.	15		10,05	8,04
	<b>Fachgebiet Chirurgie</b>				
<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Regie- zuschlag</b>	<b>Betrag in Euro</b>	<b>davon 80 %</b>
200	Orthopädisch-chirurgische Infiltration (höchstens 10 mal im Quartal verrechenbar)	18		12,06	9,65
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8		5,36	4,29
202	Exstirpation eines Varixknotens oder Perforantes Ligatur	60	R III	64,99	51,99
203	Aufkeilung von Gipsverbänden zur Stellungsveränderung mit neuerlicher Fixierung	40		26,80	21,44
204	Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30	R II	48,00	38,40

205	Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50	R II	68,00	54,40
206	Wundnaht mit Sehnennaht (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	60	R II	78,00	62,40
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	88,00	70,40
208	<i>Erläuterungen:</i> Die Regionen sind zwingend anzuführen Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (zB Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	116	R III	102,51	82,01
209	Rectoskopie inklusive Probeexcision	50	R II	68,00	54,40
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24	R II	42,00	33,60
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 oder 216 oder 232 verrechenbar)	5	R I	20,00	16,00
212	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (zB schnellender Finger, Hammerzehe, de Quervain, Amputation von Fingern, Zehen oder einzelner Glieder derselben sowie Enukleation, Resektion kleiner Gelenke ect.) je Finger und je Zehe	110	R IV	160,00	128,00
213	Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus	180	R IV	230,00	184,00
214	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur nach jeder Methode, kleine Plastiken (Reverdin, Thiersch, verschiebefreier Vollhautlappen)	180	R IV	230,00	184,00
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	78,00	62,40
216	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (Oberfl. Phlegmone, periprokt. A. etc.), eines Panaritiums jeder Art (nicht mit Pos. Ziff. 211 verrechenbar)	50	R III	58,29	46,63
217	Operation eines Karbunkels oder einer ausgedehnten Phlegmone (V. Ph.)	80	R III	78,39	62,71
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15		10,05	8,04
219	Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband	25		16,75	13,40
220	<i>Erläuterung:</i> Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.	40	R II	58,00	46,40
221	Verschörfung von Analfissuren, von Nod. haemorrh. einschl. Sphincterdehnung, Spaltung von Analfisteln	60	R II	78,00	62,40
222	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60	R II	78,00	62,40
223	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	60	R II	78,00	62,40
224	Lösung der Conglutination	15		10,05	8,04
x 224	Oszillometrie mit graphischer Darstellung (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 226 oder 227 verrechenbar)	10		6,70	5,36
225	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15		10,05	8,04

226	Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung des distalen Arteriendruckes, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien. Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung. Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal pro Tag verrechenbar. Nur für Vertragsfachärzte mit Additivfach Gefäßchirurgie in maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 224 verrechenbar.	27		18,09	14,47
227	Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenvenen, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenvenen. Durchführung eventueller Funktionsteste 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		18,09	14,47
228	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1		0,67	0,54
*) 230	Gastroskopie  Voraussetzung für die Verrechnung des Regiezuschlages RV 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	89,78 oder 120,60	71,82 oder 96,48
*) 231	Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien.  Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).  Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinalendoskopischen 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")	187	R V	189,61	151,69
*) 233	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien  Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 234 verrechenbar. Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation). Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 und 234 am gleichen Tag	120	RV	144,72	115,78
*) 234	Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien. Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 231 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra. Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 209, 231 oder 233 am gleichen Tag	120	RV	144,72	115,78

\*) Die Pos. Ziff. 230, 231, 233 und 234 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Chirurgie verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden. Die Ermächtigung für die Pos. Ziff. 231, 233 und 234 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden“

232	Emmertplastik mit oder ohne Naht. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 78 und 211	75	R II	75,04	60,03
235	Fachärztliche chirurgische Versorgung großer septischer Wunden, großflächiger Verbrennungen inklusive Verbandwechsel	12	R I	18,09	14,47
236	EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III,aVR, aVL, aVF, V1-V6) Nur in Verbindung mit Pos. Ziff. 238 verrechenbar.	35		23,45	18,76
237	Endoskopische Entfernung eines Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie, der Sigmoidoskopie oder einer abgebrochenen Koloskopie. Fotodokumentation und/oder Histologiebefund des Polypen erforderlich.	96		64,32	51,46
	Nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 231, 233 oder 234 (auch mehrfach). Ebenso sind alle Pathologien zu dokumentieren (insbesondere Polypen und abgetragene Polypen).				
238	Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel). Diese Position inkludiert: • Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel) • Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Die Patientin/der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen. • Ausführliche und dokumentierte Aufklärung der Patientin/des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation	145		97,15	77,72
	Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 230, 231, 233 oder 234.				
	Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 29, Pos. Ziff. 60 und Pos. Ziff. 61.				
239	Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten	20		13,40	10,72
240	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	11		7,37	5,90

#### Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
300	Kolposkopie - kann maximal so oft abgerechnet werden, wie die Pos. Ziff. 314 im selben Quartal honoriert wird.	14		9,38	7,50
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 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht verrechenbar zur bloßen Rezeptausstellung	15		10,05	8,04
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	10		6,70	5,36

303	Skarifikation der Portio (einmal pro Patient und Jahr verrechenbar)	20		13,40	10,72
304	Abrasio mucosae (histolog. Befund erforderlich)	60	R II	52,26	41,81
305	Dilatation der Cervix uteri (ohne besondere Begründung einmal alle sechs Monate verrechenbar)	12		8,04	6,43
306	Chirurgisch-elektrotherapeutische Maßnahmen an der Portio nach jeder Methode	24	R I	26,13	20,90
308	Exstirpation kleiner Geschwülste (histologische Befunde erforderlich), je Sitzung	90	R III	85,09	68,07
310	Chemische Untersuchung des Harnes, in maximal 11 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	6		4,02	3,22
313	Vaginale Abstrichnahme und Sekretbefundung, pro Sitzung	13		8,71	6,97
314	Endo- und ekto-cervikale Abstrichnahme zur zytologischen Untersuchung, pro Sitzung	9		6,03	4,82
315	Eingehende individuelle Beratung bei besonderem Aufklärungs- und Informationsbedarf In maximal 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	20		13,40	10,72
<p><i>Erläuterung:</i> Verrechenbar bei besonderem Gesprächsbedarf mit Patientinnen, auch unter zusätzlicher Einbeziehung von Bezugspersonen inkl. Partnerinnen/Partnern, der sich in Zusammenhang mit der Aufklärung und der Information für Untersuchungen und/oder Therapieverläufen ergibt. Die Gesprächsinhalte sind, zumindest in Stichworten, zu dokumentieren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Pro Tag und Patientin nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 90, Pos. Ziff. 91, Pos. Ziff. 332 und Pos. Ziff. 333“</p>					
316	Gynäkologischer Ultraschall (transabdominal und/oder vaginal), inkl. Dokumentation der Untersuchung sowie bei Pathologien auch Bilddokumentation. Eine transvaginale sonographische Zervixlängenmessung ist als gynäkologischer Ultraschall zu werten. Maximal einmal pro Tag und Patientin verrechenbar. Ausbildungsnachweis und Nachweis der apparativen Voraussetzung erforderlich. Mit dieser Position sind jegliche Untersuchungen mittels verschiedener Ultraschalltechniken (somit auch Dopplersonographie und 3D-/4D-Ultraschall) abgegolten, sofern diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind.	40		26,80	21,44
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45	R I	40,20	32,16
321	Probeexcision (histolog. Befund erforderlich)	60	R II	52,26	41,81
325	Ärztliche Beratung zur Krebsvorsorge und Früherkennung, insbesondere für Brust- und Eierstockkrebs. Dies inkludiert insbesondere die Ersteinschätzung des familiären Risikos und/oder die Beratung bezüglich Inanspruchnahme des BrustkrebsFrüherkennungsprogrammes sowie im Bedarfsfall die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Mammae. Maximal einmal pro Kalenderjahr und Frau in maximal 30 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar	7		4,69	3,75
330	Abstrichnahme für Sekretkulturuntersuchung, pro Sitzung, in 6 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	10		6,70	5,36
331	Endocervicale Abstrichnahme für HPV- und Chlamydiennachweis, pro Sitzung, in 8 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	10		6,70	5,36
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.	20		13,40	10,72

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



333	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, in 5 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 90 am selben Tag ist nicht zulässig.	20		13,40	10,72
	Mögliche Inhalte des Beratungsgesprächs sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen - STDs (zB HIV, HPV, Hep.B,...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaft, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.				
340	Fachspezifischer Zuschlag für frauenärztliche Ordination, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	11		7,37	5,90
342	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15		10,05	8,04

### Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
x 401	Audiometrie (Tympanometrie), nur verrechenbar	38		25,46	20,37
	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				
x 402	Sprachaudiogramm nicht in gleicher Sitzung mit Pos. Ziff. 444 verrechenbar	30		20,10	16,08
403	Vestibularisprüfung	15		10,05	8,04
404	Kaustik an der Nasenschleimhaut, nur einmal pro Tag verrechenbar, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 414 verrechenbar	24	R I	26,13	20,90
405	Otomikroskopie in maximal 76 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar	8		5,36	4,29
407	Einseitige erste Nasennebenhöhlenspülung einschließlich Punktion	24	R I	26,13	20,90
408	Jede weitere Spülung einschließlich Punktion, je Seite	12	R I	18,09	14,47
409	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite	4		2,68	2,14
410	Entfernung von kl. Polypen aus dem Nasen und Rachenraum	30	R I	30,15	24,12
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	85,09	68,07
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24	R I	26,13	20,90
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24	R I	26,13	20,90
414	Verätzung des Locus Kiesselbach, je Seite (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 404 verrechenbar)	5		3,35	2,68
	<u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.				
416	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen und Ohr, verrechenbar in maximal 5 % der Fälle pro Quartal	18		12,06	9,65
420	Phoniatische Behandlung, je Sitzung	10		6,70	5,36
421	Probeexcision aus dem Rachen (histolog. Befund erforderlich)	15		10,05	8,04
423	Abschwellung der Nase, einmal pro Sitzung verrechenbar	2		1,34	1,07
425	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70	R II	58,96	47,17

426	Probeexcision mit Naht (histologischer Befund erforderlich)	60	R II	52,26	41,81
427	Endoskopie der Nase	14	R I	19,43	15,54
428	Oberflächenanästhesie nach jeder Methode	1		0,67	0,54
429	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutan-Testung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal <b>5 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff	2		1,34	1,07
<i><u>Erläuterungen:</u> Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick-, oder Intracutan-Testung verrechenbar</i>					
432	Otoakustische Emissionen. Verrechenbar in <b>9 %</b> der Fälle pro Quartal	24		16,08	12,86
433	Endoskopie des Larynx	20	R I	23,45	18,76
434	Endoskopie der Nasennebenhöhle	20	R I	23,45	18,76
435	Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung). In maximal <b>2 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar	15		10,05	8,04
436	Flexible Endoskopie der oberen Atemwege. In maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 427, 433 und 434 verrechenbar.	69	R II	58,29	46,63
437	Allergologische Exploration; in maximal <b>15 %</b> der Fälle, pro Arzt/Ärztin und Quartal verrechenbar	14		9,38	7,50
440	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	7		4,69	3,75
442	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In <b>20 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15		10,05	8,04
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		6,70	5,36

#### Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
500	Dunkelfelduntersuchung	18		12,06	9,65
501	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	8		5,36	4,29
502	Excision eines Hauttumors inklusive Naht; mit Ausnahme der Pos.Ziff. 503 abgegoltene 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	58,96	47,17
503	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70	R II	58,96	47,17
504	Kaustik (ausgenommen Warzenentfernung), jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10		6,70	5,36
505	Hautstanzung, diagnostisch (histolog. Befund erforderlich)	30		20,10	16,08
506	Exstirpation von Hauttumoren, je Sitzung	33		22,11	17,69
507	Kryotherapie (ausgenommen Chloraethyl) jedoch maximal viermal je Sitzung verrechenbar	10		6,70	5,36
508	Pilzbefund	12		8,04	6,43

509 Gonokokken-Kultur (Durchführung und Auswertung mittels Fertignährböden und spezieller Indikatoren)	10		6,70	5,36
511 Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	30	R II	32,16	25,73
x 512 Sekretuntersuchung	7		4,69	3,75
x 513 Kombinierte Sekretuntersuchung (mehrfache Sekretuntersuchung in Nativ- und Färbepreparat oder Färbepreparatuntersuchung mehrfach)	9		6,03	4,82
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	2		1,34	1,07
<i><u>Erläuterungen:</u></i> Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.				
516 Abnahme von Untersuchungsmaterial (zB Sekret, Eiter) für mikrobiologische Untersuchungen	3		2,01	1,61
517 Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband	25		16,75	13,40
<i><u>Erläuterung:</u></i> Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.				
518 Unblutige Reposition der Paraphimose	15		10,05	8,04
519 Verband bei Verbrennungen, Dermatitis oder Ekzem In maximal 5 % der Fälle pro Arzt pro Quartal verrechenbar.	17		11,39	9,11
520 Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45	R I	40,20	32,16
521 Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60	R II	52,26	41,81
524 Rheographie (LRR, PPG)	25		16,75	13,40
525 Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom); einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 538 verrechenbar	33		22,11	17,69
526 Phototherapie mit UVB 1. – 16. Behandlung, je	9		6,03	4,82
527 ab der 17. Behandlung, je	6		4,02	3,22
528 Photochemotherapie 1. - 4. Behandlung, je	15		10,05	8,04
529 5. - 16. Behandlung, je	13		8,71	6,97
530 ab der 17. Behandlung, je	10		6,70	5,36
Die Pos. Ziff. 526, 527, 528, 529 und 530 können nur von jenen Vertragsfachärzten 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	52,26	41,81
532 Perforantendiscision nach Feuerstein mit Ligatur der Venae Perforantes	70	R II	58,96	47,17
533 Ambulante Phlebektomie	60	R III	64,99	51,99
534 Operative Entfernung kleiner Geschwülsten pro Lid	40		26,80	21,44
535 Allergologische Exploration; in maximal 22 % der Fälle, pro Quartal verrechenbar.	14		9,38	7,50

536	Versorgung einer Wundrandnekrose bei chronischen Wunden. Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. Ziff. 76 und 78	23	15,41	12,33
537	Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten	20	13,40	10,72
538	Auflichtuntersuchung; verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Jahr. Nicht am selben Tag wie Pos. Ziff. 525 verrechenbar.	27	18,09	14,47
540	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Quartal verrechenbar.	8	5,36	4,29
542	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15	10,05	8,04

<b>Fachgebiet Innere Medizin</b>					
<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Regie- zuschlag</b>	<b>Betrag in Euro</b>	<b>davon 80 %</b>
600	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35		23,45	18,76
602	Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 600 verrechenbar	6		4,02	3,22
603	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett	58		38,86	31,09
605	Periartic. Infiltration	15		10,05	8,04
x 606	Chemische Untersuchung des Harns (Streifenfest 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		4,02	3,22
608	Kleine Spirometrie mit Flussvolumendiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) verrechenbar zur 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 Fachärztin/ einem Facharzt bzw. einer Gruppenpraxis für Lungenerkrankungen nur mit besonderer Begründung zulässig.	20		13,40	10,72
x 610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli			6,00	4,80
	Erläuterungen: 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 Vertragsärztin/vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen				
x 611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild			6,00	4,80
	Erläuterungen: 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 Vertragsärztin/vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen				
612	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15		10,05	8,04
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen.	12		8,04	6,43

615	Internistisches Heilmittelberatungsgespräch Aktualisierung sowie Optimierung der gesamten internistischen Medikation Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden: a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverrechnung zu vermeiden. und/oder b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstigere Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder c) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil). Die Grundsätze der Heilmittelökonomie sind dabei zu berücksichtigen. Erläuterung: Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 – 10 Minuten zu dauern. Die Ärztin/der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist zumindest in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.	20	13,40	10,72
	Maximal einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.		0,00	0,00
x 625*	Rheographie (Lichttheographie)	25	16,75	13,40
627*	Bestimmung der Druckindizes bei klinischen Hinweis zur Diagnostik arterieller Durchblutungsstörungen von peripheren Arterien (mittlere arterielle Plethysmographie und/oder Oszillographie, und/oder Dopplerdruckmessung)	30	20,10	16,08
628*	Venöse Verschlussplethysmographie: zur klinischen Verifizierung eines venösen Strombahnhindernisses. Die Pos. Ziff. 625, 627 und 628 können nur von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere angiologische Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Durchführung (Verrechnung) dieser Leistungen ermächtigt wurden.	30	20,10	16,08
			0,00	0,00
629	Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Quartal verrechenbar.  Neben dieser Position sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Die Pos. Ziff. 629 wird nur solchen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die eine Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.  Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichterometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer coronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardimyopathien und Vitien, weiters bei Coronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.	105	70,35	56,28
*) 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	89,78 120,60	71,82 96,48

*) 631	Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien	187	R V	189,61	151,69
	Diese Position ist nur bei Erreichen des Zökums verrechenbar, welches bildlich zu dokumentieren ist (Fotodokumentation).				
	Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer gem. § 126 Abs. 4 Z 4 ÄrzteG über die Durchführung von gastrointestinalendoskopischen 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")				
620	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien	120	RV	144,72	115,78
	Diese Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung sowie bei einem Abbruch vor Überschreiten der flexura colica sinistra, ist nur die Pos. Ziff. 621 verrechenbar. Das Erreichen der flexura colica sinistra ist bildlich zu dokumentieren (Fotodokumentation). Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 621 oder 631 am gleichen Tag.				
621	Sigmoidoskopie inkl. allfällig notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allfälliger Pathologien	120	RV	144,72	115,78
	Diese Position ist nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen eine vollständige Koloskopie gemäß Pos. Ziff. 631 nicht indiziert ist, sondern lediglich eine Darmuntersuchung bis zum Colon sigmoideum geplant und durchgeführt wird oder bei einem ungeplanten Abbruch einer Koloskopie vor Erreichen der flexura colica sinistra. Nicht verrechenbar mit Pos. Ziff. 620 oder 631 am gleichen Tag. *) Die Pos. Ziff. 630, 631, 620 und 621 können nur von jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechnet werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung dieser Positionen ermächtigt wurden. Diese Ermächtigung für die Pos. Ziff. 631, 620 und 621 setzt voraus, dass die Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte in zumindest <b>90 %</b> ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie durchführen, in dem das Zökum erreicht wird. Wird diese Voraussetzung in einem Zeitraum von vier Quartalen nicht erfüllt, kann die Ermächtigung unter Berücksichtigung vorliegender medizinischer Gründe von Kammer und Kasse entzogen werden.“				

622	Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel).	145	97,15	77,72
	<p>Diese Position inkludiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)</li> <li>• Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring. Die Patientin/der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.</li> <li>• Ausführliche und dokumentierte Aufklärung der Patientin/des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation</li> </ul> <p>Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag; nur verrechenbar gemeinsam mit Pos. Ziff. 620, 621, 630 oder 631. Nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. Ziff. 29, Pos. Ziff. 60 und Pos. Ziff. 61.“</p>			
633	Langzeit EKG, verrechnet in maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)	117	78,39	62,71
	<p>Das Langzeit-EKG ist nur von jenen Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar, die dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.</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>			
634	Zuschlag für internistische Langzeitbetreuung antikoagulierter Patienten, in maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
636	Schilddrüsenonographie und Nebenschilddrüse. Einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar. Die Verrechenbarkeit der Leistung ist mit <b>10 %</b> der Fälle Quartal, bei Vertragsfachärztinnen/ Vertragsfachärzten mit Additivfach Endokrinologie mit <b>12 %</b> der Fälle pro Quartal limitiert.		23,62	18,90
	<p>Die Schilddrüsenonographie wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die</p>			
637	Endoskopische Entfernung eines Polypen aus dem Intestinaltrakt als Zusatzeingriff bei der Koloskopie, der Sigmoidoskopie oder einer abgebrochenen Koloskopie. Fotodokumentation und/oder Histologie-Befund des Polypen erforderlich. Nur verrechenbar mit Pos. Ziff. 631, 620 oder 621 (auch mehrfach). Ebenso sind alle Pathologien zu dokumentieren (insbesondere Polypen und abgetragene Polypen).	96	64,32	51,46

639	Abdomineller Ultraschall (Gallenblase, Leber und Gallenwege, Milz, Pankreas, Nieren und Retroperitoneum) einschließlich Befunderstellung und Dokumentation, pro Patient und Tag einmal verrechenbar.	65	43,55	34,84
	Die Verrechenbarkeit dieser Untersuchung ist mit <b>30 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal beschränkt. Der abdominelle Ultraschall wird nur jenen Vertragsfachärzten für Innere Medizin honoriert, die 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			
640	Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	7	4,69	3,75
DDA*	Doppler-Duplexsonographie der peripheren Arterien zur exakten Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen. Nur bei Vorliegen pathologischer Ergebnisse aus Pos. Ziff. 627 oder bei vorhergegangenen chirurgischen und/oder perkutanen Gefäßeingriffen oder bei bekannten Aneurysmen der Iliacofemoropoplitealen Strombahn verrechenbar. Verrechenbar für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten oder Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung	75	50,25	40,20
DDV*	Doppler-Duplexsonographie der peripheren Venen.	75	50,25	40,20
	Verrechenbar bei klinischem Verdacht auf eine akute Venenthrombose, bei der sich auf Grund der Einschätzung mittels Wells-Score, Autar-DVT-Skala oder vergleichbaren Verfahren eine dringende Indikation für die Durchführung der DopplerDuplexsonographie ergibt (z.B. hohe Thrombosewahrscheinlichkeit im Wells-Score) oder vor einer geplanten Varizen-Operation, sofern diese sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig ist.			
	Verrechenbar für Vertragsärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/-Internisten oder Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung *) Die Pos. Ziff. DDA und DDV sind zusammen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Angiologie bzw. mit vor 1.4.2009 angiologisch tätigen Internistinnen/Internisten in maximal <b>35 %</b> der Fälle pro Quartal, für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie bei Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit an einer angiologischen Spezialabteilung in maximal <b>10 %</b> 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.			
643	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.		58,14	46,51
	Die Pos. Ziff. 643 kann nur von angiologisch tätigen Internisten mit Ausbildungsnachweis (künftig nur Verrechnungsberechtigung für angiologisch ausgebildete Internisten [Additivfach Angiologie]) verrechnet werden. Die Positionen sind zusammen in maximal <b>22 %</b> der Fälle pro Arzt 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.			



644	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmolysetest)	20	13,4	10,72
645	Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)		34,49	27,59
646	Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdopplersonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:		80,00	64,00

- 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 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte mit Additivfach Kardiologie mit maximal **42 %**, für alle übrigen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Innere Medizin mit maximal **24 %** 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.

#### Fachgebiet Lungenkrankheiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
700	EKG mit 12 Ableitungen (I,II,III, aVR, aVL, aVF, V1-V6), in maximal <b>3 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar	35		23,45	18,76
703	CRP inkl. Blutabnahme, verrechenbar in <b>2 %</b> der Fälle pro Quartal, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar	16		10,72	8,58
706	Kleine Spirometrie mit Flussvolumendiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25)	22		14,74	11,79
707	Durchleuchtung mittels elektronischer Geräte Die Pos. Ziff. 707 kann nur von jenen Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.	30		20,10	16,08
708	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmolysetest)	23		15,41	12,33
709	Unspezifische Provokation sowie nachfolgende Broncholyse, höchstens in <b>20 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	23		15,41	12,33
710	Bestimmung der Atemwegwiderstände	10		6,70	5,36

711	<p>Ambulante Polygraphie-Diagnostik entsprechend den gültigen Empfehlungen der Österreichisch Gesellschaft für Pneumologie, verrechenbar in maximal <b>8 %</b> 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.</p> <p>Zu untersuchen sind jedenfalls Sauerstoffsättigung, Atemfluss, Atemexkursionen, Schnarchgeräusch, Körperlage und Pulsfrequenz (optional 1-Kanal-EKG)</p> <p>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 Untersuchungs Nächte), 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 Vertragsfachärztinnen /Vertragsfachärzten für Lungenkrankheiten verrechnet werden, für die eine Meldung an die Kasse über die Verwendung eines entsprechenden Gerätes ergangen ist.</p>	96	64,32	51,46
712	<p>Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar</p>	15	10,05	8,04
713	<p>Blutgasanalyse in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe.</p> <p>Alle Untersuchungen zusammen können in maximal <b>31 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden.</p>	65	43,55	34,84
715	<p>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.</p> <p>In maximal <b>5 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar - je Stoff</p> <p><i>Erläuterungen:</i> Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan- oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar</p>	2	1,34	1,07
720	<p>Raucherberatung mit Ziel der Entwöhnung. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar. In maximal <b>20 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar</p>	19	12,73	10,18
721	<p>Bodyplethysmographie - statische Lungenvolumina in maximal <b>39 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p>	33	22,11	17,69
722	<p>Ausführliches pulmo-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bzw. deren/dessen Sachwalterin/Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.</p> <p>Das pulmo-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p>	20	13,40	10,72
740	<p>Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar</p>	8	5,36	4,29

#### **Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin**

Soweit die für die von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin verrechenbaren Sonderleistungen besondere Verrechnungsbestimmungen bezogen auf Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie bzw. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Psychiatrie enthalten, gelten diese Bestimmungen für Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte gemäß der von den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten 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 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte, 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	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
750	Elektrische Prüfung der Muskelerregbarkeit			13,20	10,56
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	17,95
752	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar			9,90	7,92
753	Betreuung einer Psychose (nur einmal im Quartal verrechenbar)			29,70	23,76
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	24,29
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	7,92
757	Erstellung eines kompletten neurologischen Status, einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung.  Pos. Ziff. 757 kann von Fachärzten für Psychiatrie nur in <b>15 %</b> der Fälle pro Quartal verrechnet werden.			19,80	15,84
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 Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie verrechenbar, die 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			60,72	48,58
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	16,90
760	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) in maximal <b>2 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 760 ist mit keiner anderen fachspezifischen Sonderleistungsposition und Pos. Ziff. 90 verrechenbar.			71,28	57,02
761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar.			26,40	21,12
762	Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)			47,52	38,02
763	EMG-Untersuchung			47,52	38,02

764	EMG und ENG-Untersuchung	76,56	61,25
	<p>Die Pos. Ziff. 762, 763 und 764 wird nur jenen Vertragsfachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden.</p> <p>Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit <b>10 %</b> der Fälle pro Arzt 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</p>		
765	Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status, einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung; von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Psychiatrie in <b>45 %</b> der Fälle pro Quartal, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in <b>5 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar	19,80	15,84
	<p>Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewusstseinslage</li> <li>2. Orientiertheit</li> <li>3. Mnetische Leistungen und Konentration</li> <li>4. Denkvermögen</li> <li>5. Antrieb</li> <li>6. Stimmungslage</li> <li>7 Affektivität</li> </ol> <p>Pos Ziff. 765 kann nicht gleichzeitig mit den Pos. Ziff. 90 und 91 verrechnet werden.</p>		
766	Psychometrische Verfahren, zB Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren. Einmal pro Quartal und Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung.	14,52	11,62
	<p>Pos. Ziff. 766 kann von Fachärzten für Neurologie in <b>28 %</b> der Fälle, von Fachärzten für Psychiatrie in <b>5 %</b> der Fälle verrechnet werden.</p>		
767	Diagnostische Vestibularisprüfung von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in <b>8 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar	9,90	7,92
768	Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung) von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in <b>8 %</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar	9,90	7,92
769	Orthostaseprüfung nach Schellong, von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie in <b>8 %</b> Fälle verrechenbar	5,94	4,75
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 Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten mit Verrechnungsschwerpunkt Neurologie verrechenbar in <b>20 %</b> der Fälle	13,20	10,56
771	Dopplersonographische Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation	29,07	23,26
772	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inkl. Dokumentation	29,07	23,26

773	Duplexsonographie des Carotisvertebralis-arteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation	58,14	46,51
	Die Pos. Ziff. 771, 772 und 773 sind zusammen in maximal <b>20 %</b> der Fälle pro Arzt 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.		
780	Elektroenzephalographische Untersuchung - EEG	43,56	34,85
	Verrechenbar in <b>25 %</b> der Fälle pro 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 Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden.		
790	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	4,62	3,70

### Neurologie

Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte 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	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
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.	48		32,16	25,73
N2	<del>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar</del> 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		21,44	17,15
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		30,15	24,12

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 <b>2 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar	108	72,36	57,89
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	43	28,81	23,05
N6 Partieller neurologischer Status zur Therapie oder Verlaufskontrolle. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen.  In maximal <b>3 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	25	16,75	13,40
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 <b>20 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	20	13,40	10,72
N8 Diagnostische Vestibularisprüfung.  In maximal <b>8 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	15	10,05	8,04
N9 Therapeutisches Lagerungsmanöver (d.h. bei Vorliegen eines vestibulären Schwindels oder bei Vorliegen eines pathologischen Befundes nach diagnostischer Vestibularisprüfung)  In maximal <b>8 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	15	10,05	8,04
N10 Orthostaseprüfung nach Schellong  In maximal <b>8 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	9	6,03	4,82
N11 Erstellung eines psychopathologischen Status.  Dieser umfasst: 1. Orientierung, 2. Auffassung und Wahrnehmung, 3. Stimmung, 4. Affekt, 5. Antrieb, 6. Ductus – formal/inhaltlich, 7. Mnestic, 8. Selbst- und/oder Fremdgefährdung.  In maximal <b>20 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar	30	20,10	16,08

N12 Psychometrische Verfahren, z.B. Mini-Mental-Status (MMSE) bzw. andere geeignete Verfahren.	22	14,74	11,79
<p>Einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar, mehrmalige Verrechnung nur mit ausführlicher medizinischer Begründung, in maximal <b>28 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. N13 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig.</p>			
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	14,74	11,79
<p>Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine MMSE durchgeführt wird, die im Zusammenhang mit der Verordnung eines Antidemtivums (jene HM aus der ATC-Gruppe N06D oder entsprechende Nachfolgekodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist.</p> <p>Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar.</p> <p>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. N12 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten</p>			
N14 Nervenleitgeschwindigkeit (ENG)	72	48,24	38,59
N15 EMG-Untersuchung	72	48,24	38,59
N16 EMG und ENG-Untersuchung	116	77,72	62,18
<p>*) Die Pos. Ziff. N14, N15 und N16 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Neurologie honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistungen ermächtigt wurden.</p> <p>Die Verrechenbarkeit dieser Leistungen ist mit <b>10 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt 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.</p> <p>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)</p>			
N17 Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive der dopplersonographischen Untersuchung der supraorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Untersuchung des Carotisvertebralisarteriensystems inklusive Dokumentation.		59,40	47,52
<p>Die Pos. Ziff. N17 ist in maximal <b>20 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt 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</p>			

N18	Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG	66	44,22	35,38
	Verrechenbar in <b>25 %</b> 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			
N19	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen.	20	13,40	10,72
	Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar			
N20	Fachspezifischer Zuschlag	10	6,70	5,36
	Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar			

### Psychiatrie

Dieser Tarif ist abrechenbar für alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte 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	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
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.	48		32,16	25,73
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		48,24	38,59



<p>P3 Erstellung eines kompletten psychopathologischen Status.</p> <p>Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewusstseinslage</li> <li>2. Orientierung</li> <li>3. Mnestiche Leistungen und Konzentration</li> <li>4. Denken</li> <li>5. Antrieb</li> <li>6. Stimmungslage</li> <li>7. Affekte</li> </ol> <p>Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.</p> <p>In maximal <b>69 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P5, P11, P14, P16, verrechenbar.</p>	30	20,10	16,08
<p>P4 Mini-Mental State Examination (MMSE):</p> <p>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.</p> <p>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 Nachfolgekodierungen, bei denen eine Kontrolluntersuchung mittels MMSE durch die Fachärztin/den Facharzt gemäß EKO vorgesehen ist) erforderlich ist.</p> <p>Diese Position ist zweimal pro Jahr pro Patientin/Patient verrechenbar.</p> <p>Die gleichzeitige Verrechnung mit Pos. Ziff. P8 am selben Tag aus dem Titel der MMSE bei derselben Patientin/beim selben Patienten ist unzulässig.</p>	22	14,74	11,79
<p>P5 Psychopathologischer Folgestatus. Die Durchführung umfasst alle Beurteilungskriterien von Pos. Ziff. P3. Das Ergebnis muss dokumentiert werden und allfällige Verlaufsänderungen umfassen.</p> <p>Verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag.</p> <p>Nicht am selben Tag verrechenbar mit Pos. Ziff. P3, P11, P14, P16 und P17</p>	14	9,38	7,50
<p>P6 Erstellung eines kompletten neurologischen Status.</p> <p>Die Durchführung umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.</p> <p>Verrechenbar pro Quartal in maximal <b>15%</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P7, P14 und P16 verrechenbar.</p>	30	20,10	16,08
<p>P7 Partieller neurologischer Status zur Therapie- und Verlaufskontrolle, z.B. zur Überprüfung von neurologischen Nebenwirkungen in Folge einer medikamentösen Behandlung.</p> <p>Maximal in <b>10 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P6 und P14 verrechenbar</p>	11	7,37	5,90

<p>P8 Kleine Psychodiagnostik:</p> <p>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.</p> <p>Große Psychodiagnostik:  z.B. HAMD bzw. diagnosespezifische vergleichbare Tests.  Für die große Psychodiagnostik ist diese Position zweimal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar.</p> <p>Die beiden Unterpositionen sind in gemeinsam maximal <b>8 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p>	22	14,74	11,79
<p>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.</p> <p>Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal <b>33 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p>	33	22,11	17,69
<p>Nicht am selben Tag mit Pos Ziff. P12 und P14 verrechenbar</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>Die Positionen P9 und P10 sind insgesamt in maximal <b>33 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar</p>	33	22,11	17,69
<p>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.</p> <p>In maximal <b>2 %</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14, P17 und Pos. Ziff. 90 verrechenbar.</p>	162	108,54	86,83

<p>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.</p> <p>Maximal sechsmal pro Tag und Patientin/Patient und insgesamt in maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P9, P11, P14 und 90 verrechenbar</p>	40	26,80	21,44
<p>P13 Ausführlicher psychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)</p> <p>Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Ämter, Institutionen. Ausfolge im Einverständnis mit Obsorgeberechtigten und/oder Patientin/Patienten.</p> <p>Pro Patientin/Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 15 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. P15 verrechenbar.</p>	60	40,20	32,16
<p>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.</p> <p>Maximal sechsmal pro Koordinationstreffen (Helferkonferenz) verrechenbar. Maximal zwei Koordinationstreffen (Helferkonferenz) pro Patientin/Patient und Kalenderjahr verrechenbar.</p> <p>In maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>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</p>	36	24,12	19,30
<p>P15 Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheits-einrichtungen.</p> <p>Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar</p>	15	10,05	8,04
<p>P16 Komplexe psychiatrische Intervention in der Gruppe.  Durchschnittliche Teilnahme von 4 bis 5 Patientinnen/Patienten.  Richtzeit 45 Minuten.</p> <p>Maximal zweimal pro Tag und Patientin/Patient verrechenbar.  In maximal 1 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P5, P6, P7, P14 und 90 verrechenbar</p>	40	26,80	21,44
<p>P17 Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken.</p> <p>Maximal zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P1, P2, P3, P4, P5, P11 und 90 verrechenbar</p>	40	26,80	21,44

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 <b>21%</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. P17 verrechenbar	10	6,70	5,36
P19 Fachspezifischer Zuschlag, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	5	3,35	2,68

### Fachgebiet Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
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		12,06	9,65
801	Varicenverödung, je Injektion, maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfters jeweils nur mit besonderer medizinischer Begründung	8		5,36	4,29
804	Behandlung der angeborenen Hüftgelenksdysplasie nach allen Methoden, pro Quartal	160		107,20	85,76
806	Modellverbände für 2 Füße, für ein Mieder oder ein Gliedmaß (vom Facharzt persönlich angefertigt)	22		14,74	11,79
807	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70	R II	58,96	47,17
808	Operation von tiefer gelegenen Geschwülsten (zB Adenoma mammae, großes Lipom, Hygrom, Ganglion, Rectal-Polyp), operative Entfernung tiefer gelegener Fremdkörper, je Sitzung pro Region	110	R III	98,49	78,79
809	Orthop. Operation an Sehnen (Verlängerung, Raffung)	100	R IV	100,50	80,40
811	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 und 816 verrechenbar)	30	R II	32,16	25,73
812	Kleinere ambulante orthopädische Operation an Fingern und Zehen (zB 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	107,20	85,76
814	Orthopädische Beratung und Turnanleitung, in maximal <b>21 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	12		8,04	6,43
816	Operation eines tiefgreifenden Abszesses (z.B. Schwielenabszess, Halluxbursitis), eines Panaritiums jeder Art (nicht mit Pos. Ziff. 811 verrechenbar)	45	R II	42,21	33,77

817	Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband	25		16,75	13,40
	<i>Erläuterung:</i> Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.				
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		26,80	21,44
819	Orthopädische Manualdiagnose und/oder -therapie, maximal einmal pro Sitzung und Region sowie maximal fünfmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	24		16,08	12,86
821	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60	R II	52,26	41,81
822	Narbenkorrektur durch Excision	30	R II	32,16	25,73
825	Objektive Prüfung und Dokumentation der Sensibilität (und gegebenenfalls der Motorik) der segmentalen und peripheren Innervation	24		16,08	12,86
827	Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten	20		13,40	10,72
829	Kurative Sonographie der Säuglingshöften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Die kurative Sonographie der Säuglingshöften wird nur jenen Vertragsfachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie 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.			29,07	23,26
840	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	10		6,70	5,36
842	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar. In 5 % der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar.	15		10,05	8,04

#### Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie-zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
850	Diagnostische Abklärung und Untersuchung.	178		119,26	95,41
	Umfasst die nach den Erfordernissen des jeweiligen Behandlungsstatus ausführliche Eigen- und Fremdanamnese und Diagnoseerstellung, Kinder- und jugendpsychiatrische Exploration, Verkaufskontrolle 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 dreimal pro Sitzung, maximal sechsmal pro Patientin/Patient und Quartal. Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 851, 860, 862, 863,864, 865, 866, 867 und 869 verrechenbar				

851	Eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Folgeuntersuchung	92	61,64	49,31
	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 dreimal pro Sitzung, Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 860, 863, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar			
852	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	83	55,61	44,49
	Psychopatholog. Status umfasst: Noo- und Thymopsychie bei 0-18-jährigen, Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS): Achse 1 - klinisch-psychiatrisches Syndrom Achse 3 - Interelligenzniveau Achse 5 - assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände			
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar			
853	Neurologischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	43	28,81	23,05
	Umfasst Motorik, Sensibilität, Tonus, Trophik, Koordination, EPS (bei von Antipsychotika)			
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 854 und 860 verrechenbar			
854	Entwicklungsneurologischer Status bei kinderpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	99	66,33	53,06
	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			
855	Einfacher somatischer Status (AZ, EZ, Blutdruck, Puls, Turgor) bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten.	17	11,39	9,11
	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 856 und 860 verrechenbar			
856	Ausführlicher somatischer Status bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	50	33,50	26,80
	Ausführlicher Status: zusätzlich Beurteilung von Caput, Collum, Cor, Pulmo, Abdomen, Extremitäten			
	In maximal <b>30 %</b> der Fälle pro Quartal			
857	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	109	73,03	58,42
	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 <b>50 %</b> der Fälle pro Quartal, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 860 und 862 verrechenbar			
858	Erstmalige Anlage eines Somatogramms	20	13,40	10,72
	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 859 verrechenbar			

859	Fortführung eines Somatogramms (bei jedem Kontakt)  z.B. bei Essstörungen, Medikationsmonitoring (Neuroleptika, AD, Stimulanzien etc.) etc.; umfasst u.a. bei Folgeuntersuchung: Gewicht, BMI	12	8,04	6,43
860	Richtzeit 10 Minuten, nicht gemeinsam mit 858 verrechenbar Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) einmal pro Diagnose  Richtzeit 60 Minuten, maximal 3x pro Sitzung, in maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Quartal Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850 bis 857, 861, 862, 864, 865, 866 und 867 verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen und Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der	178	119,26	95,41
861	Fremdanamnese  i.d.R. Befassung mehrerer Stellen, inkl. Befundstudium  Richtzeit 15 Minuten, maximal 4 x pro Tag, nicht gemeinsam mit 860 verrechenbar	50	33,50	26,80
862	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik  Bis zum vollendeten 10. Lj der Patientin/des Patienten Neuropsychologisches Entwicklungsscreening, DenverEntwicklungsskalen, Münchner Funktionelle Entwicklungsskalen, ET 6-6, Ruf-Bächtiger-Test, SETK, Frostig- Entwicklungstest, etc.  Nicht gemeinsam mit 850, 857, 860 und 863 verrechenbar	265	177,55	142,04
863	EEG bei psychiatrisch auffälligen Kindern  Verrechenbar in <b>10%</b> der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, wobei Fälle, die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen werden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für dies Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer 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.	121	81,07	64,86
864	Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 851 und 862 verrechenbar Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung  z.B. bei Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung, abnormen Erregungszustand, Impulskontrollverlust, Angstüberflutung, Stupor, akuter Exazerbation des Krankheitsbildes, etc.  Richtzeit 90 Minuten, in maximal <b>10 %</b> der Fälle pro Quartal Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 851, 852, 854, 860, 865, 866 und 867 verrechenbar	265	177,55	142,04
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 850, 851, 852, 860, 864, 866 und 867 verrechenbar	89	59,63	47,70
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	44,89	35,91

867	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (mind. 3 Patientinnen/Patienten, max. 5 Patientinnen/Patienten)	47	31,49	25,19
	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 zweimal pro Sitzung Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 850, 851, 852, 860 und 864 bis 866 verrechenbar			
868	Gespräch mit Bezugsperson (ohne Einbeziehung der Patientin/des Patienten)	89	59,63	47,70
	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			
869	Psychoedukation bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen/Patienten	47	31,49	25,19
	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 850 verrechenbar			
870	Koordinationstätigkeit	33	22,11	17,69
	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			
871	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	178	119,26	95,41
	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 <b>10%</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar			
872	Ausführlicher Kinder- und jugendpsychiatrischer Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	80	53,60	42,88
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Amt für Jugend und Familie. Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsergeberechtigten und/oder Patientin/Patienten.  Pro Patientin/Patient 1 x pro Halbjahr, nicht gemeinsam mit 873 verrechenbar			
873	Kurzbefund mit Diagnose und Behandlungsplan	20	13,40	10,72
	Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner: ärztliche Kolleginnen/Kollegen, Krisenzentren, WG, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen/Institutionen, Ausfolge im Einverständnis mit Eltern/Obsergeberechtigten und/oder Patientin/Patienten  Nicht gemeinsam mit 872 verrechenbar			
	Zusätzlich zu den Sonderleistungen aus dem Fachgebiet sind von Vertragsfachärztinnen/ Vertragsfachärzten für KJP folgende allgemeine Sonderleistungen aus dem Katalog der allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten verrechenbar: 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	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
900	Urethrocystoskopie	41		27,47	21,98
902	Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion aus den Ostien oder Uretersondierung	55	R II	48,91	39,13
903	Endovesicale und endourethrale Eingriffe	60	R III	64,99	51,99
904	Entfernung eines Urethralpolypen	90	R III	85,09	68,07
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. Ziff. 87 verrechenbar	7		4,69	3,75
x 907	Untersuchung des Harnsedimentes	6		4,02	3,22
908	Stricturedehnung; pro Sitzung nur einmal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung	15		10,05	8,04
909	Ausführliches uro-onkologisches Beratungsgespräch bei Krebs(verdachts)diagnose, zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bzw. dessen Sachwalterin/ Sachwalter/Vormund. Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Das uro-onkologische Beratungsgespräch ist in maximal <b>10%</b> der Fälle pro Quartal verrechenbar.	20		13,40	10,72
910	Meatusstenose 1. Dehnung	15		10,05	8,04
911	Meatusstenose scharf erweitert	25		16,75	13,40
912	Blasenpunktion	15		10,05	8,04
913	Evacuation der Blase b. Bluttamp.	30	R I	30,15	24,12
916	Verweilkatheter	13		8,71	6,97
917	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode (nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist)	12		8,04	6,43
918	Unblutige Reposition d. Paraphimose	15		10,05	8,04
919	Operation einer Phimose oder Paraphimose nach jeder Methode	48	R II	44,22	35,38
920	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45	R I	40,20	32,16
922	Therapeutische Instillation der Harnblase	45	R II	42,21	33,77
923	Lösung der Conglutination	15		10,05	8,04
924	Sekretuntersuchung, maximal in <b>20 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar	7		4,69	3,75
925	Biopsie der Prostata zwecks Zellenentnahme für zytologische Untersuchung	30	R I	30,15	24,12
926	Digitaler Palpationsbefund der Prostata (nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 47 verrechenbar)	5		3,35	2,68
927	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung (in maximal <b>30 %</b> der Fälle pro Arzt und Quartal verrechenbar). Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.	40		26,80	21,44
928	Urologische Schleimhautanästhesie (nur verrechenbar bei Pos. Ziff. 900, 902, 903, 908, 910, 911, 916 und 929)	7		4,69	3,75
929	Anlage bzw. Wechsel der suprapubischen Harnableitung	47		31,49	25,19
930	Operative Entfernung von Scrotal-/Penisatheromen, einmal je Sitzung verrechenbar in maximal <b>1 %</b> der Fälle pro Quartal, histologischer Befund erforderlich	70	R II	58,96	47,17
931	Scrotalvarizenverödung für akut blutende Varizen, verrechenbar in <b>1 %</b> der Fälle pro Quartal; ausgenommen kosmetische Gründe	8		5,36	4,29

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		12,73	10,18
935	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar.	15		10,05	8,04
938	Ultraschall gezielte Mehrfachbiopsie der Prostata (Punktionsnadeln als Ordinationsbedarf)	200	R III	158,79	127,03
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 Vertragsfachärzten für Urologie honoriert, die 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.	38		25,46	20,37
940	Fachspezifischer Zuschlag, einmal im Quartal verrechenbar	5		3,35	2,68

**IV. Regiezuschläge**

	Punkte
R I	15
R II	18
R III	37
R IV	50
R V *)	96

\*) 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.