

**TARIF
FÜR ALLGEMEINE
VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACHÄRZTE
Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde
AB 01.01.2022**

Punktwert: 0,67 €

Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal	Betrag in Euro	davon 80 %
Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr	57,50	46,00
Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	45,36	36,29
Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	44,15	35,32
Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	44,04	35,23
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	36,57	29,26
Im Falle von Vertretungen gemäß §§ 20, 21 und 22 des Gesamtvertrags vom 1. Jänner 2011 pro Anspruchsberechtigten und Quartal	Betrag in Euro	
Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	25,44	20,35
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	18,74	14,99

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
VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACHÄRZTE
Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde**

Gültig ab 01. Oktober 2020

Erläuterungen:

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

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

Definition für erste Hilfe:

Unter Erster Hilfe ist eine medizinisch dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen.

1. Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen.

2. Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Verrechnungsmodus

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

I. Ordinationen und Visiten

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 Uhr und 7 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/einzelner 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. | 27,50 | 22,00 |
|---|-------|-------|

Erläuterungen: Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Regie- zuschlag	Betrag in Euro	davon 80 %
36	Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.			55,00	44,00
	<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.				
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.			22,00	17,60
	<u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.				
	Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.				

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
--	-------	-------

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

Die Verrechnung von Pos Ziff. 3. oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

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	10,72
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	10	6,70	5,36
Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
8d Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10	6,70	5,36
8e Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10	6,70	5,36
8f Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
8g Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10	6,70	5,36
8h Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10	6,70	5,36
8i Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals	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

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

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

50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
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 (sowie Abschnitt V in der Kinder- und Jugendheilkunde) 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	
20 Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	2,68	2,144
24 Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln	20	13,40	10,72

Erläuterungen: 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.

38 Blutabnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	8,71	6,968
<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	3,752
<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	4,824
<i>Erläuterung:</i> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar			
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, 914, 919, 925 und sonst mit besonderer Begründung)	45	30,15	24,12
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

Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
90 Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 26 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: N1, N4. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.	20	13,40	10,72

- a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.
- 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 diagnostischtherapeutische 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 diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

91 Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/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 (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Zur Verrechnung sind alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde. 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. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
650 EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35	23,45	18,76
664 Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 650 verrechenbar	6	4,02	3,22
652 Phonokardiogramm	18	12,06	9,65
654 Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar	30	20,10	16,08
656 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

657	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode; nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist und im Streifenfest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischen Hinweis auf Infekt	10	6,70	5,36
658	Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden	22	14,74	11,79
660	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahl	13	8,71	6,97
661	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14	9,38	7,50
662	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)	20	13,40	10,72
663	Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar	19	12,73	10,18
665	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 9 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Jahr verrechenbar	12	8,04	6,43
	<u>Erläuterungen:</u> Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.			
669	Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar), einmal pro Patientin/Patient und Quartal abrechenbar	30	20,10	16,08
670	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutanestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar - je Stoff	2	1,34	1,07
	Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutanestung verrechenbar.			
Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
674	Ambulante Therapie (Erstellen von geeigneten individuellen diätischen Maßnahmen und Kontrolle der Durchführung, Protokolle der körperlichen Aktivität, Kontrolle des BMI) bei Adipositas oder Untergewicht, Ekzem, gastrointestinalen Erkrankungen, oder die ausführliche Ernährungsberatung bei Frühgeborenen, inklusive Dokumentation, verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, ein weiteres Mal in 30 % der honorierten Pos. Ziff. 674 verrechenbar	25	16,75	13,4
686	Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie		37,49	29,99

687	Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.		26,99	21,59
	<p>Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/-Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden. Die Pos. Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>			
688	Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.		29,07	23,26
689	Allergologische Exploration, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	14	9,38	7,50
691	Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren	3	2,01	1,61
692	Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt. Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/ Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt verrechenbar	40	26,80	21,44
	<p>Erläuterung: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde.</p>			

Pos. Ziff. Text

Punkte

Betrag
in Euro

davon 80 %

671	Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen	15,00	12,00
	Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal.		
	Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.		
	Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.		
677	Tympanometrie bei persistierendem Seromucotympanon je Sitzung in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Mit dem Tarif ist, sofern erforderlich, die Untersuchung beider Ohren abgegolten	36	24,12 19,30

IV. Sonderleistungen aus dem Bereich Pädiatrische Endokrinologie

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

675	Endokrinologische Abklärung und Therapieeinleitung bei Diabetes, Wachstumsstörung, Störungen der Sexualentwicklung und Störungen der Genitaldifferenzierung, in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	72	48,24 38,59
-----	--	----	-------------

V. Sonderleistungen aus dem Bereich Neuropädiatrie

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

676	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten bei Kindern (z.B. Denver-Test, Münchner Funktioneller Entwicklungstest) In maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	109	73,03 58,42
N1	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar.	48	32,16 25,73
N2	Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie. Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.	32	21,44 17,15

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

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, Bewegungsturm, akute Neuritis, etc.). In maximal 2 % 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	40	26,80	21,44
N18 Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG, Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden	66	44,22	35,376
N19 Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen. Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	20	13,40	10,72

VI. Sonderleistungen aus dem Bereich Neuropädiatrie

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

629 Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien, Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.	105	70,35	56,28
633 Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale) Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden. Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung. Von den Befunden ist ein Durchschlag 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der Kasse bzw. der Kammer auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	117	78,39	62,71

Pos. Ziff. Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
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: - Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien - Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes - Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion		80,00	64,00
<p>Für die Pos. Ziff. 645 und 646 gemeinsam gelten folgende Verrechnungseinschränkungen: Die Verrechenbarkeit mit maximal 21 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.</p> <p>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.</p>			