

Arbeitsbehelf
OÖ Honorarordnung

(Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte)

abgeschlossen zwischen der

Ärzttekammer für Oberösterreich

und der

Österreichischen Gesundheitskasse

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Österreichische Gesundheitskasse
Gruberstraße 77, 4021 Linz

Druck: Eigenvervielfältigung ÖGK

Beinhaltet Änderungen bis 1. Juli 2020

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Arbeitsbehelf
auf geschlechtsneutrale Formulierungen verzichtet.
Die verwendeten Formulierungen richten sich jedoch
ausdrücklich an alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tarif - Punktwerte ab 1. Jänner 2020	5
A. Vergütung Grundleistungen	10
B. Vergütung Ordinationen und Besuche	14
C. Hausärztlicher Notdienst (HÄND) - Ärztlicher Notdienst Linz (ÄND)	20
D. Vergütung für Sonderleistungen	22
I. Allgemeine Sonderleistungen	23
II. Sonderleistungen aus den Fachgebieten	40
III. Physiotherapie	96
IV. Elektrokardiographische Untersuchungen EKG/Ergometrie	100
V. Röntgenleistungen	104
VI. Medizinisch-diagnostische Laboratoriums- untersuchungen durch Ärzte für Allgemein- medizin und allgemeine Fachärzte	129
VI.a. Ordinationslabor (Ärzte für Allgemeinmedizin)	138
VI.b. Internistenlabor (Fachärzte für Innere Medizin)	140
VII. Medizinisch-diagnostische Laboratoriums- untersuchungen (Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)	142
VIII. Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass	160
IX. Vorsorgeuntersuchungen	166
E. Wegegebühren	167
F. Honorierungsbestimmungen	168
G. Rechnungslegung und Honorarüberweisung	174
H. Handhabung der e-card	181

Erklärungen

- Der Wert der jeweiligen Position wird entweder in Euro oder mit der Anzahl der verrechenbaren Punkte dargestellt (zB Pos. 7 = 30 Punkte).
- in x % der Fälle = Regelfall, Überweisungsfall, Vertreterfall und Erste-Hilfe-Fall
- in x % der eigenen Fälle = Regelfall und Überweisungsfall

Punktwerte ab 1. Jänner 2020

1. Ärzte für Allgemeinmedizin

A) Grundleistungsvergütung	siehe Seite 9/10
B) Vergütung für Ordinationen und Besuche	
Pos. Nr. 7, 8	€ 0,51
Pos. Nr. 7p, 8p	€ 0,70
D) Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt I	€ 0,51
Allgemeine Sonderleistungen	
<u>ohne</u> Pos. Nr. 14, 20, 20a, 22, 23, 24, 27, 27b, 27p,	
40, 44a, 45, 47a, 54	
Pos. Nr. 14	€ 0,47
Pos. Nr. 20, 20a, 22, 23, 24, 40	€ 0,36
Pos. Nr. 27, 27b	€ 0,47
Pos. Nr. 27p	€ 0,70
Pos. Nr. 44a, 45, 47a	€ 0,70
Pos. Nr. 54	€ 0,46
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt II	€ 0,51
Sonderleistungen aus den Fachgebieten	
<u>ohne</u> Pos. Nr. 83, 86, 97, 97a, 110, 110a, 160, 161,	
165, 197, 258, 266, 272a-c	
Pos. Nr. 83, 86, 97, 97a, 110, 110a	€ 0,70
Pos. Nr. 160, 161	€ 0,55
Pos. Nr. 165	€ 0,79
Pos. Nr. 197	€ 0,42
Pos. Nr. 258	€ 0,47
Pos. Nr. 266	€ 0,46
Pos. Nr. 272a-c	€ 0,82

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt III Physiotherapie	€ 0,22
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt IV Elektrokardiographische Untersuchungen EKG	€ 0,30
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt V Röntgenleistungen	€ 0,32
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt VI Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen	€ 0,19

2. Allgemeine Fachärzte

A) Grundleistungsvergütung	siehe Seite 11/12
B) Vergütung für Ordinationen und Besuche Pos. Nr. 7, 8	€ 0,51
D) Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt I Allgemeine Sonderleistungen <u>ohne</u> Pos. Nr. 14, 20, 20a, 22, 23, 24, 27, 27b, 40, 44a, 45, 47a, 53b, 54	€ 0,51
Pos. Nr. 14	€ 0,47
Pos. Nr. 20, 20a, 22, 23, 24, 40	€ 0,36
Pos. Nr. 27, 27b	€ 0,47
Pos. Nr. 44a, 45, 47a	€ 0,70
Pos. Nr. 53b	€ 0,50
Pos. Nr. 54	€ 0,46
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt II Sonderleistungen aus den Fachgebieten <u>ohne</u> Pos. Nr. 62a, 62b, 63a, 63b, 70, 75b-f, 80, 80v, 83, 86, 97, 97a, 110, 110a, 160, 161, 164, 165, 168, 190, 190a, 197, 198, MS1, MS2, MS3, 200, 210, 211, 211a, 214, 215, 220, 220a, 228b, 233, 234, 236, 237, 239, 249a-e, 250a, 255, 257, 258, 259, 260, 260a, 260b, 264, 264a, 265, 265a, 266, 266a, 268, 268a, 268b, 272a-c, 278, 282, 286, 288a, 295, 296, N1, N2, N3, N5, N10, N13, N14, P1, P2, P3, P4-6, P8-10, P15	€ 0,51
Pos. Nr. 62a	€ 0,48
Pos. Nr. 62b	€ 0,48
Pos. Nr. 63a	€ 0,50
Pos. Nr. 63b	€ 0,44
Pos. Nr. 70	€ 0,50
Pos. Nr. 75b-e	€ 0,44
Pos. Nr. 75f	€ 0,43
Pos. Nr. 80, 80v	€ 0,50
Pos. Nr. 83, 86, 97, 97a, 110, 110a	€ 0,70
Pos. Nr. 160, 161	€ 0,55
Pos. Nr. 164	€ 0,47

Pos. Nr. 165	€ 0,79
Pos. Nr. 168	€ 0,42
Pos. Nr. 190, 190a	€ 0,48
Pos. Nr. 197	€ 0,42
Pos. Nr. 198, 200, MS1, MS2, MS3	€ 0,37
Pos. Nr. 210, 211	€ 0,44
Pos. Nr. 211a	€ 0,43
Pos. Nr. 214, 215, 220, 220a	€ 0,41
Pos. Nr. 228b	€ 0,44
Pos. Nr. 233	€ 0,47
Pos. Nr. 234	€ 0,44
Pos. Nr. 236	€ 0,41
Pos. Nr. 237	€ 0,46
Pos. Nr. 239	€ 0,39
Pos. Nr. 249a-e	€ 0,44
Pos. Nr. 250a	€ 0,48
Pos. Nr. 255	€ 0,50
Pos. Nr. 257	€ 0,50
Pos. Nr. 258	€ 0,47
Pos. Nr. 259, 260, 260a	€ 0,47
Pos. Nr. 260b	€ 0,47
Pos. Nr. 264, 265	€ 0,47
Pos. Nr. 264a, 265a	€ 0,47
Pos. Nr. 266	€ 0,46
Pos. Nr. 266a	€ 0,43
Pos. Nr. 268, 268a	€ 0,49
Pos. Nr. 268b	€ 0,48
Pos. Nr. P1	€ 0,62
Pos. Nr. N1, P2	€ 0,54
Pos. Nr. P3	€ 0,52
Pos. Nr. N2	€ 0,55
Pos. Nr. N3	€ 0,60
Pos. Nr. 272a-c, P8-P10	€ 0,82
Pos. Nr. N5	€ 0,46
Pos. Nr. N10	€ 0,50
Pos. Nr. N13, N14	€ 0,45
Pos. Nr. P4-P6, P15	€ 0,57
Pos. Nr. 282	€ 0,53
Pos. Nr. 278, 286	€ 0,45
Pos. Nr. 288a	€ 0,46
Pos. Nr. 295	€ 0,70
Pos. Nr. 296	€ 0,45

Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt III Physiotherapie <u>ohne</u> Pos. Nr. 307, 309, 320 - 324	€ 0,21
Pos. Nr. 307	€ 0,21
Pos. Nr. 309	€ 0,30
Pos. Nr. 320 - 324	€ 0,27
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt IV Elektrokardiographische Untersuchungen	
A) EKG	€ 0,30
B) Ergometrie	€ 0,34
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt V Röntgenleistungen <u>ohne</u> Pos. Nr. 346I - 352I	€ 0,27
Pos. Nr. 346I - 352I	€ 0,56
Vergütung für Sonderleistungen gemäß Abschnitt VI Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen <u>ohne</u> Pos. Nr. 1221, 1224, 1226, 1231, 1245, 1313	€ 0,19
Pos. Nr. 1221, 1224, 1226, 1231, 1245	€ 0,24
Pos. Nr. 1313	€ 0,28

3. Fachärzte für Radiologie

Röntgen – Diagnostik	€ 0,081
Röntgen - Therapie	€ 0,20

4. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VII

Sämtliche Positionen	€ 0,076280
----------------------	------------

A. Vergütung für Grundleistungen ab 1. Jänner 2020

(Grundleistungsvergütung)

Zuschlag pro Behandlungsfall für die Behandlung von nicht bei einem österreichischen Krankenversicherungsträger versicherten Personengruppen

1. Personen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz, die sich vorübergehend in Österreich aufhalten (insbesondere Urlauber)
2. Personen, die sich dauernd in Österreich aufhalten (Grenzgänger, Angehörige von im Ausland versicherten Personen und Pensionisten)

Zuschlag Ärzte für Allgemeinmedizin	€	6,15
Zuschlag Fachärzte	€	11,90

Grundleistungsvergütung pro Fall im Kalendervierteljahr für

1. Ärzte für Allgemeinmedizin

a) bis 500 Fälle	€	32,30
von 501 bis 1.100 Fälle	€	29,15
bzw. Umsteiger ins Ordinationslabor	€	29,19
von 1.101 bis 1.400 Fälle	€	23,50
von 1.401 bis 2.000 Fälle	€	13,00
ab 2.001. Fall	€	10,04

Der Zuschlag bis 500 Fälle ist in die erste Staffel eingerechnet.

b) Vertretung, Erste Hilfe, Bereitschaftsdienst an Wochentagen	26 Punkte à € 0,46	€ 11,96
c) Ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst	26 Punkte à € 0,46	€ 11,96
d) Kurverschreibung/Kurüberwachung (Verrechenbar gemäß Abschnitt F4)	66 Punkte à € 0,26	€ 17,16

BEF Grundleistungsvergütung für das Lesen von umfassenden bzw. komplexen Berichten

Die Grundleistungsvergütung ist mittels der Position „BEF“ abzurechnen. Diese Position kann für das Lesen von Krankenhaus-Entlassungsberichten oder ähnlich umfassenden bzw. komplexen Befundberichten von Fachärzten inkl. der erforderlichen Veranlassungen (z.B. Info an Patient, Kontaktaufnahme mit dem Aussteller des Berichtes usw.) verrechnet werden, wenn der Patient in diesem Quartal vom Arzt nicht ohnehin persönlich betreut wird.

Das Lesen sowie das Treffen erforderlicher Veranlassungen und die damit verbundene Abrechnung einer Grundleistung müssen zeitnahe mit dem Einlangen des Berichtes erfolgen.

Die Grundleistungsvergütung ist nicht verrechenbar für das Lesen/die Veranlassungen im Zusammenhang mit Laborbefunden sowie histologischen Befunden.

In Einzelfällen kann es dazu kommen, dass ein anderer Arzt derselben Fachrichtung für die oben genannten Leistungen die Grundleistungsvergütung bereits verrechnet hat und der Patient im gleichen Abrechnungszeitraum in Ihre Ordination zu einer Behandlung kommt. In diesen Fällen steht Ihnen selbstverständlich die Grundleistung ebenfalls zu, die e-card des Patienten müsste allerdings freigeschalten werden.

2. Allgemeine Fachärzte

a) Augenheilkunde und Optometrie	48 Punkte à € 0,43	€ 20,64
Chirurgie	45 Punkte à € 0,53	€ 23,85
Unfallchirurgie	45 Punkte à € 0,53	€ 23,85
Dermatologie	59 Punkte à € 0,43	€ 25,37
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47 Punkte à € 0,48	€ 22,56
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	58 Punkte à € 0,44	€ 25,52
Innere Medizin	54 Punkte à € 0,61	€ 32,94
bzw. Umsteiger ins Internistenlabor		€ 34,59
Kinder- u. Jugendheilkunde	63 Punkte à € 0,46	€ 28,98
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	1 Punkt á € 121,55	€ 121,55
Lungenkrankheiten	57 Punkte à € 0,53	€ 30,21
Neurologie	59 Punkte à € 0,55	€ 32,45
Psychiatrie	59 Punkte à € 0,62	€ 36,58
Orthopädie und orthopäd. Chirurgie	43,5 Punkte à € 0,52	€ 22,62
Urologie	56 Punkte à € 0,49	€ 27,44

Zuschlag bis 500 Fälle:

Chirurgie	pro Fall	€ 4,73
Unfallchirurgie	pro Fall	€ 5,42
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	pro Fall	€ 4,24
Kinder- u. Jugendheilkunde	pro Fall	€ 6,36
Lungenkrankheiten	pro Fall	€ 6,12
Neurologie	pro Fall	€ 10,28
Psychiatrie	pro Fall	€ 10,44
Urologie	pro Fall	€ 5,10

Kinder- u. Jugendpsychiatrie:

Ordinationspauschale

(patientenunabhängig pro Quartal für Ordinationen mit mindestens 20 vertraglich vereinbarten Wochenstunden) € 3.830,00

Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Zuschlag für Beratungen im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes (BKFP)

€ 3,00

Die Verrechenbarkeit ist mit 12,4 % der Fälle mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.

Urologie:

Sonographiepauschalzuschlag

(Verrechenbarkeitsvoraussetzungen Seite 95)

bis 500 Fälle:	32 Punkte à € 0,58	€ 18,56
ab 501. Fall:	27 Punkte à € 0,58	€ 15,66
b) Vertretung, Erste Hilfe	26 Punkte à € 0,40	€ 10,40
c) Ärztlicher Sonn- und Feiertagsdienst	26 Punkte à € 0,45	€ 11,96
d) Kurverschreibung/Kurüberwachung (Verrechenbar gemäß Abschnitt F4)	66 Punkte à € 0,26	€ 17,16

B. Vergütung für Ordinationen und Besuche ab 1. Jänner 2020

Ordinationen:

- 1 Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes € 10,00
Diese Position kann nur verrechnet werden, wenn die Notwendigkeit einer dringlichen ärztlichen Hilfeleistung gegeben war und zur betreffenden Zeit in der Regel keine Ordination abgehalten wird.
- 1a Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Werktagen ab der dritten und jeder weiteren persönlichen Inanspruchnahme des Arztes im selben Quartal € 7,80
Von der Verrechenbarkeit sind die Fachärzte für Labormedizin und die Fachärzte für Radiologie ausgeschlossen.
Als persönliche Inanspruchnahme des Arztes im Sinne dieser Sonderleistungsposition gelten nicht
- persönliche Inanspruchnahme des Arztes bei denen die Position 2a verrechenbar ist oder ausschließlich eine der folgenden Leistungen erbracht wird: 21b (Goldkur), 250 (Bucky), Physiotherapie, Blutabnahme für Laborleistungen und Laborleistungen
 - Serieninjektionen
 - hauptsächlich administrative Tätigkeiten (z.B. Verordnungen, Überweisungen, Rezeptausstellungen)

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 2/3 der Regel- und Überweisungsfälle limitiert.

Ab 1. April 2020:

Für Gruppenpraxen (Modell 1) ist die Verrechenbarkeit mit 76,66 % der Regel- und Überweisungsfälle limitiert.

- 2a Tagesordination (7 Uhr bis 20 Uhr) an Werktagen außerhalb der vereinbarten Ordinationszeiten (auch an ordinationsfreien Tagen) € 8,30
Die Zeit der Inanspruchnahme ist anzuführen.
Die Position ist innerhalb von eineinhalb Stunden vor und nach den vereinbarten Ordinationszeiten nicht verrechenbar.
Die Position 2a ist im Übrigen nur dann verrechenbar, wenn die Leistungserbringung aufgrund der Dringlichkeit des Falles noch am selben Tag notwendig war und die Leistung nicht während der angeführten Zeiten (Ordinationszeit und eineinhalb Stunden vor- und nachher) erbracht werden konnte. Die Position 2a ist daher auch dann verrechenbar, wenn bei Vorliegen der im vorstehenden Absatz angeführten Voraussetzungen die dringend notwendige Inanspruchnahme telefonisch vorangemeldet wurde oder wenn die Ordination wegen der großen Anzahl der Patienten und der dadurch bedingten Verlängerung der Ordinationszeit noch nicht geschlossen war.

- 2n Ordination bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr € 20,50
- 2k Ordination bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr € 29,00
Bei den Positionen 2n und 2k ist die Zeit der Inanspruchnahme anzuführen.

Weiters gilt für die Pos. 2k:

- a) Die Leistung muss außerhalb der einzelvertraglich vereinbarten Ordinationszeiten erbracht worden sein.
- b) Es handelt sich um eine unvorhergesehene Inanspruchnahme; für bestellte Patienten ist die Position nicht verrechenbar und die Ordinationstätigkeit war bereits abgeschlossen oder hat noch nicht begonnen. Die Ordination musste also wegen eines unvorhergesehen kommenden Patienten extra geöffnet werden.

Besuche:

- 3 Besuch bei Tag an Werktagen € 35,20

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit von Besuchen bei Tag an Werktagen wird pro Abrechnungsquartal in folgender Weise begrenzt: Fälle mit einer Vergütung für Grundleistungen gemäß Abschnitt A, Ziff.1 lit. a) pro Fall

	im 2. und 3. Quartal	im 1. und 4. Quartal
1 - 200	0,8 Besuche	1,0 Besuche
201 - 400	0,6 Besuche	0,6 Besuche
401 - 600	0,3 Besuche	0,3 Besuche
601 - 1.000	0,1 Besuche	0,2 Besuche
1.001 -	0,1 Besuche	0,1 Besuche

- 3gp Besuch bei Tag an Werktagen (Palliativversorgung) € 48,16
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

- 3d Besuch im Alten- oder Pflegeheim € 27,40
Die Position 3d gebührt pro Besuch in einem Heim; und zwar unabhängig davon, wie viele Alten- bzw. Pflegeheimpatienten tatsächlich visitiert wurden.
Die Position 3d ist für den Besuch eines Alten- bzw. Pflegeheimes grundsätzlich nur 1x pro Tag verrechenbar (Ausnahme nur dann, wenn das Altenheim pro Tag notwendigerweise öfter als 1x besucht werden musste; in diesem Fall ist die Angabe der Uhrzeit der einzelnen Altenheimbesuche erforderlich).

3dp Besuch im Alten- oder Pflegeheim (Palliativversorgung) € 37,52
Wird ein Heim mehrmals pro Tag angefahren, kann die Position auch mehrmals täglich verrechnet werden.
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden

3e Besuch bei einem Alten- oder Pflegeheimpatienten € 7,80
Die Position 3e ist pro tatsächlichem Besuch verrechenbar.

Weiters gilt bzgl. der Positionen 3d und 3e:

- a) Verrechenbar nur für Patienten, die in einem von Ärztekammer für OÖ und Kasse anerkannten Alten- oder Pflegeheim wohnhaft sind.
- b) Eine Verrechnung der Position 1a mit der Position 3e am selben Tag ist nur dann möglich, wenn der Alten- oder Pflegeheimpatient an diesem Tag - zusätzlich zu einem Besuch im Heim - auch in der Ordination des Arztes behandelt wurde und dies entsprechend vermerkt ist.

3ek Zuschlag für die ärztliche Koordinierungstätigkeit € 20,72
durch den behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin für Alten- und Pflegeheimpatienten
Die Honorierung erfolgt automatisch bei Fällen mit voller Grundleistungsvergütung im Rahmen der ersten Visite (Pos. 3e oder Pos. 3ep) im Quartal.

3ep Besuch bei einem Alten- oder Pflegeheimpatienten € 10,64
(Palliativversorgung)
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

3m Weiterer Besuch bei Tag an Werktagen am selben Ort € 7,80
und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Pos. 3 limitiert.

Weiters gilt bzgl. Pos. 3 und Pos. 3m:

- a) Werden am selben Ort und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mehrere anwesende Personen besucht, kann nur 1x die Pos. 3 verrechnet werden. Für jede weitere untersuchte oder behandelte Person ist die Pos. 3m verrechenbar.
- b) Diese Regelung gilt für Mitvisiten am selben Ort:
 - in Einfamilienhaushalten
 - in Mehrfamilienhaushalten, sofern diese Haushalte durch eine gemeinsame Küche verbunden sind
 - in Schulen, Internaten und Hotels
 - an einem Unfallort

- | | | |
|----|---|---------|
| 4 | <p>Dringender Besuch - über Berufung -
während der Ordinationszeit</p> <p>Die Zeit der Durchführung ist anzugeben. Die Position ist während einer Ordinationstätigkeit und bis zu 1,5 Stunden nach der vereinbarten Ordinationszeit verrechenbar.
Die Verrechnung dieser Position ist mit besonderer Begründung auch vor dem vertraglich vereinbarten Ordinationsbeginn möglich, wenn die Ordination bereits geöffnet hat und die Visite in die Regelordinationszeit hinein andauert.</p> | € 38,50 |
| 4p | <p>Dringender Besuch - über Berufung -
während der Ordinationszeit (Palliativversorgung)</p> <p>Die Zeit der Durchführung ist anzugeben. Die Position ist während einer Ordinationstätigkeit und bis zu 1,5 Stunden nach der vereinbarten Ordinationszeit verrechenbar.
Die Verrechnung dieser Position ist mit besonderer Begründung auch vor dem vertraglich vereinbarten Ordinationsbeginn möglich, wenn die Ordination bereits geöffnet hat und die Visite in die Regelordinationszeit hinein andauert.
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> | € 53,20 |
| 5 | <p>Tagesbesuch (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes</p> <p>Nur bei Dringlichkeit mit Begründung oder als Erstbesuch verrechenbar. Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt, Internat, Heim, Schule und dgl. oder an einem Unfallort anwesende Personen besucht, so kann nur einmal die Position 5 verrechnet werden. Für jede weitere Person ist die Position 1 verrechenbar.</p> | € 35,00 |
| 5p | <p>Tagesbesuch (7 Uhr bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen bzw. während des Wochenendbereitschaftsdienstes (Palliativversorgung)</p> <p>Nur bei Dringlichkeit mit Begründung oder als Erstbesuch verrechenbar. Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt oder Heim anwesende Personen besucht, so kann nur einmal die Position 5p verrechnet werden. Für jede weitere Person ist die Position 1 verrechenbar.
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> | € 47,60 |
| 6n | <p>Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr</p> | € 50,00 |
| 6k | <p>Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr</p> | € 67,00 |

Für die Positionen 6n und 6k gilt:

Die Zeit der Durchführung ist anzugeben; bei Berufung vor Beginn der Nachtzeit ist auch die Zeit der Berufung anzuführen. Als Zeit der Berufung gilt jener Zeitpunkt, an dem diese dem Arzt zu Kenntnis gelangt. Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt, Internat, Heim, Schule und dgl. oder an einem Unfallort anwesende Personen besucht, so kann nur einmal die Position 6n oder 6k verrechnet werden. Für jede weitere Person ist die Position 2n oder 2k verrechenbar.

6np	Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr (Palliativversorgung)	€ 69,30
6kp	Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr (Palliativversorgung)	€ 92,82

Für die Positionen 6np und 6kp gilt:

Die Zeit der Durchführung ist anzugeben; bei Berufung vor Beginn der Nachtzeit ist auch die Zeit der Berufung anzuführen.

Als Zeit der Berufung gilt jener Zeitpunkt, an dem diese dem Arzt zu Kenntnis gelangt.

Werden zur gleichen Zeit mehrere im selben Haushalt oder Heim anwesende Personen besucht, so kann nur einmal die Position 6np oder 6kp verrechnet werden. Für jede weitere Person ist die Position 2n oder 2k verrechenbar.

Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Verweildauer:

7	Für längere Verweildauer beim Besuch des Kranken über die erste halbe Stunde hinaus, für jede begonnene weitere halbe Stunde Nur mit Begründung verrechenbar; die gesamte Verweildauer von - bis ist anzugeben. Die Position 7 ist neben der Position 177 nicht verrechenbar.	30
7p	Für längere Verweildauer beim Besuch des Kranken über die erste halbe Stunde hinaus, für jede begonnene weitere halbe Stunde (Palliativversorgung) Die gesamte Verweildauer von - bis ist anzugeben. Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	30

Konsilium:

8	Konsilium An Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen, an Werktagen oder zur Nachtzeit zuzüglich zu den Positionen 3, 4, 5 oder 6n bzw. 6k. Der berufende bzw. berufene Arzt ist anzuführen.	30
8p	Konsilium (Palliativversorgung) Mit Allgemeinmediziner nur dann, wenn dieser ein Palliativdiplom hat, auch telefonisch. An Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen, an Werktagen oder zur Nachtzeit zuzüglich zu den Positionen 3gp, 4p, 5p oder 6np bzw. 6kp. Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	30

Telemedizinische Krankenbehandlung

Telemedizinische Leistungen werden in gleicher Höhe honoriert wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre. Bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag wird die telemedizinische Behandlung allerdings grundsätzlich nicht honoriert; es sei denn es handelt sich um ein anderes Krankheitsgeschehen.

Die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit sind zum Beispiel (alle weiteren Voraussetzungen [zB Einwilligung des Patienten, technische und datenschutzrechtliche Voraussetzungen] - siehe 44. Zusatzprotokoll:

- Die Besprechung bloß organisatorischer Angelegenheiten (wie zB Terminanfragen) ist nicht verrechenbar, sondern nur die Besprechung den Krankheitszustand bzw. die Gesundheit eines Patienten betreffende Fragen!
- Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn dies ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird. Darüber hinaus sind die Vorgaben des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 in der jeweils geltenden Fassung sowie die Datenschutzgrundverordnung einzuhalten.
- Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertreter in der Ordination, bzw. angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst.

Unter Berücksichtigung der Voraussetzungen für die telemedizinische Behandlung gemäß 44. Zusatzprotokoll sind zum Zwecke der Kennzeichnung der Krankenbehandlung von telemedizinischen Leistungen gem. 44. Zusatzprotokoll § 3 Abs. 8 folgende drei Positionen zu verwenden:

PERS

Abzurechnen (im Einzelfall mit Begründung) zur Kennzeichnung einer notwendigen persönlichen neben einer telemedizinisch erbrachten Krankenbehandlung am selben Tag aufgrund eines anderen Krankheitsgeschehens

TELE

Abzurechnen zur Kennzeichnung einer telefonischen Krankenbehandlung

VIDEO

Abzurechnen zur Kennzeichnung einer Krankenbehandlung über Videokonsultation

C. Hausärztlicher Notdienst (HÄND) Ärztlicher Notdienst Linz (ÄND)

HÄND:

(ausgenommen Linz-Stadt, Weyer/Gaflenz/Maria Neustift/Großraming):

- **Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst**
 - Visitendienst von 07-19 Uhr (Fahrdienst mit RK) € 950,00
 - Visitendienst von 19-07 Uhr (Fahrdienst mit RK) € 950,00

 - Visitendienst von 07-07 Uhr (Fahrdienst ohne RK) € 1.133,00
(Gmunden Süd, Ried, Urfahr-Umgebung Ost)

 - Ordinationsdienst Wochenende/Feiertag € 140,00
(je Stunde)

- Rufbereitschaftsdienst Wochentag von 14-19 Uhr € 240,00
je HÄND-Region aliquote Aufteilung nach Zahl
der Dienste

- Weyer/Gaflenz/Maria Neustift/Großraming:**
 - Rufbereitschaftsdienst von 07-07 Uhr € 315,78

- **Wochentagsbereitschaftsdienst**
 - Visitendienst von 19-07 Uhr (Fahrdienst mit RK) € 950,00

- Weyer/Gaflenz/Maria Neustift/Großraming:**
 - Rufbereitschaftsdienst von 14-07 Uhr € 195,02

ÄND Linz-Stadt (seit 01.01.2021):

- **Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst**
 - Visitendienst von 07-15 Uhr € 116,41
 - Visitendienst von 15-23 Uhr € 116,41
 - Ordinationsdienst von 08-12 Uhr € 29,10
 - Ordinationsdienst von 14-18 Uhr € 29,10
 - Hintergrunddienst Telefon von 23-07 Uhr € 90,00

- **Wochentagsbereitschaftsdienst**

Visitendienst Nacht Mo-Do von 19-23 Uhr	€ 58,20
Visitendienst Nacht Fr von 14-23 Uhr	€ 130,96
Hintergrunddienst Telefon von 23-07 Uhr	€ 90,00

An den Feiertagen 24.12, 25.12, 31.12, 1.1, Ostersonntag und Ostermontag gilt bei allen Diensten im ÄND-Linz-Stadt ein Zuschlag von € 100,00.

Der 24. Dezember und der 31. Dezember werden, wenn sie auf einen Wochentag fallen, einem Feiertag gleichgehalten.

Die Abrechnung erfolgt aufgrund der Dienstmeldungen der Ärztekammer für OÖ an die ÖGK.

D. Vergütung für Sonderleistungen

- I. Allgemeine Sonderleistungen
- II. Sonderleistungen aus den Fachgebieten
- III. Physiotherapie
- IV. Elektrokardiographische Untersuchungen
- V. Röntgenleistungen
- VI. Med.-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)
 - VI.a. Ordinationslabor durch Ärzte für Allgemeinmedizin
 - VI.b. Internistenlabor durch Fachärzte für Innere Medizin
- VII. Med.-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen durch Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik
- VIII. Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass
- IX. Vorsorgeuntersuchung

I. Allgemeine Sonderleistungen

- 10 Erstellung eines ausführlichen Befundberichtes mit folgendem Mindestinhalt: Anamnese, Status (inkl. erhobener Nebenergebnisse), Diagnose und Therapieempfehlung 19
- Verrechnung nur von Fachärzten. Die Durchschrift ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

Weiters gilt:

- a) der ausführliche Befundbericht ist vom Facharzt
 - aa) in Überweisungsfällen zweifach an den Überweiser zu senden,
 - bb) in Eigenfällen über begründetes Verlangen des Hausarztes zweifach an diesen zu übersenden. Bei elektronischer Übermittlung des Befundberichtes ist statt bisher 2 Ausfertigungen nur mehr eine Ausfertigung erforderlich. Allerdings muss sichergestellt sein, dass der Patient auf Wunsch einen Befundbericht vom Hausarzt bzw. vom überweisenden Arzt erhält,
 - cc) in Fällen, in denen der Patient keinen Hausarzt hat, dem Patienten selbst auszuhändigen und/oder zu übersenden.
- b) Der Überweiser bzw. der Hausarzt soll die zweite Ausfertigung des Befundberichtes grundsätzlich dem Patienten ausfolgen. In medizinisch begründeten Fällen kann dies unterbleiben.
- c) Mehrfachausfertigungen desselben Befundberichtes können nicht mehrfach in Rechnung gestellt werden.
- d) Als Nebenergebnisse sind auch die Ergebnisse der durchgeführten diagnostischen Maßnahmen (z.B. einzelne Laborwerte) in den Befundbericht aufzunehmen.
- e) Die Portokosten sind mit dem Honorar abgegolten.

- 10a Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil € 17,70

Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- b) Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte, mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin berechtigt.
- c) Der Arzt hat die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.

- d) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- e) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- f) Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich nur bei eigenen und Vertretungspatienten verrechenbar.
Bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Fachärzten für Psychiatrie ist eine gleichzeitige Verrechnung der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ neben einer psychotherapeutischen Sitzung nach den Positionen 272a, 272b oder 272c sowie den Pos. P8, P9 und P10 bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
Eine Zuweisung zum Zweck einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig.
Bei zugewiesenen Patienten kann die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist.
- g) Die gleichzeitige Verrechnung der Positionen 251 und 254 ist innerhalb desselben Quartals dann möglich, wenn diese Positionen nicht am selben Tag wie die Pos. 10a erbracht werden.

Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie:

Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Fälle limitiert.

Fachärzte für HNO-Krankheiten und Urologie:

Die Verrechenbarkeit ist mit 11% der Fälle limitiert.

Übrige Fachärzte:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Innere Medizin, die auf das Internistenlabor umgestiegen sind, ist die Verrechenbarkeit der Position mit 25 % der Fälle limitiert.

10ah Ausführliche therapeutische Aussprache bei hörgerätebedürftiger Hörstörung
Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

€ 17,70

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit der Position 10ah ist mit 8% der Fälle limitiert.

10b Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch

€ 29,30

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Weiters verrechenbar von allen Ärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzten, denen von der Österreichischen Ärztekammer das PSY-II oder PSY-III Modul verliehen wurde oder bei Absolvierung der Sonderfachausbildung Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und die von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Die Position 10b beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten Interaktion.
- b) Die Position 10b dient der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.
- c) Die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes sind schriftlich zu vermerken. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- d) Das Gespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- e) Eine gleichzeitige Verrechnung mit den Positionen 10a, 272a-c, 251, P2, P8, P9, P10 und N1 ist am selben Tag nicht zulässig.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit der Position 10b ist mit 4% der Fälle limitiert.

Fälle, die ausschließlich zur Position 10b zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

10c Kurzintervention zum Rauchstopp

€ 6,00

Mit dieser Position sind alle Leistungen der Kurzintervention und Kurzberatung abgegolten. Das dafür notwendige Gespräch mit dem Patienten bzw. mit den Angehörigen dauert in der Regel 3 bis 5 Minuten. Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für HNO-Krankheiten, Fachärzten für Gynäkologie, Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, Fachärzte für Lungenkrankheiten die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden und von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie.

Nicht gleichzeitig neben VU und Pos. 10a verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für HNO-Krankheiten, Fachärzte für Gynäkologie, Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde, Fachärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie:

Die Verrechenbarkeit ist mit 25% der Fälle limitiert

Fachärzte für Lungenheilkunde:

Die Verrechenbarkeit ist mit 50% der Fälle limitiert

Die Position ist pro Patient und Quartal max. 2x abrechenbar und unterliegt nicht dem Honorarsummenlimit.

10de Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung € 120,00

- a) Die Ersteinstellung dauert im Allgemeinen 60 Minuten, die Wiedereinstellung ca. 45 Minuten. Bei der Ersteinstellung muss in der ersten Woche nach der Einstellung ein täglicher Kontakt stattfinden.
- b) Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die in der Einstellungsphase zu erbringen sind:
- Indikationsstellung:
Umfassende Diagnose, Feststellung einer Opioidabhängigkeit (Drogenanamnese, somatische Anamnese, Blutabnahme, psychiatrische Basisdiagnostik, Sozialanamnese), Abklärung möglicher abstinentorientierter Behandlungsalternativen, Überprüfung von Mehrfachverschreibungen, umfassende Aufklärung, Unterzeichnen des Behandlungsvertrages und Ausstellung eines Substitutionsnachweises, Festlegung weiterer erforderlicher gesundheitsbezogener Maßnahmen mit dem Patienten
 - Veranlassen einer Harnabgabe unter Sicht beim Amtsarzt des Bezirkes
 - Ersteinstellung (Dosisfindung, Einstellung der Zusatzmedikation bzw. Behandlung der Komorbidität)
 - Ausstellung von Mitgaberegelungen (Festlegung eines Abgabemodus am Dauerrezept, bzw. nachträgliche Änderungen des Abgabemodus mit schriftlicher Begründung)
 - Meldung mittels Formblatt an die Bezirksverwaltungsbehörde
 - als Gesundheitsbehörde
 - Täglicher Kontakt in der ersten Woche nach der Ersteinstellung
 - Einholung Zweitmeinung:
Optional bei Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn dies zur Abklärung allfälliger Behandlungsalternativen geboten erscheint. Jedenfalls bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist bei Indikationsstellung eine Zweitmeinung eines zur Substitutionsbehandlung berechtigten Facharztes für Psychiatrie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Neurologie einzuholen.
- c) Die Position ist pro Patient und Jahr 1x verrechenbar.

10dw Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung

€ 52,00

Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung im Substitutionsprogramm lt. Vereinbarung zwischen Ärztekammer für OÖ, ÖGK und Land OÖ zu erbringen sind:

- Weiterbehandlung (Rezeptierung, Therapieveränderungen, medizinische Betreuung im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung, Behandlung der Komorbidität)
- Veranlassen einer Harnabgabe unter Sicht beim Amtsarzt des Bezirkes im Bedarfsfall; max. 2x pro Quartal
- Medizinisch indizierte Dosisanpassungen
- Empfehlung weiterer erforderlicher gesundheitsbezogener Maßnahmen
- Ausstellung von Mitgaberegulungen (Festlegung eines Abgabemodus am Dauerrezept bzw. nachträgliche Änderung des Abgabemodus mit schriftlicher Begründung)
- Einholung Zweitmeinung
- Bei Verwendung von retardiertem Morphin ist bei schwangeren Patientinnen jedenfalls zu Beginn der Schwangerschaft die Einholung einer Zweitmeinung eines zur Substitutionsbehandlung berechtigten Arztes notwendig. Auch bei der Verwendung von retardiertem Morphin bei unter 20-jährigen Patienten ist im Bedarfsfall eine Zweitmeinung einzuholen.

Diese Position ist pro Tag und Patient nur 1x verrechenbar, max. 10x pro Patient und Quartal.

Weiters gilt für die Positionen 10de und 10dw:

Die Einholung einer Zweitmeinung eines zur Substitutionsbehandlung berechtigten Facharztes für Psychiatrie und Neurologie, Facharztes für Psychiatrie oder Facharztes für Neurologie und Psychiatrie, sofern letzterer psychiatrisch tätig ist, ist in folgenden Fällen vorgesehen:

Bei der Indikationsstellung:

Optional bei Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn dies zur Abklärung allfälliger Behandlungsalternativen geboten erscheint. Jedenfalls bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist bei Indikationsstellung eine Zweitmeinung einzuholen.

Im Zuge der Weiterbehandlung:

Bei der Verwendung von retardiertem Morphin ist bei schwangeren Patientinnen jedenfalls zu Beginn der Schwangerschaft die Einholung einer Zweitmeinung eines zur Substitutionsbehandlung berechtigten Arztes notwendig. Auch bei der Verwendung von retardiertem Morphin bei unter 20-jährigen Patienten ist im Bedarfsfall eine Zweitmeinung eines zur Substitutionsbehandlung berechtigten Arztes einzuholen.

Das Bundesministerium schreibt vor, dass auf dem ersten Rezeptformular (bei der Einstellung oder zu Beginn der Schwangerschaft), das dem Amtsarzt vorgelegt wird, ein entsprechender Vermerk über die erfolgte Einholung der Zweitmeinung unter namentlicher Nennung des zugezogenen Arztes angebracht werden muss.

Das Ausstellen eines Überweisungsscheines zur Einholung einer Zweitmeinung ist nicht notwendig, kann aber als Kommunikationsinstrument dienen.

- Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenkrankheiten und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.
- Die gleichzeitige Verrechnung der Positionen 10, 10a, 10k, 10ha, 10hb, N1, N6, P1, P2, P8, P9, P10, P13, P14, und 272 a – e neben den Positionen 10de oder 10dw am selben Tag ist nur zulässig, wenn diese Positionen aufgrund eines anderen Krankheitsbildes notwendig waren. In diesen Fällen ist eine entsprechende Begründung in der Abrechnung anzuführen.
- Bei Überweisungen ist vom Arzt, der die Substitutionsbehandlung durchführt, die Vertreterfallgrundleistung verrechenbar. Für eigene Substitutionspatienten ist die normale Grundleistung verrechenbar.

10dz Abgabe einer Zweitmeinung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung € 24,60

Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der Abgabe einer Zweitmeinung im Rahmen der Substitutionsbehandlung zu erbringen sind:

- a) Kontrolle der vom behandelnden Arztes übermittelten Informationen zur Indikationsstellung und Einstellung (lt. Pos. 10de und 10dw)
- b) Untersuchung und Gespräch mit dem Patienten
- c) Schriftliche Information an den behandelnden Arzt, ob der Therapie-wahl zugestimmt wird

Für die Abgabe einer Zweitmeinung gebührt – sofern der Patient nicht wegen einer anderen Erkrankung in diesem Quartal in Behandlung ist – die Vertreterscheingrundleistung.

Die gleichzeitige Verrechnung der Positionen 10, 10a, 10b, 10de, 10dw, 10k, 10ha,10hb, P1, P2, P11, P12, P13, P14 und 272 a-c, neben der Position 10dz am selben Tag ist nur zulässig, wenn diese Positionen aufgrund eines anderen Krankheitsbildes notwendig waren. In diesen Fällen ist eine entsprechende Begründung in der Abrechnung anzuführen.

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie (sofern sie psychiatrisch tätig sind), die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

10ha Polypharmakologie € 10,90
mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten).

10hb Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten € 10,90
mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel für diese Indikation bereits verfügt).
Eine gleichzeitige Verrechnung der Pos. 10k lit a. (Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten) ist ausgeschlossen.

10hc Ein- und Umstellung auf Generika € 10,90
in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss.

10hd Empfehlungen von heilmittlersetzenden Maßnahmen € 10,90
inkl. Handlungsanleitungen (zB Hausmittel, Verhaltensänderungen).

Mit diesen Positionen soll der zeitliche Aufwand beim Bestreben, eine qualitätsvolle Heilmittelverordnung zu unterstützen und die Heilmittelkostenentwicklung zu dämpfen, abgegolten werden.

Weiters gilt für die Positionen 10ha – 10hd:

Je nach Thematik, die besprochen wird, kann pro Patientenkontakt eine der angeführten Positionen von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten unter nachfolgenden Bedingungen verrechnet werden:

1. Das Gespräch hat im Allgemeinen zwischen 5-10 Minuten zu dauern.
2. Der Arzt hat das Gespräch persönlich zu führen.
Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von Menschen mit Beeinträchtigung ist zulässig.
3. Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 10ha – 10hd beim selben Patienten ist am gleichen Tag nicht zulässig.
Werden mehrere Themen angesprochen, ist jene Position/Thematik zu verrechnen, die im Gespräch den meisten Aufwand verursacht hat. Eine gleichzeitige Verrechnung mit Pos. 10a ist nur mit entsprechender Begründung möglich.
4. Das Gespräch muss sich auf eines der angeführten Themen beziehen.

Limitierungsbestimmungen für die Positionen 10ha-10hd zusammen:

Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie und Psychiatrie: 10% der Fälle

Fachärzte für Innere Medizin, Kinder- u. Jugendheilkunde, Neurologie/Psychiatrie, Neurologie und Lungenheilkunde: 5% der Fälle

Für die übrigen allgemeinen Fachärzte: 3% der Fälle

10h Befundbericht im Rahmen der Kontrolluntersuchung einer Hörgeräteversorgung 19

Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung sind zu dokumentieren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Unlimitiert 1x pro Patient im Rahmen der Kontrolluntersuchung einer Hörgeräteversorgung verrechenbar.

10k Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den
behandlungsführenden Arzt € 15,60
Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für
Innere Medizin sowie Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde

- a) bei Visiten: ab der zweiten intensiven Koordinierungstätigkeit
im Quartal, maximal zweimal pro Fall und Quartal und in
- b) in allen anderen Fällen: dreimal pro Fall und Quartal, die einer
Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen
Leistungserbringern bedürfen.

Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren. Die Dokumentation
ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ oder der
Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Die Position ist verrechenbar für folgende Tätigkeiten:

- a) Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden
Patienten
- b) Koordination des ambulanten und stationären Versorgungs-
managements
- c) Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen
Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung
der Patientenbetreuung
Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- d) Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen
und Rehabilitation
- e) Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungs-
formen im Ausland

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 6% der Fälle mit voller Grund-
leistungsvergütung limitiert.

10kp Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den € 21,21
behandlungsführenden Arzt (Palliativversorgung)
Maximal 20 x pro PatientIn und Quartal verrechenbar.
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse
im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

10r Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheits- € 72,65
modifizierenden Antirheumatika (DMARD) bzw.
-überwachung
Verrechenbar nur von Fachärzten mit Zusatzfach Rheumatologie, die
von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu
berechtigt wurden.

Die Therapieeinstellung und -überwachung beinhaltet die Aufstellung
eines Behandlungsplanes inkl. ev. notwendiger Hilfsmittelversorgung,
Physio- und Ergotherapieverordnung.

Weiters

- die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung,
Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und
verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation
- die Patientenschulung für die Selbstinjektion
- die Koordination mit anderen Ärzten

- gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthese und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt
- die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren

Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit Darf's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf Basistherapie haben durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren.

Weiters gilt:

- a) Die Therapieeinstellung und -überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.
- b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ oder der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 8, 10a, 10ha-10hd, und 10k ist im selben Quartal nicht zulässig.

Die Position ist einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 7% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Innere Medizin, die auf das Internistenlabor umgestiegen sind, ist die Verrechenbarkeit der Position mit 12% der Fälle limitiert.

10x	<p>Diabetes - Erstbetreuung</p> <p>Die Erstbetreuung hat im Allgemeinen 40 Minuten zu dauern und ist grundsätzlich nur 1x pro PatientIn, der in das Modell aufgenommen wird, verrechenbar.</p> <p>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Innere Medizin, wenn die Leistung lt. Bestimmungen der Diabetiker-versorgung „Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ erbracht wurde.</p>	€ 79,00
10y	<p>Diabetes - Quartalscheck</p> <p>Der Quartalscheck hat im Allgemeinen 10 Minuten zu dauern und ist 1x pro Quartal, maximal 3x pro Jahr verrechenbar.</p> <p>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Innere Medizin, wenn die Leistung lt. Bestimmungen der Diabetiker-versorgung „Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ erbracht wurde.</p>	€ 24,70
10z	<p>Diabetes - Jahrescheck</p> <p>Der Jahrescheck hat im Allgemeinen 25 Minuten zu dauern. Im ersten Betreuungsjahr ersetzt die Pos. 10x den Jahrescheck; ab dem zweiten Betreuungsjahr ist der Jahrescheck einmal pro Jahr verrechenbar.</p> <p>Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Innere Medizin, wenn die Leistung lt. Bestimmungen der Diabetiker-versorgung „Therapie Aktiv-Diabetes im Griff“ erbracht wurde.</p>	€ 52,00

Für die Pos. 10x, 10y, 10z gilt:

Eine Verrechnung der Pos. 1, 2a und 10a am selben Tag wird ausgeschlossen.

Die Verrechnung der Pos. 10k am selben Tag ist nur mit Begründung möglich.

Die Betreuung kann grundsätzlich nicht im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt werden. Ausnahmen in begründeten Einzelfällen können mit der Kasse vereinbart werden.

Blutentnahme:

11	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	15
11a	Blutentnahme aus der Vene zur Einsendung von Untersuchungsmaterial oder bei Krankenbesuch	4
12	Aderlass durch Venaepunctio	15
13	Venaesectio	30

Injektionen:

14	Intravenöse Injektion	5
----	-----------------------	---

Limitierungsbestimmungen:

je 100 Behandlungsfälle

10 Injektionen

je 10 Behandlungsfälle

1 Injektion

14a	Intravenöse Injektion bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	15
14b	Intramuskuläre Injektion bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde zur Prophylaxe von RSV-Erkrankungen	€ 10,75
15	Intravenöse Injektion zur Krampfadernverödung Bis zu 10 i. v. Injektionen pro Extremität und Quartal verrechenbar.	15
16	Intravenöse Injektion zur Verödung von Hämorrhoidal-knoten	15
17	Intrapleurale Injektion	30

18	Intraarterielle Injektion	30
19	Anlage bzw. Wechsel einer Langzeit-Portkanüle Die Punktion des Portkathetersystems zB mit Einmalkanülen fällt nicht unter diese Position, dafür kann die entsprechende Position für Injektionen bzw. Infusionen verrechnet werden. Der Materialbedarf (Porth-a-Cath-Set und Grippernadel) wird über Verordnungsschein abgegeben, zusätzlich erforderliches Zubehör (Desinfektion, Kochsalzlösung, Heparin) wird über Pro Ordinatione zur Verfügung gestellt. Die Position ist nur von Ärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar.	€ 15,00
20	Intraarticuläre Injektion	30
20a	Intraarticuläre Injektion inklusive Anästhesie	45
21a	Antiluetische Kur, pro Injektion	9
21b	Goldkur bei chron. Polyarthritis, pro Injektion Höchstens 90 Punkte pro Fall und Quartal verrechenbar.	9
21c	Desensibilisierungsbehandlung, pro Injektion Höchstens 108 Punkte pro Fall und Quartal verrechenbar.	9

Infiltrationen:

22	Oberflächliche Infiltrationstherapie (Quaddeln, periarticuläre Gelenksumspritzung, Schmerzpunktausschaltung) inklusive allfälliger Anästhesie An derselben Lokalisation nicht neben der Position 23 und auch nicht gleichzeitig neben der Position 40 verrechenbar.	15
23	Mehrschichtige Infiltrationstherapie (paravertebrale Muskelinfiltration, Nervenstamm, epidurale Injektion) inklusive allfälliger Anästhesie An derselben Lokalisation nicht neben der Position 22 und auch nicht gleichzeitig neben der Position 40 verrechenbar.	40
24	Infiltration von Ganglien (Ganglion stellatum, Ganglion coeliacum, Ganglion Gasseri, Grenzstrangganglien, Infiltration nach Pendl, Reischauerblockade) inklusive allfälliger Anästhesie Verrechenbar von Fachärzten für HNO-Krankheiten, Fachärzten für Orthopädie u. orthopädische Chirurgie und Fachärzten für Neurologie, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie. Von Fachärzten für HNO-Krankheiten ist die Position nur bei Infiltration des Ganglion stellatum und des Ganglion Gasseri verrechenbar.	55

Von Ärzten für Allgemeinmedizin und sonstigen allgemeinen Fachärzten ist die Position nur verrechenbar, wenn von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ eine Berechtigung hiezu erteilt wurde. Voraussetzung für die Erteilung dieser Berechtigung ist die Vorlage eines Neuraltherapiediploms. An derselben Lokalisation nicht neben den Positionen 22, 23 und 40 verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen: Injektionen und Infiltrationen

Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

Die Verrechenbarkeit der Injektionen und Infiltrationen (Pos. 20, 20a, 22, 23, 24 und 40) ist mit € 54.046,921745 pro Quartal limitiert.

Infusionen:

- | | | |
|----|---|----|
| 27 | Intravenöse Tropfinfusion
Nur verrechenbar, wenn die Wirksubstanz im Einzelfall nicht auf andere Weise (oral, rectal, subcutan, intramuskulär, intravenös) appliziert werden kann. | 24 |
|----|---|----|

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit der Position ist mit 7% der Fälle limitiert.

- | | | |
|-----|---|----|
| 27a | Infusion am Unfallort | 30 |
| 27b | Intravenöse Tropfinfusion für aufwendige Serienbehandlungen im Bereich Karzinom, Asthma, akute Depression, akute oder therapieresistente Wirbelsäulenbeschwerden, Tinnitus, Borrelien, Hörsturz, autoimmunbedingte entzündlich rheumatische Erkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder bei vergleichbarer Indikation
Die entsprechende Diagnose muss im Begründungsfeld vermerkt werden. | 24 |
| 27p | Intravenöse Tropfinfusion (Palliativversorgung)
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. | 24 |

Punktionen, diagnostisch:

- | | | |
|----|--|----|
| 28 | Punktion eines großen Gelenkes | 15 |
| 29 | Punktion der Brust- oder Bauchhöhle, einschließlich Anästhesie | 30 |

30	Lumbalpunktion	45
31	Occipitalpunktion Verrechenbar nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie.	90
32	Sternalpunktion Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.	30
32a	Punktion der Bursa	9

Punktionen, therapeutisch:

33	Punktion eines großen Gelenkes	15
34	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle, einschließlich Anästhesie	60
35	Lumbalpunktion	60
36	Hydrocele Punktion	15

Betäubung (Anästhesie):

38	Allgemeine Anästhesie, i. v. oder Inhalation	60
39	Intravenöse Verabreichung von Midazolam (Dormicum) oder gleichwertige Sedativa im Rahmen endoskopischer Eingriffe inkl. Überwachung mittels Pulsoximetrie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin als Zuschlag zur Position 53b (Coloskopie) und Position 263 (Oesophago-Gastro-Duodenoskopie). Nicht gleichzeitig neben den Positionen 14, 27, 38 und 40 verrechenbar.	48,4
40	Anästhesie mit Injektion für operative Eingriffe und Punktionen (Lokal- oder Leitungsanästhesie) Nicht gleichzeitig neben den Positionen 20a, 22, 23 und 24 verrechenbar.	15

Verrichtungen am Magen-, Darm- und Urogenitaltrakt:

41a	Wechsel einer PEG-Austauschsonde (z.B. Button, Gastrotube) Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin.	€ 15,00
<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.		
42	Ausheberung des Magens	15
43	Ausspülung des Magens bei Vergiftung	30
44	Katheterismus der Harnblase beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf Nicht gesondert verrechenbar bei primärer Durchführung der Endoskopie (Pos. 281a, 281b, 285).	15
44a	Legen eines Dauer-(Verweil-)katheters beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf Nicht gleichzeitig neben der Position 44 verrechenbar. Nicht gesondert verrechenbar bei primärer Durchführung der Endoskopie (Pos. 281a, 281b, 285).	30
45	Katheterismus beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf bei akuter Harnverhaltung Nicht gesondert verrechenbar bei primärer Durchführung der Endoskopie (Pos. 281a, 281b, 285).	30
46	Blasenspülung einschließlich Katheterismus beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf (Pezzer inbegriffen)	24
47	Katheterismus der Harnblase beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten Harnröhrenverlauf Nicht gesondert verrechenbar bei primärer Durchführung der Endoskopie (Pos. 281a, 281b, 285.)	9
47a	Legen eines Dauer-(Verweil-)katheters beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten Harnröhrenverlauf Nicht gleichzeitig neben der Position 47 verrechenbar. Nicht gesondert verrechenbar bei primärer Durchführung der Endoskopie (Pos. 281a, 281b, 285).	24

48	Blasenspülung einschließlich Katheterismus beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten Harnröhrenverlauf (Pezzer inbegriffen)	18
49	Blasenspülung bei Verweilkatheter	9
50	Digitale Untersuchung des Rektums Nicht gleichzeitig neben der Position 280 verrechenbar.	6
51	Prostatamassage	6
52	Proktoskopie	15
53	Rektoskopie mit dem langen Rektoskop Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Nach einer Coloskopie (Position 53 b) ist die Position 53 nur mit Begründung verrechenbar.	60
53a	Sigmoidoskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Neben der Position 53a ist die Position 53 nicht gleichzeitig verrechenbar.	100
53b	Coloskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Neben der Position 53b ist die Position 53a nicht gleichzeitig verrechenbar.	300

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit erfolgt für Fachärzte für Innere Medizin außerhalb des Honorarsummenlimits.

Sonstige Verrichtungen:

54	Akupunktur, je Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Pro Fall und Quartal maximal 10 Sitzungen verrechenbar.	46
	<u>Weiters gilt:</u>	
	a) Verrechenbar ist die Nadelakupunktur nach den Kriterien, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind.	
	b) Über die erbrachten Akupunkturbehandlungen sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Kasse nachvollziehbar ist, ob die Indikationen des Obersten Sanitätsrates vorliegen. Die Diagnose muss den Indikationen entsprechen.	
	c) Von der Verrechenbarkeit der Akupunktur sind die Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie, Dermatologie, Laboratoriumsdiagnostik und Radiologie ausgeschlossen.	

- d) Für die Akupunktur sind ausschließlich Einmalnadeln zu verwenden, die mit dem Tarif abgegolten sind.
- e) Das Setzen der Nadeln darf ausschließlich vom ausgebildeten Arzt durchgeführt werden. Während die Nadeln gesetzt sind, muss der Arzt für den Patienten jederzeit erreichbar sein.
- f) Zuweisungen zur Durchführung der Akupunktur sind zulässig, und zwar auch zwischen Ärzten für Allgemeinmedizin untereinander und zwischen Fachärzten desselben Fachgebietes.
- g) Auch für Zuweisungsfälle gebührt die volle Grundleistungsvergütung.
- h) Die gleichzeitige Anwendung von herkömmlichen Behandlungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die medikamentöse Therapie.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit von Akupunkturtherapien (Behandlungsserie mit max. 10 Sitzungen pro Fall und Quartal) ist mit 5% der eigenen Fälle mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.

Fälle, die ausschließlich zur Akupunktur zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

55	Zahnextraktion, bei Dringlichkeit: Erste Hilfe	24
56	Blutstillung nach Zahnextraktion durch Tamponade, in gesonderter Sitzung, pro Ereignis	17
57	Blutstillung nach Zahnextraktion durch Naht, in gesonderter Sitzung, pro Ereignis	38
58	Begleitung eines Schwerverletzten oder Schwerkranken im Rettungswagen	84
59	Reanimation am Unfallort oder in der Ordination bei Herz- oder Atemstillstand	250
60	Erstversorgung Unfallverletzter mit ausgedehnten multiplen Excoriationen	35
60a	Wechsel der Trachealkanüle bei Intensivpatienten in häuslicher Pflege	€ 28,00 € 26,95
	Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sofern der Wechsel der Kanüle von einem Arzt durchgeführt wird.	

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.

271b Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala

28

Verrechenbar nur im Rahmen von Verlaufstests bei PatientInnen mit Antidementivversorgung von Ärzten für Allgemeinmedizin.

Weiters gilt für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin:

- Der Test ist einmal pro Jahr nur nach erfolgter Erstdiagnostik durch einen Psychiater oder Neurologen verrechenbar. Weiters sind jährliche Kontrollen beim Facharzt rechtzeitig sicherzustellen.
Im Falle einer deutlichen Verschlechterung bzw. von Auffälligkeiten ist unverzüglich eine fachärztliche Kontrolle zu veranlassen.
- Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren.
Zusätzlich sind – nach Rücksprache mit den betreuenden Angehörigen oder Pflegepersonal des Altenheimes – der Allgemeinzustand und psychische Zustand der PatientInnen grob zu beurteilen und zu dokumentieren.
- Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.

II. Sonderleistungen aus den Fachgebieten

Dem Arzt für Allgemeinmedizin werden jene Sonderleistungen vergütet, die er einwandfrei durchzuführen in der Lage ist. Sonderleistungen, die ausdrücklich einem Facharzt vorbehalten sind, können vom Arzt für Allgemeinmedizin nur verrechnet werden, wenn er hiezu von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich berechtigt wurde.

Wundnaht ist bei allen aseptischen Operationen inbegriffen.

Augenheilkunde und Optometrie

61 Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) 12
Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.

62 Skiaskopie 12
Bei Personen nach dem vollendeten 14. Lebensjahr nur mit besonderer Begründung verrechenbar. Als besondere Begründung gelten und müssen aus der Diagnose ersichtlich sein: Zustand nach frischer Operation, Zustand nach intraoculärer Entzündung, Medientrübung, Deblität.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.

62a Bestimmung der Fehlsichtigkeit mittels Refraktometer 12
(neben der Position 62 bei demselben Behandlungsfall nicht verrechenbar)
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 40% der Fälle limitiert.

62b Skiaskopie in Cykloplegie 22
Nicht gleichzeitig neben der Position 62 und der Position 75a verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 25% der Fälle limitiert.

63 Gesichtsfeldbestimmung für Farben 30
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.

63a	<p>Basisuntersuchung Farbsinnprüfung (zB Farbtafeln, Panel D 15 Test)</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.</p> <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 4% der Fälle limitiert.</p>	10,8
63b	<p>Beidseitige Farbsinnprüfung mittels Anomaloskop</p> <p>Einmal pro Fall und Quartal als Folgeuntersuchung bei begründetem Krankheitsverdacht aufgrund der Basisuntersuchung (Pos. 63a) verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.</p> <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der Fälle limitiert.</p>	40,4
64	<p>Untersuchung mit dem Hornhautmikroskop (Spaltlampe)</p> <p>Nur bei pathologischen Affektionen der Hornhaut, in der Vorderkammer, der Linse oder des Glaskörpers, höchstens sechsmal pro Fall und Quartal verrechenbar.</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.</p>	12
65	<p>Fremdkörperentfernung aus der Hornhaut</p>	45
66	<p>Chalazionoperation</p>	60
67	<p>Exophthalmometrie</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.</p>	9
68	<p>Sondierung oder Spülung des Tränenweges, je Seite</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie und von Fachärzten für HNO-Krankheiten.</p>	33
68a	<p>Tränensekretionsmessung (Schirmertest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.</p>	9
69	<p>Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie</p> <p>Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung. Nicht gleichzeitig neben der Position 63 verrechenbar.</p> <p><u>Weiters gilt:</u> Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Graphikbefund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen</p>	55

70	Tonometrie Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	10,4
71	Druckkurve bei Glaukom mit Belastungsprobe (mindestens 6 Messungen innerhalb 24 Stunden) einschließlich Spaltlampe Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	60
72	Eingehende apparative Prüfung des stereoskopischen Sehens bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (auch Wingtest, Rot-Grün-Test) Höchstens zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	18
72a	Eingehende apparative Prüfung des stereoskopischen Sehens bei Personen nach dem vollendeten 14. Lebensjahr (auch Wingtest, Rot-Grün-Test) Die Notwendigkeit der Prüfung muss aus der Diagnose ersichtlich sein; höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	12
73	Gonioskopie Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	18
74	Untersuchung mit dem 3-Winkelspiegel, Hrubylinse Zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	27
75	Untersuchung der Netzhaut mit rotfreiem Licht Neben der Position 75a nicht verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	6
75a	Untersuchung der Netzhaut in Mydriasis Neben der Position 75 nicht verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	15
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Fälle limitiert.	
75b	Fundusdiagnostik mittels Funduskamera inkl. Bilddokumentation Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	102
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 3% der Fälle limitiert.	

75c Fluoreszenzangiographie des Augenhintergrundes 241,8
Einmal pro Fall und Tag verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie,
die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu
berechtigt wurden.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 0,4% der Fälle limitiert.

75d Argon-Laser Behandlung 1001
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie,
die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ
hiezu berechtigt wurden.

Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verrechenbar:

1. Einmalige retinale Laserchirurgie
 - a. periphere Netzhautdefekte
 - b. Chorioretinopathie 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 Gefäßverschluss
 - f. subretinale Neovaskularisation bei altersbedingter Makuladegeneration
 - g. subretinale neovaskularisation bei Myopie
 - h. idiopathische subretinale Neovaskularisation
 - i. seltene Indikationen (z.B. Periphlebitis retinae)

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 0,8% der Fälle limitiert.

75e YAG-Laser Behandlung 691,8
Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie,
die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ
hiezu berechtigt wurden.

Einmal je Auge und Tag bei folgenden Indikationen verrechenbar:

1. Kapsel fibrose bei Pseudophakie
2. Glaukom
3. Durchtrennung fibrotischer Glaskörperstränge

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 0,7% der Fälle limitiert.

75f	OCT (Optische Kohärenztomographie) der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Einmal je Tag und Fall verrechenbar.	210
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 6% der Fälle limitiert.	
76	Wimpernepilation Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	15
77	Nahtentfernung aus der Bindehaut Verrechenbar nur von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie.	20

Chirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie

78	Blepharoplastik der Ober- oder Unterlider (inkl. erforderlicher Anästhesie), pro Seite Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie sowie von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	550
79	Spaltung einer oberflächlichen Fistula ani Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie. Nur in Verbindung mit einer Rektoskopie (Position 53-53b) verrechenbar.	97
79a	Behandlung der Analfissur durch Sphinkterotomie und Sphinkterdehnung Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie.	97
80	Polypenabtragung mittels Endoskop, pro Polyp Nur im Rahmen einer kurativen Leistung Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Urologie sowie von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Die histologische Befundung oder eine valide Fotodokumentation mittels Vorher-Foto des Polypen und Nachher-Foto der Abtragungsstelle ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. <u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit in 50% der kurativen Coloskopien (Pos. 53b) limitiert.	263
80v	Polypenabtragung mittels Endoskop, pro Polyp Nur im Rahmen der VU-Coloskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Die histologische Befundung oder eine valide Fotodokumentation mittels Vorher-Foto des Polypen und Nachher-Foto der Abtragungsstelle ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	263
81	Abtragung einer großen Brandblase	9
82	Abtragung mehrerer kleiner Brandblasen	15
83	Incision (auch elektrochirurgisch): Abszesse (mittelgroß oder groß), Furunkel, Carbunkel, Paronychie, Panaritium cutaneum, Haematom, vereitertes Atherom u.ä	33,19

84	Einseitige Ohrmuschelkorrektur sowie andere plastische Operationen an der Ohrmuschel (inkl. erforderlicher Anästhesie) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	550
85	Panaritium subc.	60
86	Versorgung von Wundrandnekrosen	45
87	Incision, Gegenincision und Drainage einer periprotitischen Eiterung oder eines tiefen Abszesses Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie sowie fachspezifisch von operativ tätigen Fachärzten.	175
88	Noduli-Operation (z.B. nach Langenbeck oder Barron) in einer oder mehreren Sitzungen Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie.	194
91	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	45
92	Radikaloperation eines Unguis incarnatus mit Resektion der Nagelmatrix	120
93	Clavus Nur bei Rezidiven neuerlich verrechenbar.	15
94	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kaustik, Excochleation) einer Warze	15
95	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kaustik, Excochleation) mehrerer Warzen in einer Sitzung	30

Weiters gelten für die Positionen 94 und 95 und 247:

Die Positionen „Warzenentfernung“ (Pos. 94 und Pos. 95) und „Kryotherapie“ (Pos. 247) sind für die Entfernung derselben Warze(n) nur entweder/oder und nicht kumulativ verrechenbar.

Die Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung ist mit Position 95 verrechenbar.

Die Positionen „Warzenentfernung“ und Kryotherapie sind nur dann gemeinsam verrechenbar, wenn es sich um die Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder in derselben Sitzung handelt, etwa „Warzenentfernung“ für Verrucae vulgaris und Kryotherapie für aktinische Keratosen.

95a	Abtragung von Kondylomen	97
96	Operative Entfernung von Fremdkörpern aus Weichteilen	45
97	Excision und Naht einer Wunde	120
97a	Excision und Naht einer Wunde über 10 cm Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	174
98	Unterbindung und Resektion eines größeren Gefäßes als selbständige Operation (Krampfaderoperation)	90
99	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser (z.B. Angiom, Varixknoten, Atherom, Fibrom, Zyste, Warze über 5 mm) einschließlich Naht- und Wundversorgung	97
100	Operative Entfernung (inkl. Naht) einer größeren Geschwulst von 10 mm bis 30 mm Durchmesser (zB. Fibrom, Atherom, Lipom, Schloffertumor, Angiom, Epitheliom, Varixknoten, einzelner Lymphknoten, Hygrom, Basaliom, Spinaliom)	175
100a	Operative Entfernung (inkl. Naht und erforderlicher Anästhesie) einer Geschwulst über 30 mm Durchmesser (zB Lipom, Fibrom, Atherom, Schloffertumor, Hygrom, Spinaliom, Basaliom, kleines Lymphknotenpaket)	280
100e	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes (inkl. erforderlicher Anästhesie) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und fachspezifisch von operativ tätigen Fachärzten.	760
101	Kleine Plastik bis zu 10 cm ² (Thiersch, Reverdin, Vollhaut, Verschiebelappen, Rotationslappen, Z-Plastik u.a.) inkl. erforderlicher Anästhesie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und fachspezifisch von operativ tätigen Fachärzten sowie von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	280

101a	Große Plastik über 10 cm ² (gestielte Lappenplastik, freie Hauttransplantationen); inkl. erforderlicher Anästhesie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie, von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	760
103	Konservenbluttransfusion	60
104	Kreuzprobe	36
105	Anlegen einer Draht- oder Klammerextension Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	60
106	Fingerschienenverband mit Fixierung des Handgelenkes	15
107	Anlegen eines großen Schienenverbandes	45
108	Anlegen eines Zingulums	30
109	Tenotomie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	60
110	Wundnaht bei Verletzungen	68,09
110a	Naht- und/oder Klammerentfernung Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, von Fachärzten für HNO-Krankheiten, von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie.	7,66
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert. Pro Fall und Tag darf diese Position nur einmal verrechnet werden.	
111	Versorgung einer arteriellen Blutung durch Unterbindung oder Umstechung	30
112	Versorgung einer arteriellen Blutung durch Unterbindung mit Präparation	75

113	Sehennaht oder Muskelnähte	75
114	Zurückbringen eines eingeklemmten Bruches	30
114a	Radikaloperation kleiner Narben- oder Nabelbrüche (inkl. erforderlicher Anästhesie) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie.	550
115	Blutige Operation der Phimose oder der Paraphimose	60
116	Operation des Hallux valgus oder Hallux rigidus Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	90
117	Amputation von Fingern oder Zehen	60
118	Einrichtung und definitive Frakturversorgung mit Gipsverband: kleinere Knochen, Schlüsselbein	90
119	Versorgung einer Schlüsselbeinfraktur inkl. Fixation ohne Gipsverband (z.B. Tornisterverband)	45
120	Einrichtung und definitive Frakturversorgung mit Gipsverband: Unterarm, Unterschenkel, Kniescheibe, Knöchel	120
121	Einrichtung und definitive Frakturversorgung mit Gipsverband: Oberarm	150
122	Provisorische Frakturversorgung mittels Schiene, mit oder ohne Gips, ausgenommen: Finger, Zehen	30
123	Provisorische Frakturversorgung mittels Schiene am Unfallort (ausgenommen: Finger, Zehen)	45
124	Gipsabdruck für Modelleinlagen (inkl. Material), je Seite	18
124a	Sonstige Abdrücke für Modelleinlagen (inkl. Material), je Seite	16

Gipsverbände

Anlegung

(nicht verrechenbar bei den Positionen 118, 120 bis 122)
oder WIEDER-Anlegung, jeweils mit oder ohne Schiene.

125	Finger	45
126	Hand mit Unterarm	60
127	Unterarm mit Oberarm	60
128	Oberarm mit Schultergürtel oder Kopf mit Schultergürtel	90
129	Fuß	45
130	Fuß mit Unterschenkel (Gipsstiefel)	90
131	Unterschenkel mit Oberschenkel	60
132	Gipshülse (bei Seitenbandlaesionen, größeren Wunden in der Gegend des Kniegelenkes oder dessen Eröffnung)	90
133	Fuß mit Unter- und Oberschenkel	90
134	Gipshose Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	90
135	Halskrawatte	45
136	Gipsmieder Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	150
137	Gipslonguette	45
138	Gipsbett Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	150
139	Gipsschale	90

139a	Gipsfixation einer Hilgenreinerschiene, einschließlich Abnahme	60
139b	Gipsfixation eines Gehbügels, einschließlich allfälliger Ausbesserung	10

Ausbesserung

140	Nur verrechenbar bei den Positionen 120, 121, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 136	30
-----	---	----

Abnahme

141	nach den Positionen 126, 132, 135	9
142	nach den Positionen 120, 127, 130, 131, 133	15
143	nach den Positionen 121, 128, 134, 136	30

Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation:

144	Kleines Gelenk	45
145	Knie-, Hand- oder Sprunggelenk	60
146	Ellbogen-, Hüft- oder Schultergelenk, traumatisch	90
147	Hüftgelenk, angeboren: Erstversorgung mit Gips, einseitig Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	150
148	Hüftgelenk, angeboren: Erstversorgung mit Gips, doppelseitig Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	225
149	Hüftgelenk, angeboren: neuerliche Fixation mit Gips, einseitig oder doppelseitig Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	90

150	Gipsabnahme nach den Positionen 147, 148, 149	30
151	Spreizbehandlung bei Hüftgelenkdisplasie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.	60
152	Redressement des Hacken-, Spitzfußes u. ä. mit anschließender Fixation mit Gipsverband Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	90
153	Redressement des Klumpfußes (einschließlich Gips) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	90
154	Aufkeilung des Gipsverbandes einschließlich Fixation nach Redressement des Klumpfußes Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	30
155	Osteotomie Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	75
156	Knochenauf- oder abmeißelung Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	75
157	Operation einer Hammerzehe Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	150
158	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut (Fadenfistel, Fremdkörperfistel) und Muskulatur Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von der Kasse in Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	175
159	Probeexcision, einschließlich Naht	30
160	Chirotherapie an der Wirbelsäule, erste Sitzung	50
161	Chirotherapie an der Wirbelsäule, zweite und weitere Sitzung	40

Die Positionen 160 und 161 sind insgesamt höchstens fünfmal pro Fall und Quartal von jenen Ärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Überweisungsfälle zur Chirotherapie sind Vertreterfällen gleichgestellt.

- | | | |
|-----|---|----|
| 162 | Subcutane Operation eines schnellenden Fingers nach Chiari sowie bei Sehnenscheidenspaltung | 75 |
| 163 | Modellverband von Extremitäten oder großen Gelenken (z.B. Elastoplast-, TAPE- oder Fischer-Verband) | 20 |
| 164 | Kontrolle eines korrigierenden Wirbelsäulenmieders
Verrechenbar nur von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie. | 20 |

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

- | | | |
|-----|---|-------|
| 165 | Verbandanlage oder Verbandwechsel durch den Arzt bei großflächigen Excoriationen, Verbrennungen, gravierenden Finger- und Zehenwunden und bei Ulcus cruris sowie Verbandwechsel bei ausgedehnten operativ versorgten Wunden

Die Position 165 kann nicht für Pflasterverbände verrechnet werden. Bei operativen Positionen ist die Erstanlage eines Verbandes inkludiert, d.h. die Position 165 ist z.B. nicht neben den Positionen 91 bis 101a verrechenbar.

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, von Fachärzten für Chirurgie, von Fachärzten für Unfallchirurgie, von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Fachärzten für HNO-Krankheiten, von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und von Fachärzten für Urologie. | 13,06 |
|-----|---|-------|

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

- | | | |
|-----|--|---------|
| 167 | Feinnadelpunktion der Mamma
Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie. | € 11,87 |
| 168 | Doppler-Sonographie der peripheren Gefäße
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. | 28 |

Weiters gilt:

- a) Für die Geräteausstattung und die Ausbildungsvoraussetzungen gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

- 169 Sonographie der kindlichen Hüften bei Krankheitsverdacht € 32,60
Verrechenbar von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde und von Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Limitierungsbestimmungen:

Fachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde:

Die Verrechenbarkeit ist mit 12% der Fälle limitiert.

In diesem Rahmen ist diese Position pro Fall und Quartal grundsätzlich nur einmal verrechenbar.

Weitere Untersuchungen sind zu begründen.

Weiters gilt:

- a) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- b) Von den Befunden ist ein Durchschlag durch drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

- KS1 Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte, durch Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie € 29,07
Die Position KS1 ist nur von jenen Fachärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.
Wenn ausschließlich die Position KS1 durchgeführt wird (ohne gleichzeitiger Untersuchung des Kindes KN1), gebührt keine Grundleistungsvergütung.

- KS2 Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie € 29,07
Die Position KS2 ist nur von jenen Fachärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.
Wenn ausschließlich die Position KS2 durchgeführt wird (ohne gleichzeitiger Untersuchung des Kindes KU1, KU2), gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

171	Beistand bei Partus ohne operativen Eingriff, über Berufung der Hebamme	120
172	Beistand bei Partus ohne operativen Eingriff, ohne Anwesenheit der Hebamme	300
173	Beistand bei Zwillingsgeburt	240
174	Zangenentbindung oder Vakuum-Extraktion	350
175	Kombinierte Wendung oder operative Geburt (unter Angabe der Leistung)	350
176	Manualhilfe bei Steißlage	240
177	zu den Positionen 171 bis 176: Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus, für jede begonnene weitere halbe Stunde	30
178	Placentalösung, manuell	240
179	Naht eines Schleimhautrisses oder eines Dammrisses 1. Grades	30
180	Naht einer Epis. oder eines Dammrisses 2. Grades	180
181	Dammnaht 3. Grades (mit isol. Sphinkternaht)	240
182	Naht eines frischen Mutterhalsrisses	240
183	Uterustamponade bei atonischer Blutung post partum	400
186	Cervixpolypenabtragung	60
188	Strichabrasio	30
189	Probeexcision aus Portio oder Vagina (einschließlich Naht oder Kauterisation)	30

189a	Skarifikation der Portio Verrechenbarkeit nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.	40
190	Kolposkopie (mit binokularem Kolposkop) Verrechenbarkeit nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.	27
190a	Endocervicoskopie Verrechenbarkeit nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.	27
<u>Limitierungsbestimmungen für die Positionen 190 u. 190a:</u>		
	je 100 Behandlungsfälle	3.000 Punkte
	je 10 Behandlungsfälle	300 Punkte
191	Koagulation von Erosionen oder Abtragung vaginaler Granulation Verrechenbarkeit nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.	30
193	Hymenincision	15
194a	Pessarwechsel bei Prolaps	10
195	Cardiotokographie mit mindestens 20 bis 30 Minuten Aufzeichnungsdauer	€ 34,93

Indikationen der Verrechenbarkeit:

Verdacht auf gestörte respiratorische Funktion der Placenta, festgestellte Herztonalterationen, Wachstumsretardierung, EPH-Gestose, Diabetes mellitus, Geburtsterminüberschreitung, nach Amnioskopie und bei sonographisch begründbarem Verdacht einer fetalen Gefährdung. Verdacht auf drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehentätigkeit) sowie fraglicher Wehentätigkeit ab der 37. Schwangerschaftswoche. Mehrlingsschwangerschaften.

Verrechenbar nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung sind ein Ausbildungs- und ein Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Weiters gilt:

- Die Untersuchung ist zu dokumentieren, von den Befunden (Streifen) ist ein Durchschlag drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- Das Untersuchungsergebnis ist in den Mutter-Kind-Pass einzutragen (unter der Rubrik „Weitere Untersuchungen“).

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 4% der Fälle limitiert.

197	Abschabung zur Krebsfährtsuche (Portio, endocervical, vaginal), insgesamt Grundsätzlich nur einmal pro Fall und Jahr verrechenbar, ausgenommen Fälle belegter medizinischer Notwendigkeit (Anforderung aufgrund vorliegenden Laborbefundes oder nach stationärer Krankenanstaltsbehandlung).	15
198	Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation Verrechenbar nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. <u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 6% der Fälle limitiert.	74
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Wenn ausschließlich die Position MS1 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU1, MU2), gebührt keine Grundleistungsvergütung.	74
MS2	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Wenn ausschließlich die Position MS2 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU4), gebührt keine Grundleistungsvergütung.	74
MS3	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Wenn ausschließlich die Position MS3 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU1), gebührt keine Grundleistungsvergütung.	74
200	Gynäkologischer Ultraschall (transvesikal bzw. abdominell und/oder transvaginal) Verrechenbar nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Die Position 200 ist nicht gleichzeitig mit der Position 198, MS1, MS2 oder MS3 verrechenbar. <u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 21% der Fälle limitiert.	74

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

201	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes durch Prüfung des Provokationsnystagmus mittels thermischer oder Drehprüfung oder Lage-, Lagerungs- und Schüttelnystagmus max. 4 Prüfungen verrechenbar; je Prüfung Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten und von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie.	35
202	Paracentese oder Punktion der Paukenhöhle, je Seite	50
203	Peritonsillarabszeßeröffnung	30
204	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand, teilweise oder vollständige Abtragung von Nasenmuscheln, Entfernung von Nasen-, Rachen- oder Ohrpolypen Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	100
205	Entfernung von Wucherungen aus dem Nasenraum (Synechiolyse)	30
206	Einrichtung einer Nasenbeinfraktur (einschließlich evtl. Fixationsverband)	30
207	Logopädische Behandlung, pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	45
208	Endoskopie der Luft- oder Speiseröhre Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	75
209	Endoskopie der Luft- oder Speiseröhre verbunden mit Fremdkörperentfernung oder Probeexcision Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	240
210	Nasenendoskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	30

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle limitiert.

211	Lupenlaryngo- oder Epipharyngoskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	30
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle limitiert.	
211a	Flexible Endoskopie der oberen Atemwege Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	100,1
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.	
212	Probeexcision, Polypenabtragung oder Kaustik auf indirektem Wege im Kehlkopf Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	180
212a	Probeexcision aus Nase, Mund, Epi- oder Mesopharynx	30
213	Tonsillektomie, doppelseitig Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	320
214	Speichelgangsondierung Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	15
215	Versorgung einer akuten Trommelfellperforation Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	75
216	Kieferhöhlenpunktion mit oder ohne Spülung, Stirnhöhlenspülung, je Seite, erste Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	68
217	Kieferhöhlenpunktion mit oder ohne Spülung, Stirnhöhlenspülung, je Seite, weitere Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	38
218	Fremdkörperentfernung aus der Nase, dem äußeren Gehörgang (Cerumen ist kein Fremdkörper) oder dem Recessus piriformis	30
219	Cerumenentfernung, technisch schwierig, z.B. bei verengtem Gehörgang, adhärentem obturierendem Pfropf (technisch einfache Cerumenentfernung ist nicht gesondert verrechenbar), je Ohr	9

220	Parazentese in LA sowie Mittelohrabsaugung und Setzen eines Shepardtubus Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten. Die angefallenen Kosten für verwendete Kunststoffuben sind am Behandlungsschein zu vermerken. Sie werden von der Kasse aus dem Titel pro ordinatione getragen und mit der Honorarabrechnung angewiesen. Entsprechende Rechnungen sind der Kasse über Wunsch zur Einsichtnahme zur Verfügung zu stellen. Die Kosten für Metalltuben übernimmt die Kasse im Einzelfall nur bei Verlust.	100
220a	Operative Entfernung eines Shepardtubus inkl. allfälliger Abdeckung der Perforation Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten. Die Position 233 ist daneben nicht verrechenbar.	50
221	Einfache Eröffnung der Kieferhöhle v. d. Fossa canina zum Zwecke von Zahnwurzelentfernungen Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	90
223	Submuköse Septumresection Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	270
224	Adenotomie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	135
225	Adenotomie bei gleichzeitiger Tonsillektomie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	100
226	Endoskopie der Kieferhöhle, je Seite Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	90
227	Tracheotomie	150
228	Tonaudiometrie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	45
228a	Überschwellige Audiometrie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten. <u>Weiters gilt:</u> Die Untersuchung ist unter Angabe der Diagnose zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zu Verfügung zu stellen.	45

228b	Beidseitige Messung otoakustischer Emissionen (OAE) Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	59,4
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 9% der Fälle limitiert.	
229	Sprachaudiometrie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten. Bei Zuweisung nur zur Audiometrie ist eine klinische Untersuchung erforderlich. Über audiometrische Untersuchungen sind genaue Aufzeichnungen (ausgeführte Leistungen, erhobene Befunde, Kurven) zu führen. Die Unterlagen sind karteimäßig drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	50
229a	Zuschlag für Sprachaudiometrie im Freifeld Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	€ 4,21
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 12% der Fälle limitiert.	
230	Hintere Nasentamponade nach Bellocq	55
230a	Tamponade der vorderen Nase	20
231	Tubenkatheter (Katheterisierung der Tuba Eustachii) inkl. Anästhesie, je Seite	10
232	Attikspülung Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	10
233	Otomikroskopie Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	17
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 70% der Fälle limitiert.	
	Die Verrechenbarkeit wird für am „Hörgeräte-Versorgungsprozess NEU“ beteiligte Ärzte von 70% auf 100% erweitert.	

- 234 Impedanzaudiometrie (Tympantometrie und/oder Stapediusreflexaudiometrie) inkl. Dokumentation 28
 Bei Zuweisung nur zur Impedanzaudiometrie ist eine klinische Untersuchung erforderlich. Über impedanzaudiometrische Untersuchungen sind genaue Aufzeichnungen (ausgeführte Leistungen, erhobene Befunde, Kurven) zu führen. Die Unterlagen sind karteimäßig drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
 Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.
- Limitierungsbestimmungen:**
 Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.
- Die Verrechenbarkeit wird für am „Hörgeräte-Versorgungsprozess NEU“ beteiligte Ärzte von 20% auf 30% erweitert.
- 236 Ätzung oder Kaustik oder HF-Chirurgie der Nasenschleimhaut pro Sitzung 28
 Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.
- 237 Sonographie der Nasennebenhöhlen 37,7
 Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.
 Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung sind ein Ausbildungs- und Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- Limitierungsbestimmungen:**
 Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.

Haut- und Geschlechtskrankheiten

238	Dermabrasio bis 5 cm ² Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	120
238a	Dermabrasio von 5 bis 20 cm ² (inkl. erforderlicher Anästhesie) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	280
238b	Dermabrasio über 20 cm ² (inkl. erforderlicher Anästhesie) Verrechenbar nur von Fachärzten für Chirurgie und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	438
239	Kultur auf Go Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	27
240	Kultur auf Candida Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	33
241	Zinkleimverband mit selbst aufgetragenem Zinkleim, pro Extremität	30
242	Zinkleimverband mit fertigen Zinkleimbinden	15
243	Elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung (z.B. mit Schaumgummiplatten o.ä.) bei statischen Beinleiden, Erstanlage, pro Extremität	45
244	Elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung (zB mit Schaumgummiplatten o.ä.) bei statischen Beinleiden, weitere Anlage	30
245	Incision eines Bartholinischen Abszesses	24
246	Kaustik (ausgenommen Warzen)	18
247	Kryotherapie	15

Weiters gilt für die Positionen 94, 95 und 247:

Die Positionen „Warzenentfernung“ (Pos. 94 und Pos. 95) und „Kryotherapie“ (Pos. 247) sind für die Entfernung derselben Warze(n) nur entweder/oder und nicht kumulativ verrechenbar. Die Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung ist mit Position 95 verrechenbar.

Die Positionen „Warzenentfernung“ und „Kryotherapie“ sind nur dann gemeinsam verrechenbar, wenn es sich um die Behandlung unterschiedlicher Krankheitsbilder in derselben Sitzung handelt, etwa „Warzenentfernung“ für Verrucae vulgaris und Kryotherapie für aktinische Keratosen.

248	Unblutige Reposition einer Paraphimose, Lösung von Conglutinationen	30
249a	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest), Erstsitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzten für Lungenkrankheiten, Fachärzten für Kinder- u. Jugendheil- kunde und Fachärzten für HNO-Krankheiten. Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.	60
249b	Allergieaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest), Kontrollsitzung (Nach- oder Ergänzungstestung) Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzten für Lungenkrankheiten, Fachärzten für Kinder- u. Jugendheil- kunde und Fachärzten für HNO-Krankheiten. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	20
249c	Epicutan-Standardtest (derzeit 27 Proben) oder Sonderabtestung bis 25 Proben; Erstsitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Auch bei Quartalsüberschreitung nur einmal pro Behandlungsfall (ein Krankheitsgeschehen) verrechenbar.	80
249d	Epicutan-Test, Kontrollsitzung (Nach- oder Ergänzungstestung zur Position 249c) Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	20
249e	Epicutan-Sonderabtestungen über 25 Proben inkl. allfälliger Nachtestung Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	160

Weiters gilt für die Positionen 249a bis 249e:

- a) Die Position 249c ist im selben Quartal nicht neben der Position 249e verrechenbar.
- b) Das Honorar für die Positionen 249a bis 249e beinhaltet:
 - Anamnese
 - Austestung
 - Auswertung
 - Abschlussgespräch (die Verrechnung einer Position 10a ist gleichzeitig nicht möglich)

- 249z Zuschlag zu den Positionen 249a - 249e für erhöhten Beratungsaufwand zur Allergieerkrankung € 16,50
Das Beratungsgespräch hat länger als 12 Minuten zu dauern.
Die Verrechenbarkeit neben den Positionen 10a und 10b ist gleichzeitig nicht möglich.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzten für HNO-Krankheiten, Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten.
- Limitierungsbestimmungen:**
Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Positionen 249a - 249e limitiert.
- 250 Grenzstrahlen (Bucky), pro Sitzung 20
Ohne Rücksicht auf die Anzahl der Felder höchstens 20 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.
- 250a Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. 11
Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe, pro suspekter Läsion
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten pro suspekter Läsion. Die Position 10a ist neben dieser Position nicht gleichzeitig (=am selben Tag) verrechenbar.
- Weiters gilt:**
Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- Limitierungsbestimmungen:**
Die Verrechenbarkeit ist mit 50% der Fälle limitiert.
- 250v Melanomvorsorge € 20,85
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Limitierungsbestimmungen:**
Die Verrechenbarkeit ist mit maximal 7% der Fälle, maximal einmal pro Patient innerhalb eines Jahres, limitiert.
Die Verrechnung erfolgt außerhalb des Honorarsummenlimits.
Wird nur Melanomvorsorge im Quartal durchgeführt, gebührt keine Grundleistungsvergütung.
Nicht gleichzeitig neben Position 250a verrechenbar.

Kinder- und Jugendheilkunde

- 251 Pädiatrische Beratung beim Säugling und Kleinkind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 15
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde und von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
- 252 Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungs- rückstandes bei cerebral geschädigten Kindern; 45
Erstuntersuchung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.
- 253 Jede weitere Untersuchung; einmal pro Fall und Quartal 30
und frühestens nach drei Monaten verrechenbar
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.
- 254 Orientierende Untersuchung und Beurteilung von Ver- 40
haltensstörungen (einschließlich erforderlicher Tests)
bzw. Nachkontrolle von Verhaltens- und emotionaler
Entwicklungsauffälligkeiten; verrechenbar ab einer
Dauer von 20 Minuten
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.
Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Die Positionen 251, 252
und 253 sind neben der Position 254 nicht verrechenbar.

Die Position kann bei folgenden auf den Behandlungsscheinen ver-
merkten Indikationen außerhalb des für diese Sonderleistungsposition
festgelegten Verrechenbarkeitslimits einmal pro Fall und Quartal ver-
rechenbar abgerechnet werden:

- Tic
- Enuresis
- dissoziales Verhalten
- Autismus
- Teilleistungsstörungen

- 254a Erstdiagnostik und Beratung von Verhaltens- und 120
emotionalen Entwicklungsauffälligkeiten inklusive
detailliertem Befundbericht; verrechenbar ab einer
Untersuchungsdauer von 45 Minuten.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde,
die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ
hiezuhin berechtigt wurden.

Inhalt:

- Diagnostik von Auffälligkeiten der Emotionen und im Verhalten
- Berücksichtigung von Beziehungsstörungen
- Beschreibung der Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung
- Empfehlungen zur weiteren Diagnostik, psychosozialen Interventionen und geeigneten Therapien und Förderungen

Weiters gilt:

Nicht gleichzeitig mit den Positionen 10, 10a, 10b, 251, 252, 254 und 257 verrechenbar.

Der Befundbericht hat folgenden Mindestinhalt zu erfüllen:

- Familien- und Eigenanamnese
- Beschreibung der Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung
- Psychopathologischer Befund und Diagnose
- Empfehlungen zu weiterer Diagnostik, psychosozialen Interventionen und geeigneten Therapien und Förderungen

Der Befundbericht ist Teil der Leistung und ist jedenfalls weiteren Behandlern und auf Verlangen den gesetzlichen Vertretern des Kindes und/oder dem Überweiser zur Kenntnis zu bringen bzw. auszuhändigen.

Die Portokosten sind mit dem Honorar abgegolten.

Der Befundbericht ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

Die Position ist einmal pro Fall und Krankheitsbild im Quartal verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

255 Individueller, detaillierter, schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeburten, dyspeptischen-, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, sowie bei dystrophen Kindern und bei allergischen Erkrankungen (inkl. ausführlicher Beratung) 15

Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde. Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Der Ernährungsplan ist persönlich vom Arzt zu erstellen. Eine Durchschrift ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

256 Durchtrennung des Zungenbändchens (inkl. allfälliger Blutstillung und Naht) 30

Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde und von Fachärzten für HNO-Krankheiten.

257 Denver-Entwicklungstest oder andere von der Ärztekammer für OÖ und der Kasse als gleichwertig eingestufte Entwicklungstests bei Verdacht auf eine Entwicklungsverzögerung für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inkl. Befunddokumentation)
Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde einmal pro Fall und Quartal.
Im gleichen Quartal neben den Positionen 252 und 253 nicht verrechenbar.

36

Weiters gilt:

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 8% der Fälle limitiert.

Innere Medizin und Lungenkrankheiten

258 24-Stunden Blutdruckmonitoring

85,3

Indikationen der Verrechenbarkeit:

- a) Nicht klärbarer Hypertonieverdacht:
 - bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdacht durch die Kombination von Sprechstunden- und Selbstmessung
- b) Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruck-erhöhungen bei:
 - sekundärer Hypertonie
 - Praeeklampsie
 - Schlafapnoe
 - hypertoner Herzhypertrophie
- c) Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie:
 - bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch)
 - nach Schlaganfall, Herzinfarkt
 - mit Herzinsuffizienz
 - mit echokardiographisch festgestellter Linkshypertrophie
 - mit Diabetes mellitus
 - mit fehlender Rückbildung von Organschäden*
 - mit Wechselschichtdienst
 - mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel) *
 - zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie*
 - bei Schwangeren mit EPH-Gestose

* Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung und Selbstmessung.

Medizinische Erläuterungen:

Untersuchungshäufigkeit:

- einmal zur Diagnostik
- ein- bis mehrmalige Kontrolluntersuchung(en) bei ungenügender medikamentöser Einstellung

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Weiters gilt:

Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Für Zuweisungen zu Ärzten für Allgemeinmedizin gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Innere Medizin mit 3% der Fälle und für Ärzte für Allgemeinmedizin mit 1% der Fälle limitiert.
Fälle, die zu Ärzten für Allgemeinmedizin ausschließlich zur Position 258 zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

259	Bronchospasmolyse-Test (inkl. vorheriger und nachfolgender Spirographien sowie einschließlich Inhalation und Medikament) Verrechenbar nur von Fachärzten für Lungenkrankheiten und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde. <u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde mit 8% der Fälle limitiert.	70
260	Provokationstest (inkl. unspezifischer Provokationen, aller notwendigen Spirographien, des erforderlichen Medikamentes sowie einer Broncholyse) Verrechenbar nur von Fachärzten für Lungenkrankheiten.	100
260a	Provokationstest mit Flußvolumensdiagramm (inkl. unspezifischer Provokationen, aller notwendigen Spirographien, des erforderlichen Medikamentes sowie einer Broncholyse) Nicht gleichzeitig mit der Position 260 verrechenbar.	121
260b	Zuschlag zur Pos. 260a ab 3 Resistencemessungen	71,4
261	Oszillographie mit Befund	30
262	Rheangiographie mit Befund Nicht gleichzeitig mit der Position 261 verrechenbar.	35
263	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie Tarif für berechnigte Fachärzte für Chirurgie Tarif für berechnigte Fachärzte für Innere Medizin Verrechenbar nur von gastroenterologisch spezialisierten Fachärzten für Innere Medizin, von allgemeinen Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Chirurgie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechnigt wurden.	€ 117,50 € 127,00
264	Flußvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von FVC, FEV 1, PEF, MEF 50 und MEF 25) Nicht gleichzeitig mit der Position 266 verrechenbar.	37

264a	Zuschlag zur Pos. 264 für 1 Resistencemessung	37,3
265	Bronchospasmolyse-Test mit Flußvolumensdiagramm (inkl. vorheriger und nachfolgender Spirographien sowie einschließlich Inhalation und Medikament) Nicht gleichzeitig mit der Position 259 verrechenbar.	84
265a	Zuschlag zur Pos. 265 für 2 Resistencemessungen	48,7
	<p><u>Limitierungsbestimmungen 260b, 264a und 265a:</u> Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich höchstens 9,7 Punkte verrechenbar (bezogen auf die Gesamtfälle). Es kann pro Fall und Tag nur 1 Zuschlag verrechnet werden.</p> <p><u>Für die Positionen 260a, 260b, 264, 264a, 265 und 265a gilt:</u> Verrechenbar nur von Fachärzten für Lungenkrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung einer Verrechnungsberechtigung ist ein Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.</p>	
266	Kleine Spirographie: Vitalkapazität, Tiffenautest und Atemgrenzwert mit graphischer Darstellung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Lungenkrankheiten und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde. Die Position ist nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	30
	<p><u>Weiters gilt:</u></p> <p>a) Für die Geräteausstattung der Ärzte für Allgemeinmedizin, der Fachärzte für Innere Medizin und der Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.</p> <p>b) Die Untersuchung ist von den Ärzten für Allgemeinmedizin, den Fachärzten für Innere Medizin und den Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p> <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist für die Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde mit 10% der Fälle limitiert.</p>	

266a	<p>Ambulante Schlafapnoeuntersuchung Verrechenbar einmal pro Fall und Quartal von jenen Fachärzten für Lungenkrankheiten und Fachärzten für HNO-Krankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p><u>Weiters gilt:</u> Der Umfang der ambulanten Schlafapnoeuntersuchung umfasst alle Tätigkeiten, die für die Vornahme einer solchen Untersuchung sowohl in medizinischer als auch in technischer Hinsicht erforderlich sind – insbesondere die Einschulung des Patienten, die Wartung des Gerätes sowie die Befundung.</p> <p>Der automatische Befund ist manuell nachzukorrigieren. Zu Dokumentationszwecken sind sowohl der automatische Befund als auch der korrigierte Befund aufzubewahren und auf Verlangen der Ärztekammer für OÖ oder der Kasse zur Verfügung zu stellen. Wird der Patient zur weiteren Abklärung an ein Schlaflabor weitergeleitet, so sind dem Schlaflabor auf Anfrage die Rohdaten zur Verfügung zu stellen.</p> <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 7% der Fälle limitiert.</p>	188,7
266b	<p>Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady state Methode) Verrechenbar nur von Fachärzten für Lungenkrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle limitiert.</p>	€ 21,00
267	<p>TINE-Test (inkl. Auswertung und Stempel) Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.</p>	15
268	<p>Echokardiographie (inkl. Befunderstellung) Nur von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde für Kinder ab dem 10. Lebensjahr verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung sind ein Ausbildungs- und Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.</p> <p><u>Weiters gilt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei Zuweisung nur zur Echokardiographie gebührt keine Grundleistungsvergütung. b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. 	155,5

Limitierungsbestimmungen:

Für gastroenterologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin und für allgemeine Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 15% der Fälle limitiert.

Für kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 25% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde ist die Verrechenbarkeit der Positionen 268 und 268a zusammen mit 9% der Fälle limitiert.

Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

268a Doppler-Sonographie des Herzens

108,8

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und ab dem 10. Lebensjahr von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Ausbildungs- und Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Weiters gilt:

- a) Bei Zuweisung nur zur Doppler-Sonographie des Herzens gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- b) Die Untersuchung ist detailliert zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Für gastroenterologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin und für allgemeine Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 15% der Fälle limitiert.

Für kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 25% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde ist die Verrechenbarkeit der Positionen 268 und 268a zusammen mit 9% der Fälle limitiert.

Fälle, die ausschließlich zur Doppler-Sonographie des Herzens überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

268b Echokardiographie und Dopplersonographie des Herzens

280

zusammen für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr
Nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigungen ist ein Ausbildungs- und Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Weiters gilt:

- a) Bei Zuweisung nur zur Pos. 268b gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- b) Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 9% der Fälle limitiert.
Fälle, die ausschließlich zur Pos. 268b überwiesen werden,
fallen nicht unter die Limitierung.

268c Echokardiographie und Dopplersonographie des Herzens (inkl. Befunderstellung) € 130,00

Nur von Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar, die in das Internistenlabor umgestiegen sind und von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.
Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung sind ein Ausbildung- und Gerätenachweis erforderlich.

Weiters gilt:

- a) Bei Zuweisung nur zur Echokardiographie und Dopplersonographie des Herzens gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- b) Die Untersuchungen sind zu dokumentieren. Befunde und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Für gastroenterologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 20% der Fälle limitiert.
Fälle, die ausschließlich zur Pos. 268c überwiesen werden,
fallen nicht unter die Limitierung.

Für allgemeine Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 20% der Fälle limitiert.

Für kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 35% der Fälle limitiert.

269 Abdomineller Ultraschall (inkl. Befunderstellung) € 48,20

Der abdominelle Ultraschall umfasst Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz, Dünndarm, Dickdarm und Lymphstationen dieses Bereiches.

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- b) Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Eine Überweisung nur zur Sonographie ist nicht möglich.

Limitierungsbestimmungen:

Für kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin und für allgemeine Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 20% der Fälle limitiert und pro Quartal ist die Leistung höchstens 75mal verrechenbar.

Für gastroenterologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 40% der Fälle limitiert und pro Quartal ist die Leistung höchstens 150mal verrechenbar.

Für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde ist die Leistung mit 20% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Innere Medizin, die auf das Internistenlabor umgestiegen sind, entfällt die Höchstanzahl von maximal 75; das fallbezogene Limit (Allgemeine Internisten, Kardiologen 20%, Gastroenterologen 40%) bleibt unverändert.

- 269a Ultraschall der Nieren und des Retroperitoneums € 32,45
Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- b) Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Eine Überweisung nur zur Sonographie ist nicht möglich.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.

- 269b Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse (inkl. Dokumentation) € 21,30
Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Die Untersuchung ist wie folgt zu dokumentieren: Bilddokumentation der wesentlichen Befunde und schriftliche Dokumentation folgender Parameter:
 - errechnetes Schilddrüsenvolumen,
 - Konturen, Echogenität und
 - HerdbefundeDie Befunde sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- b) Eine Überweisung nur zur Sonographie ist nicht möglich.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Fälle limitiert.

- 299 Blutgasanalyse in Ruhe und/oder Belastung bzw. Sauerstoffabgabe € 37,90
Verrechenbar nur von Fachärzten für Lungenheilkunde, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

Für die Geräteausrüstung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.

IH2A H2-Atemtest inkl. Testsubstanz € 56,51

Verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Indikationen:

Verdacht auf Laktose-, Fructose- und/oder Sorbitunverträglichkeit; Verdacht auf bakterielle Überwucherung im Dünndarm.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.

IR1 Rheumatologischer Gelenksultraschall € 54,95

Nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Additivfach Rheumatologie und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Indikationen:

Diagnosestellung, Aktivitätsbeurteilung und Verlaufskontrolle entzündlich-rheumatischer Gelenkserkrankungen; differential-diagnostische Abklärung; ultraschallgezielte Intervention bei Gelenkserkrankungen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Position ist 1x pro Tag und Patient (unabhängig von der Anzahl der untersuchten Gelenke) verrechenbar.

Die Verrechenbarkeit ist mit 30% der Fälle limitiert.

I1 Abklärung von Herzrhythmusstörungen mittels EKG-Loop/Eventrekorder (inkl. Befundbesprechung) € 62,28

Verrechenbar nur von FachärztInnen für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Indikation:

Sporadisch auftretende Herzrhythmusstörungen, die mit anderen Untersuchungen nicht erfasst werden.

Weiters gilt:

- a) Befundbesprechung und Befundung ist Teil der Leistung.
- b) Nicht gleichzeitig mit den Pos. 338, 339, 339a verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

Verrechenbar nur von FachärztInnen für Lungenkrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Nur im Rahmen der Krankenbehandlung verrechenbar.
- b) Die Indikation ergibt sich immer dann, wenn eine Atemnot nicht durch Untersuchungen in Ruhe ausreichend geklärt werden kann.
- c) Befundbesprechung und Befundung ist Teil der Leistung.
- d) Nicht gleichzeitig mit Pos. 331 verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

Definition von allgemeinen Fachärzten für Innere Medizin sowie von kardiologisch und gastroenterologisch spezialisierten Fachärzten für Innere Medizin

1. Kardiologische Spezialisierung:

Eine kardiologische Spezialisierung setzt voraus:

- a) eine Erklärung, sich kardiologisch zu spezialisieren
- b) die Berechtigung zur Verrechnung der Positionen 268 und 338

2. Gastroenterologische Spezialisierung:

Eine gastroenterologische Spezialisierung setzt voraus:

- a) eine Erklärung, sich gastroenterologisch zu spezialisieren
- b) die Berechtigung zur Verrechnung der Positionen 263 und 269

3. Allgemeine Fachärzte für Innere Medizin:

Allgemeine Fachärzte für Innere Medizin sind weder gastroenterologisch noch kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Positionen 270c bis 270g können nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendpsychiatrie verrechnet werden.

270c Ausführliche Erstuntersuchung für die ersten 3 Stunden, je vollendete 30 Minuten € 63,00

Limitierungsbestimmung:

Die Position ist pro Patient maximal 6x verrechenbar.

270d Ausführliche Erstuntersuchung, Fortsetzung, je vollendete 30 Minuten € 52,00

Limitierungsbestimmungen:

Die Position ist pro Patient maximal 6x verrechenbar, eine darüberhinausgehende Abrechnung ist nur im Falle einer Neuerkrankung nach vorheriger Abklärung mit der Kasse möglich.

Weiters gilt für die Positionen 270c und 270d:

Mit diesen Positionen sind folgende Leistungen (fakultativ) abgegolten:

- Eigen- und Fremdanamnese (Angehörige + sonstige Bezugspersonen)
- Psychopathologischer Status
- Neurologischer Status
- Anwendung und Auswertung standardisierter Erhebungsinstrumente
- Erstellung eines Behandlungsplans
- Zuweisung zu anderen Leistungserbringern (Diagnostik und Therapie)
- Medikamentöse Intervention
- Anlage eines Somatogramms
- Eindeutige Diagnosezuordnung
- Erstellen eines Befundberichts
- Kontakt/ Vernetzung mit anderen Leistungserbringern und Bezugspersonen
- Blutabnahme

270e Notfallbehandlung/Krisenintervention mindestens 30 Minuten Dauer € 70,00

Die Pos. 270e ist nicht gleichzeitig neben den Positionen 270c, 270d, 270f und 270g verrechenbar.

Limitierungsbestimmungen:

Diese Position ist in max. 20% der Fälle verrechenbar.

270f Weiterbetreuung nach Abschluss der Erst-Untersuchung, je vollendete 15 Minuten € 33,67

Limitierungsbestimmungen:

Die Position ist pro Patient und Quartal maximal 12x verrechenbar.

270g Weiterbetreuung nach Abschluss der Erstuntersuchung, Fortsetzung, je vollendete 15 Minuten € 26,00

Limitierungsbestimmungen:

Die Position ist pro Patient und Quartal maximal 8x verrechenbar, eine darüberhinausgehende Abrechnung ist nur im Falle einer Neuerkrankung nach vorheriger Abklärung mit der Kasse möglich.

Weiters gilt für die Positionen 270f und 270g:

Mit diesen Positionen sind folgende Leistungen (fakultativ) abgegolten:

- *) Eigen- und Fremdanamnese (Angehörige + sonstige Bezugspersonen)**
- *) Psychopathologischer Status**
- *) Neurologischer Status**
- *) Anwendung und Auswertung standardisierter Erhebungsinstrumente**
- *) Änderung des Behandlungsplans**
- *) Zuweisung zu anderen Leistungserbringern (Diagnostik und Therapie)**
- *) Medikamentöse Intervention**
- *) Anlage eines Somatogramms**
- *) Eindeutige Diagnosezuordnung**

- *) Erstellen eines Befundberichts**
- *) Auswertung der „Fremdbefunde“**
- *) Kontakt/ Vernetzung mit anderen Leistungserbringern und Bezugspersonen**
- *) Psychoedukation**
- *) Verbale Intervention**
- *) Blutabnahme**

Zusätzlich können ausschließlich folgende Sonderleistungen aus der Honorarordnung nach den für andere Fachgruppen gültigen Bedingungen und Tarifen abgerechnet werden:

Aus dem Abschnitt B der Honorarordnung:

- Pos. 3 Besuch bei Tag an Werktagen
- Pos. 4 Dringender Besuch - über Berufung - während der Ordinationszeit
- Pos. 5 Tagesbesuch (7 bis 20 Uhr) an Sonn- oder gesetzlichen Feiertagen
- Pos. 6n Besuch bei Nacht von 20 Uhr bis 22 Uhr
- Pos. 6k Besuch bei Nacht von 22 Uhr bis 7 Uhr

Für die in der Honorarordnung angeführten Fallkonstellationen von Besuchen mehrerer Personen am selben Ort kann lediglich einmal die Position 5, 6n und 6k verrechnet werden.

Aus dem Abschnitt D der Honorarordnung:

- Pos. 165 Verbandanlage oder Verbandwechsel
Punktwert analog Fachgruppe Kinderheilkunde
- Pos. 272a Psychotherapeutische Sitzung,
Einzeltherapie von mindestens 30 Minuten Dauer
- Pos. 272b Psychotherapeutische Sitzung,
Einzeltherapie von mindestens 50 Minuten Dauer
- Pos. 272c Psychotherapeutische Sitzung,
Gruppentherapie von mindestens 90 Minuten Dauer
Punktwert analog der Positionen P8, P9, P10 der Fachgruppe
Psychiatrie
- Pos. 331 12-Ableitungs-EKG
Punktwert analog Fachgruppe Lungenkrankheiten

Im Rahmen von Visiten können Wegegebühren gemäß Abschnitt E der Honorarordnung abgerechnet werden.

Neurologie

Betrifft je nach Position und Verrechenbarkeitsregelung folgende Fachärzte:

Fachärzte für Neurologie

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie

Fachärzte für Psychiatrie, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Neurologie im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann.

Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Neurologie im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann.

Für die Positionen gilt folgende Regelung für die Verrechenbarkeit:

Pos. N1, N3, N4, N6, N15:

Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie.

Pos. N7, N8, N9, N10, N13, N14:

Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Pos. N2:

Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin können von der Kasse nur berechtigt werden, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Neurologie im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann.

Pos. N5, N11, N12:

Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für OÖ hiezu berechtigt wurden. Weiters gilt für N11 und N12: Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin können von der Kasse nur berechtigt werden, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Neurologie im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann.

Für die Pos. N5, N7, N8, N9, N10, N11, N12, N13, N14 sind Geräte- und/oder Ausbildungsvoraussetzungen nachzuweisen. Für die Geräteausstattung und die Ausbildungsvoraussetzungen gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

N1 Verbale Intervention bei neurologischen Krankheiten mit psychosomatischen Komponenten 68,75

Weiters gilt:

- a) Die „Verbale Intervention“ hat mindestens 20 Minuten zu dauern.
- b) Die "Verbale Intervention" ist nur bei den Diagnosen des ICD 10-Codes Abschnitt F verrechenbar.
- c) Neben der Position N1 sind die Positionen 10a, 10b, 272a-c, P8-P10 und P2 am selben Tag nicht verrechenbar.
- d) Die Position 1a ist mit der Position N1 nur dann am selben Tag verrechenbar, wenn außer der „Verbalen Intervention“ noch eine andere Leistung erbracht wurde.
- e) Die „Verbale Intervention“ ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

N2 Komplette neurologische Statuserhebung verrechenbar ab einer Untersuchungsdauer von mindestens 20 Minuten 60,5

Weiters gilt:

- a) Der vollständige neurologische Status umfasst die Prüfung der Hirnnerven, der Reflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, des extrapyramidalen Systems, des Vegetativums und der höheren Hirnleistungen.
- b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Befunde sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist bei

- Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie mit 60% der Fälle mit voller Grundleistungsgütung limitiert.
- Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie bzw. Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Neurologie im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann mit 15% der Fälle mit voller Grundleistungsgütung limitiert.

N3 Neurologische Skalen 28
(zB. Minimental-Status-Test, UPDRS, EDSS...)

Weiters gilt:

Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Nicht am selben Tag mit der Pos. P5 verrechenbar.

N4 Zuschlag zur Pos. N3 für ausführliche Ersttestung
Minimental-Status oder gleichwertige Skala € 19,00

Weiters gilt:

Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Nicht am selben Tag mit den Pos. P5 und P6 verrechenbar.

N5 Elektroencephalogramm 144

N6 Außenanamnese für gesondert gelagerte
neurologische Fälle 20

Weiters gilt:

- a) Nur bei Patientinnen/Patienten mit schwerer Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten.
- b) 1mal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Nicht im selben Quartal mit der Pos. P13 verrechenbar.

N7 EMG-Untersuchung* 139

N8 ENG-Untersuchung* 139

N9 EMG- und ENG-Untersuchung zusammen* 223

Limitierungsbestimmungen für die Positionen N7, N8, N9:

Pro Behandlungsfall sind durchschnittlich höchstens 10,3 Punkte verrechenbar.

Für Fälle, die von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie nur zum EMG und/oder ENG zugewiesen werden, gebührt keine Grundleistungsvergütung.

N10 Messung visuell, akustisch oder somatosensibel
evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSEP),
je Untersuchungsart* 89,8

Für die Pos. N10 gilt:

- a) Für die Messung an paarigen Organen bzw. an beiden oberen oder unteren Extremitäten ist die Position nur einmal pro Untersuchungsart verrechenbar.
- b) Zuweisungen zur Messung evozierter Potentiale können nur durch Fachärzte für Augenheilkunde, HNO-Krankheiten oder Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie erfolgen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle mit voller Grundleistungsvergütung limitiert.

Für Fälle, die ausschließlich zu den evozierten Potentialen zugewiesen werden, gebührt keine Grundleistungsvergütung.

***Weiters gilt für die Pos. N7, N8, N9 und N10:**

- a) Für die Geräteausstattung und die Ausbildungsvoraussetzungen gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- c) Fälle, die zu diesen Leistungen überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

N11 Injektionstherapie mit Botulinumtoxin € 20,00
einschließlich allfälliger EMG oder Ultraschall
Stimulation bzw. Kontrolle

Die Verrechenbarkeit wird pro Indikation festgelegt:

1x/Sitzung verrechenbar: Blepharospasmus

2x/Sitzung verrechenbar: Hemifaszialer Spasmus, Oromandibuläre Dystonie

3x/Sitzung verrechenbar: Zervikale Dystonie, Fokale Spastik der oberen Extremitäten, Extremitätendystonie, Laryngeale Dystonie, Essentieller/dystoner Tremor

4x/Sitzung verrechenbar: Fokale Spastik der unteren Extremitäten

Ausbildungsvoraussetzungen:

Für die Erteilung der Berechtigung ist der Nachweis einer Zertifizierung durch die ÖDBAG (Österreichische Dystonie- und Botulinumtoxin Arbeitsgruppe) oder gleichwertiger Ausbildung erforderlich.

Limitierungsbestimmungen:

Pro Sitzung ist die Position bei Vorliegen von mehr als einer Indikation maximal 7mal verrechenbar.

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

Bei alleiniger Zuweisung zur Injektionstherapie mit Botulinumtoxin durch Neurologen gebührt keine Grundleistungsvergütung und die Verrechnung erfolgt außerhalb der Limitierung von 10% der Fälle.

Nicht gleichzeitig mit der Pos. N7 und/oder Pos. N9 sowie Injektionen und Infiltrationen verrechenbar.

- N12 Neurologische Grundabklärung und Patientenaufklärung für die Injektionstherapie mit Botulinumtoxin und Dokumentation € 46,00
 Verrechenbar im Rahmen der erstmaligen Therapie bei den Indikationen: Blepharospasmus, Zervikale Dystonie, Hemifaszialer Spasmus, Fokale Spastik der oberen und/oder unteren Extremitäten.
- Ausbildungsvoraussetzungen:**
 Für die Erteilung der Berechtigung ist der Nachweis einer Zertifizierung durch die ÖDBAG (Österreichische Dystonie- und Botulinumtoxin Arbeitsgruppe) oder gleichwertiger Ausbildung erforderlichlich.
- Limitierungsbestimmungen:**
 Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.
 Die Position ist pro Behandlungsfall nur 1mal verrechenbar.
- Bei alleiniger Zuweisung zur Injektionstherapie mit Botulinumtoxin durch Neurologen gebührt keine Grundleistungsvergütung und die Verrechnung erfolgt außerhalb der Limitierung von 10% der Fälle.
- Nicht gleichzeitig mit der Position N2 und/oder der Position 10a verrechenbar.
- N13 Dopplersonographische Untersuchung des Karotisvertebralisarteriensystems 89
- Weiters gilt:**
- a) Für die Geräteausstattung und die Ausbildungsvoraussetzungen gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
 - b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zu Verfügung zu stellen.
- Mit der Pos. N13 ist die Pos. 410 nicht gleichzeitig verrechenbar.
- Limitierungsbestimmungen:**
 Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.
- N14 Transkranielle Dopplersonographie der intrakraniellen Arterien inkl. Dokumentation 134,3
- Weiters gilt:**
 Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.
Fälle, die ausschließlich zur transkranialen Dopplersonographie zugewiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.
Für Fälle, die von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie nur zur transkranialen Dopplersonographie zugewiesen werden, gebührt keine Grundleistungsvergütung.

N15 Erhebung eines komplexen neurologischen Krankheitsgeschehens (mindestens 60 Minuten) € 86,77
Die Erfassung und die Diagnose sind zu dokumentieren.
Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÄK für ÖÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Weiters gilt:

- a) Nur bei chronisch-neurodegenerativen und entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Parkinson, MS, Epilepsie) verrechenbar.
- b) Die Erhebung hat mindestens 60 Minuten (ohne Anrechnung des Zeitaufwandes für apparative Leistungen zB N5, N7, N8, N9) zu dauern.
- c) Einmal pro Krankheitsfall und Patient sowie pro Arzt und Quartal verrechenbar.
- d) Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn es liegt ein neuer Krankheitsfall vor und es fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt.

Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar:
10a, 10b, N1, N2, N6, N11, N12

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 3% der Fälle limitiert.

272a Psychotherapeutische Sitzung - Einzeltherapie von mindestens 30 Minuten Dauer 80

272b Psychotherapeutische Sitzung - Einzeltherapie von mindestens 50 Minuten Dauer 120

272c Psychotherapeutische Sitzung - Gruppentherapie von mindestens 90 Minuten Dauer, maximal acht Personen, pro Person 32
Verrechenbar nur von Ärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für ÖÖ hierzu berechtigt wurden.

Unterlagen zur Ausbildung:

- Bescheid über die Eintragung in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit oder
- ÖÄK-Diplom PSY-III oder
- Nachweis über die Sonderfachausbildung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin erbringen.

Weiters gilt für die Positionen 272a bis 272c:

Pro Tag sind insgesamt maximal 5 Stunden Psychotherapie verrechenbar.

- 278 Farbdopplersonographie der extracraniellen hirnversorgenden Gefäße 89
- Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Chirurgie mit einem Ausbildungsnachweis in Gefäßchirurgie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- Für die Geräteausstattung und die Ausbildungsvoraussetzungen gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zu Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

Für Fachärzte für Innere Medizin, die auf das Internistenlabor umgestiegen sind, ist die Verrechenbarkeit der Position mit 20 % der Fälle limitiert.

Gefäßsonographie

siehe Positionen 410 und 411

Psychiatrie

Betrifft je nach Position und Verrechenbarkeitsregelung folgende Fachärzte:

Fachärzte für Psychiatrie
Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie
Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
Fachärzte für Neurologie, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Psychiatrie bzw. Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung auch nachgewiesen werden kann.

Für die Positionen gilt folgende Regelung für die Verrechenbarkeit:

Pos. P2, P3, P4, P6, P12, P13, P15:

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie.

Pos. P5, P7:

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie, Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie.

Pos. P8, P9, P10:

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Weiters verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für OÖ hiezu berechtigt wurden, wenn sie

- in die Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen sind oder
- das PSY-III erworben haben oder
- die Sonderfachausbildung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin absolviert haben.

Alle anderen Fächer können bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die Pos. 272a bis 272c verrechnen.

Pos. P1, P11, P14:

Verrechenbar von Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin, Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie. Weiters verrechenbar von Fachärzten für Neurologie, wenn diese von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für OÖ hiezu berechtigt wurden. Fachärzte für Neurologie können nur dann von der Kasse im Einvernehmen mit der ÄK für ÖO berechtigt werden, wenn eine Zusatzausbildung im Fach Psychiatrie oder Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im Ausmaß von zumindest einem Jahr absolviert wurde und diese Ausbildung nachgewiesen werden kann.

P1	<p>Ausführliche psychiatrische Exploration (bei Diagnosen lt. „ICD 10 Nr. F00 bis F99“) Das Ergebnis der Exploration sowie die Diagnose sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Nicht am selben Tag mit der Position P11 verrechenbar.</p>	26
P2	<p>Verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten</p> <p><u>Weiters gilt:</u></p> <p>a) Die „Verbale Intervention“ hat mindestens 20 Minuten zu dauern. b) Die "Verbale Intervention" ist nur bei den Diagnosen des ICD 10-Codes Abschnitt F verrechenbar. c) Neben der Position P2 sind die Positionen 10a, 10b, P8, P9, P10, 272a-272c, P11, P12, P15 und N1 am selben Tag nicht verrechenbar. d) Die Position 1a ist mit der Position P2 nur dann am selben Tag verrechenbar, wenn außer der „Verbalen Intervention“ noch eine andere Leistung erbracht wurde. e) Die „Verbale Intervention“ ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen</p>	68,75
P3	<p>Psychopathologischer Status mit Dokumentation der pathologischen Parameter Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bewusstseinslage 2. Orientierung 3. Mnestiche Leistungen und Konzentration 4. Denken 5. Antrieb 6. Stimmungslage 7. Affekte <p><u>Limitierungsbestimmungen:</u> Einmal pro Patientin/Patient einmal pro Jahr verrechenbar. In Ausnahmefällen ist mit entsprechender medizinischer Begründung auch in kürzeren Zeitabständen eine Verrechnung möglich. Bei der ersten Untersuchung ist zusätzlich Pos. P1 verrechenbar. Die Verrechenbarkeit ist mit 60% der Fälle mit voller Grundleistungvergütung limitiert.</p> <p>Nicht am selben Tag mit den Positionen P11 und P12 verrechenbar.</p>	60,5
P4	<p>Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala*</p>	77

P5	Psychiatrische Skala, Minimental-Status-Test oder gleichwertige Skala*	28
P6	Psychiatrische Skala, BPRS-Brief Psychiatric-Rating-Scale oder gleichwertige Skala*	48

Limitierungsbestimmungen P4 und P6:
Pro Behandlungsfall sind für die Positionen P4 und P6
durchschnittlich 3,7 Punkte verrechenbar.

***Weiters gilt für die Pos. P4, P5, P6:**
 Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren
 bzw. sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre
 aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse
 auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Nicht am selben Tag mit Pos. N4 verrechenbar.

P7	Zuschlag zur Pos. P5 für ausführliche Ersttestung Minimental-Status oder gleichwertige Skala.	€ 19,00
----	--	---------

Weiters gilt:
 Die Testverfahren sind vom Arzt persönlich zu interpretieren
 sowie zu dokumentieren. Die Testunterlagen sind drei Jahre
 aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse
 auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

P8	Psychotherapeutische Sitzung - Einzeltherapie von mindestens 30 Minuten Dauer	80
P9	Psychotherapeutische Sitzung - Einzeltherapie von mindestens 50 Minuten	120
P10	Psychotherapeutische Sitzung – Gruppentherapie von mindestens 90 Minuten Dauer, maximal acht Personen, pro Person	32

Weiters gilt bezüglich der Positionen P8, P9, P10:
Pro Tag sind insgesamt maximal 5 Stunden Psychotherapie
verrechenbar.

Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar:
P2, P11, P12, P15 und N1.
Die zusätzliche Verrechnung der Pos. 10a ist bei eigenen Patienten
innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.

P11 Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn einer Psychotherapie (mindestens 50 Minuten) € 78,00

Weiters gilt:

- a) Nur bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen verrechenbar.
- b) Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.

Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar:
10a, 10b, P1, P2, P3, P8, P9, P10, 272a-272c, P12 und P15

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 50% der Fälle limitiert; für neue Vertragsärzte ist die Verrechenbarkeit im ersten Halbjahr ab Vertragsbeginn mit 70% der Fälle limitiert.

P12 Psychiatrischer Längsschnitt (mindestens 60 Minuten) € 93,00

Die Erfassung und die Diagnose sind zu dokumentieren.
Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Weiters gilt:

- a) Nur bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen verrechenbar.
- b) Einmal pro Krankheitsfall und Patient sowie pro Arzt und Quartal verrechenbar.
- c) Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn es liegt ein neuer Erkrankungsfall vor und es fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt.

Nicht am selben Tag mit folgenden Positionen verrechenbar:
10a, 10b, P2, P3, P8, P9, P10, 272a-272c, P11 und P15.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 35% der Fälle limitiert; für neue Vertragsärzte ist die Verrechenbarkeit im ersten Halbjahr ab Vertragsbeginn mit 70% der Fälle pro Quartal und im zweiten Halbjahr ab Vertragsbeginn mit 50% der Fälle pro Quartal limitiert.

P13 Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle 20

Weiters gilt:

1mal pro Fall und Quartal verrechenbar.
Nicht am selben Tag mit der Position N6 und P14 verrechenbar.

- P14 Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag € 15,20
 Maximal dreimal pro Fall und Quartal bei jenen psychiatrischen Patienten verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit am Gesamtbehandlungsplan beteiligten Personen bzw. Institutionen (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Sozialarbeiter, betreuende Angehörige, KH, betreute Wohn- und Arbeitsrehabilitationseinrichtungen etc.) bedürfen.
- Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ oder der OÖ ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- Die Position ist nicht am selben Tag mit der Position P13 verrechenbar.
- Limitierungsbestimmungen:**
 Die Verrechenbarkeit ist mit 35% der Fälle limitiert.
- P15 Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); 125,60
 nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychoosen verrechenbar
 Die Positionen 1a, 2a, 7, 10a, 10b, P1, P8, P9, P10, 272a-272c, P11 und P12 sind neben der Position P15 nicht gleichzeitig verrechenbar.

Urologie

- 280 Digitale rektale Untersuchung der Prostata 10
Nicht gleichzeitig neben der Position 50 verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 281a Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim 80
männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten
Harnröhrenverlauf
Nicht gleichzeitig neben der Position 285 verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 281b Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim 50
weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten
Harnröhrenverlauf
Nicht gleichzeitig neben der Position 285 verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 282 Ultraschallgezielte Prostatastanziobiopsie 190
Verrechenbar nur bei Karzinomverdacht und nur von Fachärzten für
Urologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer
für OÖ hierzu berechtigt wurden.
Weiters gilt:
a) Für die Geräteausstattung gelten die im Einvernehmen zwischen
der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in
der jeweiligen Fassung.
b) Die Untersuchung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation
sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw.
der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
Limitierungsbestimmungen:
Die Verrechenbarkeit ist mit 3% der Fälle limitiert.
- 283 Abnahme einer Lavagecytologie als Nachsorge bei 25
Urothelkarzinom und bei begründetem Verdacht
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 284 Urethroskopie 15
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 285 Zystourethroskopie 100
Nicht gleichzeitig neben den Positionen 281a und 281b verrechenbar.
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
- 285a Flexible Zystourethroskopie 100
Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.
Als Zuschlag zur Pos. 285 verrechenbar, wenn die Untersuchung mit
einem flexiblen Endoskop erfolgt.

286	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	45
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.	
288a	Zweigläserprobe zur Abklärung von Urethritis-Prostatitis mit zweimaliger Beurteilung des Zentrifugates Die Positionen 1323 und 51 sind nicht gleichzeitig verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	15
	<u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 20% der Fälle limitiert.	
289	Harnröhrenanästhesie beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	12
290	Entfernung von Fremdkörpern aus der Blase Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	150
292a	Kalibrierung der Harnröhre beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf mit Bougie à boule Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	25
292b	Kalibrierung der Harnröhre beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten Harnröhrenverlauf mit Bougie à boule Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	15
293a	Strikturdehnung der Harnröhre beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten Harnröhrenverlauf Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	80
293b	Strikturdehnung der Harnröhre beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten Harnröhrenverlauf Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	15
294	Blaseninstillation mit Zytostatika Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.	35
295	Wechsel eines suprapubischen Katheters Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Urologie.	30

Verrechenbar nur von Fachärzten für Urologie.

Abnahmetechnik:

Beim männlichen bzw. vorwiegend männlich geprägten äußeren Genital:
Mittelstrahlharn, beim weiblichen bzw. vorwiegend weiblich geprägten
äußeren Genital: Katheter

Weiters gilt:

- a) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
b) Die Befunde sind zu dokumentieren und durch drei Jahre aufzubewahren. Diese sind der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 40% der Fälle limitiert.

Sonographiepauschalzuschlag im Fachgebiet Urologie

(pro Fall und Quartal)

bis 500 Fälle	32 Punkte à € 0,58	€ 18,56
ab 501. Fall	27 Punkte à € 0,58	€ 15,66

Der Pauschalzuschlag gebührt Fachärzten für Urologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Fachärzte für Urologie mit entsprechender Berechtigung sind verpflichtet, sämtliche im Fachgebiet anfallenden Ultraschall-Leistungen durchzuführen (Nieren und Retroperitoneum, kleines Becken, Genitalien inkl. Restharnbestimmung und transrektale Sonographie der Prostata). Eine Überweisung nur zur Sonographie ist nicht möglich.

III. Physiotherapie

1. Physikalische Behandlung ist nur von jenen Ärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hiezu berechtigt wurden.
2. Auf Basis der Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RÖK) gelten folgende Bestimmungen:
 - 2.1. Physiotherapien sind chefarztpflichtig, wenn
 - pro Leistungsart (z.B. Massage, Heilgymnastik...) mehr als sechs Anwendungen, oder
 - insgesamt mehr als 20 Anwendungen **pro Quartal** verordnet werden.
 - 2.2. Wenn bereits bei der Verordnung absehbar ist, dass die Patienten eine größere Anzahl von Therapien benötigen, kann auch von vornherein die voraussichtlich notwendige Therapieanzahl verordnet werden. In diesen Fällen müssen die Verordnungen ausreichend begründet werden.
 - 2.3. Im Antrag auf Bewilligung sind die Diagnose, die bisherigen physikalischen Behandlungen und die Gesamtanzahl der bisherigen Anwendungen im laufenden Quartal anzuführen.

Von diesen Bestimmungen sind die Photochemotherapie und die Phototherapie ausgenommen.

3. Für überwiesene Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.
4. Physiotherapeutische Leistungen bei Fällen, die ausschließlich zu deren Durchführung überwiesen wurden, fallen nicht unter die Limitierungsbestimmungen.

Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin:

(ausgenommen Aerosol-Inhalation und Ultraschall)

je 100 Behandlungsfälle 1.000 Punkte

je 10 Behandlungsfälle 100 Punkte

jedoch höchstens 15.000 Punkte

Fachärzte:

(ausgenommen Aerosol-Inhalation, Ultraschall,

Photochemotherapie PUVA und Phototherapie UVB)

je 100 Behandlungsfälle 6.000 Punkte

je 10 Behandlungsfälle 600 Punkte

301	Galvanisation, Faradisation, Tonisator, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, HNO-Krankheiten, Innere Medizin, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Urologie.	10
302	Kombinierte Ströme (z.B. Neodynator), pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	13
303	Quarzlicht, Sollux, Profundus, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO-Krankheiten, Kinder- u. Jugendheilkunde und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	10
304	Rotlicht, Blaulicht, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Chirurgie, Unfallchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO-Krankheiten, Kinder- u. Jugendheilkunde und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	10
305	Heißluft, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, HNO-Krankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Urologie.	10
306	Kurzwellen, Mikrowellen, Dezimeterwellen, Schwellstrom, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Chirurgie, Unfallchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Krankheiten, Kinder- u. Jugendheilkunde, Lungenkrankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Urologie.	13
307	Aerosol-Inhalation, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für HNO-Krankheiten, Innere Medizin, Kinder- u. Jugendheilkunde und Lungenkrankheiten.	13
308	Iontophorese, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Augenheilkunde und Optometrie, Unfallchirurgie, HNO-Krankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	14
309	Ultraschall, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	18

Limitierungsbestimmungen nur für Ärzte für Allgemeinmedizin:

je 100 Behandlungsfälle

500 Punkte

je 10 Behandlungsfälle

50 Punkte

310	Exponentialstrom- bzw. elektr. Impulsbehandlung, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, HNO-Krankheiten, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	19
311	Zweizellenbad, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	13
312	Vierzellenbad, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	22
313	Extension der HWS, Quengeln, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	10
314	Extension der Brust- und Lendenwirbelsäule, pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie, und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	15
315	Extension bei Coxarthrose mit Spezialgeräten, pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Unfallchirurgie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	20
316	Pneumomassage des Trommelfelles, pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für HNO-Krankheiten.	6
317	Heilmassage, manuell, pro Sitzung Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, sowie von Fachärzten für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	22
319	Orthopädisches Turnen, pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Unfallchirurgie, Kinder- u. Jugendheilkunde und Orthopädie und orthopädische Chirurgie.	6
320	Photochemotherapie PUVA Grundbehandlung (1. - 16. Sitzung), pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	50
320a	Zuschlag für Bade-PUVA, Grundbehandlung (1. – 16. Sitzung), pro Sitzung Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.	35

- 321 Photochemotherapie PUVA, 33
Fortsetzungsbehandlung, pro Sitzung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Zu den Positionen 320 und 321 - Indikationen für die Verrechenbarkeit:
Psoriasis, Mycosis fungoides, polymorphe Lichtdermatosen, Pustulosis palmoplantaris, persistierende Lichtreaktion (Lichturticaria), atopisches Ekzem, Lichen ruber planus exanthematicus, Vitiligo, Impetigo herpetiformis, Alopecia areata, Urticaria pigmentosa, Granuloma anulare, M. Dühring, disseminierende kleinknotige Sarkoioidose, lymphomatoide Papulose, Pityriasis rubra pilaris, Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.
- Limitierungsbestimmungen für die Positionen 320 und 321:
je 100 Behandlungsfälle 3.500 Punkte
je 10 Behandlungsfälle 350 Punkte
- 321a Zuschlag für Bade-PUVA, 35
Fortsetzungsbehandlung, pro Sitzung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Limitierungsbestimmung für die Positionen 320a und 321a:
Die Verrechenbarkeit der Positionen ist mit insgesamt 3% der Fälle limitiert.
- 322 UVB-Phototherapie 40
Grundbehandlung (1. bis 16. Sitzung), pro Sitzung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- 323 UVB-Phototherapie 20
Fortsetzungsbehandlung, pro Sitzung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Limitierungsbestimmungen für die Positionen 322 und 323:
je 100 Behandlungsfälle 2.300 Punkte
je 10 Behandlungsfälle 230 Punkte
- 324 Zuschlag zur Position 322 und 323 14
für Schmalspektrum UVB Therapie 311nm, pro Sitzung
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- Für die Position 324 gilt:
Nur im Zusammenhang mit den Positionen 322 und 323 verrechenbar.
Nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar,
die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.
- Die Positionen 322, 323 und 324 sind bei einem Behandlungsfall nicht neben den Positionen 320, 321, 320a und 321a verrechenbar.

IV. Elektrokardiographische Untersuchungen (EKG)

A) EKG

Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden, sowie von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde und die Pos 331 von Fachärzten für Lungenkrankheiten.

Über die ausgeführten Elektrokardiogramme und die Befunde (Beschreibung der Kurve und EKG-Diagnose) sind genaue Aufzeichnungen zu führen.

Das EKG und der Befund (Durchschrift) sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Bei Überweisung zur weiteren Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Arzt ist mit der Überweisung der Befund zu übersenden; das Elektrokardiogramm ist dem Befund anzuschließen oder karteimäßig durch drei Jahre aufzubewahren.

Für Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde gilt weiters:

Bei Zuweisung nur zum EKG ist auch eine klinische Untersuchung durchzuführen. Es gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin:

je 100 Behandlungsfälle

je 10 Behandlungsfälle

700 Punkte

70 Punkte

EKG, die im Rahmen der Substitutionsbehandlung durchgeführt werden, fallen nicht unter die Limitierung.

Fachärzte für Lungenkrankheiten:

Die Verrechenbarkeit der Pos. 331 ist mit 10% der Fälle limitiert.

331	12-Ableitungs-EKG (Ableitungen I, II, III, AVR, AVL, AVF; V 1-6) inkl. langem Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten)	106
332	Langer Streifen zur Verlaufskontrolle (eine Ableitung mind. 2 Minuten), nicht neben der Position 331 verrechenbar (Ausnahmen sind zu begründen)	20
333	Ableitungen nach Nehb (zur Hinterwandinfarkt Diagnostik)	15
334	EKG am Krankenbett zur Notfalldiagnostik (mind. 3 Ableitungen)	85
335	Zuschlag zum 12-Ableitungs-EKG (Position 331) bei Durchführung am Krankenbett	25
336	Phonokardiographie (mitgeschriebenes EKG zur Lokalisierung der Aktionsphasen des Herzens nicht gesondert verrechenbar) Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.	37
338	Langzeit-EKG Verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.	€ 44,50

Weiters gilt:

- a) Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung sowie die Befunderstellung, jedoch nicht die Computerauswertung.
- b) Bei Zuweisungen nur zum Langzeit-EKG gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- c) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- d) Von den Befunden ist ein Durchschlag durch drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 10% der Fälle limitiert.

Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

339 Langzeit-EKG (inkl. Computerauswertung) € 130,70
Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Befunderstellung und die Computerauswertung.
- b) Eine Verrechnung ist nur bei jenen Fällen möglich, wo auch das Anlegen selbst durchgeführt wurde.
- c) Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG (inkl. Computerauswertung) überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.
- d) Bei Zuweisungen nur zum Langzeit-EKG (inkl. Computerauswertung) gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- e) Von dem Befund ist ein Durchschlag drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- f) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen zwischen Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechnung ist mit 10% der Fälle limitiert.

339a Computerauswertung zum Langzeit-EKG € 53,50
Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die für die Verrechnung der Pos. 339 berechtigt wurden.
Die Leistung kann nur auf Zuweisung eines Facharztes für Innere Medizin erbracht werden.
Es gebührt keine Grundleistungsvergütung.

B) Ergometrie

340 Ergometrie

276

(Ruhe-EKG mit 12 Ableitungen, Belastungstest und Befund)

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Bei Zuweisungen nur zur Ergometrie gebührt keine Grundleistungsvergütung.
- b) Die Leistung ist höchstens einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.
- c) Neben der Ergometrie können die Positionen 331-336 zur gleichen Zeit nicht verrechnet werden.
- d) Für die Ausstattung des Messplatzes sowie die Durchführung der Untersuchung gelten die Richtlinien der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft sowie die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- e) Von den normierten Befunden ist ein Durchschlag durch drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Limitierungsbestimmungen:

Für gastroenterologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin und für allgemeine Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 15% der Fälle limitiert.

Für kardiologisch spezialisierte Fachärzte für Innere Medizin ist die Verrechenbarkeit mit 25% der Fälle limitiert.

Fälle, die ausschließlich zur Ergometrie überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung.

Für Fachärzte für Innere Medizin, die auf das Internistenlabor umgestiegen sind, erhöht sich der Tarif auf

€ 99,20

V. Röntgenleistungen

A) von Ärzten für Allgemeinmedizin und Allgemeinen Fachärzten (ausgenommen Fachärzte für Radiologie)

1. Berechtigung

Röntgenleistungen sind nur von jenen Ärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

2. Antragstellung

Vertragsärzte, die eine Bewilligung zur Verrechnung von Röntgenleistungen beantragen, müssen über eine geeignete Röntgenanlage verfügen; als geeignet ist eine Röntgenanlage anzusehen mit einer effektiven Leistungsfähigkeit

für Aufnahmen von Extremitäten	60 kV	10 mA
für übrige Skeeltaufnahmen	100 kV	400 mA
für Durchleuchtungen	80 kV	4 mA

Der Antrag hat zu enthalten:

Das beabsichtigte Teilgebiet der Röntgendiagnostik, die effektive Leistungsfähigkeit der Röntgenapparatur, deren Erzeugerfirma, Type, Baujahr und eventuelle besondere Eigenschaften, wie Kippvorrichtung, bewegliche Sekundärstrahlenblende, Bildverstärkergerät, Anschlusswerte u.ä.

Ärzte für Allgemeinmedizin haben außerdem den Nachweis über eine entsprechende Ausbildung auf dem beabsichtigten Teilgebiet der Röntgendiagnostik zu erbringen.

Der Antrag ist bei der Ärztlichen Verrechnung der oö Krankenversicherungsträger bei der OÖ ÖGK in Linz einzureichen.

3. Umfang der Berechtigung

Bei Erfüllung aller Voraussetzungen kann im nachfolgenden Rahmen von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ eine Berechtigung erteilt werden:

3.1. Ärzte für Allgemeinmedizin

I. Aufnahmen

1. Aufnahmen von Extremitäten
 - a) bei Verdacht auf Fraktur oder Luxation
 - b) im Zuge der Erstversorgung oder Behandlung von Frakturen oder Luxationen
 - c) zur Feststellung von Fremdkörpern
2. Zahnröntgenaufnahmen

II. Durchleuchtungen

1. Durchleuchtungen der Extremitäten
 - a) im Zuge der Erstversorgung oder Behandlung von Frakturen oder Luxationen nach einer Aufnahme gemäß I., Ziffer 1, lit. b)
 - b) zur Feststellung von Fremdkörpern
2. Orientierende Durchleuchtungen der intrathorakalen Organe
3. Abdomen-Leerdurchleuchtungen zur Fremdkörpersuche bei Kindern

Limitierungsbestimmungen:

je 100 Behandlungsfälle

400 Punkte

je 10 Behandlungsfälle

40 Punkte

3.2. Allgemeine Fachärzte

für Chirurgie:

Skelettaufnahmen

Aufnahmen und Durchleuchtungen von Extremitäten

mit besonderer Berechtigung:

Magendurchleuchtungen mit Kontrastmittel

Dickdarmdurchleuchtungen mit Kontrastmitteleinlauf

für Unfallchirurgie:

Skelettaufnahmen

Aufnahmen und Durchleuchtungen von Extremitäten

für Innere Medizin:

Thoraxdurchleuchtungen

Abdomen-Leerdurchleuchtungen bei Fremdkörpersuche

Magendurchleuchtungen mit Kontrastmittel

Dickdarmdurchleuchtungen mit Kontrastmitteleinlauf

für Kinder- und Jugendheilkunde:

Thoraxdurchleuchtungen

Abdomen-Leerdurchleuchtungen

für Lungenkrankheiten:

Thoraxdurchleuchtungen

Thoraxaufnahmen

Limitierungsbestimmungen für Fachärzte für Lungenkrankheiten:

Aufnahmearzt - Limitierung für die Pos. 345 und 345a:

je 100 Behandlungsfälle

1.000 Punkte

je 10 Behandlungsfälle

100 Punkte

Durchleuchtungsarzt - Limitierung für die Positionsgruppe 346I - 352I:

je 100 Behandlungsfälle

1.000 Punkte

je 10 Behandlungsfälle

100 Punkte

4. Ausschließlich zu einer Röntgenleistung überwiesene Fälle

Auch bei ausschließlich zu einer Röntgenleistung überwiesenen Fällen ist eine klinische Untersuchung erforderlich.

5. Aufzeichnungen

Über alle getätigten Röntgenleistungen ist Buch zu führen und ein Befund schriftlich niederzulegen. Dieser wird entweder karteimäßig festgehalten oder durchschriftlich abgelegt. Diese Unterlagen sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

6. Zwei oder mehrere Leistungen am selben Tag

Werden für einen Behandlungsfall zwei oder mehrere röntgen-diagnostische Leistungen am selben Tag getätigt, wird für die zweite und jede weitere Leistung der hierfür festgesetzte Tarifsatz um 6 Punkte verringert.

7. Aufnahmen in zwei Ebenen

Werden Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen auf einem Film oder einem Karton durchgeführt, erhöht sich das Honorar für die betreffende Position um 12 Punkte.

341	Durchleuchtung	30
342	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (einschließlich Kontrastmittel)	43
343	Magendurchleuchtung mit Kontrastmittel und eventueller Motilitätsprüfung (einschließlich Kontrastmittel)	68
344	Dickdarmdurchleuchtung mit Kontrastmitteleinlauf - Irrigoskopie (einschließlich Kontrastmittel)	56
345	Durchleuchtung durch Fachärzte für Lungenkrankheiten	47
345a	Durchleuchtung durch Fachärzte für Lungenkrankheiten, Zuschlag für Bildverstärker	15

Filmaufnahmen

346	Format 9 x 12 (346I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	36
347	Format 13 x 18 (347I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	40
348	Format 18 x 24 (348I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	46
349	Format 15 x 40 (349I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	49
350	Format 24 x 30 (350I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	52
351	Format 30 x 40 (351I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	63
352	Format 35 x 35 (352I Fachärzte für Lungenkrankheiten)	66
353	Zahnfilm	15

Filmaufnahmen (Pos 346I – 352I) können je Behandlungsfall am selben Tag nur einmal verrechnet werden, auch dann, wenn eine Aufnahme a.p. und seitlich erfolgt.

B) Röntgenleistungen und sonstige Leistungen von Fachärzten für Radiologie

Allgemeine Bestimmungen

1. Von Vertragsfachärzten für Radiologie sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Vertragsarzt auf dem vom Krankenversicherungsträger aufgelegten Überweisungsschein verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen ist unzulässig.

Die Verrechnung von Privathonoraren für Leistungen, für welche die § 2-Krankenversicherungsträger den Versicherten gegenüber leistungspflichtig sind, ist ausgeschlossen.

Röntgendiagnostische Leistungen, die im Röntgenorgantarif nicht enthalten sind, sind entsprechend der erbrachten Leistung mit den Positionen 750 bis 768 abzurechnen.

2. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Überweisungsschein vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Diagnose sowie des Datums der Positionsnummer zu verrechnen.
3. Mit den Tarifsätzen sind die röntgenfachärztliche Untersuchung, die diagnostischen Röntgen- bzw. Ultraschall-Maßnahmen inkl. aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund abgegolten. Das heißt, dass mit den Tarifsätzen etwaige Zielaufnahmen und Durchleuchtungen abgegolten sind und nicht gesondert verrechnet werden können.

Die erforderlichen Kontrastmittel werden im pro ordinatione Bedarf zur Verfügung gestellt.

4. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form auszufertigen. Ultraschalluntersuchungen sind bildlich zu dokumentieren. Über die erbrachten Leistungen sind Aufzeichnungen zu führen. Die Unterlagen über die erbrachten Leistungen sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und dem Krankenversicherungsträger oder der Ärztekammer auf Verlangen in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Übermittelte Originalunterlagen sind auf Verlangen binnen 14 Tagen vollständig zurückzustellen.
5. Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem Stand der Radiologie entsprechen. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, dies von Experten überprüfen zu lassen.

Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragsradiologen festzusetzen. Bei der Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragsradiologen ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.

6. Die Positionen 400 bis 407 und 410 bis 416 sind nur von jenen Fachärzten für Radiologie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Erteilung der Verrechnungsberechtigung ist ein Ausbildungs- und Gerätenachweis erforderlich. Es gelten dafür die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Zuschlag pro Behandlungsfall von € 1,66 für die Behandlung von folgenden nicht bei einem österreichischen Krankenversicherungsträger versicherten Personengruppen:

1. Personen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz, die sich vorübergehend in Österreich aufhalten (insbesondere Urlauber).
2. Personen, die sich dauernd in Österreich aufhalten (Grenzgänger, Angehörige von im Ausland versicherten Personen und Pensionisten).

Small-parts-Sonographie

- | | | |
|-----|---|---------|
| 400 | Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse
Mit dem Tarif der Position ist die Untersuchung der Nebenschilddrüse sowohl bei typischer als auch bei atypischer Lage abgegolten. Eine Sonographieuntersuchung einer atypisch gelegenen Nebenschilddrüse ist nur aufgrund einer gezielten Fragestellung des Zuweisers durchzuführen. Wird diese Leistung erbracht, ist auch sie mit dem Tarif der Position abgegolten. | € 20,50 |
| 401 | Sonographie der Halsweichteile (Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)
Die Position ist bei gleichzeitiger (= am selben Tag durchgeführter) Sonographie des Mundbodens, der Zunge, der Speicheldrüsen usw. nur einmal verrechenbar. | € 35,00 |

402 Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (zB Tumore, Zysten, Hämatome, Lymphknoten, Kniegelenk bei Fragestellung Bakerzyste, Achillessehne)
Die Position ist bei einer Zuweisung, z.B. zu beiden Kniegelenken oder zu beiden Achillessehnen zweifach verrechenbar.

€ 15,20

Weiters gilt für die Positionen 401 und 402:

Die Positionen 401 und 402 sind nebeneinander nur mit besonderer Begründung verrechenbar.

403 Sonographie der Weichteile einer Schulter
Die Position ist bei einer Zuweisung zu beiden Schultergelenken zweifach verrechenbar.

€ 28,60

404 Sonographie des Skrotalinhaltes

€ 23,00

405 Endovaginale Sonographie

€ 30,60

406 Transrectale Prostata-Sonographie

€ 30,60

Weiters gilt für die Positionen 405 und 406:

Die Positionen 405 und 406 sind nicht gleichzeitig neben der Position 502 (Unterbauch) verrechenbar.

407 Sonographie des Unterbauches inkl. transrectaler Prostasonographie oder endovaginaler Sonographie

€ 34,30

Neben dieser Position sind die Position 502 (Unterbauch), die Position 405 (Endovaginale Sonographie) bzw. die Position 406 (Transrectale Prostata-Sonographie) nicht gleichzeitig verrechenbar.

Gefäßsonographie

410 Duplex-Sonographie des Karotis-Vertebralarteriensystems

€ 54,00

Limitierungsbestimmungen (ausgenommen Fachärzte für Radiologie):

Die Verrechenbarkeit ist mit 15% der Fälle limitiert. Fälle, die ausschließlich zu dieser Leistung überwiesen werden, fallen nicht unter die Limitierung. In diesen Fällen gebührt keine Grundleistungsvergütung.

- 411 Bidirektionale Doppler-Sonographie der Periorbital-Arterien inkl. Kompressionsmanöver und Dokumentation in Ergänzung zu einer Duplex-Sonographie des Karotisvertebralisarteriensystems im Halsabschnitt bei klinischem Verdacht auf eine höherliegende Stenose

€ 9,00

Verrechenbar in höchstens 50% der Duplex-Sonographie-Untersuchungen des Karotis-Vertebralisarteriensystems (Position 410).

Zusätzlich gilt für die Positionen 410 und 411 folgendes:

Verrechenbar auch von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie bzw. von Fachärzten für Neurologie, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.

Bestimmungen für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie bzw. Fachärzte für Neurologie:

Die Position 410 ist nicht gleichzeitig mit der Position N13 verrechenbar. Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Zusätzlich sind die Positionen 410 und 411 auch von Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. von Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie bzw. von Fachärzten für Neurologie unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- Verrechenbar nur für jene Fachärzte die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.
- Die Position 410 ist nicht gleichzeitig mit der Position N13 verrechenbar.
- Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation und der Befund sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

- 412 Zuschlag zur Pos. Nr. 500 (Oberbauch) für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluß im B-Bild

€ 9,30

- 413 Zuschlag zur Position 501 (Nieren und Retroperitoneum) für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta

€ 18,70

Weiters gilt für die Positionen 412 und 413:

Die Positionen 412 und 413 können vom Facharzt für Radiologie bei Vorliegen der angeführten Indikationen ohne das Erfordernis einer Zuweisung eigenständig durchgeführt werden. Sollten diese Leistungen von Fachärzten für Radiologie überdurchschnittlich häufig abgerechnet werden, wird die Kasse gemeinsam mit der Fachgruppe Radiologie Gegenmaßnahmen besprechen.

414	Bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitäten- arterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitäten- arterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung Auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar.	€ 14,29
415	Farbduplex-Sonographie der Extremitätenarterien, wenn eine bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien keine ausreichende Abklärung für die weitere Vorgangsweise erbringt (bei Aneurysmen, atypischem Gefäßverlauf, Gefäß- anomalien und zur Differentialdiagnose zwischen höhergradiger Stenose und Verschluss) Neben dieser Position ist im selben Quartal die Position 414 (Bidirek- tionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien) nicht verre- chenbar. Gesondert verrechenbar für die obere und untere Extremität, sofern die gleichzeitige Durchführung medizinisch notwendig ist.	€ 45,00
415a	Zuschlag zur Position 415 für die 2. Extremität Der Zuschlag ist einmal pro Pos. 415 verrechenbar.	€ 20,65
416	Farbduplex-Sonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene Gesondert verrechenbar für die obere und untere Extremität, sofern die gleichzeitige Durchführung medizinisch notwendig ist.	€ 45,00
416a	Zuschlag zur Position 416 für die 2. Extremität Der Zuschlag ist einmal pro Pos. 416 verrechenbar.	€ 20,65

Organsonographie

500	Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)	€ 54,07
501	Nieren und Retroperitoneum	€ 44,75
502	Unterbauch	€ 39,00
503	1 Organ Die Verrechnung der Position 503 ist nur aufgrund einer gezielten Überweisung zur Kontrolluntersuchung eines Organs nach einer vorangegangenen Organsonographie gemäß den Positionen 500 - 502 möglich. Als ein Organ im Sinne der Position 503 gelten z.B. „beide Nieren“, ebenso „Gallenblase und Gallenwege“.	€ 33,20
504	Sonographie der kindlichen Hüften bei Krankheitsverdacht	€ 21,40
508	Mammasonographie, pro Seite Nur verrechenbar, wenn die Diagnosestellung/Verlaufskontrolle ohne Mammographie erfolgt.	€ 9,50
KS1	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte.	€ 29,07
KS2	Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche	€ 29,07

Punktionen

510	Feinnadelpunktion der Mamma	€ 9,00
-----	-----------------------------	--------

Röntgentherapie

1. Von den ausgewiesenen Tarifsätzen gelten 40% als Honoraranteil, 60% als Unkosten.
2. Die Tarifsätze gelten pro Stelle, wobei unter Stelle das erkrankte Organ oder ein Teil eines solchen zu verstehen ist.
3. Bei ausgedehnten entzündlichen Erkrankungen der Haut richtet sich die Zahl der zu verrechnenden Stellen nach der Zahl der notwendigen Felder, wobei alle in einer Feldgröße bis zu 20 x 20 cm bestrahlten Affektionen als ein Feld gelten. Verrechenbar sind höchstens sechs Stellen.
Können zwei oder mehrere Stellen in einem Feld bis zu 20 x 20 cm vereinigt werden, gelangt eine Stelle zur Verrechnung.
4. Als Sitzung gilt die einmalige Bestrahlung eines Feldes bzw. einer Stelle.
5. Falls die im Tarif festgelegte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, ist der Tarifsatz im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen.
6. Falls die Zahl der durchgeführten Sitzungen die im Tarif vorgesehene Zahl überschreitet, ist der Tarifsatz im Verhältnis der darüber hinaus durchgeführten Sitzungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Anzahl zu erhöhen. Die Überschreitung ist zu begründen.
7. Anzugeben sind die Diagnose, die Positionsnummer der Tarifgruppen und die Daten der Sitzungen.
8. Zur Verrechnung sind nur jene Fälle einzureichen, bei denen die Behandlungsserie im Abrechnungsquartal beendet wurde.

Tarifgruppe I

511

80

3 bis 5 Sitzungen pro Stelle
3 bis 4 Serien pro Jahr
4 bis 6 Wochen mindestens Serienpause
Akne
Blepharoconjunctivitis
Congelatio
Ekzem, chronisch und mykotisch (keine Serienpause)
Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, ekzem.
Otitis externa)
Enzephalitis chronica
Epididymitis
Epilepsie
Erysipel
Erythema induratum Bazin
Furunkel, unspezifische Lymphadenitis
(keine Serienpause)
Intertrigo
Lichen Vidal und ruber planus
Migräne
Mikulicz'sche Erkrankung
Mykosis fungoides
Paronychie
Periodontitis
Perniones
Poliomyelitis
Pruritus
Psoriasis mit Thymus
Thymushyperplasie
Kleinstdosenbestrahlung

Tarifgruppe II

512

4 bis 6 Sitzungen pro Stelle
3 bis 5 Serien pro Jahr
3 bis 4 Wochen mindestens Serienpause
Agranulocytose
Aktinomykose der Haut
Alopecia areata
Angiom
Arthritis
Arthrose
Bursitis Calcaneussporn
Condylomata acuminata
Epicondylitis
Entzündliche Erkrankungen des Bulbus und Glaukom
Epilation (ganzes Gesicht fünf Stellen, ganzer Kopf
sechs Stellen)
Fistelverödung
Hypophysen-Zwischenhirn (Hochdruck, Angina pectoris)
Lymphom (unspezifisch)
Mastitis (keine Serienpause)
Morbus Werlhof
Myositis
Neuralgie
Neuritis
Panaritium (artic., oss., tend.)
Parotitis
Periarthritis
Periproktitis
Periostitis
Phlegmone
Pneumonia chron. (keine Serienpause)
Sinusitis
Schweißdrüsenentzündung (keine Serienpause)
Tendinitis
Thrombophlebitis
Thyreoiditis
Warzen, multiple

150

Tarifgruppe III

513

195

4 bis 6 Sitzungen pro Stelle
4 bis 5 Serien pro Jahr
4 bis 8 Wochen mindestens Serienpause
Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz
Arthritis und Arthrose großer Gelenke oder
Wirbelsäule
Asthma bronchiale
Clavus
Herpes zoster, Neurodermitis
Hyperhidrosis localis
Karbunkel
Kraurosis vulvae
Leukämie (Milzbestrahlung)
Mastopathia cystica, Gynäkomastie
Morbus Basedow, Hyperthyreose
Morbus Paget und Bechterew
Morbus Raynaud (Versuch)
Narbenkeloid, Dupuytren´sche Kontraktur
Induratio penis plastica
Osteomyelitis
Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler
Symptomenkomplex nach Magenresektion,
Ulcus ventriculi et duodeni chron.,
Claudicatio intermittens)
Syringomyelie, Multiple Sklerose
Schloffertumor
Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron.

Tarifgruppe IV

514

290

4 bis 6 Sitzungen pro Stelle
3 bis 4 Serien pro Jahr
4 bis 6 Wochen mindestens Serienpause
Epulis, Brauner Tumor
Hirndrucksymptome (Plexus choroideus Bestrahlung)
Prostatahypertrophie (bei kontraindizierter Operation)
Wirbelhaemangiom

Tarifgruppe V

515

320

4 bis 10 Sitzungen pro Stelle
2 bis 3 Serien pro Jahr
4 bis 8 Wochen mindestens Serienpause
Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung)
Kastrationsbestrahlung
Myoma uteri, Endometriose
Papillomatose des Larynx
Totalbestrahlung nach Mallet

Zahl der Sitzungen pro Stelle	Maximalzahl der Serien pro Jahr	Minimalserienpause in Wochen
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Tarifgruppe VI

516

390

Punkte

Fraktionierte curative Bestrahlung von Malignomen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut mit Ausnahme des Melanosarkoms (bei einseitiger Bestrahlung der Hautmalignome 50% des Tarifes)

5 - 10

3

4

Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form

3

4

6

Tarifgruppe VII

517

900

Punkte

Fraktionierte prae- oder postoperative Bestrahlung tiefer Malignome (einschließlich des Lymphogranuloms, der Lympho-, Leuko- und Retothelsarkomatosen sowie beider Parametrien als auch bei Myelosen) Bei Leukosarkomatose, Lymphosarkomatose und Retothelsarkomatose gelangen zwei Stellen, höchstens jedoch vier Stellen zur Verrechnung.

8 - 14

3

6

Fraktionierte praeoperative Bestrahlung einer Mamma

8 - 14

1

entfällt

		Zahl der Sitzungen pro Stelle	Maximalzahl der Serien pro Jahr	Minimalserienpause in Wochen
<u>Tarifgruppe VIII</u>				
518			1220	Punkte
	Fraktionierte prae- oder postoperative Bestrahlung tiefer Malignome (der Lympho-, Leukos- und Rethothelsarkomatose sowie beider Parametrien als auch bei Myelosen) (ohne Lymphogranulom)	16 - 20	3	6 - 8
	Oberflächentherapie bei Malignomen des Mundbodens, der Tonsillen, der Zunge, des Rectums, der Vagina und Vulva	16 - 20	3	6 - 8
<u>Tarifgruppe IX</u>				
519			1480	Punkte
	Fraktionierte Bestrahlung bei Malignomen der Blase, des Bronchus, des Larynx, des Oesophagus, der Mammae und der gynäkologischen Malignome	25 - 40	3	8 - 10
	Fraktionierte Oberflächentherapie bei Melanoma malignum	40	2	8 - 10
<u>Tarifgruppe X</u>				
520			1900	Punkte
	Siebbestrahlung bei fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, des Oesophagus, der gynäkologischen und Blasenmalignome	50 - 75	1	entfällt
521	Begutachtung ohne Röntgenleistung		35	Punkte

Knochendichtemessung

540 Knochendichtemessung

€ 46,30

I. Indikationen:

Die Leistungsposition ist bei folgenden Indikationen verrechenbar, wenn vor der Untersuchung klar ist, dass klinische Konsequenzen aus der Dichtemessung gezogen werden können:

1. Idiopathische Osteoporose (bei Kindern, Jugendlichen)
2. Sekundäre Osteoporose:
 - a) endokrinologisch verursacht (Hypercortisolismus, Hyperthyreose...),
 - b) intestinale und renale Osteopathie,
 - c) neoplastische Erkrankungen,
 - d) entzündliche Erkrankungen,
 - e) hereditäre Bindegewebserkrankungen,
 - f) infolge medikamentöser Therapien (z.B. Cortison)
3. Perimenopausale Osteoporose
Die Knochendichtemessung darf bei Verdacht auf perimenopausale Osteoporose durchgeführt werden:
 - a) zwischen dem 45. und dem 60. Lebensjahr bei Vorliegen einer der folgenden Risikofaktoren:
 - aa) little lady habitus bzw. small body frame,
 - ab) ungesunde Lebensweise (Nikotinabusus, Alkoholabusus und Bewegungsarmut),
 - ac) schwere familiäre Belastung (Veranlagung) oder
 - b) in anderen medizinisch besonders begründeten Fällen mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung.

II. Kontrolluntersuchungen:

Kontrolluntersuchungen sind frühestens nach einem Jahr, im Regelfall nach drei bis fünf Jahren verrechenbar. Es sind vergleichbare Messmodalitäten (Gerät und Körperstelle) anzuwenden.

III. Methoden:

Die Knochendichtemessung ist ausschließlich mit

- a) peripherer quantitativer Computertomographie (pQCT) oder
- b) Dual Energy X-RAY Absorptionsmessung (DEXA) durchzuführen.

IV. Verrechnungsberechtigung:

Die Knochendichtemessung ist nur von jenen Fachärzten für Radiologie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Für die Berechtigungserteilung ist ein von der Ärztekammer für OÖ und von der Kasse anerkannter Ausbildungsnachweis, die Vorlage einer saldierten Rechnung über den Geräteankauf und ein von der Ärztekammer für OÖ und der Kasse im Einvernehmen festgestellter Bedarf für den jeweiligen Standort erforderlich. Für die Geräteausstattung, die Ausbildungsvoraussetzung und die Durchführung der Untersuchung gelten die im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

V. Zuweiser:

Die Zuweisung zur Knochendichtemessung darf ausschließlich von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Orthopädie und orthopädische Chirurgie erfolgen.

VI. Dokumentation:

Von den Befunden ist ein Durchschlag fünf Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

VII. Ausschluss einer Privatverrechnung:

Alle jene Vertragsärzte, die von der Ärztekammer für OÖ und der Kasse nicht berechtigt wurden, die Knochendichtemessung mit der Kasse abzurechnen, dürfen die Osteoporoseuntersuchung bei Kassenpatienten (Vorlage eines Überweisungsscheines) auch nicht privat (Patient, private Krankenversicherung oder Sonstige) verrechnen (vgl. auch Pkt. 1 Abs. 2 der allgemeinen Bestimmungen im Abschnitt V.B der gültigen Honorarordnung).

Röntgenorgantarif

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
601	Schädel Bei Schädeltrauma ist neben der Position 601 auch die Position 603 ohne gesonderte Zuweisung verrechenbar. Die Position 604 ist daneben nicht verrechenbar.	102	130	232
602	Gesichtsschädel Wird Jochbein verlangt ist die Position 602 verrechenbar.	102	11	216
603	Schädelbasis	51	64	115
604	Sella	51	57	108
605	Schläfenbein nach Schüller, pro Seite	153	171	324
606	Schläfenbein nach Stenvers, pro Seite	51	57	108
607	Nasennebenhöhlen inkl. Keilbeinhöhle	204	224	428
608	Nasenbein	102	106	208
609	Panoramaröntgen zur Kiefer- oder Zahnbeurteilung	66	128	194
610	Zähne, 1 bis 3 benachbarte Neben der Position 609 nur einmal verrechenbar. Maximal ist der Zahnstatus verrechenbar.	51	3	54
611	Zahnstatus Neben Pos. 609 nicht verrechenbar.	153	26	179
612	Kiefergelenk, pro Seite	102	114	216

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
613	Oberkiefer, pro Seite	102	114	216
614	Unterkiefer, pro Seite	102	114	216
615	Halswirbelsäule (beinhaltet Atlanto-axial Gelenk, Dens- Aufnahme) Die Positionen 616 und 617 sind nur bei spezieller Zuweisung verrechenbar. Neben der Position 618 nicht verrechenbar.	153	171	324
616	Foramina Intervertebralia	102	114	216
617	Foramina Intervertebralia mit Durchleuchtung	153	219	372
618	Halswirbelsäule m. Funktionsaufnahmen Bei Trauma in Einzelfällen ohne Zuweisung mit Begründung verrechenbar.	255	281	536
619	Brustwirbelsäule	102	149	251
620	Wirbelsäule, einzelne Abschnitte	102	122	224
621	Lendenwirbelsäule-Kreuzbein (Sakrum) Die Position 622 ist daneben nur verrechenbar, wenn Steißbein extra verlangt wurde. In begründeten Einzelfällen sind zusätzlich max. 2 Formate 30/40 (Pos. 766) verrechenbar. Bei der Diagnose Verdacht auf Spondylolyse sind zusätzlich max. 2 Formate 24/30 (Position 765) verrechenbar.	190	199	389
621a	LWS mit Funktionsaufnahme <u>Limitierungsbestimmungen:</u> Die Verrechenbarkeit ist mit 12% der abgerechneten Pos. 621 limitiert.	292	351	643
622	Kreuz- und Steißbein	102	130	232
623	Kreuz-Darmbeingelenke	102	130	232
624	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend, ap und seitlich	306	394	700
625	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend, ap	153	197	350
626	Wirbelsäule, Ganzaufnahme in einem, ap und seitlich	306	425	731

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
627	Rippen, einseitig Die Positionen 660 bis 662 Thorax daneben nicht automatisch verrechenbar, nur bei gesonderter Zuweisung.	153	238	391
628	Rippen, beidseitig (Thoraxskelett) Die Positionen 660 bis 662 Thorax daneben nicht automatisch verrechenbar, nur bei gesonderter Zuweisung.	204	314	518
629	Sternum	102	130	232
630	Schlüsselbein	51	57	108
631	Schulterblatt	102	122	224
632	Oberarm	102	132	234
633	Unterarm	102	131	233
634	Hand	102	114	216
635	Handwurzel und Mittelhand	102	106	208
636	Handwurzelserienaufnahmen Neben der Position 635 nur mit besonderer Begründung ohne Zuweisung verrechenbar.	153	159	312
637	1 Finger oder 1 Zehe	102	53	155
638	Oberschenkel	102	132	234
639	Unterschenkel	102	130	232
640	Oberschenkel und Unterschenkel, Ganzaufnahme in einem, pro Extremität maximal 2 Ebenen	204	305	509
641	Ganzer Fuß	102	134	236
642	Vorfuß oder Fußwurzel	102	122	224
643	Fersenbein	102	106	208
644	Sternoclaviculargelenke	102	114	216
645	Schultergelenk Bei AC-Gelenke sind zusätzlich max. 2 Formate 18/24 (Position 763) verrechenbar.	153	171	324

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
646	Ellbogengelenk	102	114	216
647	Handgelenk	102	106	208
648	Becken, bis vollendetes 2. Lebensjahr	51	57	108
649	Becken, 3. bis 6. Lebensjahr	51	65	116
650	Becken, ab 7. Lebensjahr Bei Endoprothesen ist zusätzlich ein Filmformat 24/30 (Position 765) verrechenbar. Die Position 651 ist zusätzlich nicht verrechenbar.	51	81	132
651	Hüftgelenk	102	130	232
652	Kniegelenk	102	114	216
653	Kniegelenkseinsichtaufnahme (Tunnelaufnahme) Die Position ist nur mit spezieller Zuweisung bzw. nach Trauma verrechenbar.	51	57	108
654	1 Kniegelenk mit Kniescheibe, tangential Die Position ist nur mit spezieller Zuweisung bzw. nach Trauma verrechenbar.	153	167	320
655	Defilleaufnahme der Kniescheibe	153	159	312
656	Sprunggelenk	102	110	212
656a	Gehaltene Sprunggelenksaufnahme Limitierungsbestimmungen: Die Verrechenbarkeit ist mit 1% der abgerechneten Pos. 656 limitiert.	153	110	263
660	Thorax, bis vollendetes 5. Lebensjahr	190	219	409
661	Thorax, 6. bis 8. Lebensjahr	190	246	436
662	Thorax, ab 9. Lebensjahr	190	263	453
663	Speiseröhre	255	35	490
664	Hypopharynx-Schluckakt	153	219	372
665	Halsorgane	153	219	372

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
666	Kehlkopf	102	106	208
667	Magen-Duodenum, Doppelkontrast	394	454	848
668	Magen-Duodenum, Untersuchung in Hypotonie Bei den Positionen 667 und 668 ist bei der Fragestellung Reflux ein Format 20/40 (Position 764) verrechenbar. Die Position 663 ist ohne konkrete Zuweisung nicht verrechenbar.	409	454	863
669	Dünndarmpassage	306	514	820
670	Dünndarmpassage mit Dickdarmdarstellung am selben Tag	357	594	951
671	Dickdarmpassage, verrechenbar nur 24 h. p. c.	102	189	291
672	Irrigoskopie, Doppelkontrast	357	579	936
673	Fraktionierte Dickdarmpassage als Ersatz für Irrigoskopie, falls diese aus medizinischen Gründen nicht durchführbar ist	255	427	682
674	Appendix, pro Tag (maximal 3 Tage)	102	158	260
675	Gallenblase, nativ	51	65	116
676	I. v. Cholangio-Cholecystographie, einschließlich Nativaufnahme	321	463	784
677	Infusions-Cholangio-Cholecystographie, einschließlich Nativaufnahme	332	463	795
678	I. v. Cholangiographie einschließlich Nativaufnahme	219	260	479
679	Infusions-Cholangiographie, einschließlich Nativaufnahme	230	260	490
680	Abdomen, nativ	102	204	306

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
681	Harnblase, Nativaufnahme	51	61	112
682	Cystographie im Anschluss an i. v. Pyelographie	153	171	324
683	Miktionszystourethrogramm	204	276	480
684	Harntrakt, Nativaufnahme	51	82	133
685	I. v. Pyelographie, einschließlich Nativaufnahme	321	472	793
686	Infusions-Pyelographie, einschließlich Nativaufnahme	332	472	804
687	Retrograde Zystographie, einschließlich Nativaufnahme und Refluxprüfung	255	405	660
688	Spätaufnahmen nach Urogramm (Positionen 685, 686), maximal dreimal verrechenbar	51	66	117
690	Galaktrographie (nach Mammographie)	102	114	216
691	Pneumozystographie (nach Mammazystenpunktion)	102	114	216
692	Arthrographie eines Kniegelenkes Die Position ist auch bei Zuweisung Schulter- oder Hüftgelenksarthrographie verrechenbar.	255	235	490
693	Sialographie, einschließlich Nativaufnahme	204	264	468
694	Phlebographie, obere Extremität	153	237	390
695	Phlebographie, untere Extremität	306	434	740
696	Spermatikographie	153	235	388
697	Cavographie	153	235	388
698	Fistelfüllung	153	264	417
699	Fremdkörperlokalisation	153	219	372
700	Augenfremdkörper	153	159	312

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
701*	Tomographie, Lunge, ein- od. beidseitig	408	520	928
702*	Tomographie, Kiefergelenk, pro Seite	204	212	416
703*	Tomographie, Sternum, pro Ebene (maximal 2 Ebenen)	153	171	324
704*	Tomographie, Skelett	408	456	864
705*	Tomographie, Gallenblase, Gallenwege	204	228	432
706*	Tomographie, beide Nieren	204	260	464
707	Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen mittels Mittelformatkamera oder Videoaufzeichnung Verrechenbar nur neben den Positionen 663, 664, 669, 670, 671, 683, 687.		50	50
708	Mammographie, pro Seite, einschließlich gezielter Anamnese, klinischer Untersuchung und im Bedarfsfall Mammasonographie Neben Position 508 nicht verrechenbar. Nur von Fachärzten für Radiologie verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden. Ausschließliche Indikationen für die diagnostische Mammographie sind: 1.) Familiär erhöhte Disposition 2.) Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lebensjahr 3.) Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie 4.) Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter) 5.) Mastodynie einseitig 6.) Histologisch definierte Risikoläsionen 7.) Sekretion aus der Mamille 8.) Z. n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio) 9.) Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess 10.) Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut 11.) Besondere medizinische Indikation im Einzelfall Weiters gilt: Über die erbrachten Mammographien sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Kasse nachvollziehbar ist, aufgrund welcher Indikation die Mammographie erfolgte.			€ 40,43

* Notwendige Tomographien können vom Facharzt für Radiologie entsprechend der medizinischen Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt und verrechnet werden.

**Honorierung spezieller röntgendiagnostischer Untersuchungen,
für die im Röntgenorgantarif keine Tarifposition vorgesehen ist**

	Organ oder Körperteil	Honorar Punkte	Kosten Punkte	Gesamt Punkte
750	Honoraranteil pro Aufnahme bzw. pro Durchleuchtung	51		51
751	Durchleuchtung		47	47
752	Zuschlag für Bildverstärker-Fernsehkette		58	58

Filmaufnahmen:

Seitenvergleich oder Vergleichsröntgen:
Nur wenn spezifisch verlangt, ausgenommen bei Kindern
und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr.

Gehaltene Aufnahmen:
Zusätzliche Formate verrechenbar.

760	9 x 12		50	50
761	13 x 18		53	53
762	15 x 40		64	64
763	18 x 24		57	57
764	20 x 40		66	66
765	24 x 30		65	65
766	30 x 40		76	76
767	35 x 35		76	76
768	35 x 43		82	82

VI. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte (Eigene Fälle)
(ausgenommen Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)

1. Über die verrechneten Laboratoriumsuntersuchungen sind Aufzeichnungen zu führen. Diese sind drei Jahre aufzubewahren und der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
2. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. ä.) sind nur dann verrechenbar, wenn dies bei der einzelnen Position ausdrücklich angeführt ist.
3. Mit * gekennzeichnete Untersuchungen können nur von jenen Ärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.
4. Blutabnahmen sind grundsätzlich in den Tarifpositionen inkludiert, ausgenommen davon sind die Regelungen der Pos. 11 und Pos. 11a.

Limitierungsbestimmungen:

Ärzte für Allgemeinmedizin:

Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI

bis	2.000 Punkte	Honorierung zu 100%
von	2.001 - 3.000 Punkte	Honorierung zu 70%
ab	3.001 Punkte	Honorierung zu 40%

Ärzte für Allgemeinmedizin/Allgemeine Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin):

Für jene Ärzte für Allgemeinmedizin, die zur Durchführung medizinisch-diagnostischer Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschn. VI von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ besonders berechtigt wurden sowie für Allgemeine Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin:

bis	6.300 Punkte	Honorierung zu 100%
von	6.301 - 7.200 Punkte	Honorierung zu 60%
von	7.201 - 9.000 Punkte	Honorierung zu 50%
von	9.001 - 13.000 Punkte	Honorierung zu 40%
ab	13.001 Punkte	Honorierung zu 30%

Gruppenübersicht:

Gruppe

- 1 Morphologische Blutuntersuchung
- 2 Chemische Blutuntersuchung
- 3 Enzyme
- 5 Serologisch-immunologische Untersuchung
- 6 Blutgerinnung
- 8 Blutsenkung
- 9 Harnuntersuchung
- 11 Sputumuntersuchung
- 12 Stuhluntersuchung
- 14 Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsteile
- 17 Untersuchung sonstiger Sekrete und Beläge

Gruppe 1
Morphologische Blutuntersuchung

1002	Komplettes Blutbild (Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte Differentialzählung, Haematokrit- und Haemoglobin-Bestimmung. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter) Die Position ist am selben Tag nicht neben den Positionen 1003, 1004, 1005, 1006, 1011, 1012, 1013 und 1183 verrechenbar.	30
1003	Blutbefund, eingeschränkt (Erythrozyten, Leukozyten, Haemoglobin, Differentialzählung, Haematokrit, Thrombozyten) Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde. Verrechenbar, wenn mindestens vier der angeführten Parameter erbracht werden. Die Position ist am selben Tag nicht neben den Positionen 1002, 1004, 1005, 1006, 1011, 1012 und 1013 verrechenbar.	30
1004	Rotes Blutbild (Erythrozyten, Haemoglobin, Färbeindex, Beurteilung der Erythrozyten im Blutaussstrich)	18
1005	Erythrozyten	9
1006	Haemoglobin	9
1010	Untersuchung auf Malaria im Ausstrichpräparat oder im dicken Tropfen	18
1011	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung	21
1012	Leukozyten oder eosinophile Leukozyten	9
1013	Differentialzählung	12
1014	Untersuchung des Sternalpunktates (Differentialzählung und Beurteilung), ohne Abnahme Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.	60

Gruppe 2

Chemische Blutuntersuchung

1031*	Blutzucker, quant.-enzymatisch Werden an einem Tag mehr als drei Blutzuckerbestimmungen oder mehr als zwei Blut- und Harnzuckerbestimmungen durchgeführt, so wird die Position 1034 verrechnet.	20
1033	Blutzucker, reflektometrische Methode	8
1034*	OGTT Orale Glukose Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Glukosegetränk) Nicht neben den Positionen 1031, 1033 und 1061 (= für MUKIPA) verrechenbar.	70
1035*	Glykiertes Haemoglobin (HbA 1 oder HbA 1 c) bei schwer einstellbarem Diabetes; Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar. Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin.	42
1036*	Harnstoff oder Harnstoff-Stickstoff oder BUN (Blood-Urea-Nitrogen)	20
1038*	Harnsäure	19
1039*	Kreatinin	28
1044*	Triglyceride (Neutralfett)	19
1045*	Gesamtcholesterin	19
1047*	Kalium im Serum (nicht kolorimetrisch) Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin.	18
1060*	Bilirubin im Serum	9

Gruppe 3

Enzyme

1082*	Saure Phosphatase	22
1083*	Alkalische Phosphatase	22
1085*	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	22
1086*	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase)	22

1087*	GLDH (Glutamat-Dehydrogenase)	22
1088*	LDH (Lactat-Dehydrogenase)	22
1089*	CK (Creatin-Kinase)	27
1092*	Gamma GT (Gamma-Glutamyl-Transferase) Im Zusammenhang mit der Position 1085 und 1086 nur bei Verrechnung einer Transaminase GOT oder GPT verrechenbar, bei Verrechnung von GOT und GPT nicht verrechenbar.	22

Gruppe 5

Serologisch-immunologische Untersuchung

1164	C-reaktives Protein, quantitativ (CRP) Verrechenbar nur von Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde und von Fachärzten für Lungenkrankheiten. Nicht gleichzeitig mit den Positionen 1212 und 1213 verrechenbar.	€ 6,42
------	--	--------

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Fachärzte für Lungenheilkunde mit 20% und für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde mit 9% der Fälle limitiert.

Gruppe 6

Blutgerinnung

1183*	Thrombozytenzählung Nur von Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar.	20
1184*	Partielle Thromboplastinzeit Nur von Fachärzten für Innere Medizin verrechenbar.	23
1192	Antikoagulantienkontrolle (z.B. Quick-, Thrombotest oder Thrombinzeit) inkl. Eintragung im Pass; nur bei Antikoagulantientherapie und nicht als Gerinnungsparameter verrechenbar. Nur von Fachärzten verrechenbar. Zuweisungen nur zur Antikoagulantienkontrolle werden bei Fachärzten für Innere Medizin außerhalb des Honorarsummenlimits, aber ohne Grundleistungsvergütung honoriert. Solche Zuweisungen sind zu Fach- ärzten für Innere Medizin dann möglich, wenn die Blutabnahme in der Ordination des den Test durchführenden Arztes erfolgt.	22

1193 Antikoagulantienkontrolle (z.B. Quick-, Thrombotest oder Thrombinzeit) inkl. Eintragung im Pass; nur bei Antikoagulantientherapie und nicht als Gerinnungsparameter verrechenbar. 22
Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin.
Die Leistung unterliegt nicht dem Laborlimit.

1194 Quantitative D-Dimer Bestimmung 95
Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin und Lungenerkrankheiten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für ÖÖ hierzu berechtigt wurden.
Verrechenbar nur bei Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose oder Lungenembolie.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

Diese Leistung wird bei Fachärzten für Lungenerkrankheiten aus den Limitierungsbestimmungen für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt F Pkt. 6 lit b der Honorarordnung herausgenommen und der Limitierung der Quartalshonorarabrechnung unterworfen.

Gruppe 8
Blutsenkung

1212 Blutsenkung oder Mikrosenkung 12

1213 Blutsenkung oder Mikrosenkung bei Kindern 21
bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

Gruppe 9
Harnuntersuchung

1222 Sechser-Harn-Streifentest 7
(folgende Parameter: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen, Nitrit, Blut und Leukozyten)
Position nur für Urologen: 1221

1225 Neuner-Harn-Streifentest 12
(folgende Parameter: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen, Nitrit, Blut, Leukozyten, pH-Wert, Bilirubin und Keton)
Position nur für Urologen: 1224

1227 Harn auf Eiweiß, quantitativ 6

1228	Sediment, mikroskopisch (nur bei pathologischem Hinweis auf Pos. Nr. 1222 oder 1225 oder bei sonstigen Auffälligkeiten) Position nur für Urologen: 1226	6
1229	Harn auf Zucker, quantitativ	6
1230	Sediment, bakteriologisches Färbepreparat Position nur für Urologen: 1231	9
1246	Harneinzeluntersuchung, qualitativ, Bestandteil ist anzugeben ¹⁾²⁾³⁾ Position nur für Urologen: 1245	3

Die Positionen 1221, 1224, 1226, 1231 und 1245 werden bei den Fachärzten für Urologie aus den Limitierungsbestimmungen für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt F Pkt.6 lit. b der Honorarordnung herausgenommen und der Limitierung der Quartalshonorarabrechnung unterworfen.

1. Maximal zwei Einzeluntersuchungen pro Untersuchungstermin verrechenbar.
2. Die Bestimmung des spezifischen Gewichts ist als Harneinzeluntersuchung nicht verrechenbar.
3. Schnelltest (Streifen- oder Tablettentests) verrechenbar.

Gruppe 11 **Sputumuntersuchung**

1272	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung o. ä.) mit Anreicherung	18
1273	Sputum auf Tbc (Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung o. ä.) ohne Anreicherung	12
1274	Nativpräparat	6
1275	Färbepreparat	9

Gruppe 12 **Stuhluntersuchung**

1281	Stuhl auf Blut inkl. der Briefchen	6
1283	Stuhl auf Wurmeier (nativ, auch mit Anreicherung)	12

Gruppe 14

Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsteile

- 1314 Sekretabstrich-Untersuchung auf Go: Urethral-, Cervix-
abstrich, Scheidensekretuntersuchung (Trichomonaden),
je 9
**Position nur für Fachärzte für Frauenheilkunde u.
Geburtshilfe: 1313**
Diese Leistung wird bei Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
aus den Limitierungsbestimmungen für medizinisch-diagnostische
Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt F Pkt. 6 lit b der Honorar-
ordnung herausgenommen und der Limitierung der Quartalshonorar-
abrechnung unterworfen.
- 1315 Spirochätenuntersuchung (Dunkelfeld) 24
- 1316 Spermogramm (makroskopische Beschreibung,
Nativpräparat, pH-Bestimmung, Auszählung, eventuell
Färbepreparat) 35
Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
und Fachärzten für Urologie.
- 1317 Differenziertes Spermogramm 117
Verrechenbar von Fachärzten für Urologie, die von der Kasse im Einver-
nehmen mit der Ärztekammer für OÖ hierzu berechtigt wurden.

Weiters gilt:

- a) Die Tarifposition umfasst folgende Bestimmungen:
Volumen, Zahl der Samenfäden (pro ml und Gesamtzahl), Beweglich-
keitsbeurteilung mit Wärmeplatte am Mikroskop bei 37 Grad C
(qualitative und erforderlichenfalls quantitative Motilität nach einer
Stunde und nach 24 Stunden inkl. allenfalls notwendigem 4-Stunden Wert),
Vitalitätsprüfung, Differentialspermiogramm (dauerhaftes Ausstrich-
präparat), Belastungsuntersuchungen (z.B. hypoosmolarer Schwelltest);
Spezialuntersuchungen wie Penetrak-Test, Bestimmung der Granulo-
cytenelastase, Gelatine Akrosintest, soweit sich aus der medizinischen
Fragestellung oder dem Befundungszwischenergebnis deren Not-
wendigkeit ergibt.
- b) Für die Geräteausstattung und die Durchführung der Untersuchung
gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für OÖ und der
Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.
- c) Die Befunde sind zu dokumentieren und drei Jahre aufzubewahren.
Sie sind der Ärztekammer für OÖ bzw. der Kasse auf Verlangen zur
Verfügung zu stellen.
- d) Diese Leistung wird aus den Limitierungsbestimmungen für medizinisch-
diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt F
Pkt. 6 lit b der Honorarordnung herausgenommen und der Limitierung
der Quartalshonorarabrechnung unterworfen.

Gruppe 17

Untersuchung sonstiger Sekrete und Beläge

1321	Eiteruntersuchung oder Untersuchung sonstiger Sekrete (Färbepreparat)	9
1322	Pilzbefund, einschließlich Färbepreparat Nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar.	9
1323	Sekrete (Nativpräparate)	6
1324	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis inkl. 18. Lebensjahr Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für HNO-Krankheiten und Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde.	34,1

Die Leistung unterliegt nicht dem Laborlimit und wird bei Fachärzten für HNO-Krankheiten und bei Fachärzten für Kinder- u. Jugendheilkunde der Limitierung der Quartalshonorarabrechnung unterworfen.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für HNO-Krankheiten mit 2% und für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde mit 5% der Fälle limitiert.

VI.a. Ordinationslabor

durch Ärzte für Allgemeinmedizin

Positionen des neuen Ordinationslabors

Das neue Ordinationslabor enthält ausgewählte bisher im Labor VI enthaltene Laborpositionen und neue Leistungen.

Die Laborlimitierung gemäß Abschnitt VI wird im neuen Ordinationslabor nicht angewendet.

1.1. Aus dem bisherigen Labor Abschnitt VI

1002a	Blutbefund, eingeschränkt (Erythrozyten, Leukozyten, Haemoglobin, Differentialzählung, Haematokrit, Thrombozyten) Die regelmäßige Teilnahme an einem Ringversuch zur Qualitätssicherung (zB Rundversuch Hämatologie der Ärztekammer für OÖ) ist verpflichtend. Auf Verlangen der Kasse ist die Teilnahme nachzuweisen. Limitierungsbestimmungen: Die Verrechnung ist mit 15% der Fälle limitiert.	30
1033a	Blutzucker, reflektometrische Methode	8
1034a*	OGTT Orale Glukose Toleranztest oder Tagesprofil (mindestens 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Glukosegetränk) Nicht neben den Positionen 1031, 1033 und 1061 (= für MUKIPA) verrechenbar.	70
1039a	Kreatinin Nur verrechenbar, wenn als Vorbereitungsparameter vor CT/MR-Untersuchungen notwendig und eine Weiterleitung an das Fachlabor zeitlich nicht möglich ist.	28
1222a	Sechser-Harn-Streifentest (folgende Parameter: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen, Nitrit, Blut und Leukozyten)	7
1225a	Neuner-Harn-Streifentest (folgende Parameter: Eiweiß, Zucker, Urobilinogen, Nitrit, Blut, Leukozyten, pH-Wert, Bilirubin und Keton)	12

1281a	Stuhl auf Blut inkl. der Briefchen	6
1324a	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis inkl. 18. Lebensjahr	34,1

Diese Positionen bleiben tarifmäßig unverändert.
Es gelten die Limitierungsbestimmungen analog der Pos. 1324.

1193a	Antikoagulantienkontrolle (z.B. Quick-, Thrombotest oder Thrombinzeit) inkl. Eintragung im Pass; nur bei Antikoagulantientherapie und nicht als Gerinnungsparameter verrechenbar.	25,42
-------	---	-------

Die Punkte werden von 22 auf 25,42 angehoben.

1.2. Neue Laborpositionen

1164a	C-reaktives Protein, quantitativ (CRP) Die Position ist mittels Streifentest durchzuführen.	21,68
-------	--	-------

Limitierungsbestimmungen:
Die Verrechenbarkeit ist mit 5% der Fälle limitiert.

1801a	Troponin T Die Leistung muss mit einem Gerät bestimmt werden, ein Schnelltest ist nicht zulässig!	46,9
-------	--	------

Limitierungsbestimmungen:
Die Verrechenbarkeit ist mit 0,3% der Fälle limitiert.

1194a	Quantitative D-Dimer Bestimmung Die Leistung muss mit einem Gerät bestimmt werden, ein Schnelltest ist nicht zulässig!	69
-------	---	----

Limitierungsbestimmungen:
Die Verrechenbarkeit ist mit 0,3% der Fälle limitiert.

Alle anderen Positionen aus dem bisherigen Labor der Ärzte für Allgemeinmedizin entfallen und werden künftig ins Labor VII überwiesen.

VI.b. Internistenlabor

durch Fachärzte für Innere Medizin

Positionen des neuen Internistenlabors

Das neue Internistenlabor enthält ausgewählte bisher im Labor VI enthaltene Laborpositionen und neue Leistungen. Die Honorierung des Internistenlabors erfolgt außerhalb des Honorarsummenlimits.

1.1. Ordinationslabor

1002b Komplettes Blutbild inklusive Thrombozyten € 8,50
(derzeitige Pos. 1002 + 1183)
Zu verwendendes Gerät: mindestens 3-Diff Gerät

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 25% der Fälle limitiert.

1192b Antikoagulantienkontrolle € 5,00
(derzeitige Pos. 1192)

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 4% der Fälle limitiert.

1225b Neuner-Harnstreifentest € 2,28
(derzeitige Pos. 1225)

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 25% der Fälle limitiert.

1281b Stuhl auf Blut inklusive der Briefchen € 1,14
(derzeitige Pos. 1281)

1.2. Akutlabor

1033b Blutzucker reflektometrisch und/oder quant.-enzymatisch

1039b Kreatinin

1047b Kalium

1061b Cystatin C (als Alternative zu Kreatinin)

1164b CRP

1194b D-Dimer

1801b Troponin-T

1803b Pro-BNP

Für die Positionen des Akutlabors gilt ein Pauschaltarif von **€ 18,00** je Fall, wobei die Abrechnung des Tarifs unabhängig davon ist, wie viele Parameter tatsächlich getestet werden.

Alle erbrachten Parameter sind mittels der entsprechenden Positionsnummer in die Abrechnung einzugeben. Alle Parameter werden quantitativ getestet.

Limitierungsbestimmungen:

Die Verrechenbarkeit ist mit 3% der Fälle limitiert.

VII. Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

(durch Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)

Allgemeine Bestimmungen für Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik

1. Von Vertragsfachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik*) sind grundsätzlich jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Vertragsarzt auf dem vom Krankenversicherungsträger aufgelegten Überweisungsschein verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen ist unzulässig. Die Verrechnung von Privathonoraren für Leistungen, für welche die § 2-Krankenversicherungsträger den Versicherten gegenüber leistungspflichtig sind, ist ausgeschlossen.
Für Laborleistungen, die in der Honorarordnung nicht enthalten sind, ist im Einvernehmen mit der Ärztekammer eine provisorische Regelung für die Honorierung dieser Leistungen zu treffen. Leistungen, für die eine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist, sind verrechenbar, wenn die Bewilligung vor Erbringung der Leistungen eingeholt wurde. Ausnahmefälle sind vom Vertragslaboratorium zu begründen.
2. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Überweisungsschein vorzunehmen; die Verwendung vorgefertigter Leistungsspiegel ist ausgeschlossen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe des Datums und der Positionsnummer zu verrechnen. Mit Zustimmung der Ärztekammer kann ein anderer Verrechnungsmodus zwischen Kasse und Vertragslaboratorium vereinbart werden.
3. Mit den Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, usw. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist. Einmalnadeln und Einmalspritzen werden entsprechend der Vereinbarung mit der Ärztekammer zur Verfügung gestellt.
4. Entnahmen von Untersuchungsmaterial werden gesondert vergütet, soweit diese in Gruppe 15 verrechenbar sind. Werden mehrere Untersuchungen im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts Anderes vermerkt ist.

*) im Folgenden kurz Vertragslaboratorien genannt.

5. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form auszufertigen. Über die erbrachten Laborleistungen sind Aufzeichnungen zu führen. Die Unterlagen über erhobene Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und dem Krankenversicherungsträger oder der Ärztekammer auf Verlangen in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. Übermittelte Originalunterlagen sind auf Verlangen binnen 14 Tagen vollständig zurückzustellen.
6. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.
7. Schnelltests mittels Streifen, Tabletten o. ä. können nur verrechnet werden, wenn dies ausdrücklich vorgesehen ist.
8. Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem Stand der Labormedizin entsprechen. Dem Krankenversicherungsträger steht das Recht zu, dies von Experten überprüfen zu lassen. Der Zeitpunkt der Überprüfung ist im Einvernehmen mit dem Vertragslaboratorium festzusetzen. Bei Überprüfung ist auf Wunsch des Vertragslaboratoriums ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen.
9. Jedes Vertragslaboratorium hat regelmäßig an Ringversuchen teilzunehmen und laufend interne Qualitätskontrollen durchzuführen. Das Mindestausmaß der Teilnahme an Ringversuchen sowie der Umfang des jährlich zu erbringenden Erfolgsnachweises hat dem jeweiligen Stand der Labormedizin zu entsprechen. Die Modalitäten sollen im Detail von Ärztekammer und Kasse einvernehmlich festgelegt werden.
10. Abweichend von der allgemeinen Portoregelung lt. Abschnitt F Pkt. 5 der Honorarordnung erhalten die Vertragsfachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik für die Einsendung von Material für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen sowie für die Übersendung des Befundes der medizinisch-diagnostischen Laboratoriumsuntersuchungen ein Pauschalhonorar pro Quartal.

Den Pauschalien liegt die derzeitige Organisationsform der Laborfachärzte für die Versendung der Befunde sowie des Untersuchungsmaterialies zugrunde; falls durch vertragliche und/oder organisatorische Änderungen die Versendung des Untersuchungsmaterialies oder der Befunde durch die Laborfachärzte nicht mehr nötig sein sollte (z.B. Änderungen der Durchführung der Toxoplasmose- und Rötelnuntersuchungen), sind die Laborpauschalien dem verminderten Aufwand anzupassen.

Die Laborpauschalien fallen nicht in die Mengenrabattregelung. Sie stellen weiters einen Aufwandsersatz für die Versendung des Untersuchungsmaterialies sowie für die Befundübermittlung dar.

Die Portopauschalien werden jährlich entsprechend der Beitragseinnahmensteigerung der Kasse (unter Außerachtlassung der zweckgebundenen Beitragserhöhungen und der Beitragserhöhungen zur Konsolidierung der Kassenfinanzen) aus dem Tarifierhebungstopf valorisiert.

Mit den Portopauschalien sind alle Aufwendungen im Zusammenhang mit der Versendung des Untersuchungsmaterialies sowie für die Befundübermittlung – unabhängig davon, in welcher Form diese Leistungen erfolgen – abgegolten; die Verrechnung von Privathonoraren mit den Anspruchsberechtigten der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger ist ausgeschlossen.

Sonderbestimmungen für Zuweiser

Sämtliche besonderen Bestimmungen für Vertragslaboratorien und Verrechnungsbeschränkungen bei Positionen sind von den zuweisenden Vertragsärzten bei der Zuweisung zu berücksichtigen.

Zuschlag pro Behandlungsfall von € 12,02 für die Behandlung von folgenden nicht bei einem österreichischen Krankenversicherungsträger versicherten Personengruppen:

1. Personen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz, die sich vorübergehend in Österreich aufhalten (insbesondere Urlauber)
2. Personen, die sich dauernd in Österreich aufhalten (Grenzgänger, Angehörige von im Ausland versicherten Personen und Pensionisten).

Gruppenübersicht:

Gruppe

- 1 Morphologische Blutuntersuchung
 - 2 Chemische Blutuntersuchung
 - 3 Enzyme
 - 4 Immuno-Assay (Enzym-Basis)
 - 5 Serologisch-immunologische Untersuchung
 - 6 Blutgerinnung
 - 7 Blutgruppenbestimmung
 - 8 Blutsenkung
 - 9 Harnuntersuchung
 - 10 Konkrementuntersuchung
 - 11 Sputumuntersuchung
 - 12 Stuhluntersuchung
 - 13 Funktionsproben
 - 14 Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsteile
 - 15 Entnahme von Untersuchungsmaterial
- Sonstige Untersuchungen

Gruppe 1 **Morphologische Blutuntersuchung**

2001	Komplettes Blutbild (Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte direkte 5teilige Differenzialzählung, Haematokrit- und Haemoglobinbestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter)	99
2003	Rotes Blutbild: Haematokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Haemoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter ¹⁾	36
2005	Erythrozytenzählung ²⁾ <u>Position nur für MUKI: 2013</u>	24
2006	Haemoglobin (photometrisch) ²⁾ <u>Position nur für MUKI: 2014</u>	24
2007	Retikulozyten-Zählung	54
2008	Zentrifugal-Haematokrit ²⁾	24
2009	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	99
2010	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder im dicken Tropfen (Malaria, Leishmaniose)	99
2011	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung ¹⁾	67
2012	Leukozyten-Zählung ¹⁾	24

1) Pro Überweisung nicht neben Position 2001 verrechenbar.

2) Pro Überweisung nicht neben den Positionen 2001 oder 2003 verrechenbar.

Gruppe 2 **Chemische Blutuntersuchung**

2031	Blutzucker, quant.-enzymatisch ¹⁾	39
2032	OGTT Glukose Toleranztest (mindestens 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Glukosegetränk) Nicht neben den Positionen 2031 und 2061 (=MUKI) verrechenbar.	138

2035	Glykiertes Haemoglobin (HbA 1 oder HbA 1 c) bei schwer einstellbarem Diabetes; einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	100
2036	Harnstoff oder Harnstoff-Stickstoff oder BUN (Blood-Urea-Nitrogen)	38
2038	Harnsäure	38
2039	Kreatinin	38
2040	Gesamteiweiß	38
2041	Elektrophorese zur quant. Bestimmung der Eiweißfraktionen einschließlich Gesamteiweiß	190
2042	Immunglobuline quant. (IgA, IgM und IgG)	127
2043	Immunelektrophorese oder Immunfixation (verrechenbar nur bei nachgewiesenem M-Gradienten in der Serumelektrophorese)	335
2044	Triglyceride (Neutralfett)	38
2045	Gesamtcholesterin	38
2046	HDL-Cholesterin oder LDL-Cholesterin ⁴⁾	40
2047	Kalium (nicht kolorimetrisch)	38
2048	Natrium (nicht kolorimetrisch)	38
2049	Lithium (nicht kolorimetrisch) Nur im Rahmen der Lithiumtherapie zweimal pro Fall und Quartal verrechenbar. Weitere Untersuchungen sind zu begründen.	43
2050	Calcium	46
2051	Magnesium	46
2052	Phosphor anorganisch	51
2053	Chloride	38
2054	Kupfer	80
2055	Eisen	69

2056	Eisenbindungskapazität oder Transferrinbestimmung	69
2057	Ferritin ²⁾ Ohne Zuweisung verrechenbar als unmittelbare Folgeuntersuchung der Position 2055, wenn Eisen unter 40 Mikrogramm/dl.	102
2058	Gesamtbilirubin inkl. allfällig erforderlichem indirekten Bilirubin ³⁾	46
2059	Indirektes Bilirubin ³⁾	31
2532	Ammoniak Ind.: Bei Verdacht auf hepatische Enzephalopathie (Diagnose und Verlauf).	101
2534	Coeruloplasmin Ind.: Hepatitismarker-negative Lebererkrankungen im Kindes- oder Jugendalter (Verdacht auf M. Wilson), neurodegenerative Symptome und Zeichen einer Bindegewebserkrankung bei Säuglingen und Kleinkindern (Verdacht auf Menkes-Syndrom) und eine hypochrome, mikrozytäre Eisen-refraktäre Anämie (Verdacht auf nutritiven Kupfer-Mangel).	108
2535	Fruktosamin Nicht neben Pos. 2035 (HbA1, HbA1c) verrechenbar. Maximal 1x pro Fall und Quartal verrechenbar.	40
2725	Zink Ind.: Bei klinischen Hinweisen auf Zinkmangel zB therapieresistente Dermatosen.	64

-
- 1) Die Positionen 2031 und 2032 sind nicht nebeneinander verrechenbar.
 - 2) Zur Abklärung einer Schwangerschaftsanämie, sonst nur mit ausführlicher klinischer Begründung verrechenbar.
 - 3) Die Positionen 2058 und 2059 sind nicht nebeneinander verrechenbar.
 - 4) Die Position 2046 ist bei einem Triglyceridewert von über 400 mg/dl auch zweimal verrechenbar.

Gruppe 3 **Enzyme**

2081	Alpha-Amylase	47
2082	Saure Phosphatasen, gesamt (zur Prostatadiagnostik inkl. tartratgehemmt)	53
2083	Alkalische Phosphatase	38
2085	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	27
2086	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase)	27

2088	LDH (Lactat-Dehydrogenase)	37
2089	CK (Creatin-Kinase)	47
2090	CK-MB-Isoenzym bei Verdacht auf Myocardinfarkt und erhöhter CK Ohne Zuweisung verrechenbar als unmittelbare Folgeuntersuchung der Position 2089.	69
2092	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	26
2093	Cholinesterase quant.	38
2094	Lipase-Bestimmung	47
2585	ACE (Angiotensin Converting Enzym) Ind.: Bei Verdacht auf Sarkoidose (Diagnose und Verlauf).	51
2803	BNP oder NT-pro-BNP (N-terminales pro brain natriuretic peptide)	508,65

Gruppe 4
Immuno-Assay (Enzym-Basis)

2111	Freies T4	106
2112	Gesamt-T4	106
2113	T3 Trijodthyronin Verrechenbar nur mit klinischer Begründung	106
2114	TSH	170
2115	TRH-Test (inkl. Medikament; nur bei pathologischem Ergebnis aus Position 2111, 2112 oder 2114 bzw. zur Fertilitätsdiagnostik oder bei Verdacht auf latente Hypothyreose)	333
2116	Kombinierte Hepatitis-B-Untersuchung – Suchtest: HBs-Antigen, HBs-Antikörper und HBc-Antikörper; verrechenbar nur bei Verdacht auf Hepatitis	289
2117	HBs-Antigen zur Verlaufskontrolle <u>Position nur für MUKI: 2133</u>	97
2118	HBs-Antikörper zur Verlaufskontrolle	97

2119	HbC-Antikörper zur Verlaufskontrolle	108
2120	HbC-IgM-Antikörper Bei entsprechendem klinischem Verdacht.	161
2121	HBe-Antigen Bei entsprechendem klinischem Verdacht.	124
2122	HBe-Antikörper Bei entsprechendem klinischem Verdacht.	124
2123	Hepatitis A-Antikörper	107
2124	Hepatitis A-IgM-Antikörper Nur verrechenbar bei klinischem Verdacht auf akute Hepatitis-A oder bei positivem Ergebnis aus Position 2123.	161
2125	CEA (carcino embryonales Antigen) nur zur Verlaufskontrolle nach colo rectalen Karzinomen und Mammakarzinomen	145
2126	Antikonvulsiva nur bei Epilepsiebehandlung (Ethosuximid, Primidon, Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepin, Clonazepam, Valproinsäure; jeweils auf ein Antiepileptikum verrechenbar)	113
2127	IgE gesamt; quant. zur Allergiediagnostik	106
2128	IgE-allergenspezifisch, Suchtest auf mindestens 6 Allergene Ohne Zuweisung verrechenbar als unmittelbare Folgeuntersuchung bei pathologischem IgE gesamt (Position 2127).	360
2129	IgE allergenspezifisch; Einzeltest Für die Verrechenbarkeit ist eine besondere Begründung des Zuweisers erforderlich; maximal 3 Einzeltests verrechenbar.	156
2130	Cortisol	101
2131	HCG (Choriongonadotropin) quantitativ nur bei Verdacht und Überwachung von EU, gestörter Gravidität oder HCG-produzierenden Tumoren. Weiters ist diese Position bei der Diagnose „Status post Curettage nach AB“ verrechenbar.	124
2132	Hepatitis C Antikörper zur Abklärung einer non A und non B Hepatitis	152

Die Position ist bei folgenden Indikationen verrechenbar:

- Bestehender Verdacht auf einen Vitamin-D-Mangelzustand aufgrund klinischer Symptome oder Befunde wie zB unerklärt niedriger Kalzium- oder Phosphatspiegel, verminderte intestinale Vitamin-D Aufnahme durch Fett-Malabsorption, Barbiturat- oder Antiepileptikamedikation, schwere Lebererkrankungen, erhöhter Verlust von Vitamin-D durch nephrotisches Syndrom oder Dialyse
- Verdacht auf einen Vitamin-D-Mangelzustand bei bestimmten Risikogruppen mit entsprechender Begründung im Einzelfall zB
 - o Sonnenlichtmangel (ältere, immobile oder nacharbeitende Personen)
 - o Schwangere und Stillende
- Verdacht auf Intoxikation
- Kontrollen des Vitamin-D Spiegels nur mit entsprechender Begründung wie zB klinisch fassbare Ereignisse wie Stürze und Muskelbeschwerden oder mangelnde Compliance.

Weiters gilt:

Vitamin-D Bestimmungen sind nur dann mit der Kasse verrechenbar, wenn diese im Rahmen einer Krankenbehandlung erfolgen.

Die Zuweiser werden über die Indikationen informiert und sind für eine korrekte Zuweisung mittels Vermerk „IND“ auf der Überweisung verantwortlich.

Zuweisungen ohne Indikation („IND“) gelten als Privatleistung. Die Rechnung wird in diesen Fällen vom Labor direkt an den Patienten gestellt.

Ab Einführung der neuen Position „Vitamin-D Bestimmung“ ist eine Weitergabe durch das Labor an Labors außerhalb von Oberösterreich ausgeschlossen.

2610	PSA (Prostata spezifisches Antigen) Ind.: Zur Krankenbehandlung soweit medizinisch indiziert. Zur Vorsorge entsprechend den Bestimmungen des VU-Vertrages.	199
2611	AFP (Alpha 1-Fetoprotein)	248
2612	Digoxin oder Digitoxinspiegel	170
2617	Andere diagnosespezifische Tumormarker Zur Verlaufskontrolle gesicherter maligner Tumore unter Angabe der Diagnose und des Tumormarkers und zum Ausschluss eines Tumors, wenn die Erhebung des jeweiligen Tumormarkers medizinisch notwendig ist. Eine Erhebung ausschließlich zu Vorsorgezwecken stellt keine Indikation dar.	199
2621	ACTH (Adrenokortikotropes Hormon)	250
2623	Adrostendion Ind.: DD der Hyperandrogenämie, Verdacht auf Adrenogenitales Syndrom; Hirsutismus, Virilismus.	200

2624	Calcitonin Ind.: Diagnostik und Verlaufskontrolle des medullären Schilddrüsenkarzinoms sowie von neuroendokrinen Tumoren (Karzinoide, Insulinome, VIPome).	170
2625	C-Peptid Ind.: Bei Diabetes (zB. um zu klären ob bei Diabetes Typ 2 eine Insulinbehandlung sinnvoll ist).	226
2626	DHEA-S (Dehydroepiandrosteron-Sulfat) Ind.: Adrenogenitales Syndrom, DD adrenale und ovarielle Testosteron-erhöhungen, Virilismus, DD von Zyklusstörungen.	170
2627	FSH (Follikelstimulierendes Hormon)	170
2636	LH (Luteinisierendes Hormon)	170
2637	Östradiol (E2)	170
2639	Parathormon	251
2642	Progesteron	160
2643	Prolaktin	160
2645	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	251
2647	Testosteron	160
2648	Cortisol-Tagesprofil (3x)	288
2649	Vitamin B12	147
2650	Folsäure	147
2651	Schilddrüsenantikörper	132

Gruppe 5

Serologisch-immunologische Untersuchung

2151	Lipoid-Antigentest auf Lues (VDRL) Bei entsprechendem klinischem Verdacht.	40
2152	TPHA-Test (nur zur Verlaufskontrolle oder bei pathologischem VDRL) <u>Position nur für MUKI: 2170</u>	81

2155	Agglutinationsreaktion (Widal auf Infektionskrankheiten)	155
2156	Typhus, Paratyphus A+B, Bang, Agglutinationsreaktionen zusammen	86
2157	Kälteagglutinationsreaktion	67
2158	Paul-Bunnell-Reaktion, Reaktion nach Hanganatziu-Deicher Die Positionen 2158 und 2159 nebeneinander nicht verrechenbar.	65
2159	Mononucleosetest – heterogene Antikörper Ohne Zuweisung verrechenbar als unmittelbare Folgeuntersuchung bei pathologischem Hinweis aus Blutbild. Die Positionen 2158 und 2159 nebeneinander nicht verrechenbar.	66
2160	Rheumafaktor, quantitativ Die Positionen 2160 und 2161 nebeneinander nicht verrechenbar.	43
2161	Waalser Rose (modifiziert als Schnelltest, z.B. Polyartest, Cellognost) Die Positionen 2160 und 2161 nebeneinander nicht verrechenbar.	48
2162	Antistreptolysin (Objektträger-test, qualitativ)	43
2163	Antistreptolysin-O-Titer; nur verrechenbar, wenn der Suchtest (Position 2162) erhöhte Werte ergibt	108
2164	C-reaktives Protein quantitativ	54
2165	Enzymimmunologischer Streptokokkennachweis aus Abstrich	90
2166	Immunologischer Schwangerschaftstest quant. (nur bei Verdacht auf Extrauterin-gravidität)	124
2167	HIV-Test Diese Position ist nur aufgrund von begründeten Zuweisungen verrechenbar. Die Verrechnung erfolgt nur bei Verdacht auf HIV-Infektion. Mit dem Tarif für diese Leistungsposition sind alle erforderlichen Bestätigungsuntersuchungen mit Ausnahme des Western-Blot-Tests abgegolten. <u>Position nur für MUKI: 2171</u>	132
2168	Epstein Barr-Virus-IgG und IgM Antikörper (IFT, EIA)	124
2658	Komplement C3	90
2659	Komplement C4	90

2660	Haptoglobin Ind.: Bei Verdacht auf Hämolytische Anämie	90
2661	Resistenzbestimmung erforderlichenfalls inklusive Hemmstoff (je Keim): 10 Substanzen	150
2664	ANA (Antinukleäre AK), ANF (Antinukleärer Faktor)	190
2665	Alpha 1 Antitrypsin	79
2668	Keimidentifikation (je nachgewiesenem Keim) mittels biochemischer Methoden	124
2669	Zytomegalie Virus IgG-Antikörper (CMV-IgG)	153
2670	Zytomegalie Virus IgM-Antikörper (CMV-IgM)	153
2671	Röteln AK Elisa Methode (nicht zur MUK-Untersuchung)	152
2672	Borrelien Gesamt oder IgG-Antikörper	153
2673	Chlamydien Antikörper	153
2674	Borrelien IgM Antikörper	153
2676	ENA (ANA-Subsets, zB. Anti-RNP/SM, Anti-Scl-70, Anti-SS-A, Anti-SS-B und Anti-Jo, Anti-Nukleosom-AK, Anti-dsDNA-AK, und Anti-CentromerB-AK), je Antikörper Ind.: Bei positiven ANA (Pos. 2664), maximal 6 Antikörper pro Fall und Quartal.	133
2677	Autoantikörper, je Antikörper Maximal 3 Antikörper pro Anforderung (im Einzelfall mit medizinischer Begründung auch mehr Antikörper verrechenbar).	153
2678	FSME-IgG oder IgM-Antikörper, je	104

Gruppe 6
Blutgerinnung

2181	Gerinnungsstatus: Blutungszeit-Bestimmung, Thrombozyten-Zählung, Prothrombinzeit-Bestimmung, partielle Thromboplastinzeit-Bestimmung Einmal pro Fall und Quartal verrechenbar.	171
2182	Blutungszeit-Bestimmung ¹⁾	36
2183	Thrombozyten-Zählung ¹⁾	45

2184	Partielle Thromboplastinzeit ¹⁾	57
2185	Thromboplastinzeit (Quick- oder Normotest) ¹⁾	45
2186	Thrombinzeit-Bestimmung ²⁾	55
2187	Fibrinogen, quant. ³⁾	57
2188	Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle)	54
2189	Antithrombin III	57

1) Nicht neben der Position 2181 verrechenbar.

2) Nur verrechenbar, wenn die Positionen 2181 oder 2189 einen pathologischen Befund ergeben.

3) Fibrinogenbestimmung auch als unmittelbare Folgeuntersuchung bei pathologischem Befund zur Abklärung einer Thrombophilie verrechenbar.

2691	Protein C Ind.: Zur Thrombophiliediagnostik bei Patienten mit venösen Thromboembolien bis zum 50. Lebensjahr.	200
2692	Protein S Ind.: Zur Thrombophiliediagnostik bei Patienten mit venösen Thromboembolien bis zum 50. Lebensjahr.	200
2693	APC-Resistance Ind.: Zur Thrombophiliediagnostik bei Patienten mit rezidivierenden Thrombosen und bei familiärer Belastung (kein Pillenscreening) 1x im Leben ausreichend.	112
2194	D-Dimer Ind.: Zur akuten Ausschlussdiagnostik einer tiefen Beinvenenthrombose oder Lungenembolie bei niedriger klinischer Thrombosewahrscheinlichkeit (WellScore).	111,17

Gruppe 7

Blutgruppenbestimmung

2201	Blutgruppenstatus: ABO-System sowie Rhesusfaktor Anti-D Position nur für MUKI: 2205 Nur mit chefärztlicher Bewilligung verrechenbar, ausgenommen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bei der ersten Schwangerschaft und vor Operationen.	150
2202	Rhesusuntergruppen - bei Anti-D-negativen Schwangeren (durchzuführen bei erster Schwangerschaft) Position nur für MUKI: 2206	200

2203	Antikörper-3-Stufentest inkl. Coombstest und Enzymtest (durchzuführen bei Anti-D-negativen Schwangeren) <u>Position nur für MUKI: 2207</u>	300
2204	Coombstest direkt, falls erforderlich indirekt	150
2701	Kryoglobulin	57

Gruppe 8
Blutsenkung

2211	Blutsenkung oder Mikrosenkung ohne Blutabnahme (Ein- und Zweistundenwert)	21
------	--	----

Gruppe 9
Harnuntersuchung

2221	Harn-Streifentest inkl. spezifischem Gewicht und photometrischer Auswertung (mindestens folgende Parameter: pH, Protein, Glucose, Urobilinogen, Bilirubin, Keton, Leukozyten, Blut)	24
2223	Harnzucker, Keton einschließlich Eiweiß qualitativ zur Diabeteskontrolle (Streifentest)	7
2224	Eiweiß im 24-Stunden-Harn semi-quantitativ, erforderlichenfalls quantitativ	36
2226	Glucose im 24-Stunden-Harn semi-quantitativ, erforderlichenfalls quantitativ	36
2228	Sediment mikroskopisch (bei pathologischem Hinweis aus Position 2221 bzw. bei sonstigen klinischen Auffälligkeiten sofern vom Zuweiser vermerkt)	30
2231	Keimzahlbestimmung auf Objektträger – Nährboden (Uricult o. ä.) Darf nur bei Vorliegen eines pathologischen Harnbefundes verlangt werden. Abnahmetechnik: Mittelstrahlharn bzw. Katheter.	72

Katecholamine

2232	Vanillinmandelsäure	175
2233	Metanephrine	175
2234	freie Katecholamine	175
2235	Homovanillinsäure	175
2236	Dopamin	175
2237	Gesamtporphyrine (Uroporphyrine und Coproporphyrine im Sammelharn, qualitativ und erforderlichenfalls quantitativ)	112

Harneinzeluntersuchungen

2238	Calcium	60
2239	Natrium	48
2240	Chloride	48
2241	Harnsäure	48
2242	Kreatinin	48
2243	Alpha-Amylase	60
2245	Bestimmung der 5-Hydroxy-Indol-Essigsäureausscheidung quantitativ	191
2721	Magnesium	60
2722	Kalium	48
2723	Phosphor	60

Gruppe 10
Konkrementuntersuchung

2261 Harnkonkrement-Analyse chemisch 137

Gruppe 11
Sputumuntersuchung

2271 Sputum komplett: makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Giemsa, Ziehl-Neelsen oder Auraminfärbung, gegebenenfalls mit Anreicherung 100

Gruppe 12
Stuhluntersuchung

2281 Stuhl auf Blut inkl. Briefchen 21

2282 Stuhl auf Chymotrypsin 94

2283 Stuhl auf Wurmeier 69

2284 Analabklatsch 28

Gruppe 13
Funktionsproben

2291 Kreatinin-Clearance, endogene 96

Gruppe 14
Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsteile

2311 Enzymimmunologischer Gonokokkennachweis 156

2312 Enzymimmunologischer Chlamydiennachweis 172

2313 Spermatogramm (Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, pH-Wert, Verflüssigungszeit und Fructosegehalt) 214

Gruppe 15

Entnahme von Untersuchungsmaterial

2341	Blutabnahme aus der Vene <u>Position nur für MUKI: 2345</u>	14
2342	Blutabnahme aus der Vene von Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	28
2343	Manipulationsgebühr für Weiterleitung von Untersuchungsmaterial Die Position ist 1x pro Patient und Ziellabor verrechenbar.	10
2344	Hausbesuche zur Entnahme von Untersuchungsmaterial bei bettlägerigen Personen	100

Gruppe Sonstige Untersuchungen

2801	Troponin T oder I Ind.: Bei Patienten ohne ischämische EKG-Veränderungen einer klinisch nicht eindeutigen Situation (mittlere Wahrscheinlichkeit eines ACS) und einer Zeitspanne seit Symptombeginn eindeutig > 12 Stunden.	90,33
2804	MYOG-Myoglobin Ind.: Verdacht auf Herzinfarkt oder Skelettmuskelerkrankungen	100,29

Tag-Km € 0,84
Nacht-Km € 1,13

VIII. Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass

MU1	1. Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02
MU2	2. Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02
MU3	3. Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02
MU4	4. Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02
MU5	5. Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02
MI1	Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin	€ 11,55
MS1	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden. Wenn ausschließlich die Position MS1 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU1, MU2), gebührt keine Grundleistungsvergütung.	74

MS2	<p>Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p>Wenn ausschließlich die Position MS2 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU4), gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>	74
MS3	<p>Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche durch Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>Nur verrechenbar von Fachärzten, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p>Wenn ausschließlich die Position MS3 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Schwangerenuntersuchung MU1), gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>	74
KS1	<p>Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 1. Lebenswoche, sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte, durch Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie bzw. Vertragsfachärzte für Radiologie</p> <p>Die Position KS1 ist nur von jenen Fachärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p>Wenn ausschließlich die Position KS1 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Untersuchung des Kindes KN1), gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>	€ 29,07
KS2	<p>Ultraschalluntersuchung der kindlichen Hüften in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie bzw. Vertragsfachärzte für Radiologie</p> <p>Die Position KS2 ist nur von jenen Fachärzten verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.</p> <p>Wenn ausschließlich die Position KS2 durchgeführt wird (ohne gleichzeitige Untersuchung des Kindes KU1, KU2) gebührt keine Grundleistungsvergütung.</p>	€ 29,07
KN1	<p>Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde</p>	€ 17,88
KU1	<p>1. Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde</p>	€ 21,80

- KU2 2. Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU3 3. Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU4 4. Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU5 5. Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU6 6. Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU7 7. Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KU8 8. Untersuchung des Kindes im 58. bis 62. Lebensmonat € 21,80
durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertrags-
fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde
- KO1 Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. € 11,55
Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin,
Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde bzw.
Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische
Chirurgie
**Mit dem Mutter-Kind-Pass-Honorar sind auch allfällige Sonderleistungen
abgegolten, soweit sie im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind.**
- KH1 Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im € 17,95
7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allge-
meinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugend-
heilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten
**Mit dem Mutter-Kind-Pass-Honorar sind auch allfällige Sonderleistungen
abgegolten, soweit sie im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind.**

- KA1 Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde und Optometrie € 17,95
Mit dem Mutter-Kind-Pass-Honorar sind auch allfällige Sonderleistungen abgegolten, soweit sie im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind.
- KA2 Augenärztliche Untersuchung des Kindes einschließlich Skiaskopie zwischen dem 22. und 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde und Optometrie € 21,80
Mit dem Mutter-Kind-Pass-Honorar sind auch allfällige Sonderleistungen abgegolten, soweit sie im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind.

Weitere Leistungen nach dem Mutter-Kind-Pass

1) Ärzte für Allgemeinmedizin und Allgemeine Fachärzte

11a	Blutentnahme aus der Vene zur Einsendung von Untersuchungsmaterial oder bei Krankenbesuch	4
197	Abschabung zur Krebsfähtensuche (Portio, endocervicale, vaginale)	15
1004	Rotes Blutbild (Erythrozyten, Haemoglobin, Färbeindex, Beurteilung der Erythrozyten im Blutausschrieb)	18
1005	Erythrozyten	9
1006	Haemoglobin	9
1061	OGTT Oraler Glucose Toleranztest in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche (mindestens 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inklusive Zuckergetränk) Nicht neben den Positionen 1031, 1033, 1034 und 1034a verrechenbar. Die Zuckerbestimmung muss mit einer qualitätsgesicherten Methode, chemisch oder enzymatisch erfolgen. Verrechenbar nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden und von Fachärzten für Innere Medizin.	70
1228	Sediment, mikroskopisch	6
1246	Harneinzeluntersuchung, qualitativ, nur bei Bestandteil Eiweiß und/oder Zucker	3
1313	Sekretabstrich-Untersuchung auf Go: Urethral-, Cervixabstrich, Scheidensekretuntersuchung (Trichomonaden) nur für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9
1314	Sekretabstrich-Untersuchung auf Go: Urethral-, Cervixabstrich, Scheidensekretuntersuchung (Trichomonaden)	9

2) **Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik**

2013	Erythrozytenzählung	24
2014	Haemoglobin (photometrisch)	24
2061	OGTT Oraler Glukose Toleranztest (mindestens 3 Blutzuckerbestimmungen quantitativ, inkl. Zuckergetränk) Nicht neben den Positionen 2031 und 2032 verrechenbar.	138
2133	HBs-Antigen zur Verlaufskontrolle	97
2170	TPHA-Test (nur zur Verlaufskontrolle oder bei pathologischem VDRL)	81
2171	HIV-Test	132
2205	Blutgruppenstatus: ABO-System sowie Rhesusfaktor Anti-D	150
2206	Rhesusuntergruppen – bei Anti-D-negativen Schwangeren (durchzuführen nur bei erster Schwangerschaft)	200
2207	Antikörper-3-Stufentest inkl. Coombstest und Enzymtest (durchzuführen bei Anti-D-negativen Schwangeren)	300
2345	Blutabnahme aus der Vene	14
2343	Manipulationsgebühr für Weiterleitung von Untersuchungsmaterial Die Position ist 1x pro Patient und Ziellabor verrechenbar.	10

IX. Vorsorgeuntersuchung

VU1	Allgemeine VU inkl. Laborblock Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.	€ 88,00
VU2	Allgemeine VU exkl. Laborblock Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.	€ 72,14
V3	Gynäkologisches Programm inkl. PAP Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. VU7 verrechenbar.	€ 17,52
V4	Gynäkologisches Programm exkl. PAP Nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar.	€ 13,25
VU6	VU-Laborblock Nur von Fachärzten für Labormedizin verrechenbar.	€ 15,86
VU7	VU-PAP-Abstrich Nur von Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. V3 verrechenbar.	€ 4,27
V8	Mammographie beidseitig inkl. Sonographie Nur von Fachärzten für Radiologie verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Position V9 verrechenbar.	€ 81,91
V9	Mammasonographie, pro Seite Nur von Fachärzten für Radiologie verrechenbar. Nur verrechenbar im Rahmen des early rescreen, wenn keine VU-Mammographie durchgeführt wurde.	€ 8,79
VU10	Vollständige VU-Koloskopie bis ins Zökum Nur von Fachärzten für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	€ 203,85
VU11	Inkomplette VU-Koloskopie Nur von Fachärzten für Chirurgie und Innere Medizin verrechenbar, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ hiezu berechtigt wurden.	€ 203,85

E. Wegegebühren

Für Wegstrecken bei Durchführung von Krankenbesuchen, zu denen der Vertragsarzt gemäß § 12 des Gesamtvertrages verpflichtet ist, werden Wegegebühren vergütet.

Die Verrechnung der Wegegebühren erfolgt ab einem Kilometer, wobei dann Entfernungen über 0,5 km voll, unter 0,5 km nicht berechnet werden.

Bei Wegstrecken, die nur zu Fuß zurückgelegt werden können, werden pro Viertelstunde Gehzeit (**Position W5**) vier Kilometer mit € 1,40 pro Kilometer vergütet; sie sind gesondert, außerhalb der der Staffelung unterliegenden Wegegebühren, auszuweisen (die Gehzeit ist anzuführen).

Kosten für ein Mietfuhrwerk (**Position W8**) können in dringenden Fällen zu den ortsüblichen Preisen vergütet werden. Außer den Kosten des Mietfuhrwerks gebühren dem Arzt in diesem Fall pro Kilometer € 0,29.

Position W1 - Kilometer bei Tag

von	1 bis	1400 km	pro km € 1,40
von	1401 bis	2000 km	pro km € 0,66
von	2001 bis	5000 km	pro km € 0,46
über	5000 km		keine Vergütung

Position W2 - Kilometer bei Nacht

ohne Staffelung	pro km € 1,57
-----------------	---------------

Wegegebühren

pauschaliert, Punkte je verrechenbarem Besuch	€ 0,22
---	--------

Linz, Wels und Steyr

Ärzte für Allgemeinmedizin und die im Abschnitt A. Vergütung für Grundleistungen (Grundleistungsvergütung), Punkt 2. angeführten Fachärzte in den Städten Linz, Wels und Steyr je verrechenbarem Besuch 22,5 Punkte	€ 0,22
---	--------

Wegegebühren der in Braunau-Ranshofen niedergelassenen Vertragsärzte

Die Vergütung der Wegegebühren ist im Quartal mit 2 km pro Behandlungsfall begrenzt.

F. Honorierungsbestimmungen

1. Honorierung im Falle einer persönlichen Verhinderung des Vertragsarztes

- a) Gemäß § 9 Abs. 1 des Gesamtvertrages vom 27.07.1956 hat der Vertragsarzt im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen.
- b) Wird der vertretende Arzt vom verhinderten Vertragsarzt entschädigt, so gebührt das Honorar für die Tätigkeit des verhinderten und des vertretenden Arztes während des Kalendervierteljahres dem verhinderten Vertragsarzt.
- c) Wird jedoch der verhinderte Vertragsarzt durch einen Vertragsarzt vertreten, welcher grundsätzlich der nächsterreichbare sein soll, und wird dieser nicht vom verhinderten Vertragsarzt entschädigt, so ist wie folgt vorzugehen:

Der vertretende Vertragsarzt hat den Betriebsfall "Vertretung / Bereitschaft Urlaub Erstbehandler (AU)" einzugeben, und zwar bei jedem Patienten, der ihn vertretungsweise in Anspruch nimmt. Am Quartalsende kann über das e-card-System mit der Funktion "Konsultationsdaten ändern" eine Liste aller im laufenden Quartal angefallenen Vertretungsfälle aufgerufen werden. In dieser Liste kann versucht werden, jeden Vertretungsfall auf einen Regelfall zu ändern.

- c1) Wird diese Änderung vom System akzeptiert, so heißt das für den vertretenden Vertragsarzt:
 - Der Patient war in diesem Quartal nicht beim verhinderten Vertragsarzt.
 - Im System des vertretenden Vertragsarztes wird der Vertreterfall in einen Regelfall umgeändert.
 - Dem vertretenden Vertragsarzt steht die Vergütung für einen Regelfall zu (Grundleistungsvergütung gem. Tarif Abschnitt A., Ziff. 1 lit. a) bzw. Ziff. 2 lit. a) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren).

- c2) Wird diese Änderung vom System nicht akzeptiert, so heißt das für den vertretenden Vertragsarzt:
- Der Patient war in diesem Quartal beim verhinderten Vertragsarzt in Behandlung.
 - Dem vertretenden Vertragsarzt steht die Vergütung für einen Vertretungsfall zu (Grundleistungsvergütung gem. Tarif Abschn. A., Ziff. 1 lit. b) bzw. Ziff. 2 lit. b) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren).

2. Honorierung dringlicher ärztlicher Hilfeleistung

- a) Wird wegen Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes ein anderer Vertragsarzt zur dringlichen ärztlichen Hilfeleistung in Anspruch genommen, so erhält dieser Arzt eine Vergütung für Grundleistungen (Grundleistungsvergütung) gemäß Tarif Abschn. A., Ziff. 1 lit. b) bzw. Ziff. 2 lit. b) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren.
- b) Nichtvertragsärzte, welche sich verpflichten, dringliche ärztliche Hilfeleistung bei Anspruchsberechtigten der § 2-Krankenversicherungsträger direkt mit der Ärztlichen Verrechnung der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger bei der OÖ ÖGK zu verrechnen, erhalten eine Vergütung für Grundleistungen (Grundleistungsvergütung) gemäß Tarif Abschn. A. Ziff. 1 lit. B) bzw. Ziff. 2 lit. b) und eine Vergütung für Sonderleistungen und Wegegebühren.

Ab 1. Jänner 2020		
pro Kilometer	bei Tag	€ 1,12
pro Kilometer	bei Nacht	€ 1,57

3. Honorierung bei Teilnahme am Ärztlichen Sonn- und Feiertagsdienst gemäß § 16 des Gesamtvertrages

- a) Leistungen im Rahmen des ärztlichen Sonn- und Feiertagsdienstes werden nach dem Tarif honoriert.
- b) Während des ärztlichen Sonn- und Feiertagsdienstes werden Ordinationen bei Tag und Besuche bei Tag nach Position 1 und Position 5 vergütet.
- c) Ab 1. Jänner 2020 werden für Wegstrecken bei Durchführung von Krankenbesuchen Wegegebühren von € 1,12 pro km bei Tag und € 1,57 pro km bei Nacht vergütet.

Leistungen im Rahmen des ärztlichen Sonn- und Feiertagsdienstes sind von den Vertragsärzten als solche nur in jenen Fällen gesondert verrechenbar, in denen eine Vergütung für Grundleistungen nach Abschnitt A., Ziff. 1 lit. c) bzw. Ziff. 2 lit. c) gebührt, von Nichtvertragsärzten mit dem von der Ärztlichen Verrechnung der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger bereitgestellten Formular „Bereitschaftsdienst“, nach Kassen geordnet und alphabetisch gereiht, abzurechnen.

3a. Honorierung des Bereitschaftsdienstes an Wochentagen

- a) Leistungen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes an Wochentagen (Montag – Samstag, in der Regel jeweils von 14.00 Uhr nachmittags bis 7.00 Uhr früh) werden nach dem Tarif (Grundleistungsvergütung, Vergütung für Ordinationen und Besuche bzw. für Sonderleistungen, Wegegebühren) honoriert.
- b) Für Wegstrecken bei Durchführung von Krankenbesuchen werden ab 1. Jänner 2020 Wegegebühren von € 1,12 pro Kilometer bei Tag und von € 1,57 pro Kilometer bei Nacht vergütet.
- c) Leistungen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes an Wochentagen sind von den Vertragsärzten als solche nur in jenen Fällen gesondert verrechenbar, in denen eine Vergütung für Grundleistungen nach Abschnitt A Ziff. 1 lit. b) bzw. Ziff. 2 lit. b) gebührt.
- d) Nichtvertragsärzte, welche sich verpflichten im Rahmen des eingeteilten Bereitschaftsdienstes an Wochentagen mitzuarbeiten, können die an den Anspruchsberechtigten der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger erbrachten Leistungen direkt mit der Ärztlichen Verrechnung der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger bei der OÖ ÖGK verrechnen. Sie erhalten eine Vergütung für Grundleistungen gemäß Tarif Abschnitt A. Ziff. 1 lit. b) bzw. Ziff. 2 lit. b) und eine Vergütung für Ordinationen und Besuche bzw. für Sonderleistungen sowie Wegegebühren pro Kilometer bei Tag von € 1,12 bzw. pro Kilometer bei Nacht von € 1,57.

4. Honorierung von Kurverschreibungen und Kurüberwachung

Kurverschreibung für kurbedürftige Versicherte der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger, die durch einen Kranken- und nicht durch einen Pensionsversicherungsträger zum Kurgebrauch, jedoch nicht in ein kasseneigenes Heim eingewiesen wurden, sowie von kurbedürftigen Versicherten der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger, die am Kurort wohnen und denen eine Kur bewilligt wurde, sowie deren Kurüberwachung, wird pro Kurfall nach dem Tarif Abschn. A. Ziff. 1 lit. d) bzw. Ziff. 2 lit. d) honoriert.

5. Verrechnung von Portospesen

Portospesen können verrechnet werden:

- a) für die Einsendung von Material für medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen,
- b) für die Übersendung des Befundes der medizinisch-diagnostischen Laboratoriumsuntersuchungen,
- c) für die Übersendung des EEG-Befundes.

Honorar

Die Quartals-Honorarabrechnung wird limitiert:

aa) bei den **allgemeinen Fachärzten**, ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin, vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Positionen 1 - 6), für die medizinisch-diagnostischen Laboratoriumsuntersuchungen gemäß Abschnitt VI und der Wegegebühren, bei den Fachärzten für Innere Medizin vor Anrechnung der Vergütung für Besuche und Ordinationen (Position 1 - 6) und der Wegegebühren durch Kürzung des € 97.648,87 übersteigenden Betrages um 45%.

bb) bei den Fachärzten für Radiologie durch einen Mengenrabatt

von 10% des € 122.191,30 übersteigenden Betrages,
von 15% des € 167.789,76 übersteigenden Betrages und
von 20% des € 276.241,05 übersteigenden Betrages des
Gesamthonorars inkl. Organsonographie und Knochendichte-
messung.

cc) bei den Fachärzten für Labormedizin (Abschnitt VII der Honorarordnung) durch einen Mengenrabatt

von 10% des € 200.000,00 übersteigenden Betrages,
von 15% des € 205.000,00 übersteigenden Betrages,
von 20% des € 210.000,00 übersteigenden Betrages,
von 25% des € 220.000,00 übersteigenden Betrages,
von 40% des € 230.000,00 übersteigenden Betrages,
von 55% des € 260.000,00 übersteigenden Betrages,
von 60% des € 290.000,00 übersteigenden Betrages,
von 65,45% des € 330.000,00 übersteigenden Betrages,
von 69% des € 350.000,00 übersteigenden Betrages,
von 71% des € 395.000,00 übersteigenden Betrages,
von 71,50% des € 520.000,00 übersteigenden Betrages,
von 72,317% des € 830.000,00 übersteigenden Betrages.

Ab 01.01.2021 zusätzlich:

Von 75% des € 1.000.000,00 übersteigenden Betrages,
von 77% des € 1.200.000,00 übersteigenden Betrages.

Hormonrabatt

Hormonuntersuchungen (Pos. 2621 bis 2648) werden durch
einen Mengenrabatt

von 10% des € 11.118,94 übersteigenden Betrages,
von 20% des € 14.825,25 übersteigenden Betrages
und von 30% des € 22.237,89 übersteigenden Betrages
limitiert.

6. Härteausgleich für Ärzte für Allgemeinmedizin

- a) Da auf Grund des Gesamtvertrages der Vertragsarzt verpflichtet ist, den Versicherten die nötige ausreichende und zweckmäßige Behandlung angedeihen zu lassen, ohne jedoch das Maß des Notwendigen zu überschreiten, bei Anwendung der geltenden Limitierungsbestimmungen aber Abstriche erfolgen können, hat der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, mit begründetem Ansuchen den Ausgleich einer hierdurch entstandenen vermeintlichen Härte zu beantragen.
- b) Ansuchen sind innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt der Honorarabrechnung bei der Ärztlichen Verrechnung der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger bei der OÖ ÖGK einzubringen; sie werden unter Anschluss der Abrechnung des Vertragsarztes der Ärztekammer für OÖ spätestens zum Ende des zweiten auf die Honorarabrechnung folgenden Monats übergeben.
- c) Diese Ansuchen werden durch einen Sachbearbeiter der Ärztekammer für OÖ auf ihre Stichhaltigkeit geprüft; das Ergebnis der Überprüfung wird einer paritätischen Kommission, bestehend aus je 2 Vertretern der Ärztekammer für OÖ und der OÖ § 2-Krankenversicherungsträger vorgelegt.
- d) Die Überprüfung der Ansuchen durch den Sachbearbeiter der Ärztekammer für OÖ und die Entscheidung der paritätischen Kommission finden innerhalb von 4 Wochen nach Übergabe der Unterlagen statt. Die Kommission entscheidet über die Gewährung eines Härteausgleiches endgültig.
Die Entscheidung der Kommission über die Gewährung eines Härteausgleiches bzw. eventueller Ablehnung des Ansuchens wird dem Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen über die Ärztliche Verrechnung mitgeteilt.

G. Rechnungslegung und Honorarüberweisung

1. Rechnungslegung

Die Vertragsärzte haben die Quartalsabrechnung bis zum 15. des dem Kalendervierteljahr folgenden Monats der Ärztlichen Verrechnung der OÖ §2-Krankenversicherungsträger bei der OÖ ÖGK zu übermitteln.

Die Ärztliche Verrechnung erstellt eine Abrechnungsliste samt Fehlerprotokoll und eine Gesamtabrechnung des Honorars und übermittelt nach durchgeführter Abrechnung eine Ausfertigung dem Vertragsarzt.

2. Honorarüberweisung

- a) Auf Grund der termingerecht erfolgten Rechnungslegung gemäß Ziff. 1 erhält der Vertragsarzt für seine vertragsärztliche Tätigkeit im zweiten und dritten Monat im Kalendervierteljahr eine Vorauszahlung in der Höhe von 34,05 % vom Durchschnittshonorar pro Quartal der ersten drei Quartale des Vorjahres.

Sollte eine Durchschnittsberechnung unter Zugrundelegung der ersten drei Quartale des Vorjahres infolge persönlicher Verhinderung des Vertragsarztes an der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in dieser Zeit nicht möglich sein, werden für die Berechnung ersatzweise vorangehende Quartale herangezogen. Die Vorauszahlung wird in ganzen Euro (ohne Nachkommastellen) ausgewiesen.

Die Restzahlung erfolgt jeweils im vierten Monat nach Ende des Quartals, für welches die vertragsärztliche Leistung erbracht wurde.

- b) Die Vorauszahlung und Restzahlung erfolgt mit 5. des Monats der Fälligkeit auf das Konto des Vertragsarztes.
- c) Die Überweisung der dem Vertragsarzt gebührenden Beträge ist zeitgerecht erfolgt, wenn von der Ärztlichen Verrechnung der Überweisungsauftrag innerhalb der in Absatz b) genannten Frist ergangen ist.

3. Sonderbestimmungen für die EDV-Rechnungslegung und die EDV-Verarbeitung von patientenbezogenen Daten durch Vertragsärzte

3.1. Verpflichtende EDV-Rechnungslegung

Seit 1. Jänner 2003 gilt die verpflichtende elektronische Rechnungslegung (§ 340a ASVG). Von Vertragsärzten, deren Einzelvertragsverhältnis vor dem 1. April 2004 geschlossen wurde, kann anstelle einer eigenen EDV-Rechnungslegung ein durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hinsichtlich Lesbarkeit der Daten und durch die Ärztekammer hinsichtlich der Qualität akkreditiertes Dienstleistungsunternehmen in Anspruch genommen werden. Im Fall der EDV-Rechnungslegung durch ein Dienstleistungsunternehmen bleibt der Vertragsarzt gegenüber der OÖ ÖGK für die EDV-Rechnungslegung selbst verantwortlich.

Vertragsärzte, deren Einzelvertragsverhältnis nach dem 1. April 2004 geschlossen wurde, sind verpflichtet die verpflichtende EDV-Rechnungslegung vollinhaltlich umzusetzen.

Voraussetzung für eine Rechnungslegung mittels maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durch den Vertragsarzt ist eine von der OÖ ÖGK im Einvernehmen mit der Ärztekammer für OÖ erteilte formelle Berechtigung. Über diese formelle Berechtigung ist zwischen der OÖ ÖGK und dem Vertragsarzt eine Zusatzvereinbarung zum Einzelvertrag gem. § 7 des Gesamtvertrages vom 27.07.1956 in der Fassung der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 20.07.1972 gemäß Anhang A zu dieser Vereinbarung abzuschließen. Ab dem in der Zusatzvereinbarung zum Einzelvertrag festgelegten Zeitpunkt ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, die Rechnungslegung für die folgenden Quartale mittels EDV durchzuführen.

Sämtliche Vertragsärzte sind verpflichtet, die Rechnungslegung mittels maschinell lesbarem Datenträger bzw. Datenfernübertragung durchzuführen.

Ärzte einer Gruppenpraxis haben eine gemeinsame EDV-Abrechnung zu legen.

3.1.1. Systemdefekt

Kann der Vertragsarzt wegen vorübergehender technischer Unbrauchbarkeit der EDV-Anlage die EDV-Rechnungslegung nicht durchführen, so hat er diese bei wieder gegebener Möglichkeit unverzüglich nachzuholen.

Bei einem Systemdefekt darf der Vertragsarzt bis zur Reparatur konventionell abrechnen. Die Berechtigung zur konventionellen Rechnungslegung wegen des Systemdefektes entsteht, wenn der Defekt bis zwei Wochen nach dem Vorlagetermin der Honorarabrechnung aus vom Vertragsarzt nicht zu vertretenden Gründen voraussichtlich nicht behoben werden kann.

3.2. Voraussetzung für die Erteilung der EDV-Rechnungslegungs-berechtigung

Die Anmeldung der EDV-Rechnungslegung hat mit dem Formblatt „Meldung der EDV-Rechnungslegung“ zu erfolgen.

3.3. Rechnungslegungsmodalitäten

3.3.1.

Die EDV-Rechnungslegung muss - soweit im Folgenden nichts Anderes festgelegt ist - sämtliche Voraussetzungen der konventionellen Rechnungslegung erfüllen. Für den Fall, dass sich Vertragsärzte zur EDV-Rechnungslegung eines Dienstleisters bedienen, kann der Versicherungsträger mit dem Dienstleister bezüglich der Einsendetermine für die Abrechnung Abweichendes zur Regelung im Bereich der konventionellen Rechnungslegung vereinbaren.

3.3.2. Abrechnungsunterlagen

Für die Durchführung der Abrechnung durch die Kasse ist die Übermittlung folgender Daten und Unterlagen erforderlich:

- Rechnungslegungsdaten gemäß 3.3.3.
- Scheine bei den Fachärzten für Labormedizin mit Leistungen, die in der Honorarordnung nicht enthalten sind
- VU-Befundblätter

3.3.3. Datenträger/Datenfernübertragung

Vorbehaltlich verbindlicher Gesundheitstelematikregelungen durch den Gesetzgeber ist die EDV-Rechnungslegung mittels Datenfernübertragung vorzunehmen oder sind als Datenträger Disketten zu verwenden. Daneben können auch andere, von der OÖ ÖGK und der Ärztekammer für OÖ einvernehmlich festgelegte, dem technischen Fortschritt entsprechende Datenträger verwendet werden.

3.3.4. Datenspezifikationen

Die Daten müssen der aktuellen gesamtvertraglichen Vereinbarung zwischen der OÖ ÖGK und der Ärztekammer für OÖ entsprechen.

3.3.5. Kontrolle der Rechnungslegungsdaten

Der Vertragsarzt hat die Richtigkeit der zur Rechnungslegung gelangenden Behandlungsfälle zu überprüfen. Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind und Disketten, welche nicht lesbar sind, werden dem Vertragsarzt innerhalb von 14 Tagen zur Richtigstellung retourniert.

Für den Fall, dass sich Vertragsärzte zur EDV-Rechnungslegung eines Dienstleisters bedienen, kann der Versicherungsträger mit dem Dienstleister vereinbaren, dass Rechnungslegungen, welche nicht vertragsgemäß erstellt sind und Disketten, welche nicht lesbar sind, auch dem Dienstleister innerhalb von 14 Tagen zur Richtigstellung retourniert werden können.

3.3.6. Bereithaltung der Rechnungslegungsdaten und Wiederholbarkeit der Abrechnung

Die Rechnungslegungsdaten sind vom Vertragsarzt zumindest sechs Monate ab Erhalt des Honorars, im Falle von Einwendungen durch den Versicherungsträger bis zum rechtskräftigen Abschluss eines entsprechenden Verfahrens, verfügbar zu halten. Innerhalb dieses Zeitraumes muss die Abrechnung jederzeit nochmals gestellt werden können.

3.3.7. Angabe der Diagnosen

Die Diagnosen werden bis zur Vereinbarung bzw. bis zu einer verbindlichen Anordnung einer Diagnosecodierung (z.B. durch das Bundesministerium) auf dem Datenträger in Langschrift angegeben. Alternativ können diese natürlich auch durch anerkannte Codierungssysteme erfolgen, und zwar mittels ICD-10, ICD-9 oder ICPC-2.

3.4. Anpassung und Änderungen des EDV-Systems

3.4.1.

Der Vertragsarzt hat rechtzeitig das EDV-System an zwischen der OÖ ÖGK und der Ärztekammer für OÖ vereinbarte Änderungen der Honorarordnung, der Rechnungslegungsvorschriften und des Datensatzaufbaues anzupassen.

3.4.2.

Größere Anpassungen des EDV-Systems an die technologischen Entwicklungen sind nach Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für OÖ und der OÖ ÖGK vom Vertragsarzt innerhalb der von der Ärztekammer für OÖ und

der OÖ ÖGK gemeinsam festgesetzten, angemessenen Frist durchzuführen.

3.4.3.

Änderungen der Softwarekonfiguration auf Initiative des Vertragsarztes sind jederzeit möglich, soweit die Eignung noch gegeben ist.

3.4.4.

Alle für die Abrechnung relevanten Anpassungen und Änderungen des EDV-Systems sind der OÖ ÖGK und der Ärztekammer für OÖ unter Bekanntgabe des Zeitpunktes, ab dem das geänderte System verwendet werden soll, schriftlich bekannt zu geben. Sofern nicht innerhalb von vier Wochen Widerspruch erhoben wird, gilt dies als Zustimmung zur Änderung.

3.4.5.

Der Vertragsarzt hat dem Versicherungsträger in folgenden Fällen neuerlich das EDV-System, dessen Einsatz beabsichtigt ist, bekanntzugeben:

1. wenn der Arzt Mitglied einer Ordinations- und/oder Apparategemeinschaft wird, oder
2. wenn sich bisherige Vertragsärzte zu einer Vertragsgruppenpraxis zusammenschließen oder in eine Vertragsgruppenpraxis eintreten, ist die Bekanntgabe durch die Gruppenpraxis durchzuführen, oder
3. wenn ein Arzt aus einer Vertragsgruppenpraxis ausscheidet und einen Einzelvertrag abschließt, oder
4. bei einem Systemwechsel

3.5. Kostentragung

Sämtliche mit der EDV-Rechnungslegung, mit der Anpassung (Änderung) des EDV-Systems und mit der vereinbarten Datenübermittlung zusammenhängenden Kosten sind vom Vertragsarzt zu tragen.

3.6. Rechte und Pflichten der Vertragspartner

3.6.1. Verwendung von genehmigten Systemen

Für die EDV-Rechnungslegung können nur Softwaresysteme verwendet werden, deren Eignung von der Ärztekammer für OÖ und der OÖ ÖGK formell festgestellt wurde.

Der Vertragsarzt hat unbeschadet dieser formellen Feststellung sicherzustellen, dass das eingesetzte System keine vertraglich festgelegten Bestimmungen verletzt. Eine Zuwiderhandlung kann einen Kündigungsgrund darstellen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind einzuhalten. Nach § 54 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 gestattete Vorgangsweisen werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

3.6.2. EDV-Erfassung von Leistungen

Die EDV-Erfassung von Leistungen ist ohne unnötigen Aufschub nach deren vollständiger Erbringung vorzunehmen. Alle Leistungspositionen sind vom Vertragsarzt persönlich bzw. in seinem Auftrag und seiner Verantwortung einzugeben. Leistungsbündelungen sowie diagnose- und symptomorientierte oder ähnliche Rechnungslegungsautomatismen dürfen nur dann verwendet werden, wenn sie von den Zertifizierungsrichtlinien des Hauptverbandes dezidiert erlaubt sind. Ein programmiertes Hinzufügen von Leistungen ist nur zulässig, soweit sich die Notwendigkeit unmittelbar aus den Bestimmungen der Honorarordnung ergibt.

3.6.3. EDV-Ausfertigung von Formularen des Krankenversicherungsträgers

Es können vom Versicherungsträger aufgelegte Originalformulare sowie von der OÖ ÖGK und der Ärztekammer für OÖ genehmigte elektronische Formulare verwendet werden, die EDV-gerecht zu erstellen sind.

Werden Kassenformulare maschinell bedruckt, kann der Vertragsarztstempel, von hausapothekenführenden Ärzten auch der Hausapothekenstempel, durch maschinelles Aufdrucken der Stempeldaten ersetzt werden.

3.6.4. Bedrucken von Kassenrezeptformularen

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen müssen der Ausdruck und die eigenhändige Unterzeichnung des Rezeptes auch bei hausapothekenführenden Ärzten vor Abgabe des Medikamentes bei EWR-Rezepten, Suchtgiftrezepten, magistralen Verordnungen ab € 40,00 und Facharztverschreibungen gewährleistet sein.

3.7. Beendigung der EDV-Rechnungslegungsberechtigung

3.7.1. Beendigung mangels Systemeignung

Stellt die OÖ ÖGK gemeinsam mit der Ärztekammer für OÖ fest, dass die grundsätzliche Eignung eines EDV-Systems nicht mehr gegeben ist, ist dies allen betroffenen Vertragsärzten mitzuteilen. Ab dem Zeitpunkt der Mitteilung erlöschen alle auf diesem System aufbauenden Rechnungslegungsberechtigungen. Dies gilt auch in Fällen, in denen ein bemängelter Systemzustand schon zum Zeitpunkt der Prüfung der grundsätzlichen Eignung bestanden hat und übersehen wurde.

Für eine Übergangszeit von 3 Monaten kann jeder betroffene Vertragsarzt das bisherige System weiterverwenden, wenn er die Vertragskonformität der Abrechnung, allenfalls durch geeignete ergänzende Maßnahmen, sicherstellen kann.

Über Wunsch der Kasse ist nach allfälliger Durchführung einer genehmigten Systemänderung (Systemerneuerung) die Abrechnung für den Übergangszeitraum zu wiederholen.

3.7.2. Verfahren

Die sofortige Beendigung aus wichtigem Grund gemäß Pkt. 3.7.1. können im Verfahren vor der Paritätischen Schiedskommission und Landesberufungskommission bekämpft werden. Eine Anrufung der Paritätischen Schiedskommission hat aufschiebende Wirkung.

3.8. Aufzeichnungspflicht

Die Aufzeichnungspflicht gemäß § 28 Gesamtvertrag kann durch gesicherte EDV-Speicherung erfüllt werden, sofern für Besprechungen mit der OÖ ÖGK Ausdrucke angefertigt werden können oder die für die Besprechung erforderlichen Daten in anderer, für die OÖ ÖGK lesbarer Form zu Verfügung stehen.

H. Handhabung der e-card

I.

Widerspricht die Honorarordnung zum OÖ Ärzte-Gesamtvertrag oder der OÖ Ärztesamtvertrag den Bestimmungen zur Handhabung der e-card, gehen letztgenannte Bestimmungen jedenfalls vor.

§ 1

e-card statt Krankenschein

(1) Die e-card der österreichischen Sozialversicherung ersetzt mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung den Krankenschein. Dies gilt nicht für Patienten, die auf Grund internationaler bzw. zwischenstaatlicher Abkommen betreut werden und die keine e-card erhalten haben.

(2) Das Wort "e-card" im Sinn dieses Vertrages umfasst auch die mit ihr verbundenen Organisationsformen, Geräte, Programme und Abläufe, wenn diese notwendig sind, um Funktionen der e-card zu ermöglichen. Eine im Sinn dieser Organisationsformen usw. benutzte e-card ist mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung Anspruchsnachweis im Sinn der bestehenden Vertragsbeziehungen (Gesamtverträge, Einzelverträge, Durchführungsabkommen usw.).

(3) Personen, deren e-card mit einer im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) online durchgeführten positiven Abfrage der Anspruchsberechtigung verwendet werden (Einlesen der e-card), sind wie Personen zu behandeln, die einen Krankenschein, Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfenachweis, Arztschein, Überweisungsschein oder einen sonst bisher als Anspruchsnachweis oder Abrechnungsgrundlage akzeptierten Beleg vorweisen. Der Patient hat die e-card bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes allenfalls in Verbindung mit einem Überweisungsschein (Zuweisungsschein und dergleichen) vorzulegen.

(4) Folgebelege sind vom Arzt unter Berücksichtigung der nachfolgenden Bestimmungen (insbesondere § 3) unter Verwendung der online zur Verfügung gestellten Daten zu erzeugen.

§ 2

Ordinationsausstattung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, in der Ordination die für die Verwendung des e-card Systems notwendigen Voraussetzungen (insbesondere Hardware und Netzzugang) zu schaffen. Die spezielle e-card-Hardware (GINA-Box) und die dazugehörige Software (beides wird von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt) stehen im Eigentum der Sozialversicherung bzw. deren Auftragnehmer oder Systemvertragspartner und werden auf deren Kosten betriebsbereit gehalten bzw. allenfalls erneuert.

(2) Die anteilige Kostentragung für Anschaffungs-, Installations- und Betriebskosten erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Sozialversicherung übernimmt pro Vertragsordination (auch vertraglich vereinbarte Zweitordination) einmalig die Kosten für die e-card-Geräteausstattung (GINA, Lesegerät) und die Kosten für deren Installation (nicht die Kosten für eine Integration in die Arztsoftware). Dies gilt bis zum 31.12.2008 auch für Neuinvertragnahmen auf neuen Ordinationsstandorten.
2. Die Sozialversicherung übernimmt weiters den Aufpreis für den Router mit zwei Eingängen (LAN-Anschlüsse), die Kosten für die Servicelevels und die Wartung für die e-card-Grundausstattung (Z 1).
3. Die laufenden Kosten (Anschluss- und Betriebskosten - exklusive Wartung gem. Z 2) für den GIN-Zugangsnetz-Anschluss (Anschluss in ADSL-Technologie, Router mit zwei Eingängen, GINA) sind von den Vertragsärzten zu übernehmen und ihnen direkt zu verrechnen. Allfällige ISDN-Ersatz-Schaltungskosten sind innerhalb der Peering Point-Gesellschaft zu regeln, dh. es darf daraus keine Mehrkosten für Ärzte geben.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

§ 3

Rechte und Pflichten des Vertragsarztes

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die e-card - sofern sie vom Patienten vorgelegt wird - zu verwenden (Einlesen der e-card). Die e-card ist bis zur Einführung des elektronischen Rezeptes bei der ersten Inanspruchnahme im Abrechnungszeitraum einzulesen. Bei Folgeinanspruchnahmen im Abrechnungszeitraum ist das Einlesen möglich und hat - sofern die übrigen

vertraglichen Bestimmungen eingehalten werden - auf die Verrechenbarkeit keinen Einfluss. Ab der Einführung des elektronischen Rezeptes, jedenfalls ab 1.1.2009, ist die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes einzulesen. Hinsichtlich der Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen bleiben – sofern in der Folge nicht anderes geregelt wird – die bisherigen Regelungen unberührt.

(2) Es wird von den Vertragsparteien empfohlen, dass auch vor der Einführung des elektronischen Rezeptes bzw. vor dem 1.1.2009 die e-card bei jeder Inanspruchnahme des Arztes eingelesen wird.

(3) Das Einlesen der e-card bzw. die Eingabe der SV-Nummer (vgl. § 4 Abs. 1) wird im e-card-System gespeichert. Die Speicherung bzw. Übertragung erfolgt mit dem Tagesdatum (keine Uhrzeit). Eine Verrechnung der anlässlich des Arztkontaktes erbrachten Leistungen ist unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs. 1 nur möglich, wenn die e-card anlässlich des Arztkontaktes eingelesen wurde bzw. die Sozialversicherungsnummer (vgl. § 4 Abs. 1) eingegeben wurde und die online-Anspruchsprüfung einen aufrechten Anspruch ergab. Bei einem medizinischen Notfall, bei dem der Patient weder die e-card mithat noch seine Sozialversicherungsnummer kennt, kann dieser Vorgang im selben Abrechnungszeitraum nachgeholt werden.

(4) Die e-card ist eine Keycard (Schlüssel- und Signaturkarte), welche in Echtzeit auf Validität geprüft wird; dabei erfolgt auch in Echtzeit eine Anspruchsprüfung. Nachträgliche Prüfungen kommen daher nur auf Grund einer Störung und bei Hausbesuchen sowie bei dem in Abs. 3 letzter Satz beschriebenen medizinischen Notfall in Frage. Konsultationen, die während einer Störung des e-card-Systems erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs. 1 ohne Rücksicht auf das Resultat der Anspruchsprüfung abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen. Liegt die Störung allerdings im Bereich des Arztes verliert er diese Abrechnungsgarantie.

(5) Der Vertragsarzt kann – allerdings ohne Abrechnungsgarantie – bei außerordentlichen, nachvollziehbaren persönlichen Umständen in Einzelfällen, die außerhalb der Störung offline gelesenen Daten bis zum drittfolgenden Ordinationstag übermitteln.

(6) Konsultationen, die anlässlich eines Hausbesuches erfasst werden (Einlesen der e-card oder Nacherfassung), können unter Berücksichtigung des Zeitplanes nach Abs. 1 abgerechnet werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen.

(7) Um die Nachvollziehbarkeit der übertragenen Daten (z.B. bei etwaigen Störungen) sicherzustellen, steht dem Arzt das Recht auf Übermittlung der Logfiles der übertragenen Daten einer Abrechnungsperiode bis zu sechs Monate nach Ende derselben zu (Anforderung von Konsultationsdaten). Im Falle von Honorarstreitigkeiten verlängert sich die Frist bis zur rechtskräftigen Entscheidung; die Daten können aber nur maximal sieben Jahre nach ihrer Erzeugung angefordert werden. Vom Honorarstreit ist der e-card-Server-Betreiber vom zuständigen SV-Träger in Kenntnis zu setzen.

§ 4

Vorgehensweise bei Nichtvorlage der e-card bzw. bei Vorlage einer defekten oder gesperrten e-card

(1) Die Anspruchsberechtigten sollen von der Vertragsarztpraxis darauf hingewiesen werden, dass sie verpflichtet sind, die e-card immer mitzuführen und diese vor der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zur Verwendung vorzulegen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten/der Erkrankten geprüft werden.

(2) Erscheint der Patient/die Patientin in der Ordination ohne e-card oder ist die e-card defekt oder gesperrt, ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung durch eine online-Anspruchsprüfung festzustellen.

a) Besteht ein Anspruch bei einer österreichischen § 2-Kasse, ist der Behandlungsfall mit der OÖ ÖGK zu verrechnen.

b) Wird kein Anspruch ausgewiesen, steht es dem Vertragsarzt frei

ba) direkt bei der OÖ ÖGK anzufragen, ob eine Anspruchsberechtigung bei der OÖ ÖGK gegeben ist. Im Falle einer solchen Anspruchsberechtigung ist der Behandlungsfall mit der OÖ ÖGK zu verrechnen; besteht kein Anspruch bei der OÖ ÖGK ist der Patient/die Patientin als Privatpatient/Privatpatientin zu behandeln,

oder

bb) unter Einräumung einer mindestens 14 tägigen Frist zum Nachweis der Anspruchsberechtigung vom Patienten/von der Patientin einen Erlag zu verlangen. Weist der Patient/die Patientin einen Anspruch bei einer österreichischen § 2-Kasse nach, ist der Behandlungsfall mit der OÖ ÖGK zu verrechnen und der Erlag rückzuerstatten.

Weist der Patient/die Patientin die Anspruchsberechtigung nicht fristgerecht nach, ist er/sie als Privatpatient/Privatpatientin zu behandeln, wobei von der OÖ ÖGK keine Kostenerstattung geleistet wird.

c) Ergibt sich bei der online-Anspruchsprüfung ein Anspruch bei einem Sondersicherungsträger, ist die Behandlung nach den Regeln des leistungszuständigen Sondersicherungsträgers abzuwickeln.

§ 5

System der e-card

Die e-card wird auf der Basis der technischen Beilage „Die e-card als Krankenschein Ersatz, Version 3.1“ eingeführt und weiterentwickelt; sie ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 6

Weitergabe von Daten an die Ärztekammer

(1) Die in § 7 genannten Vertragsarzt-daten sind in beliebigen Aufstellungen sowie Übertragungsformen vom Krankenversicherungsträger (als Abrechnungsstelle) an die Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermitteln. Der Krankenversicherungsträger wird dazu die Formate und Konfigurationen der Datenträger rechtzeitig vor Übermittlung der Daten bekannt geben.

(2) Jene Daten hinsichtlich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die von den Krankenversicherungsträgern gesondert ermittelt werden, sind für die Laufdauer einer Bruttoabrechnung auch gegenüber der Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gesondert auszuweisen.

(3) Die Daten sind vom Krankenversicherungsträger für die vereinbarten Zeiträume unmittelbar nach deren Vorliegen weiterzugeben.

(4) Sämtliche mit dieser Vereinbarung übernommenen Verpflichtungen der Krankenversicherungsträger zur Datenweitergabe stehen unter der Bedingung, dass der Schutz personenbezogener Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes gewahrt bleibt.

(5) Sollten eine oder mehrere Datenübermittlungen auf Grund rechtskräftiger Entscheidung der zuständigen Gerichte oder Verwaltungsbehörden unzulässig sein, werden diese Datenübermittlungen eingestellt. Andere Übermittlungen, welche getrennt von der unzulässigen Übermittlung fortgeführt werden können, werden davon nicht berührt.

(6) Die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern verpflichten sich, die ihr ausschließlich auf Grund dieser Vereinbarung übermittelten Unterlagen nicht weiterzugeben.

§ 7

Datenweitergabe

Der Umfang der vom Träger an die Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern zu übermittelnden Daten (§ 6 Abs. 1) wird wie folgt festgelegt:

- pro Quartal: Zahl der Gesamtfälle, Gesamtaufwand.
- pro Quartal getrennt in Ärzte für Allgemeinmedizin und einzelne Fachgruppen: Zahl der Ärzte (ohne Ärzte mit ausschließlichem Vorsorgeeinzelvertrag), Zahl der Fälle, Gesamtaufwand, Aufwand für Fallpauschale, Aufwand für Sonderleistungen, Aufwand für Grundvergütungen für Vertreterscheine, Visitenfrequenz und Visitenaufwand (nur für Ärzte für Allgemeinmedizin).
- pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte: Aufwand für Mutter-Kind-Pass-Sonderleistungen gegliedert nach Fachgruppen.
- pro Quartal Kostenentwicklung Labor: Zahl der Fälle der Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Aufwand für Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Gesamtkürzung bei Fachärzten für medizinische und chemische Labordiagnostik. Wenn bzw. sobald es für den Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Erfassung möglich ist: Zahl der Laborfälle sonstiger Vertragsärzte.
- pro Quartal für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte insgesamt: Frequenzzahlen pro Sonderleistungsposition.
- Anzahl der EDV-abrechnenden Ärzte nach Fachgruppen.

II.

Inkrafttreten und Kündigung/Erlöschen

(1) Diese Vereinbarung tritt mit 1.1.2006 in Kraft und ist gültig in der Fassung des 1. Zusatzprotokolles vom 1.1.2008.

(2) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung ist nicht gesondert vom OÖ Ärzte-Gesamtvertrag kündbar. Sie erlischt mit Kündigung des OÖ Ärzte-Gesamtvertrages oder mit Kündigung der "Gesamtvertraglichen Vereinbarung über Intensivierung der Kooperation im Gesundheitswesen und die Handhabung der e-card der österreichischen Sozialversicherungsträger" abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im eigenen Namen und im Namen der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Bundeskurie niedergelassener Ärzte der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Namen und im Namen aller Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern gemäß deren § 15.