

Anlage B1

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

Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Ab 1. Jänner 2024

1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal

Text	Punkte
Bis zum vollendeten 1. Lebensjahr	85,821
Ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	67,701
Ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	65,896
Ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	65,731
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	54,582

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

Bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	37,970
Ab dem vollendeten 6. Lebensjahr	27,970

3. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,737 EUR

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR ALLGEMEINE VERTRAGSFACHÄRZTINNEN/VERTRAGSFACH- ÄRZTE

Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Ab 1. Jänner 2024

Erläuterungen:

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

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

Definition für erste Hilfe:

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

1. Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen.
2. Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Verrechnungsmodus

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

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert	13,433
2	Nachtordination (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit	29,851
3	Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelter in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. <i><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>	82,090
9	Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde. <i><u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>	41,045
36	Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelter in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. <i><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i>	82,090

Pos. Ziff.	Text	Punkte
37	<p>Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde.</p> <p><i>Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein- und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt.</i></p> <p><i>Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i></p>	23,881
58	<p>Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde.</p> <p><i>Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 20 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.</i></p> <p><i>Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</i></p>	41,045
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	119,403
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	134,328
6	Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)	20,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht <u>Erläuterungen:</u> <i>Bei einem Konsilium handelt es sich um ein patientenbezogenes ärztliches Gespräch zwischen zwei Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzten bzw. einer Vertrags(fach)ärztin/einem Vertrags(fach)arzt und einer Gesellschafterin/einem Gesellschafter einer Vertragsgruppenpraxis mit dem Ziel der gleichberechtigten Beratung, Diagnosestellung und Festlegung einer Therapie ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Weiterbehandlung durch den Berufenen im konkreten Krankheitsfall; bloße kollegiale Gespräche, ein Erfahrungsaustausch, Koordinationstätigkeiten, Befundbesprechungen und Ähnliches stellen kein Konsilium im Sinne dieser Pos. Ziff. dar. Das Konsilium ist nur verrechenbar wenn die Vertrags(fach)ärztinnen/Vertrags(fach)ärzte bzw. Gesellschafterin/Gesellschafter nicht für die gleiche Institution oder Ordination tätig sind. Die Verrechenbarkeit ist ausgeschlossen, wenn unternehmerische Beteiligungsformen zwischen den Ordinationen/Institutionen oder ihrer Gesellschafterinnen/Gesellschafter bestehen.</i> <i>Die Konsiliarpartnerin/Der Konsiliarpartner ist im Zuge der Abrechnung anzugeben.</i> <i>Die Konsiliartätigkeit ist zu dokumentieren.</i>	20,896
*) 8a	Zur Kennzeichnung der 1. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	0,000
*) 8b	Zur Kennzeichnung der 2. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	0,000
*) 8c	Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10,000
*) 8d	Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10,000
*) 8e	Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10,000
*) 8f	Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10,000
*) 8g	Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10,000
*) 8h	Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
*) 8i	Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals	10,000
	*) Die Pos. Ziff. 8a-8i werden nur honoriert, wenn sie vollständig und in richtiger Reihenfolge zur Abrechnung gelangen. Persönliche und telemedizinische Konsultationen sind hinsichtlich der Reihenfolge nicht getrennt zu betrachten. Trotz der fehlenden tariflichen Bewertung sind auch die Pos. Ziff. 8a und 8b bei den entsprechenden Konsultationen abzurechnen. Bei Nichtverrechnung der Pos. Ziff. 8a und 8b können auch die Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8c-8i nicht honoriert werden	

Leistungen im Rahmen der Telemedizinvereinbarung

Mit 1. Jänner 2022 tritt die Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen in Kraft. Diese ermöglicht die Erbringung von allen in den jeweiligen Tarifkatalogen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte vorgesehenen Konsultations- und Gesprächspositionen per Telefon oder Video.

Da die Konsultation mittels elektronischer Kommunikation eine Konsultation in der Ordination ersetzt, hat die Kommunikation zwischen der/dem Patientin/Patient und der/dem Ärztin/Arzt persönlich zu bestehen wobei auch § 16 Abs 2 Gesamtvertrag in diesem Sinne zur Anwendung gelangt. Die Entscheidung, ob ein Ordinationsbesuch im jeweiligen Einzelfall ersetzt werden kann, ist von der/dem Ärztin/Arzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Erfordernisse zu treffen und liegt in deren/dessen Verantwortungsbereich.

Telemedizinische Leistungen werden nach dem jeweils zur Anwendung kommenden Tarifkatalog in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung in der Ordination ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird.

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

in der Ordination	oder mittels Telefon	oder mittels Video	
Pos. Ziff.	Pos. Ziff.	Pos. Ziff.	
8a	8aT	8aV	Zur Kennzeichnung für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals
8b	8bT	8bV	Zur Kennzeichnung für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals
8c	8cT	8cV	für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals
8d	8dT	8dV	für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8e	8eT	8eV	für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8f	8fT	8fV	für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8g	8gT	8gV	für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8h	8hT	8hV	für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8i	8iT	8iV	für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals.

Anmerkung:

Die Pos. Ziff. 8a-8i werden nur honoriert, wenn sie vollständig und in richtiger Reihenfolge zur Abrechnung gelangen. Persönliche und telemedizinische Konsultationen sind hinsichtlich der Reihenfolge nicht getrennt zu betrachten. Trotz der fehlenden tariflichen Bewertung sind auch die Pos. Ziff. 8a und 8b bei den entsprechenden Konsultationen abzurechnen. Bei Nichtverrechnung der Pos. Ziff. 8a und 8b können auch die Konsultationspositionen Pos. Ziff. 8c-8i nicht honoriert werden.

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

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

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

Pos. Ziff.	Text	Punkte
ST	Werden Sonderleistungen der Abschnitte II, III und V zwischen 19.00 und 07.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr telemedizinisch erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (ST) von 10 %.	
	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II, III und V während der Nacht (19.00 bis 07.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit	10 % des jeweiligen Tarifsatzes

II. Allgemeine Sonderleistungen

Pos. Ziff.	Text	Punkte
S	Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 7.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.	
	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer	50 % des jeweiligen Tarifsatzes
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4,000
24	Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln	20,000
	<i><u>Erläuterungen:</u> Das verabreichende Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusion anzugeben.</i>	
38	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13,000
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.</i>	
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	15,000
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.</i>	
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7,000
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.</i>	
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9,000
	<i><u>Erläuterung:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar</i>	
61	Vollnarkose (verrechenbar neben den Pos. Ziff.: 108, 202, 205, 208, 209, 213, 214, 215, 216, 217, 221, 304, 306, 308, 321, 411, 426, 521, 804, 808, 821, 903, 904, 912, 919, 925 und sonst mit besonderer Begründung)	45,000
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 606 verrechenbar	11,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
90	<p>Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.</p> <p>Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in maximal 28 % der Fälle pro Quartal, verrechenbar</p> <p>Pos. Ziff. 90 ist nicht am selben Tag mit folgenden Pos. Ziff. verrechenbar: N1, N4. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen.</p> <p>a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.</p> <p>b) Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese.</p> <p>c) Die Ärztin/der Arzt hat die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ persönlich zu führen; die Durchführung der „Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.</p> <p>d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination bzw. unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.</p>	20,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
91	<p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt pro Quartal</p> <p>Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.</p>	45,000

III. Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. Ziff.	Text	Punkte
650	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35,000
664	Drei weitere Ableitungen bzw. Rhythmusstreifen, in 10 % der honorierten Pos. Ziff. 650 verrechenbar	6,000
652	Phonokardiogramm	18,000
654	Behandlungszuschlag bei Enuresis, Enkopresis ab dem vollendeten 4. Lebensjahr einmal pro Quartal und Patientin/Patient verrechenbar	30,000
656	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar	6,000
657	Harnkultur und Keimzählung mittels Objektträgermethode; nur verrechenbar, wenn die entsprechende Einrichtung [Brutschrank] vorhanden ist und im Streifentest des Harnes ein eindeutiger Hinweis auf einen Infekt vorliegt sowie bei klinischen Hinweis auf Infekt	10,000
658	Kleine Spirometrie mit Flussvolumensdiagramm (mit graphischer Darstellung und Bestimmung von VC, FEV1, PEF, MEF50 und MEF25) zur Diagnose und Therapiesteuerung obstruktiver und restriktiver Atemwegserkrankung sowie zur OP Freigabe. Diese Leistung kann von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden	22,000
660	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13,000
661	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14,000
662	Atemfunktionsprüfung der Reversibilität einer bronchialen Obstruktion (pharmakodynamischer Atemfunktionstest bzw. Bronchospasmodolysetest)	20,000
663	Blutabnahme incl. CRP oder Blutsenkung, nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar .	19,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
665	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr, in maximal 9 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Jahr verrechenbar <i>Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.</i>	12,000
669	Behandlungszuschlag bei der Betreuung von Kindern mit klinisch relevanter, behandlungsbedürftiger neurologischer Beeinträchtigung oder für die entwicklungsneurologische Untersuchung nach einer Risikogeburt (wobei für die Risikogeburt gilt: exklusive nach geplanter Wunschsectio, Kinder nach Risikogeburt nur bis zum vollendeten 2. Lebensjahr abrechenbar), einmal pro Patientin/Patient und Quartal abrechenbar	30,000
670	Epicutan- bzw. Prick- bzw. Intracutantestung, bis zu 24 Stoffe pro Patientin/Patient und Quartal. Mehr als 24 Stoffe können nur mit besonderer Begründung verrechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar - je Stoff <i>Erläuterungen: Es ist je Patientin/Patient je Quartal entweder Epicutan-, oder Prick- oder Intracutantestung verrechenbar.</i>	2,000
674	Ambulante Therapie (Erstellen von geeigneten individuellen diätischen Maßnahmen und Kontrolle der Durchführung, Protokolle der körperlichen Aktivität, Kontrolle des BMI) bei Adipositas oder Untergewicht, Ekzem, gastrointestinalen Erkrankungen, oder die ausführliche Ernährungsberatung bei Frühgeborenen, inklusive Dokumentation, verrechenbar in 30 % der Fälle pro Quartal, ein weiteres Mal in 30 % der honorierten Pos. Ziff. 674 verrechenbar	25,000
686	Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie	55,955
687	Sonographie des kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie.	40,284

Die Pos. Ziff. 686 und 687 werden nur jenen Vertragsfachärztinnen/-Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.

Die Pos. Ziff. 686 und 687 sind zusammen in maximal 10 % der Fälle pro Quartal verrechenbar, wobei Fälle, die ausschließlich zur Sonographie des Abdomens oder Schädelsonographie bzw. kindlichen Urogenitaltraktes oder Schilddrüsen-sonographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung.

Pos. Ziff.	Text	Punkte
688	<p>Kurative Sonographie der Säuglingshüften; nur bei pathologischem Befund nach MKP-Untersuchung pro Patientin/Patient und Tag einmal verrechenbar einschließlich Befunderstellung und Dokumentation.</p> <p>Die kurative Sonographie der Säuglingshüften wird nur jenen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde honoriert, die über einen entsprechenden Ausbildungsnachweis verfügen und von der Kasse einvernehmlich mit der Kammer zur Verrechnung dieser Leistung ermächtigt wurden. Die Geräteausstattung ist der Kasse zu melden.</p>	43,388
689	Allergologische Exploration, in maximal 20 % der Fälle pro Quartal verrechenbar	14,000
691	Zuschlag bei EKG für Kinder unter sechs Jahren	3,000
692	<p>Ärztliche fachspezifische Koordinierungstätigkeit durch die behandlungsführende Ärztin/den behandlungsführenden Arzt.</p> <p>Verrechenbar nur für jene Fälle, die einer intensiven persönlichen Kontaktaufnahme mit anderen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen, Einrichtungen/sonstigen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem Gesundheits- oder Fürsorgebereich (wie z.B. dem Gesundheitsamt, der Fürsorge, Schule, Kindergarten) bedürfen, wobei hier allgemein ärztliche administrative Ordinationstätigkeiten (z.B. Ausstellen von Überweisungen, Rezepten, das Übertragen von Befunden in die Krankenkartei usw.) nicht darunter zu verstehen sind. Ebenso kann das Einholen einer ärztlichen Meinung bzw. die (fach-)ärztliche Beratung oder Befundbesprechung mit anderen Ärztinnen/Ärzten nicht mit der Position abgerechnet werden. In maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt verrechenbar</p> <p><i>Erläuterung: Die Leistung ist mit jenem Leistungsdatum zu verrechnen, an dem die Konsultation mit der Patientin/dem Patienten stattfand und die Notwendigkeit für die Koordinierungstätigkeit festgestellt wurde.</i></p>	18,716
671	<p>Transkutane Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen</p> <p>Verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes, jedoch maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes, in maximal 3,5 % der Fälle der Altersgruppe bis zum vollendeten 1. Lebensjahr pro Ärztin/Arzt und Quartal.</p> <p>Bei klinischer Relevanz ist eine Wiederholungsmessung in maximal 50 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 671 honoriert wird, verrechenbar.</p> <p>Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu übermitteln.</p>	22,388

Pos. Ziff.	Text	Punkte
677	Tympanometrie bei persistierendem Seromucotympanon je Sitzung in maximal 8 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Mit dem Tarif ist, sofern erforderlich, die Untersuchung beider Ohren abgegolten.	36,000

IV. Sonderleistungen aus dem Bereich Pädiatrische Endokrinologie

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

Pos. Ziff.	Text	Punkte
675	Endokrinologische Abklärung und Therapieeinleitung bei Diabetes, Wachstumsstörung, Störungen der Sexualentwicklung und Störungen der Genitaldifferenzierung, in maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	72,000

V. Sonderleistungen aus dem Bereich Neuropädiatrie

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

Pos. Ziff.	Text	Punkte
676	Detaillierte genormte diagnostische Entwicklungsuntersuchung mit standardisierten Erhebungsinstrumenten bei Kindern (z.B. Denver-Test, Münchner Funktioneller Entwicklungstest) In maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar.	109,000
N1	Jede fachärztliche verbale Intervention oder Exploration zur Anamneseerhebung, Befundbesprechung, Kontrolle des Krankheitsverlaufes. Maximal zweimal pro Sitzung verrechenbar. Richtzeit bei einmaliger Verrechnung 20 Minuten, Richtzeit bei zweimaliger Verrechnung am Tag 40 Minuten. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. 90 verrechenbar.	48,000

Pos. Ziff.	Text	Punkte
N2	<p>Fremdanamnese oder Gespräch mit Bezugsperson(en), wenn ein Gespräch mit der Patientin/dem Patienten auf Grund von deren/dessen Diagnose oder des Krankheitsbildes nicht möglich ist, z.B. bei Vorliegen von geistiger Retardierung, Demenz, Erkrankung aus dem schizo/affektiven Formenkreis, Bewusstseinsstörung, Epilepsie, Synkope, Aphasie.</p> <p>Das Verhältnis der Bezugsperson(en) zur Patientin/zum Patienten ist im Begründungsfeld (B-Block) des Datensatzes anzugeben.</p>	32,000
N4	<p>Neurologische Notfallbehandlung (Krisenintervention) bei akuten neurologischen Symptomen oder Verdacht auf akute bedrohliche neurologische Krankheitsbilder (z.B. TIA, Schlaganfall Meningismus, akute Migräne, Status migränosus, Schub einer MS, Guillain-Barré-Syndrom, cholinerge Krise, Parkinson-Krise, Bewegungsturm, akute Neuritis, etc.).</p> <p>In maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit anderen Leistungspositionen verrechenbar</p>	108,000
N5	<p>Erhebung des kompletten neurologischen Status: Die Durchführung eines kompletten neurologischen Status umfasst die Prüfung der oberen und unteren Hirnnerven, Untersuchung der Hirnstammreflexe, Untersuchung der motorischen Eigenreflexe, der Motorik, der Sensibilität, der Koordination, der gesamten Pyramidenbahn, des extrapyramidalen Systems und der quantitativen Bewusstseinslage.</p> <p>Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Nicht am selben Tag mit Pos. Ziff. N6 verrechenbar</p>	40,000
N18	<p>Elektroenzephalographische Untersuchung – EEG,</p> <p>Verrechenbar in 25 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal, wobei Fälle die ausschließlich zur EEG-Untersuchung überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt keine Grundleistungsvergütung. Die Geräteausstattung ist über die Kammer der Kasse zu melden. Die Position kann nur von jenen Fachärztinnen/Fachärzten verrechnet werden, die von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich zur Verrechnung ermächtigt werden</p>	66,000
N19	<p>Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen oder in Gesundheitseinrichtungen.</p> <p>Maximal einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar</p>	20,000

VI. Sonderleistungen aus dem Bereich pädiatrische Kardiologie

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

Pos. Ziff.	Text	Punkte
629	<p>Ergometrische Untersuchung, durchzuführen entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen kardiologischen Gesellschaft, einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.</p> <p>Neben dieser Position sind am gleichen Tag keine elektrokardiographischen Leistungen verrechenbar.</p> <p>Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator und Reanimations-Set. Die Pos. Ziff. 629 kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Coronarreserve des Herzens; Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Kardiopathien, Kardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension; Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung), etc.</p>	105,000
633	<p>Langzeit EKG, verrechnet in maximal 10 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal (Fälle, die ausschließlich zum Langzeit-EKG überwiesen werden, fallen nicht unter diese Limitierung, für diese zugewiesenen Fälle gebührt jedoch keine Fallpauschale)</p> <p>Die Geräteausstattung ist der Kasse über die Kammer zu melden.</p> <p>Die Leistungsposition umfasst das Anlegen des Gerätes, 24-Stunden-Registrierung, Computerauswertung und Befunderstellung. Von den Befunden ist ein Durchschlag 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der Kasse bzw. der Kammer auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.</p>	117,000
645	<p>Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung inkl. TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung)</p>	51,478

Pos. Ziff.	Text	Punkte
646	Echokardiographie gemäß Pos. Ziff. 645 einschließlich Farbdoppler-sonographie des Herzens mit gepulstem und/oder CW-Doppler, verrechenbar bei folgenden Indikationen:	119,403

- Diagnose, Beurteilung und Kontrolle angeborener oder erworbener Vitien
- Beurteilung des pulmonal-arteriellen Druckes
- Beurteilung der systolischen und diastolischen Linksventrikelfunktion

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

Die Verrechenbarkeit mit maximal 23 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal limitiert, wobei Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie überwiesen wurden, nicht unter diese Limitierung fallen. Für diese Fälle gebührt allerdings keine Grundleistungsvergütung.

Von den Befunden ist ein Durchschlag drei Jahre hindurch aufzubewahren. Voraussetzung für die Honorierung der Leistung ist der Nachweis der entsprechenden Ausbildung und eine im Einvernehmen zwischen der Kammer und der Kasse erteilte Ermächtigung zur Verrechnung der Echokardiographie. Die Geräteschaft ist über die Kammer der Kasse zu melden.