HONORARTARIF ZUM GESAMTVERTRAG

Stand per 01.01.2026

Übersicht

ÜBERSICHT / ERLÄUTERUNGEN / PUNKTWERTE	**Seite: 1 - 6**
Gesamt-Übersicht	Seite: 1 - 3
Erläuterungen der Abkürzungen und Zeichen	Seite: 4
Fachgruppen (FG-)Abkürzungen für Verrechnungsbefugnisse	Seite: 4
Limit-Regelung (Erläuterung)	Seite: 5
Punktwerte für Vertragspartner (gültig ab 01.01.2026)	Seite: 6
I. GRUNDLEISTUNGEN (LG 01) – Pos. 001 - 023	**Seite: I/1 - I/2**
Grundvergütung (LA 01)	Seite: I/1
Vergütung für Zweitordinationen und Wegegebühren (LA 03)	Seite: I/1 – I/2
Bereitschaftsdienst (LA 02)	Seite: I/2
II. ORDINATIONEN UND VISITEN (LG 02) – Pos. 048 - 088	**Seite: II/1 - II/9**
Erstanamnese, Ordinationen, Befundbericht (LA 01)	Seite: II/1 - II/4
Visiten (LA 02)	Seite: II/5 - II/6
Zeitaufwand für Erste Hilfe, ärztliches Gespräch, psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (LA 03)	Seite: II/7 - II/8
Substitutionsbehandlung (LA 04)	Seite: II/8 - II/9
III. ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN (LG 03) – Pos. 101 - 133	**Seite: III/1 - III/5**
Injektionen (LA 02)	Seite: III/1
Infusionen (LA 04)	Seite: III/1
Punktionen (LA 06)	Seite: III/1
Betäubung (LA 07)	Seite: III/2
Sonstige ärztliche Verrichtungen (LA 10)	Seite: III/2 - III/5
IV. SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN (LG 04) – Pos. 152 - 430 und 38804 - 38915	**Seite: IV/1 - IV/21**
Augenheilkunde (LA 02)	Seite: IV/1
Chirurgie (LA 03)	Seite: IV/2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (LA 04)	Seite: IV/3
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (LA 05)	Seite: IV/4
Haut- und Geschlechtskrankheiten (LA 06)	Seite: IV/5 – IV/6
Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten (LA 07)	Seite: IV/7 - IV/12
Kinder- Jugendpsychiatrie (LA 12)	Seite: IV/12 – IV/14
Neurologie und Psychiatrie (LA 08)	Seite: IV/15 - IV/20
Orthopädie (LA 09)	Seite: IV/21
Urologie (LA 11)	Seite: IV/21
V. OPERATIONSGRUPPENKATALOG (LG 15) – Pos. 2001 - 2655	**Seite: V/1 - V/11**
Allgemeine Bestimmungen (LA 00)	Seite: V/1
Nicht gesondert geregelte Operationen (LA 01)	Seite: V/1

V. OPERATIONSGRUPPENKATALOG (LG 15) – Pos. 2001 - 2655	**Seite: V/1 - V/11**
Augenheilkunde / OP-Gruppe I (LA 02)	Seite: V/2
Augenheilkunde / OP-Gruppe II (LA 03)	Seite: V/2
Augenheilkunde / OP-Gruppe III (LA 04)	Seite: V/2
Augenheilkunde / OP-Gruppe IV (LA 05)	Seite: V/2
Augenheilkunde / OP-Gruppe V (LA 06)	Seite: V/3
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe I (LA 07)	Seite: V/4
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe II (LA 08)	Seite: V/5
Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe III (LA 09)	Seite: V/6
Dermatologie / OP-Gruppe I (LA 10)	Seite: V/7
Dermatologie / OP-Gruppe II (LA 11)	Seite: V/8
Dermatologie / OP-Gruppe III (LA 12)	Seite: V/8
Gynäkologie / OP-Gruppe I (LA 13)	Seite: V/9
Gynäkologie / OP-Gruppe II (LA 14)	Seite: V/9
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde / OP-Gruppe I (LA 15)	Seite: V/10
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde / OP-Gruppe II (LA 16)	Seite: V/10
Urologie / OP-Gruppe I (LA 17)	Seite: V/11
Urologie / OP-Gruppe II (LA 18)	Seite: V/11
Urologie / OP-Gruppe III (LA 19)	Seite: V/11

VI. VORSORGEUNTERSUCHUNG (LG 05) – Pos. 904 - 917	**Seite: VI/1 - VI/4**
Allgemeines (LA 00)	Seite: VI/1
Basisuntersuchung (LA 01)	Seite: VI/1
Labor (LA 02)	Seite: VI/1
Zusatzuntersuchungen (LA 02)	Seite: VI/2 - 4
Gynäkologie (LA 03)	Seite: VI/4

VII. MUTTER-KIND-PASS-UNTERSUCHUNG (LG 06) – Pos. MU1 - KS2	**Seite: VII/1 - VII/2**
Untersuchung der Schwangeren (LA 01)	Seite: VII/1
Untersuchung des Kindes (LA 02)	Seite: VII/1 – VII/2

VIII. PHYSIKOTHERAPIE DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINEN FACHÄRZTE (LG 07) – Pos. 431 - 438	**Seite: VIII/1**
Allgemeine Bestimmung (LA 00)	Seite: VIII/1
Physikotherapeutische Verrichtungen (LA 01)	Seite: VIII/1

IX. FACHÄRZTE FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND ALLGEMEINE REHABILITATION	**Seite: IX/1 - IX/4**
Ärztliche Sonderleistungen (LA 01)	Seite: IX/1 – IX/3

X. RÖNTGENLEISTUNGEN DURCH ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINE FACHÄRZTE (LG 09) – Pos. 531 - 541 UND 5511 - 5597	**Seite: X/1 - X/4**
Allgemeine Bestimmung (LA 00)	Seite: X/1
Durchleuchtungen (LA 01)	Seite: X/2
Aufnahmeformate (LA 02)	Seite: X/3 - X/4

XI. FACHRADIOLOGIE (LG 11) – Pos. 601 - 719 und 760 - 794	**Seite: XI/1 - XI/12**
Allgemeine Bestimmungen (LA 00)	Seite: XI/1 - XI/4
Schädel (LA 01)	Seite: XI/5

XI. FACHRADIOLOGIE (LG 11) – Pos. 601 - 719 und 760 - 794	**Seite: XI/1 - XI/12**
Wirbelsäule / knöcherner Thorax (LA 02)	Seite: XI/5
Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten (LA 03)	Seite: XI/5 - XI/6
Hals, Herz, Lunge (LA 04)	Seite: XI/6
Magen-Darm-Trakt (LA 05)	Seite: XI/7
Gallentrakt (LA 06)	Seite: XI/7
Harntrakt (LA 07)	Seite: XI/7
Sonstige Organ-Untersuchungen (LA 08)	Seite: XI/7 – XI/8
Tomographie def. Organe (LA 09)	Seite: XI/8
Zuschlag (Bewegungsablauf) (LA 10)	Seite: XI/8
Sonstige röntgendiagnostische Leistungen (LA 11)	Seite: XI/9
Aufnahmeformate (LA 12)	Seite: XI/9
Röntgentherapie (LA 13)	Seite: XI/10 – XI/12

XII. SONOGRAPHIE (LG 12) – Pos. 750 - 757 UND 501 - 5292	**Seite: XII/1 - XII/4**
Sonographie durch Radiologen (LA 01)	Seite: XII/1
Sonographie durch Urologen (LA 02)	Seite: XII/2
Sonographie durch allgemeine Fachärzte (ausgenommen Urologen) (LA 03)	Seite: XII/3 - XII/4

XIII. KLEINES LABOR (LG 13) – Pos. 801 - 870	**Seite: XIII/1 - XIII/3**
Allgemeine Bestimmungen (LA 00)	Seite: XIII/1
Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte (LA 01)	Seite: XIII/1 – XIII/2
Leistungen der Internisten (LA 02)	Seite: XIII/3

XIV. GROSSES LABOR (LG 14) – Pos. 8101 - 9903	**Seite: XIV/1 - XIV/15**
Allgemeine Bestimmungen (LA 00)	Seite: XIV/1-3
Hämatologische Untersuchungen (LA 01)	Seite: XIV/4
Blutgerinnung (LA 02)	Seite: XIV/4 – XIV/5
Stoffwechseluntersuchungen (LA 03)	Seite: XIV/5 – XIV/6
Enzyme (LA 04)	Seite: XIV/6
Harnuntersuchungen (LA 05)	Seite: XIV/6 – XIV/7
Konkrementuntersuchungen (LA 06)	Seite: XIV/7
Stuhluntersuchungen (LA 07)	Seite: XIV/7
Sekretuntersuchungen (LA 08)	Seite: XIV/8
Punktatuntersuchungen (LA 09)	Seite: XIV/8
Blutgruppenserologie (LA 10)	Seite: XIV/8
Immunologisch-serologische Untersuchungen (LA 11)	Seite: XIV/8 – XIV/9
Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen (LA 12)	Seite: XIV/9 - XIV/11
Hepatitis Diagnostik (LA 13)	Seite: XIV/12
Medikamente (LA 14)	Seite: XIV/12
Hormone (LA 15)	Seite: XIV/13
Schilddrüsendiagnostik (LA 16)	Seite: XIV/13
Funktionstests (LA 17)	Seite: XIV/14
Tumormarker (LA 18)	Seite: XIV/14
Vitamine (LA 19)	Seite: XIV/15
Blutentnahmen (LA 20)	Seite: XIV/15

XXII. PATHOLOGIE (LG 22) – Pos. 9871 - 9888 und 91P1 - 91P9	**Seite: XXII/1 - XXII/3**
Allgemeine Bestimmungen (LA 00)	Seite: XXII/1
Histologie (LA 03)	Seite: XXII/2 - XXII/3

Erläuterung der Abkürzungen und Zeichen

FG	=	verrechnungsbefugte Fachgruppe
P	=	Punkte
€	=	EURO
LG	=	Leistungsgruppe
LA	=	Leistungsart
CHA	=	Chefarztbewilligung erforderlich
H	=	histologischer Befund erforderlich
#	=	Operationsfeld anzugeben
°)	=	siehe gesonderte Anmerkung
***)**	=	degressives Limit

Fachgruppen (FG-)Abkürzungen für Verrechnungsbefugnisse

01	Arzt für Allgemeinmedizin
03	Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie
04	Facharzt für Chirurgie (einschließlich Facharzt für Plastische Chirurgie)
04/PC	Facharzt für Plastische Chirurgie
05	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dermatologie)
06	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie)
07	Facharzt für Innere Medizin
08	Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde (einschl. Facharzt für Kinderchirurgie)
08/KC	Facharzt für Kinderchirurgie
09	Facharzt für Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten (HNO)
10	Facharzt für Lungenkrankheiten
12	Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
13	Facharzt für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation
14	Facharzt für Radiologie
15	Facharzt für Unfallchirurgie
16	Facharzt für Urologie
18	Facharzt für Neurochirurgie
19	Facharzt für Neurologie (früher: Neurologie und Psychiatrie)
20	Facharzt für Psychiatrie (früher: Psychiatrie und Neurologie)
32	Kinder- und Jugendpsychiatrie
CF	Chirurgische Fächer = Fachgebiete 04, 04/PC, 08/KC, 15, 18
50	Medizinisch-chemisches Labor
51	EEG-Labor
52	Zytodiagnostisches Labor
53	Facharzt für Pathologie
55	Facharzt für Hygiene und klinische Mikrobiologie bzw. Facharzt für Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik
30	**Dieser Gruppencode umfasst die Fachgruppen 01 bis 13 und 15 bis 20 und 32**
31	**Dieser Gruppencode umfasst die Fachgruppen 03 bis 13 und 15 bis 20 und 32**

Limit-Regelung (Erläuterung)

Bei einer Reihe von Positionen der Leistungsgruppen (LG) 03, 04 und 12 ist ein sogenanntes Limit angegeben.

a) Null-Limit:

Dies bedeutet, dass die verrechneten Sonderleistungen bis zum jeweiligen Prozentsatz der Pauschalfälle (im Sinne des § 26 Abs 1 Gesamtvertrag) pro Arzt und Quartal zum vollen Tarifsatz honoriert werden und die darüber hinaus abgerechneten Sonderleistungen nicht mehr gesondert honoriert werden, sondern mit der Grundleistung abgegolten sind (z.B. Pos. 050 – Folgeordination).

Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt: für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal eine Limitgrenze über-schritten haben, ein Jahresausgleich: Jene Leistungen, die bei Anwendung des Limits auf die Summe der Pauschalfälle (bzw. Summe der Positionen) des gesamten Abrechnungsjahres honoriert werden könnten, in einzelnen Quartalen aber wegen Limitüberschreitung nicht honoriert worden waren, werden (nach)bezahlt.

b) Degressives Limit:

Die mit *) gekennzeichneten Leistungen unterliegen einer degressiv gestaffelten Limitierung:
Leistungen, die über dem jeweiligen Prozentsatz liegen, werden bis höchstens zum doppelten jeweiligen Prozentsatz je Punkt zum halben Punktwert honoriert.

Beispiel:
Pos. 155 – Orthoptischer Status – Limit: 14 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *):
In maximal 14 % der Pauschalfälle voller Tarif, in maximal weiteren 14 % der Pauschalfälle halber Tarif.

Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt: für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal eine Limitgrenze überschritten haben, ein Jahresausgleich: Jene Leistungen, die bei Anwendung des Limits auf die Summe der Pauschalfälle (bzw. Summe der Positionen) des gesamten Abrechnungsjahres honoriert werden könnten, in einzelnen Quartalen aber wegen Limitüberschreitung nicht honoriert worden waren, werden (nach)bezahlt.

Punktwerte für Vertragspartner (gültig ab 01.01.2026)

Einzelleistungen	EURO	10,45
Einzelleistungen im erweiterten Limitrahmen (degressives Limit)	EURO	5,225
Physikotherapie durch Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte	EURO	5,50
Physikotherapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation		
Pos. 4611 – 4664	EURO	14,51
Pos. 4700 sowie 4711 – 4720	EURO	10,81
Röntgenleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte	EURO	3,85
Röntgendiagnostik und Therapie durch Fachärzte für Radiologie		
Organtarif	EURO	7,31
Röntgentherapie	EURO	2,4
Laborleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte	EURO	1,44
Laborleistungen durch medizinisch-diagnostische Untersuchungsanstalten	EURO	1,0918

I. *GRUNDLEISTUNGEN (LG 01)*

Grundvergütung (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
001	Grundvergütung pro Pauschalfall	23,10	€	30	Die Grundvergütung wird für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde - bis zum 1.200. Pauschalfall voll - vom 1.201. bis 1.400. Pauschalfall zu $^{3}/_{4}$ und - ab dem 1.401. Pauschalfall zur Hälfte des Tarifs sowie für Allgemeine Fachärzte (ausgenommen FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde) - bis zum 1.100. Pauschalfall voll und - ab dem 1.101. Pauschalfall zur Hälfte des Tarifs honoriert. Die Position ist nicht zu verzeichnen, sondern wird von der ÖGK automatisiert den Pauschalfällen hinzugefügt. Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal eine Staffelgrenze überschritten haben, ein **Jahresausgleich.** Dazu werden die Staffelgrenzen (multipliziert mit der Anzahl der abgerechneten Quartale im Abrechnungsjahr) auf die Summe der Pauschalfälle des gesamten Abrechnungsjahres angewandt. Es erfolgt eine Nachzahlung des Differenzbetrages zu den bereits honorierten Grundvergütungen. Im Rahmen eines Pilotversuchs werden für den Zeitraum vom 01.01.2025 bis 31.12.2030 Abweichungen bei der Honorierung der Grundvergütung gemäß den Vorgaben des Anhanges A zu § 26 Gesamtvertrag vereinbart.

Vergütung für Zweitordinationen und Wegegebühren (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
007	Quartalspauschale für Koordinationsleistungen (insb. koordinierende Fallbesprechungen) zwischen Vertragsarzt und angestellten Physiotherapeuten bzw. den eingesetzten Hilfspersonen gemäß Pkt. 2.3. der allgemeinen Bestimmungen	11.841	€	13	Diese Pauschale wird je vollständigem Quartal der Vertragstätigkeit ohne gesonderte Verzeichnung ausbezahlt
008	Quartalspauschale für Koordinationsleistungen (Kontakte insbesondere mit Erziehungsberechtigten, Betreuungseinrichtungen, Jugendwohlfahrtsbehörden, u. dgl), denen im selben Quartal kein Regelfall folgt.	11.841	€	32	Diese Pauschale wird je vollständigem Quartal der Vertragstätigkeit ohne gesonderte Verzeichnung ausbezahlt.
009	Zweitordinationszuschlag für den Mehraufwand des Betriebs einer Zweitordination	1.860	€	30	Der Zuschlag gebührt einmal pro Quartal und Wochentag der im Einzelvertrag vereinbarten und auch eingehaltenen Öffnung der Zweitordination, höchstens für zwei Wochentage voll und – sofern die Zweitordination an 5 Werktagen geöffnet ist - für einen weiteren Ordinationstag zur Hälfte. Dieser Zuschlag wird je vollständigem Quartal der Vertragstätigkeit ohne gesonderte Verzeichnung ausbezahlt. Gilt analog für einen im Einvernehmen mit der ÖGK betriebenen dislozierten Standort einer Gruppenpraxis, solange der dislozierte Standort trotz Deckung der Nachfrage nicht 80% der e-bzw. o-card-Steckungen je VZÄ der Vergleichsgruppe erreicht hat. Um einen Anreiz für einen Kassenvertrag mit Zweitordination in schwer zu besetzenden Regionen zu setzen, wird – befristet für 2 Jahre (01.01.2025 – 31.12.2026) – für folgende Regionen und Fachgebiete der Tarif der Pos. 009 verdoppelt: Vertragsärzt*innen mit Zweitordination in den Fächern Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
					Nasen und Ohrenheilkunde, Lungenkrankheiten, Orthopädie und Neurologie, deren Hauptniederlassung sich im Lungau oder Enns-Pongau befindet. Der hierdurch entstehende Mehraufwand wird aus dem Struktur- und Innovationstopf getragen.
018	1 Doppelkilometer	1,48	€	30	Anspruch auf diese Wegegebühren besteht nur gemäß § 17 Abs 3 Gesamtvertrag bei mehr als 1 Km Entfernung ab dem 1. Doppelkilometer (ein Doppelkilometer entspricht einem Kilometer jener Strecke, die hin und retour zurückgelegt wird). Bei Besuchen mehrerer Kranker an einer Wegstrecke oder in einem Ort ist der Weg nur einmal, und zwar bis zum entferntest gelegenen Patienten zu verrechnen.

Bereitschaftsdienst (LA 02)

Gemäß § 6 des Gesamtvertrages organisiert die ÄKS flächendeckende Bereitschaftsdienste an Wochenenden und Feiertagen, am 24. und 31. Dezember sowie wochentags nachts. Die ÖGK leistet dafür ein Gesamthonorarvolumen, aus dem die ÄKS autonom Bereitschaftsdiensthonorare, Fallhonorare bzw. Vergütungen für Vertretungen gem. Pos. 051 direkt an die Vertragsärzte ausbezahlt (§ 26 Abs 2 Gesamtvertrag).

Die Vertragsärzte und die mit Zustimmung der ÖGK eingeteilten Nichtvertragsärzte rechnen die Behandlungsfälle „Bereitschaft“ bzw. Pos. 051 und die erbrachten Sonderleistungen gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen mit der ÖGK ab. Die ÖGK honoriert die Sonderleistungen und teilt der ÄKS arztbezogen die Anzahl der abgerechneten Bereitschaftsdienstfälle und Pos. 051 mit.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
020	Ordination im Bereitschaftsdienst	8,10	€	01	Nicht verrechenbar von Ärzten in der Stadt Salzburg (siehe Pos. 024 und 025).
021	Nachtordination (19:00 Uhr – 07:00 Uhr) im Bereitschaftsdienst	37,00	€	01	Begründung und die genaue Angabe der Uhrzeit erforderlich. Nicht verrechenbar von Ärzten in der Stadt Salzburg (siehe Pos. 024 und 025).
022	Visite im Bereitschaftsdienst	50,87	€	01	Die Uhrzeit ist anzugeben. Bei Berufung in ein Alters- oder Pflegeheim oder eine Einrichtung betreuten Wohnens während des Bereitschaftsdienstes können weitere dringliche (Mit-)Visiten bei eigenen und fremden Patienten mit der Pos. 063 verrechnet werden. Nicht verrechenbar von Ärzten in der Stadt Salzburg (siehe Pos. 024 und 025).
023	Nachtvisite (19:00 Uhr – 07:00 Uhr) im Bereitschaftsdienst	81,39	€	01	Berufung und Erbringung nach 19:00 Uhr und vor 07:00 Uhr. Begründung und die genaue Angabe der Uhrzeit erforderlich. Bei Berufung in ein Alters- oder Pflegeheim oder eine Einrichtung betreuten Wohnens während des Bereitschaftsdienstes können weitere dringliche (Mit-)Visiten bei eigenen und fremden Patienten mit der Pos. 063 verrechnet werden. Nicht verrechenbar von Ärzten in der Stadt Salzburg (siehe Pos. 024 und 025).

°) Anmerkung zu Pos. 022 und 023:

Werden bei einem Krankenbesuch mehrere Anspruchsberechtigte behandelt, so kann ein Visitenhonorar und können die Wegegebühren nur einmal verrechnet werden. Für „Mitvisiten“ kann die Pos MVisA verrechnet werden.

II. *ORDINATIONEN UND VISITEN (LG 02)*

Erstanamnese, Ordinationen, Befundbericht (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
048	Zuschlag für eine eingehende hausärztliche Erstanamnese (zumindest 15-20 Minuten)	29,50	€	01	Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 2 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Wurde in einem Kalenderjahr in einzelnen Quartalen das Limit überschritten, in anderen aber nicht, erfolgt ein Jahresausgleich. Die eingehende hausärztliche Erstanamnese ist zu dokumentieren, die Dokumentation 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Am selben Tag nicht gemeinsam mit den Positionen 080, 085, 376 bis 379 verrechenbar. Für denselben Patienten neuerlich verrechenbar, wenn für ihn in den zurückliegenden 3 Jahren vom Arzt kein Regelfall verrechnet wurde (dies gilt auch, wenn der Arzt in eine Gruppen-praxis eintritt). Das Limit wird auf 25 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal angehoben: a) für neu geschaffene Planstellen für die ersten 4 Quartale des Einzelvertrages, b) für neu besetzte, bereits bestehende Planstellen für die ersten 2 Quartale des Einzelvertrages. Letzteres gilt aliquot* auch bei Erweiterung einer Gruppenpraxis oder Gesellschafterwechsel - sofern der/die eintretende/n Gesellschafter davor keinen Einzelvertrag hatte/n und dort auch nicht bereits in einer Zusammenarbeitsform (ausgenommen als Praxisvertreter) tätig war/en (* entsprechend dessen/deren VZÄ-Anteil an der VZÄ-Gesamtzahl der Gruppenpraxis). Keine Anhebung erfolgt bei Teilgruppenpraxen und bei Fusion von bisherigen Vertragsinhabern (Einzelstellen sowie Gesellschaftern von Vertragsgruppenpraxen). Härteausgleich: Vertragsärzte erhalten in den ersten beiden Quartalen der Vakanz einer benachbarten Vertragsstelle auf die übernommenen Fälle gemäß Punkt 5 des Anhanges A zu § 6a Gesamtvertrag aus dem Struktur- und Innovationstopf eine Ausgleichzahlung von je € 5,00, insgesamt jedoch maximal das Produkt aus Vertragstarif und Anzahl der (aufgrund der Limitierung) nicht honorierten Positionen 048 dieser Quartale. Der erfolgte Ausgleich ist beim Jahresausgleich der Pos 048 zu berücksichtigen (kein doppelter Ausgleich). Zur Attraktivierung der Neuaufnahme von Patient*innen wird befristet für 2 Jahre (bis 31.12.2026) ab 01.01.2025 eine Anhebung des Tarifes auf € 50,00 (Tarif 2025) bzw. € 50,87 (Tarif 2026) vereinbart. Der hierdurch entstehende Mehraufwand wird für ÖGK-Versicherte und Anspruchsberechtigte (nicht EKVK-Fälle) aus dem Struktur- und Innovationstopf getragen.
049	Erstkontakt im Quartal in der Ordination im Rahmen der Krankenbehandlung oder einer MKP-Untersuchung			30	Die Honorierung ist in Pos. 001 enthalten. Die Pos. 049 ist auch einzutragen, wenn der Erstkontakt im Wege der Pos. 058 oder Pos. 059 erfolgt, sowie auch dann, wenn eine Ordination Pos. 050 gemäß dortigen Ausschlussgründen lit. d. und e. nicht verzeichnet werden kann. Die Pos. 49 darf nicht gemeinsam mit Visitenpositionen und dann nicht verzeichnet werden, wenn gem. § 26 Abs 1 Gesamtvertrag für zugewiesene Fälle zu bestimmten Untersuchungen keine Grundvergütung gebührt (Pos. 311, 5201, 5211, 5281, 5291, 5292).

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
050	(Folge)ordination Dies ist jede persönliche Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem Erstkontakt in der Ordination (Pos. 049)	8,10	€	30	**höchstens verrechenbar von:** Ärzte für Allgemeinmedizin in 150 %, FÄ f. Augenheilkunde in 18 %, FÄ f. Chirurgie in 70 %, FÄ f. Dermatologie in 50 %, FÄ f. Gynäkologie in 25 %, FÄ f. Innere Medizin in 100 %, FÄ f. Kinder- und Jugendheilkunde in 95 %, FÄ f. HNO in 60 %, FÄ f. Lungenkrankheiten in 70 %, FÄ f. Orthopädie in 100 %, FÄ f. Physikalische Medizin in 150 %, FÄ f. Unfallchirurgie in 54 %, FÄ f. Urologie in 50 %, FÄ f. Neurochirurgie in 160 %, FÄ f. Neurologie in 140 %, FÄ f. Psychiatrie in 140 % FÄ f. Kinder- und Jugendpsychiatrie in 200 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Die Pos. 050 ist für (Mit-)Visiten nicht zu verzeichnen. **Die Pos. 050 ist nicht verrechenbar:** a) bei ausschließlicher Erbringung physikotherapeutischer Leistungen (verrechenbar jedoch bei Erstbegutachtung und allfälliger Abschlussbesprechung und wenn während der Behandlung eine anderweitige ärztliche Leistung erforderlich ist), b) bei Ausstellung von Folgerezepten bei Dauermedikation sowie administrativen Tätigkeiten, jeweils ohne zusätzliche Leistung des Arztes, c) bei Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchungen ohne Leistungen der Krankenbehandlung d) gemeinsam mit Pos. 085, 351 oder einer der Pos. 374, 376, 377, 378 (verrechenbar jedoch bei der ersten Sitzung des Behandlungsfalles, im weiteren Verlauf der Behandlung nur dann, wenn die Behandlung wegen einer anderen Erkrankung/Diagnose und gesondert – vor oder nach der Behandlungseinheit – erfolgt, sofern nicht eine Pos. 049 zu verzeichnen ist), Pos. 38804-38915, es sei denn, es liegt ein gesonderter individueller Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Gruppensitzung vor. e) gemeinsam mit Pos. 373, es sei denn aufgrund der Behandlung des Erkrankten selbst, wenn die Ordination zeitlich getrennt von der Fremdanamnese erfolgt. Nach Abrechnung des IV. Quartals erfolgt ein sogenannter Jahresausgleich: Werden im Laufe eines Kalenderjahres in einem od. mehreren Quartalen einem Vertragsarzt Ordinationen wegen Limitüberschreitung nicht gesondert honoriert, erfolgt eine Nachzahlung insoweit, als der Vertragsarzt in einem oder mehreren Quartalen das Limit nicht ausgeschöpft hat.
051	Zuschlag zur (Erst- oder Folge-)Konsultation (Ordination oder Visite), die durch den (die) vom Vertragsarzt für die eigene Ordination bestellte(n) Vertreter(in) erbracht wird	12,00°)	€	30	Verrechenbar einmal pro Pauschalfall und Quartal und grundsätzlich nur in folgenden Fällen: a) Urlaub/Fortbildung: Höchstausmaß: 60 (bei 5 Ordinationstagen pro Woche) bzw. 48 (bei 4 Ordinationstagen pro Woche) Ordinationstage p.a. Voraussetzung: schriftliche Meldung an ÄKS muss vor Urlaubsbeginn erfolgen (sonst kein Zuschlag) b) Arbeitsunfähigkeit: Höchstausmaß: 13 Wochen p.a. Voraussetzung: schriftliche Meldung an ÄKS muss binnen 3 Tagen erfolgen (sonst kein Zuschlag ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
	Fortsetzung der Anmerkung von **Pos. 051** lt. Vorseite				c) Mutterschaft: Höchstausmaß: 8 Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und 8 (bei Früh- und Mehrlingsgeburten und Kaiserschnittentbindungen 12) Wochen nach der Entbindung Voraussetzung: Vorlage der Geburtsurkunde an ÄKS (bei mehr als 8 Wochen nach der Entbindung auch Vorlage der geburtshilflichen Bestätigung) Im Übrigen wird auf §26 Abs4 und §29 lit. b sowie Anhang A zu §10 Gesamtvertrag und den Gruppenpraxis-Gesamtvertrag (ausgenommen technische Fächer) verwiesen. Die sonstigen Vertragsregelungen bleiben davon unberührt (Vertretung der Nachbarkollegen wie bisher!)

°) Erläuterung zu Pos. 051:

Den Tarif für diese Position legt die ÄKS autonom fest. Die Auszahlung an die Vertragsärzte erfolgt durch die ÄKS aus dem von der ÖGK zur Finanzierung der Bereitschaftsdienste und Vertretungen an die ÄKS geleisteten Gesamthonorarvolumen. Für Vertragsärzt:innen, die ihre Niederlassung in einer Gemeinde mit vakanter Stelle haben, kann der Tarif gem. § 26 Abs 4 lit e bzw. die Anzahl der verrechenbaren Tage verdoppelt werden. Diese Maßnahme gilt unbefristet und wird kostenneutral für die ÖGK finanziert. Aufgrund der Dynamik rund um Stellenbesetzungen ist die ÄKS berechtigt, eine Änderung der relevanten Gemeinden jederzeit bekanntzugeben.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
054	Zuschlag zur Grundvergütung für die Behandlung von Kindern vor Vollendung des 6. Lebensjahres	1,15	P	30	Gebührt nur für Pauschal-, Vertretungs-,Erste-Hilfe- und Bereitschaftsdienstfälle und wird ohne gesonderte Verzeichnung honoriert.
055	Zuschlag zur Grundvergütung für die hausärztliche Koordination der Diagnostik und Behandlung mit anderen (Fach-)Ärzten, Einrichtungen (z.B. Krankenanstalten) und sonstigen Leistungserbringern (z.B. der medizinischen Hauskrankenpflege) zur Sicherstellung einer insgesamt zweckmäßigen und wirtschaftlichen Erbringung und Verordnung von Dienstleistungen und Sachmitteln (z.B. vor Aufnahme in eine bzw. nach Entlassung aus einer Krankenanstalt)	19,10	€	01	Die Position ist nicht zu verzeichnen, sondern wird von der ÖGK automatisiert in 43 % aller Pauschalfälle hinzugefügt.
055K	Zuschlag zur Grundvergütung für die kinderfachärztliche Koordination der Diagnostik und Behandlung mit anderen (Fach)Ärzten, Einrichtungen (z.B. Krankenanstalten) und sonstigen Leistungserbringern (z.B. Psychotherapeuten) zur Sicherstellung einer ins-gesamt zweckmäßigen und wirtschaftlichen Erbringung und Verordnung von Dienstleistungen und Sachmitteln	19,10	€	08	Die Position ist nicht zu verzeichnen, sondern wird von der ÖGK allen Kinderfachärzten automatisiert in 12 % aller Pauschalfälle hinzugefügt.
056	Zuschlag für eine medizinisch notwendige vordringliche Terminvergabe (Akuttermine binnen eines Ordinationstages, dringliche Termine binnen 8 Tagen) auf Anforderung des zuweisenden Vertragsarztes	15,00	€	31,14	Höchstens verrechenbar in 5 % der Pauschalfälle (FG 14: Zuweisungsfälle) pro Arzt und Quartal 1. Für die diese Leistung steht ein Honorarvolumen in der Höhe von 200.000 € zur Verfügung (Stand 2025, ohne EKVK-Fälle). Dieses wird jährlich analog § 30 Abs 1 valorisiert. 2. Wird der jährliche Deckelbetrag zur Abdeckung der Abrechnungsposition überschritten, wird die Überschreitung aus dem Struktur- und Innovationstopf gem. § 25 Gesamtvertrag finanziert. Bei einer Unterschreitung werden die verbleibenden Mittel diesem Topf zugeführt.
057	Zuschlag zur Grundvergütung für eingehende fachärztliche Untersuchung und/oder fachärztlichen Befundbericht	24,00	€	31	Die Position ist nicht zu verzeichnen, sondern wird von der ÖGK automatisiert in 50 % aller Pauschalfälle hinzugefügt.
058	Zuschlag für dringende Nachtordination außerhalb der Ordinationszeit (Anforderung und Erbringung zwischen 20:00 und 07:00 Uhr)	4,00	P	30	Gemeinsam zu verzeichnen mit Pos. 049 oder 050; Angabe der Uhrzeit erforderlich. Die Pos. 058 ist vor Ordinationsbeginn nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen mit der Behandlung bis zum Ordinationsbeginn nicht zugewartet werden kann. Nach der Ordinationszeit ist diese Position nicht verrechenbar, wenn der Patient schon während der Ordinationszeit die Ordination aufgesucht hat.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
					Die Pos. 058 kann am Tag eines eingeteilten Bereitschaftsdienstes nicht verrechnet werden (sondern es sind die für Bereitschaftsdienste vorgesehenen Ordinations- und Visitenpositionen abzurechnen).
059	Zuschlag für dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde	0,90	P	30	Höchstens verrechenbar von: Ärzten für Allgemeinmedizin und von Fachärzten für Kinderheilkunde in 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Das Limit kann im Einvernehmen von Kammer und Kasse für Vertragsärzte in Tourismusregionen auf 25% der Pauschalfälle eines Quartals angehoben werden, sofern im entsprechenden Vorjahresquartal die Fallzahl 120% der durchschnittlichen Fallzahl der übrigen Quartale des Vorjahres überschritten hat. Diese Maßnahme ist vorläufig bis zum 31.12.2026 befristet. Die Mehrkosten werden aus dem Struktur- und Innovationstopf getragen. Keinesfalls verrechenbar bei vereinbarten Terminen (bestellte Patienten, ausgenommen in den Fällen gemäß Pos. 056), Serienbehandlungen bzw. Fortführung bisheriger Behandlungen (insbesondere Heilmittelverordnungen). Gemeinsam zu verzeichnen mit Pos. 049 oder 050; Begründung und Angabe der Uhrzeit erforderlich. Die Pos. 059 ist vor Ordinationsbeginn nur verrechenbar, wenn aus medizinischen Gründen mit der Behandlung bis zum Ordinationsbeginn nicht zugewartet werden kann. Nach der Ordinationszeit ist diese Position nicht verrechenbar, wenn der Patient schon während der Ordinationszeit die Ordination aufgesucht hat. Die Pos. 059 kann während des Bereitschaftsdienstes vom diensthabenden Arzt nicht verrechnet werden. Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal die Limitgrenze überschritten haben, ein **Jahresausgleich:** Jene Zuschläge (Pos. 059), die bei Anwendung des Limits auf die Summe der Pauschalfälle des gesamten Abrechnungsjahres honoriert werden könnten, in einzelnen Quartalen aber wegen Limitüberschreitung nicht honoriert worden waren, werden (nach)bezahlt.

Visiten (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
061	Visite in Alters- oder Pflegeheimen oder Einrichtungen betreuten Wohnens: 1. Visite pro Heim (Gebäudekomplex) und Tag	81,39	€	01	Angabe der Uhrzeit erforderlich. 1mal pro Alters- oder Pflegeheim oder Einrichtung betreuten Wohnens und Tag verrechenbar. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis, PVisH, MVisP °)
062	Visite in Alters- oder Pflegeheimen oder Einrichtungen betreuten Wohnens: weitere Visite an einem Tag aufgrund einer dringenden Berufung, die eine neuerliche Anfahrt in ein an diesem Tag bereits visitiertes Heim (Gebäudekomplex) erforderlich macht	81,39	€	01	Angabe der medizinischen Begründung und der Uhrzeit erforderlich. Verrechenbar, wenn infolge einer dringlichen, unaufschiebbaren Berufung das Heim (der Gebäudekomplex) zu einem späteren Zeitpunkt nochmals aufgesucht werden muss. Bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen dafür kommt alternativ die Verrechnung der Pos. 022 oder 023 oder 065 oder 066 oder 068 in Betracht. Allfällige weitere Krankenbesuche bei anderen Heimbewohnern im Zuge dieser dringlichen Berufung werden nicht gesondert honoriert. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis, PVisH, MVisP °)“ er-setzt.
063	Visite in Alters- oder Pflegeheimen oder Einrichtungen betreuten Wohnens: ab der 2. Visite pro Heim (Gebäudekomplex) und Tag	34,59	€	01	Diese Position darf nur verrechnet werden, wenn es dem Patienten gesundheitlich unmöglich ist, die Praxis selbst aufzusuchen. Auch verrechenbar von im Bereitschaftsdienst eingeteilten Allgemeinmedizinern, für Patienten, die sich nicht in laufender Behandlung des Arztes befinden. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis, PVisH, MVisP °)
065	Nachtvisite (19:00 Uhr – 07:00 Uhr)	109,88	€	30	Nur bei dringlicher Berufung verrechenbar, wenn die Berufung nach 19:00 Uhr und die Leistungserbringung vor 07:00 Uhr des nächsten Tages erfolgt. Begründung und die genaue Angabe der Uhrzeit erforderlich Die Pos. 065 kann am Tag eines eingeteilten Bereitschaftsdienstes nicht verrechnet werden (sondern es sind die für Bereitschaftsdienste vorgesehenen Ordinations- und Visitenpositionen abzurechnen). Bei Berufung in ein Alters- oder Pflegeheim können weitere Krankenbesuche bei anderen Heimbewohnern desselben Gebäudekomplexes im Zuge dieser dringlichen Berufung mit der Pos. MVisA bzw. im Fachgebiet 01 mit der Pos. 063 verrechnet werden.
066	Sonntagsvisite	109,88	€	30	nur bei dringlicher Berufung. Die Pos. 066 kann am Tag eines eingeteilten Bereitschaftsdienstes nicht verrechnet werden (sondern es sind die für Bereitschaftsdienste vorgesehenen Ordinations- und Visitenpositionen abzurechnen). Bei Berufung in ein Alters- oder Pflegeheim können weitere Krankenbesuche bei anderen Heimbewohnern desselben Gebäudekomplexes im Zuge dieser dringlichen Berufung mit der Pos. MVisA bzw. im Fachgebiet 01 mit der Pos. 063 verrechnet werden.
067	Tagesvisite an Werktagen	71,22	€	30	Für Visiten in Alters- oder Pflegeheimen gilt: Von Ärzten für Allgemeinmedizin ist die Pos. 067 nicht verrechenbar, sondern ausschließlich die Pos. 061, 062 und 063 (bzw. bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen die Pos. 022, 023, 065, 066 und 068). Von Fachärzten ist die Pos. 067 nur verrechenbar für die 1. Visite pro Heim (Gebäudekomplex) und Tag und bei einer neuerlichen dringlichen, unaufschiebbaren Berufung (medizinische Begründung ist anzugeben), zu der das Heim (der Gebäudekomplex) nochmals aufgesucht werden muss (anschließende Krankenbesuche bei anderen Heimbewohnern sind mit der Pos MVisA zu verrechnen).
068	Dringend verlangte, sofort getätigte Visite während der tatsächlichen Ordination	89,53	€	30	Begründung u. die genaue Angabe der Uhrzeit erforderlich. Die Pos. 068 kann während des Bereitschaftsdienstes vom diensthabenden Arzt nicht verrechnet werden. Bei Berufung in ein Alters- oder Pflegeheim können weitere Krankenbesuche bei anderen Heimbewohnern desselben Gebäudekomplexes im Zuge dieser dringlichen Berufung mit der Pos. MVisA bzw. im Fachgebiet 01 mit der Pos. 063 verrechnet werden.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
MVisA	Ärztliche Mitvisite	34,59	€	30	verrechenbar zusätzlich zu den Positionen 022, 023, 065, 066, 067 und 068 nicht aber im Anwendungsbereich der Pos 061 bis 063.
PVis	Visite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP) auf ärztliche Anordnung	50,87	€	01	Es gelten folgende Voraussetzungen: ▯ Jede Visite muss medizinisch notwendig, also ein Aufsuchen der Praxis aufgrund des Zustandes des Patienten unzumutbar sein. ▯ Keine Verzeichnung für Anspruchsberechtigte, die eine gemeinsam von Land und Sozialversicherung finanzierte Hauskrankenpflege erhalten (der ASVG-KVT wird dies anhand eines vom Land bereitzustellenden Datenträgers nach Ablauf jedes Kalenderjahres prüfen). Sollte eine Visite durch die DGKP deshalb erforderlich sein, weil sie trotz medizinischer Notwendigkeit bzw Dringlichkeit nicht oder nicht rechtzeitig im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege erbracht wurde/wird, ist im begründeten Einzelfall die Pos. PVisH zu verzeichnen. ▯ Keine Verzeichnung bei Erbringung in Einrichtungen, die für ihre Bewohner eine pflegerische Betreuung vorzuhalten haben (zB Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Rehabilitationseinrichtungen, Kurhäuser, Genesungsheime). ▯ Keine Verzeichnung für Anspruchsberechtigte, auf die bei Erbringung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin eine Pos. 061 bis 063 anzuwenden wäre. ▯ Grundsätzlich keine Verrechnung an Tagen, für die auch eine ärztliche Visite verrechnet wird (Ausnahmen müssen entsprechend begründet werden).
PVisH	Visite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP) bei Patient/in in medizinischer Hauskrankenpflege	50,87	€	01	Siehe Anmerkung zur Pos PVis. Im Begründungsfeld ist anzugeben, welche Leistung(en) von der medizinischen Hauskrankenpflege nicht bzw nicht rechtzeitig erbracht wurde(n). Sofern die Visite nicht von der Pflegeeinrichtung selbst angefordert wird, ist vor der Erbringung einer PVisH von der Arztpraxis Kontakt mit der Pflegeeinrichtung aufzunehmen, um vor einer Pflegevisite zu klären, ob die angeforderte Leistung tatsächlich nicht bzw. nicht zeitgerecht erbracht werden kann. Es gibt außerdem notwendige Leistungen, die von der Pflegeeinrichtung im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege nicht erbracht werden, aber im Rahmen der vertragsärztlichen Leistung von der DGKP der Vertragsärztin/des Vertragsarztes erbracht werden können (das betrifft insbesondere Blutabnahmen). Solche Leistungen sollen ebenfalls mit der Pos. PVisH verrechnet und im Begründungsfeld die Leistung samt Zusatz „non HKP“ konkret bezeichnet werden.
MVisP	Mitvisite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP)	20,35	€	01	verrechenbar zusätzlich zur Pos PVis und nur dann, wenn bei Erbringung als erste Visite die Verrechnung einer Pos. PVis nicht ausgeschlossen wäre.

°) Anmerkung zu den Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis, PVisH, MVisP:

Der jährliche Gesamtaufwand für sämtliche Visiten (Pos. 022, 023, 061 bis 068, MVisA, PVis, PVisH, MVisP) der Vertragsärzte/-gruppenpraxen und -PVE, die für ÖGK-PatientInnen erbracht werden, wird für das Jahr 2025 mit € 8.149.032,51 (vorläufiger Wert, bei Annahme einer Beitragseinnahmensteigerung von 4,30 %) begrenzt. Dieser Betrag wird jährlich analog § 30 Abs 1 angepasst (siehe auch § 27 GV).

Nicht ausgeschöpfte Beträge und Überschreitungen sowie Salden aus den Vorjahren werden in das nächste Kalenderjahr fortgeschrieben. Bei einer Deckelüberschreitung werden die Tarife so lange eingefroren, bis der Gesamtaufwand wieder eine Tarifanhebung ermöglicht. Wird der Gesamtaufwand nicht ausgeschöpft, erfolgt eine Anhebung von Limits und/oder Tarifen, sofern die Vertragsparteien nichts anderes vereinbaren.

Zeitaufwand für Erste Hilfe, ärztliches Gespräch, psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
069	Zeitaufwand von mehr als 1 Stunde für Hilfeleistung für die erste Stunde	5,00	P	01	Verrechenbar bei lebensbedrohlichen Erkrankungen u. Verletzungen einschl. Hin- u. Rückweg; in Katastrophenfällen, bei Unfällen, bei Bergung im schwierigen Gelände sowie bei unbedingt notwendiger Transportbegleitung (Transport mit Notarztwagen nicht möglich, ausgenommen der Vertragsarzt fährt im Rahmen eines Rendezvous-Systems im Notarztwagen mit), ohne Ausschluss von anderen Leistungspositionen. Nähere Begründung (vor allem bei Verrechnung für Fälle in der Ordination) und die genaue Zeitdauer mit Uhrzeit ist anzugeben.
070	Zeitaufwand von mehr als 1 Stunde für Hilfeleistung für jede weitere volle halbe Stunde, bis höchstens insgesamt 3 volle Stunden	2,00	P	01	Verrechenbar bei lebensbedrohlichen Erkrankungen u. Verletzungen einschl. Hin- u. Rückweg; in Katastrophenfällen, bei Unfällen, bei Bergung im schwierigen Gelände sowie bei unbedingt notwendiger Transportbegleitung (Transport mit Notarztwagen nicht möglich, ausgenommen der Vertragsarzt fährt im Rahmen eines Rendezvous-Systems im Notarztwagen mit), ohne Ausschluss von anderen Leistungspositionen. Nähere Begründung (vor allem bei Verrechnung für Fälle in der Ordination) und die genaue Zeitdauer mit Uhrzeit ist anzugeben.
080	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch). Die „Ausführliche therapeutische Aussprache“ hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Min. zu dauern. Mit der „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese. 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 bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig. 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.	17,30	€	30	1mal pro Patient und Tag verrechenbar Von Ärzten des Fachgebietes 01 in höchstens 20 %, des Fachgebietes 05 in höchstens 13%, des Fachgebietes 06 in höchstens 30 %, des Fachgebietes 07 in höchstens 26 %, des Fachgebietes 08 in höchstens 29 %, des Fachgebietes 09 in höchstens 14 %, des Fachgebietes 10 in höchstens 19 %, des Fachgebietes 12 in höchstens 26 %, des Fachgebietes 13 in höchstens 26 %, des Fachgebietes 16 in höchstens 30 %, des Fachgebietes 18 in höchstens 31 %, von den übrigen allg. FÄ in höchstens 12 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zwecke einer „Ausführlichen therapeutischen Aussprache“ ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann eine Verrechnung nur erfolgen, wenn die „Ausf. therap. Aussprache“ im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Fachärzte für Psychiatrie dürfen die Pos. 080 für zugewiesene Patienten keinesfalls verrechnen. Die Pos. 080 kann am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 085, 349, 350, 351, 3535E, 3536E, 373 bis 379, 381 bis 384, 386, 387 sowie Positionsgruppen 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 verzeichnet werden; im selben Quartal ist eine gemeinsame Verzeichnung mit diesen Positionen nur mit Begründung möglich.
081	Heilmittelberatungsgespräch (in der Dauer von im Allgemeinen 5-10 Minuten) zur - Reduktion bestehender Polypharmazie (Durchforstung nach noch gegebener Notwendigkeit und auf Wechselwirkungen) und Förderung Heilmittel ersetzender Maßnahmen, - Ausräumung von die Compliance behindernden Vorbehalten des Patienten gegen eine mögliche Umstellung auf wirkstoffgleiche/wirkstoffähnliche kostengünstigere Arzneimittel - detaillierten Besprechung und Erstellung eines Heilmittelplanes für Kinder (insbes. für die Neurodermitisbehandlung)	12,30	€	01,07, 08	Einmal pro Patient und Tag verrechenbar. Von Ärzten des Fachgebietes 01 in höchstens 10 %, des Fachgebietes 07 in höchstens 10 % und des Fachgebietes 08 in höchstens 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal verrechenbar. Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 080, 085, 373 bis 379.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
085	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch oder verbale Intervention bei psychiatrischen Krankheiten (im Allgemeinen 20 Minuten). Diese Position beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patient-Interaktion, bzw. die Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes durch syndrombezogene verbale Intervention. Das „psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch" bzw. die verbale Intervention ist persönlich zu führen, die Verwendung medialer Hilfsmittel ist unzulässig. Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention. Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes bzw. die Intervention zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK-Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Das „psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch" ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.	27,10	€	30	1mal pro Patient und Tag verrechenbar Voraussetzung für die Verrechnung ist, dass dem Arzt von der Österreichischen Ärztekammer das „ÖÄK-Diplom – psychosomatische Medizin" verliehen wurde. Limit: 15 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Bei Überschreitung des Limits wird der Tarif bis zum doppelten Limitrahmen auf € 20,85 gesenkt. Darüber hinaus erfolgt keine Honorierung. Eine gleichzeitige Verrechnung mit den Pos. 080, 349, 350, 351, 3535E, 3536E, 374 bis 379, 381 bis 384, 386, 387 sowie Positionsgruppen 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 ist am selben Tag nicht zulässig. Die Pos. 050 ist am gleichen Tag nur bei der ersten Sitzung des Behandlungsfalles – soferne nicht eine Pos. 049 zu verzeichnen ist – im weiteren Verlauf der Behandlung nur dann verrechenbar, wenn die Behandlung wegen einer anderen Erkrankung/Diagnose und gesondert (vor oder nach der Behandlungseinheit) erfolgt.

Substitutionsbehandlung (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
086	Erst- bzw. Wiedereinstellung eines Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die in der Einstellungsphase zu erbringen sind: Indikationsstellung Veranlassen einer Harnabgabe Ersteinstellung Ausstellung von Mitgaberegelungen Meldung mittels Formblatt an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde Engmaschige Betreuung in der ersten Woche nach der Ersteinstellung Kontakt und Rücksprache mit den Apotheken	142,44	€	01,07, 08,10, 19,20, 32	Verrechenbar von Ärzten mit ÖÄK-Diplom Substitution, die laufend an Fortbildungen entsprechend den Vorgaben der Weiterbildungsverordnung Substitution teilnehmen und von der zuständigen Bezirkshauptmannschaft zur Durchführung der Drogensubstitutionstherapiezugelassen sind. Die Substitutionsbehandlung richtet sich nach der Leitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitution", die vom Gesundheitsministerium und den Fachgesellschaften ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP publiziert wurde. Die Verrechnung weiterer Positionen neben der Substitutionsbehandlung am selben Tag ist nur zulässig, wenn diese Positionen aufgrund eines anderen Krankheitsbildes notwendig waren. Die Begründung ist in der Abrechnung anzuführen. Die Behandlung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse zur Verfügung zu stellen. Die Position ist pro Patient und Jahr einmal verrechenbar. Bei dokumentierten Behandlungsabbrüchen und Wiederaufnahme der Behandlung innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung der Position ein zweites Mal möglich.
087	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Erstkontakt im Quartal Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung zu erbringen sind, insbesondere: Weiterbehandlung Medizinisch indizierte Dosisanpassung Ausstellung von Mitgaberegelungen	88,51	€	01,07, 08,10, 19,20, 32	Es gilt die Anmerkung zu Pos. 086. Die Position ist pro Patient und Quartal einmal verrechenbar. Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 086 verrechenbar.
088	Weiterbehandlung von Drogenkranken im Rahmen einer Substitutionsbehandlung – Folge im Quartal	57,99	€	01,07, 08,10,	Es gilt die Anmerkung zu Pos. 086.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
	Mit dieser Position sind alle Leistungen abgegolten, die im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung zu erbringen sind, insbesondere: Weiterbehandlung Medizinisch indizierte Dosisanpassung Ausstellung von Mitgaberegelungen			19,20, 32	Die Position ist zusätzlich zu den Position 086 und 087 pro Patient und Quartal maximal zweimal verrechenbar.

°) Anmerkung zu den Pos. 086-088:

Eine Zuweisung von eigenen Patienten zu anderen Vertragspartnern der gleichen Fachgruppe (im gleichen Quartal) ist möglich, sofern die Voraussetzungen für die Verrechnung (fehlendes Diplom) nicht vorliegen. Fälle, die ausschließlich zur Substitutionsbehandlung zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung. Diese Fälle werden auf einem „Zuweisungsschein“ abgerechnet und honoriert.

III. *ALLGEMEINE SONDERLEISTUNGEN (LG 03)*

Injektionen (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
101	Intraarterielle Injektion	1,00	P	30	
102	i. v. Injektion	0,40	P	30	Bei medizinisch indizierter Verödung von Seitenastvarizen (gegebenenfalls Stammvarizen) höchstens 12mal pro Extremität und Quartal verrechenbar; darüber hinaus bei dieser Indikation nur mit vorhergehender chefärztlicher Bewilligung. Nicht gleichzeitig mit Pos. 111 verrechenbar, wenn derselbe Zugang verwendet wird (ausgenommen bei Notfallbehandlung oder Eisensubstitution).
103	i. m. Injektion/Subcutane, intracutane Injektion	0,20	P	30	
104	Therapeutische Lokalanästhesie und/oder Neuraltherapie und/oder Quaddelung	0,90	P	30	1mal je Sitzung verrechenbar Fachärzte für Physikalische Medizin können die Leistung in höchstens 60 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal*) verrechnen.
106	Hyposensibilisierung – pro Injektion	0,40	P	30	
107	Epidurale/paravertebrale Blockade der LWS	2,00	P	12,13 18,19	1mal je Sitzung verrechenbar. Am selben Tag für dieselbe Region (LWS) nicht gemeinsam mit Pos 104 verrechenbar
108	Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke	1,50	P	12,13 18	verrechenbar 1mal pro Gelenk bzw. Etage LIMIT: für FÄ für Orthopädie und Neurochirurgie 10 % für FÄ für Physikalische Medizin 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *).
109	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke	3,00	P	01,04 12,13 15	Fachärzte für Physikalische Medizin können die Leistung in höchstens 15 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal*) verrechnen.

Infusionen (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
111	Intravenöse Infusion	12,80	€	30	Verrechenbar ein Mal pro Ordination; enthält auch das Legen eines Zuganges. Fachärzte für Physikalische Medizin können die Leistung in höchstens 20 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal*) verrechnen.
112	Bluttransfusion (Konserve)	3,00	P	30	
113	Bluttransfusion (Frischblut)	6,00	P	30	

Punktionen (LA 06)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
116	Lumbalpunktion	2,00	P	30	
117	Punktion des Thorax, Abdomen, großer Gelenke	3,00	P	30	inklusive eventuell gleichzeitig notwendiger Medikamentenapplikation

Betäubung (LA 07)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
121	Vollnarkose (Inhal. oder i.v.)	2,00	P	30	
122	Leitungsanästhesie (mit Ausnahme bei Zahnextraktionen – siehe Pos. 131)	1,00	P	30	
123	Lokalanästhesie (ausgenommen Oberflächenanästhesie)	0,80	P	30	diese Position ist pro Patient und Ordination einmal verrechenbar; neben Pos. 104 nur in begründeten Fällen (z.B. zur Operation) verrechenbar.
124	Oberflächenanästhesie	0,40	P	30	diese Position ist pro Patient und Ordination einmal verrechenbar

Sonstige ärztliche Verrichtungen (LA 10)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
130	Zahnextraktion	0,80	P	30	Hat der Patient bereits einen anderen fachgleichen Vertragsarzt mit Regelfall in Anspruch genommen, kann die Position unter Abbuchung des entsprechenden, in § 14 Abs 1 Z. 5 oder 6 Gesamtvertrag angeführten Behandlungsfall verrechnet werden.
131	Anästhesie (Lokal- oder Leitungsanästhesie)	0,60	P	30	Hat der Patient bereits einen anderen fachgleichen Vertragsarzt mit Regelfall in Anspruch genommen, kann die Position unter Abbuchung des entsprechenden, in § 14 Abs 1 Z. 5 oder 6 Gesamtvertrag angeführten Behandlungsfall verrechnet werden.
132	Blutabnahme aus der Vene	0,20	P	30	verrechenbar 1mal pro Ordination
133	Aderlass bei Polyglobulie, Hämochromatose, Hämosiderose, pro Sitzung	1,40	P	01,07 08,10	Die erforderlichen Blutbeutel werden über den Ordinationsbedarf von der Kasse zur Verfügung gestellt.
PA	Präoperative Abklärung	42,00	€	01,07 08	Leistungsinhalt sind die Verwendung des EDV-Programms „PROP“, die Durchführung eines Anamnesegesprächs, die Durchführung (unter allfälliger Abrechnung der jeweiligen Einzelleistungspositionen) bzw. die Veranlassung (Zuweisung) der von PROP individuell als erforderlich angezeigten Untersuchungen sowie die Ausfertigung der entsprechenden Befunde an die Krankenanstalt. Die Honorierung setzt voraus, dass der Vertragsarzt den präoperativen Befund im „Service PROP“ (= Anwendungsmenü des e-card-Webservice) an eine Konsultation bindet (= Voraussetzung für die Erzeugung eines Abrechnungsdatensatzes aus dem e-card-System, der dann an die ÖGK übermittelt wird). Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 048 und 080 verrechenbar. Die PROP-Nummer ist (auch bei Zuweisungen) im Diagnosefeld anzugeben. Im Übrigen ist die Anmerkung °) zu beachten.

°) <u>Anmerkung zu Pos. PA</u>:

Über die von PROP angezeigten, individuell erforderlichen Leistungen dürfen im Zusammenhang mit dem geplanten stationären Aufenthalt keine weiteren diagnostischen Leistungen auf Kosten der Kasse erbracht bzw. veranlasst werden. Davon unberührt sind andere im Zuge der Krankenbehandlung erforderliche Leistungen.
Das EDV-Programm „PROP“ setzt die Bundesqualitätsleitlinie „PRÄOP“ um und wird dem Anwender über das e-card-System zur Verfügung gestellt.

Abrechnung:
Das EDV-Programm „PROP" ist unter Einhaltung des individuell angezeigten Untersuchungsumfangs auf alle Fälle anzuwenden, in denen

1. vom Vertragsarzt eine Einweisung mit präoperativer Befunderhebung in eine öffentliche Krankenanstalt (jedenfalls im Bundesland Salzburg) zur Vornahme eines elektiven operativen Eingriffes erfolgt;
2. in denen eine öffentliche Krankenanstalt den Patienten zur Durchführung einer PA an den Vertragsarzt zuweist.

Gleiches gilt bei elektiven Operationen in privaten Krankenanstalten im Bundesland Salzburg.
Weist die Überweisung einer Krankenanstalt (Abteilung) zu einer PA einen Untersuchungsumfang auf, der über den individuell von „PROP“ angezeigten Umfang hinausgeht, führt der Vertragsarzt die PA nur nach dem von „PROP“ angezeigten Umfang durch und verweist den/die PatientIn zur Durchführung der darüber hinausgehenden Leistungen an die überweisende Krankenanstalt (Abteilung) zurück.

Sofern sich Krankenanstalten außerhalb des Bundeslandes Salzburg und private Krankenanstalten nicht an die Bundesqualitätsleitlinie PRÄOP halten, besteht zwar keine Verpflichtung zur Verwendung des EDV-Programmes „PROP“ und können die dafür vorgesehenen Einzelleistungspositionen (nicht aber PA) verrechnet werden, der Vertragsarzt hat aber eine Kopie der Anforderung der Krankenanstalt anzufertigen und der Kasse auf Anfrage zu übermitteln. Auf Überweisungsscheinen und zu abgerechneten Sonderleistungspositionen ist im Begründungsfeld „auf Anfrage NN (Name der Krankenanstalt)“ anzuführen.
Erfolgt eine präoperative Abklärung in einem Quartal ohne weitere kurative Inanspruchnahme des Vertragsarztes, ist ausschließlich eine Grundvergütung zusätzlich zur PA verrechenbar (im e-card System wird ein Regelfall bei Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. ein Regelfall/Überweisung bei Fachärzten abgebucht bzw. der im Krankheits- oder Urlaubsfall übliche Vertretungsfall).
Der Vertragsarzt darf von „PROP“ angezeigte Untersuchungen nicht durchführen/verrechnen oder veranlassen, wenn er bereits über noch verwendbare Vorbefunde verfügt; diese sind ohne zusätzliche Honorierung zu verwenden. Werden in einem Zeitraum von 3 Monaten Untersuchungen nochmals durchgeführt, die bereits im Rahmen von „PROP“ erbracht wurden, hat der Vertragsarzt die diesbezügliche Dokumentation samt Begründung der nochmaligen Durchführung der Kasse auf Anforderung vorzulegen.

Zuweisungen:
Auf allen Zuweisungen zu Laboruntersuchungen ist vom Zuweiser im Begründungsfeld des Zuweisungsformulars der Wortlaut „PROP“ anzugeben.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
DMP1	Erstbetreuung mit papierschriftlicher Dokumentation	74,00	€	01,07	Zu den Leistungsinhalten siehe die nachstehenden Erläuterungen, insb. die Ziffer 9.ba). Verrechenbar von teilnahmeberechtigten Ärzten nur ein Mal pro Patient.
DMP2	Weiterbehandlung mit papierschriftlicher Dokumentation	35,80	€	01,07	Zu den Leistungsinhalten siehe die nachstehenden Erläuterungen, insb. die Ziffer 9.bb). Verrechenbar von teilnahmeberechtigten Ärzten nur ein Mal pro Patient und Quartal.
DMP3	Erstbetreuung mit elektronischer Dokumentation	81,40	€	01,07	Leistungsinhalte und Verrechenbarkeit analog zu Pos. DMP1
DMP4	Weiterbetreuung mit elektronischer Dokumentation	40,70	€	01,07	Leistungsinhalte und Verrechenbarkeit analog zu Pos. DMP2

Erläuterungen:

1. Das bisherige Reformpool-Projekt DMP Diabetes mellitus Typ 2 läuft aus und wird ab 01.01.2017 in den Honorartarif übernommen. Die ÖGK kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum nächsten Quartalsende die Honorierung des DMP gesondert aufkündigen.

2. Am DMP **teilnahmeberechtigt** sind Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sowie Vertragsfachärzte für Innere Medizin, die die Strukturqualitätskriterien gemäß Anlage 5 erfüllen, eine Bestätigung der ÄKS über die Erfüllung der Aus- und Weiterbildung gemäß Abs. 4 und die Beitrittserklärung zum DMP (Anlage 6) bei der ÖGK/DMP-Administration (Abs. 10) einreichen.

3. Als Anleitung für die therapeutische Vorgehensweise der teilnehmenden Vertragsärzte in der Basisversorgung dienen **Behandlungspfade**. Diese Pfade enthalten die Diagnosesicherung, kardiovaskuläre Risikoabschätzung, Therapieziele und therapeutische Maßnahmen und berücksichtigen ökonomische Gesichtspunkte. Die Unterlagen über die Behandlungspfade (Handbuch für Ärzte) wurden mit der Österreichischen Diabetesgesellschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und der Österreichischen Ärztekammer abgestimmt. In weiterer Folge ist ein regelmäßiges Update vorgesehen. Änderungen, die sich in diesem Zusammenhang ergeben, werden unmittelbar in die vereinbarte Anlage 7 (Behandlungspfade) übernommen und den Vertragsärzten in geeigneter Form mitgeteilt.

4. Die **Schulung** der DMP-Vertragsärzte erfolgt lokal durch von der ÄKS bereit gestellte Diabetesexperten im Rahmen der Akademie der Ärzte mittels Basis- und Fortbildungsschulungen sowie Qualitätszirkel, die in das Diplomfortbildungsprogramm (DFP) integriert werden. Voraussetzung für die Teilnahme am DMP ist die Absolvierung einer Basisschulung im Ausmaß von 2 Stunden „Grundlagen des Disease Management“ und 2 Stunden „Diabetische DFP-Fortbildung“. Zusätzlich sind jeweils 2 Stunden Diabetes-Fortbildung pro Jahr in den darauf folgenden 3 Jahren zu absolvieren. Die Basisschulung kann auch als E-Learning über die Akademie der Ärzte absolviert werden.

5. Die ÖGK ist berechtigt, Vertragsärzte, deren Voraussetzungen für die Teilnahme weggefallen sind, oder die gegen Inhalte der Vereinbarung verstoßen haben, mit eingeschriebenem Brief unter Einhaltung einer Frist von zumindest einem Monat zum Quartalsende von der weiteren Teilnahme am DMP auszuschließen.

6. Am DMP können nur **Patienten** teilnehmen, die folgende, vom Vertragsarzt zu prüfende **Kriterien** erfüllen und von der DMP-Administration der ÖGK (Abs.10) in das Programm aufgenommen werden („Einschreibung“):
   - Gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend den Behandlungspfaden
   - Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm
   - Fehlen von Ausschlusskriterien, wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme des Patienten unmöglich machen.

7. Der Vertragsarzt hat die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend den Behandlungspfaden (Abs. 3) zu bestätigen und den Patienten umfassend über das Programm zu informieren. Bei Einwilligung und Feststellung der Eignung des Patienten hat die Einschreibung in das DMP

Diabetes mellitus Typ 2 mittels des Formulars Anlage 8 zu erfolgen. Dieses Formular ist umgehend an die DMP-Administration der ÖGK zu übermitteln. Außerdem ist die Erstdokumentation mit dem Patienten auszufüllen und ebenfalls an die DMP-Administration zu übermitteln. Die Übermittlung kann elektronisch (ASW, GINA) oder auf Papier erfolgen.

8. Der Patient ist nach der Durchführung der notwendigen Untersuchungen in verständlicher Form ausführlich über den erfassten Gesundheitszustand, über bestehende oder mögliche Risikofaktoren (z.B. riskante Lebens- und Ernährungsgewohnheiten) zu informieren und über die erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung aufzuklären. Eventuell notwendige weitergehende Untersuchungen sind ihm vorzuschlagen und zu erklären. Die **Zielvereinbarungen** sind dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular Anlage 9 oder Diabetespass); sie werden zwischen dem Vertragsarzt und dem Patienten abgeschlossen und dürfen in keiner Form an Dritte weitergeleitet werden.

9. **Leistungsinhalte**:

a) Der Vertragsarzt hat die Betreuung der Patienten (inklusive der Erst- und Folgedokumentation sowie die Zielvereinbarung) unter Beachtung der Behandlungspfade (Abweichungen sind in begründeten Fällen möglich) in seiner Ordination selbst vorzunehmen. Andere Tätigkeiten wie die Ausgabe von Patienteninformationen oder die administrative Abwicklung der Einschreibung können durch eine Ordinationshilfe durchgeführt werden.

b) Der sachliche Umfang der Leistungen ergibt sich aus dem definierten Betreuungsprogramm. **Das DMP Diabetes mellitus Typ 2 umfasst folgende Leistungen:**

ba) Leistungen bei der Erstbetreuung (Pos. DMP1, DMP3):

- Diagnosesicherung entsprechend den Behandlungspfaden gemäß Anlage 7 (sofern nicht bereits erfolgt)
- Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien für das DMP
- Patienteninformation über die Teilnahme
- Abwicklung der Patienteneinschreibung
- Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) ausfüllen und weiterleiten
- Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen:
  - Anamnese
  - Monofilamenttest
  - Check auf Neuropathie (Prüfung des Vibrationsempfindens mit der Stimmgabel)
  - Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
  - Fußinspektion
  - Screening auf Mikroalbuminurie
- Planung von Präventionsmaßnahmen
- Festlegung und Dokumentation der Zielvereinbarung (Anlage 9)
- Ausgabe von Patientenunterlagen
- Durchführung und Weiterleitung der Erstdokumentation (Anlage 10)
- Dokumentation im Patientenakt

bb) Leistungen bei Weiterbetreuung (DMP2, DMP4):

- DMP-spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mindestens 1x jährlich:
  - Anamnese
  - Monofilamenttest
  - Check auf Neuropathie (Prüfung des Vibrationsempfindens mit der Stimmgabel)
  - Kardiovaskuläre Risikostratifizierung
  - Fußinspektion
  - Screening auf Mikroalbuminurie
- Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mindestens 1x jährlich
- Überprüfung, eventuell Adaptierung der Zielvereinbarung, mindestens 1x jährlich
- Ausgabe von Patientenunterlagen
- Durchführung und Weiterleitung der Folgedokumentation, mindestens 1x jährlich
- Dokumentation im Patientenakt

bc) Ein Honorar gebührt nur, wenn zumindest einmal pro Jahr, und zwar für das aktuelle Quartal der Untersuchung mit Geltung für die 3 folgenden Quartale, die vollständige **Dokumentation** (Anlage 10) übermittelt wird und zwar entweder elektronisch (ASW, GINA) oder auf Papier (bei nur papierschriftlicher Dokumentation gebührt ein geringeres Honorar!). Bei um mehr als ein Quartal verspäteter Vorlage erfolgt keine Nachzahlung.

bd) Der Vertragsarzt ist zur Vornahme aller **schriftlichen Arbeiten** verpflichtet, die sich aus der Durchführung der Betreuung nach dieser Vereinbarung ergeben. Insbesondere hat er die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, den Dokumentationsbogen und die Zielvereinbarung auszufüllen. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der vollständig ausgefüllte Dokumentationsbogen (siehe bc) sind der DMP-Administration der Abteilung „Gesundheit“ in der ÖGK-Salzburg elektronisch (ASW, GINA) oder auf Papier zu übermitteln. Die elektronische Dokumentation der durchgeführten Untersuchungen und des Gesundheitsstatus erfolgt über das e-card System. Die Pseudonymisierung dieser Daten wird über die im Dachverband der Sozialversicherungsträger eingerichtete Pseudonymisierungsstelle durchgeführt. Die Zielvereinbarungen sind dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular oder Diabetespass). Dem

Patienten ist die Kopie bzw. ein Ausdruck der Teilnahme- und Einwilligungserklärung mitzugeben. Ebenso ist die Zielvereinbarung auszuhändigen oder sind die Ziele im Diabetespass einzutragen; eine zusätzliche Dokumentation der Vereinbarung ist beim Arzt durchzuführen (im Patientenakt oder Kopie). Es besteht keine generelle Verpflichtung, dem Patienten den Dokumentationsbogen als Kopie mitzugeben. Die allgemeine Verpflichtung, auf Verlangen des Patienten Einsicht in seine Befunde und Abschriften davon zu erhalten, wird dadurch nicht berührt.

10. Die DMP-Administration (eine von der Abrechnungsabteilung unabhängige Organisationseinheit in der Abteilung Gesundheit der ÖGK) hat unter anderem folgende Aufgaben:
    - die Patienteneinschreibung und -verwaltung,
    - die Arzterfassung (Erfassung und Verwaltung [Berechtigungsvergabe, Erfassung des Schulungsdatums, Erinnerung wenn Berechtigung ablaufen sollte etc.] der DMP-Ärzte in der DMP-Software),
    - die Überprüfung der Verrechnungsvoraussetzung für die DMP-Betreuung.

    Die Entwicklung, Implementierung und Wartung der DMP-Software erfolgt über das Kompetenzzentrum, das bei der StGKK angesiedelt ist. Die Organisation der DMP-Schulungen übernimmt der Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (AVOS), der auch bisher die Schulungen für das Bundesland Salzburg koordiniert hat.

11. Für das DMP-Betreuungsprogramm wird für die Erstbetreuung einmalig die Pos. DMP1 bei papierschriftlicher Dokumentation bzw. DMP3 bei elektronischer Dokumentation und für die laufende Betreuung pro Quartal die Pos. DMP2 bei papierschriftlicher Dokumentation bzw. DMP4 bei elektronischer Dokumentation honoriert, sofern der Patient im Quartal aufgrund seiner Diabeteserkrankung behandelt wurde. Mit diesem Honorar sind auch die Kosten für die Einhaltung der Strukturqualitätskriterien und sämtlicher Verwaltungsaufwand abgegolten. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die DMP-Betreuung vollständig durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und der Dokumentationsbogen mindestens 1x jährlich gemäß Ausfüllanleitung vollständig und lesbar übermittelt wurde (siehe Abs. 9 lit. bc). Die angeführten Leistungspositionen sind mit der Quartalsabrechnung zu verrechnen; sie decken pauschal den mit dem DMP verbundenen zusätzlichen Aufwand in der Betreuung von Diabetes mellitus Typ 2-Patienten ab und gebühren zusätzlich zur kurativen Leistungsverrechnung (also zusätzlich zu Ordinationshonorierung, Laborleistungen, etc.). Die Prüfung der Verrechnungsvoraussetzungen wird intern zwischen Abrechnungsabteilung und DMP-Administration abgestimmt. Bei Versicherungswechsel und bei Mehrfachversicherung darf die Pos. DMP2 bzw. DMP4 nur maximal 1x pro Quartal und die Pos. DMP1 bzw. DMP3 pro Patient insgesamt nur 1x verrechnet werden, und zwar mit jenem Krankenversicherungsträger, der bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal (mit der e-card) ausgewählt wurde.

IV. *SONDERLEISTUNGEN AUS DEN FACHGEBIETEN (LG 04)*

Augenheilkunde (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
152	Erstmalige, einseitige Sondierung oder Spülung der Tränenwege	3,00	P	03	Limit: 14 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
153	Fremdkörperentfernung aus der Hornhaut oder Bindehaut	2,00	P	01,03 08	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 2100 bis 2190
154	Perimetrie oder Skotometrie (mit halbautomatischen oder automatischen bzw. vollautomatischen, programmgesteuerten Geräten)	2,80	P	03	Limit: 8,5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
155	Orthoptischer Status – bestehend aus folgenden Teiluntersuchungen: Skiaskopie (bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr), Messung des Schielwinkels, Prüfung des Stereosehens, Messung der Fusionsbreite	3,50	P	03	Limit: 14 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
156	Applanationstonometrie	0,80	P	03	Limit: 40 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
157	Binokulare Ophtalmoskopie	1,20	P	03	Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 363 verrechenbar. Limit: 14,5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
158	Untersuchung mit Spaltlampe (beide Augen)	0,50	P	03	Limit: 58 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *)
159	Digitale Fundus-Bildgebung einschließlich Befundung und Dokumentation	3,00	P	03	verrechenbar 1x pro Patient und Jahr und insgesamt in höchstens 3 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal (degressiv; es erfolgt ein Jahresausgleich). Der Kasse ist auf Verlangen Einsicht zu geben. Diese Position kann von einem Vertragsarzt, der die Pos. 159UW abrechnet, nicht verzeichnet werden. Die Geräteausstattung ist der Kasse nachzuweisen.
159UW	Digitale Echtfarben-Fundus-Ultraweitwinkel-Bildgebung einschließlich Befundung und Dokumentation	6,00	P	03	verrechenbar 1x pro Patient und Jahr und insgesamt in höchstens 3 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal (degressiv; es erfolgt ein Jahresausgleich). Der Kasse ist auf Verlangen Einsicht zu geben. Die Geräteausstattung ist der Kasse nachzuweisen.
160	Optische Kohärenztomographie der hinteren Augenabschnitte (Netzhaut und Sehnerv) beider Augen	10,00	P	03	verrechenbar von Fachärzten für Augenheilkunde einmal pro Patient und Tag, insgesamt pro Arzt und Quartal in höchstens 8,3 % der Pauschalfälle *) Indikationen für die Leistungserbringung: Diagnostik der Makuladegeneration (AMD), Makuladystrophie, von Gefäßerkrankungen der Netzhaut (insbesondere Venenthrombosen, Diabetes), der Progression von Glaukomen.

Chirurgie (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
171	Kleine operative Eingriffe (sofern nicht in anderen Leistungspositionen enthalten) mit einem ärztlichen Zeitaufwand von zumindest 10 Minuten, pro Operationsfeld #	3,00	P	30	(zu Operationsfeld # – siehe Allgemeine Bestimmungen zu Kapitel V. Operationsgruppenkatalog) Die Pos. ist in diesem Rahmen insbesondere verrechenbar bei: - elektrochirurgischen Eingriffen ohne Naht; - Eingriffe mit scharfem Löffel; - Abtragung von Caro luxurians nach jeder Methode; - chirurgische Nekrosektomie (Debridement), exkl. chem. Debridement; - Abtragung von Hautkrusten im Rahmen der Behandlung eiternder Wunden; - Klammern von Rissquetschwunden (inkl. Adaptierung) mit Einwegklammern; - Wechsel- und/oder Entfernen einer PEG-Sonde inkl. Entfernung von Inkrustationen (exkl. Sonde); - Abtragung eines Granulationspolypen des Scheidenstumpfes mittels Lapisierung; - Operative Eröffnung eines verschlossenen Muttermundes (zur endozervikalen Abstrichnahme); - Elektrische Wimpernepilation (nicht Pinzettenepilation) bei Wimpernfehlstellung; - Wundversorgung mit Histoacrylkleber (inkl. Klebstoff); - Wechsel von suprapubischen Blasenkathetern (exkl. Blasenkatheter); - Wechsel der Trachealkanüle. Die Pos. ist keinesfalls verrechenbar für: - Verbandwechsel für Pflasterverbände, Mullverbände und Bandagieren; - Wundreinigung; - Wundversorgung mit Butterfly/Steristrip; - Nahtentfernungen unabhängig von der Zahl der Nähte; - Streifenwechsel (z.B. bei Otitis).
172	Vollständige Entfernung von Virus-Warzen oder seborrhoischen Keratosen (seborrhoischen Warzen) elektrochirurgisch oder mit scharfem Löffel ohne Naht einschließlich Anästhesie	3,00	P	30	verrechenbar ein Mal für die Entfernung von bis zu 5 (auch auf mehreren OP-Feldern befindlichen) Warzen, jedoch pro OP-Feld (#) – auch bei mehr als 5 Warzen – nur höchstens ein Mal (nur bei irritierten oder behindernden Warzen). Bei Entfernung mit flüssigem Stickstoff ist die Pos. 286 oder 287 zu verrechnen.
173	Probeexcision ohne Naht einschließlich Anästhesie pro Operationsfeld #	3,00	P	30	(zu Operationsfeld # – siehe Allgemeine Bestimmungen zu Kapitel V. Operationsgruppenkatalog)
1751	Polypektomie bei endoskopischen Eingriffen (bis zu 2 Polypen)	10,00	P	30	Die Verrechnung dieser Position richtet sich nach der Verrechenbarkeit des endoskopischen Eingriffes. Nur verrechenbar bei Entfernung mit (Einweg-)Polypektomieschlingen. Enthält sämtliche Materialkosten (insbesondere Einwegschlinge, Elektroden, erforderlichenfalls Nadeln für eine Unterspritzung sowie Clips).
1752	Polypektomie bei endoskopischen Eingriffen, jeder weitere Polyp	3,00	P	30	Es gilt die Anmerkung zu Pos. 1751. Angabe der insgesamt entfernten Polypen erforderlich.

Anmerkung: OPERATIONSGRUPPENKATALOG – siehe Kapitel V

Frauenheilkunde und Geburtshilfe (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
221	Beistand bei einer Geburt ohne operativen Eingriff	4,00	P	01,06	
222	Beistand bei einer Zwillingsgeburt	6,00	P	01,06	
224	Innere Wendung kombiniert	8,00	P	01,06	
225	Manualhilfe (Steißlage)	6,00	P	01,06	
228	Manuelle intrauterine Plazentalösung	8,00	P	01,06	
229	Operative Beendigung einer Fehlgeburt	6,00	P	06	
235	Curettement	3,00	P	06	
240	Kolposkopie	0,60	P	01,06	Für Gynäkologen: Limit: 45 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Für Ärzte für Allgemeinmedizin: Limit: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)**
249	Gyn. Zytologie, nur bei Vorsorgeuntersuchung	10,74	€	52	(im Übrigen gelten die Bestimmungen der Pos. 250)
250	Gynäkologische Zytologie Mikroskopische Begutachtung und Erstellung des Befundes (inkl. Färbung, Archivierung des Objektträgers und des Befundes sowie administrative Tätigkeiten einschließlich Portokosten für Befundexpedierung); pro Untersuchung, ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate. Mit diesem Tarifsatz sind die Kosten aller zur Durchführung der Untersuchungen nötigen Geräte, Harze, Kunststoffe, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe usw. sowie die erforderlichen pharmazeutischen u. sonstigen Präparate abgegolten. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form auszufertigen. Über die erbrachten Leistungen und die durchgeführten Qualitätskontrollen sind Aufzeichnungen zu führen. Die erhobenen Befunde sind mindestens 30 Jahre aufzubewahren und dem Krankenversicherungsträger auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Werden Präparate von einer besonders ausgebildeten Hilfskraft mit zytologischer Erfahrung vorbefundet, so ist jedes von der Norm abweichende Zellbild vom Vertragsfacharzt zu kontrollieren bzw. zu befunden. Daneben sind zusätzlich im Rahmen einer internen Qualitätskontrolle 20 % der von der Hilfskraft befundeten Präparate vom Arzt zu kontrollieren.	10,74	€	52	Diese Position kann nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatzbezeichnung „Zytodiagnostik“ verrechnet werden. Bei Überweisung sind zu dieser Position keine weiteren Leistungen (z.B. Grundvergütung, Befundbericht, etc.) verrechenbar.
250Z	Zuschlag zu den Pos. 249 bzw. 250 für eine Mehrzahl an Präparaten pro Untersuchung	5,86	€	52	verrechenbar ein Mal pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 10 % der abgerechneten Positionen 249 und 250

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (LA 05)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
251	Cerumenentfernung je Ohr	0,30	P	30	
252	Cerumenentfernung bei Kindern unter 6 Jahren je Ohr	0,80	P	01,08 09	
253	Fremdkörperentfernung aus dem Ohr – je Ohr	0,50	P	01,08 09	
254	Fremdkörperentfernung aus dem Ohr bei Kindern unter 6 Jahren je Ohr	1,00	P	01,08 09	
256	Reinigung einer Radikalhöhle (Zustand nach radikaler Ohrenoperation)	1,00	P	09	
257	Gleichgewichtsprüfung	3,00	P	09	verrechenbar ein Mal pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 7,5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Beinhaltet: Schwindelanamnese und je nach Störungsbild Prüfung der Koordinationsleistungen, Lage(rungs)- und Provokationstest, Nystagmusprüfung.
258	Zuschlag für kalorische Vestibularisprüfung oder Videokopfimpulstest (beide Seiten)	1,50	P	09	verrechenbar in höchstens 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
259	Tympanometrie	1,50	P	09	Limit: 25,5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)**
261	Mittlere Eingriffe in der Nase (z.B. Fremdkörperentfernung aus der Nase, Verödung der Nasenschleimhaut bei Epistaxis)	2,00	P	01,08 09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit den Pos. 2500 bis 2532
265	Erste Kieferhöhlenpunktion (pro Seite)	2,00	P	09	
266	Weitere Kieferhöhlenpunktion (pro Seite)	1,50	P	09	
270	Endoskopie der Luft- oder Speiseröhre	2,00	P	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit der Pos. 272
271	Endoskopie mit Entfernung von Fremdkörpern bzw. Probeexzision ohne Naht	3,00	P	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit den Pos. 2500 bis 2532 sowie der Pos. 272
272	Endoskopische Begutachtung des gesamten Nasen-Rachen-Raumes mit flexiblem und/oder starrem Endoskop inkl. allfälliger Anästhesie/Einlage	1,9	P	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit den Pos. 2500 bis 2532 sowie den Pos. 270 und 271 Limit: 18 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. *) Nicht als Sonderleistung verrechenbar ist die Rhinoskopia anterior und posterior.
277	Otomikroskopie	1,30	P	09	Limit: 33 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. *)
278	Audiometrie (Ton- und/oder Sprachaudiometrie) mit Dokumentation	3,00	P	09	1mal pro Ordination verrechenbar Die Position darf nur von solchen HNO-Fachärzten verrechnet werden, die sowohl die Ton- als auch die Sprachaudiometrie anbieten. Von den erhobenen Befunden ist ein Durchschlag durch 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse bzw. Ärztekammer auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
279	Messung otoakustischer Emissionen	3,00	P	09	verrechenbar ein Mal pro Patient und insgesamt in höchstens 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal)* insbesondere bei Sprachentwicklungsverzögerung und grundsätzlich nicht zum Neugeborenenscreening
280	Intubation des Kehlkopfes	6,00	P	30	

Haut- und Geschlechtskrankheiten (LA 06)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
283	Epicutantest	2,50	P	05	verrechenbar einmal pro Testserie (Standardtest oder Spezialtestserie wie z.B. Arzneistoffe, Konservierungsmittel etc.), ausgenommen in Fällen, in denen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr die Applikation der gesamten Serie am selben Tag nicht möglich ist.
284	Pricktest (Intrakutantest)	2,50	P	05,08 09,10	Limit: FG 05, 09: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal FG 08: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal FG 10: 11 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *) verrechenbar einmal pro Testserie (Standard- oder Spezialtestserie wie z.B. Nahrungsmittel, Tierepithelien, Pilze etc.), ausgenommen in Fällen, in denen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr die Applikation der gesamten Serie am selben Tag nicht möglich ist.
285	Auflichtmikroskopische Untersuchung einzelner Hauttumoren, je Läsion	0,65	P	05	Die Durchführung, wie auch eine (fach-)ärztliche Zuweisung zur Auflichtmikroskopie hat nur aufgrund eines im Zuge der allgemeinen (mit der Grundleistungsvergütung bzw. allgemeinen Vorsorgeuntersuchung abgegoltenen) Untersuchung sich ergebenden Krankheitsverdachts unter Angabe der Lokalisation zu erfolgen und nicht zur reinen Vorsorge. Die Position ist pro Patient und Jahr höchstens 5mal und pro Arzt und Quartal in höchstens 30% der Pauschalfälle (kein degressives Limit, jedoch Jahresausgleich) verrechenbar. Die Position ist für PatientInnen, die der Nachsorge gemäß Pos. 290 unterliegen, sowie für Patienten, für die in den zurückliegenden 12 Monaten eine HKV-Position abgerechnet (bzw die zur neuerlichen Kontrolle aufgrund eines erhöhten Risikos wiederbestellt) wurden, nicht zu verzeichnen (die Leistung ist dann mit diesen Honoraren und der Grundleistungsvergütung abgegolten).
285ZD	Zuschlag zur Pos. 285 für digitale Durchführung und Speicherung (Dokumentation) der Auflichtmikroskopien	0,20	P	05	Die Geräteausstattung ist der Kasse bekannt zu geben. Die Dokumentationen sind zumindest 10 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Anforderung zur Einsicht zu übermitteln. Der Zuschlag gebührt nur für honorierte Pos. 285.
286	Entfernung einer Verruca vulgaris (plantaris, etc.); Verruca seborrhoica (gutartigen epidermalen Hyperkeratose), sofern behindernd oder krankheitswertig irritierend; aktinischen Keratose; u. dgl. mit flüssigem Stickstoff (Kryotherapie, sofern dies möglich ist), pro Sitzung	0,60	P	30	
287	Entfernung mehrerer Verrucae vulgares (plantares, etc.); Verrucae seborrhoicae (gutartiger epidermaler Hyperkeratosen), sofern behindernd oder krankheitswertig irritierend; aktinischer Keratosen; u. dgl. mit flüssigem Stickstoff (Kryotherapie, sofern dies möglich ist), pro Sitzung	1,20	P	30	
288	Phototherapie-Photochemotherapie (PUVA) je Sitzung	1,40	P	05	verrechenbar von Dermatologen in höchstens 10 % der Pauschalfälle ***)** Verrechenbar nur bei Krankenbehandlung (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, Mykosis fungoides) und nicht bei kosmetischer Indikation bzw. zur Vorbereitung eines Urlaubes.
290	Ganzkörperuntersuchung unter Verwendung des Auflichtmikroskops zur Tumornachsorge nach Entfernung eines malignen Melanoms bzw eines invasiven Plattenepithelkarzinoms oder nach Organtransplantation	3,00	P	05	verrechenbar von Fachärzten für Haut-und Geschlechtskrankheiten zur Tumornachsorge in einem Zeitraum von 10 Jahren nach der letzten Excision eines Melanoms bzw invasiven Plattenepithelkarzinoms und nach Organtransplantation für die Dauer der Immunsuppression, jeweils in Abständen von zumindest 12 Monaten nach erfolgter Excision oder Organtransplantation bzw 12 Monate nach der letzten Untersuchung. Es sind im Begründungsfeld Monat und Jahr der Excision bzw Transplantation anzugeben. Sofern nach der einschlägigen *S-3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms* ein kürzeres Untersuchungsintervall erforderlich ist, ist im Begründungsfeld auch das Tumorstadium anzugeben.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
	Fortsetzung der Anmerkung von **Pos. 290** lt. Vorseite				Vor Inkrafttreten dieser Regelung bereits erfolgte Untersuchungen sind bei der Verrechnung zu berücksichtigen (auf den Nachsorgezeitraum und die Intervalle anzurechnen).
290ZD	Zuschlag zur Pos. 290 für digitale Durchführung und Speicherung (Dokumentation) der Auflichtmikroskopien	0,85	P	05	Die Geräteausstattung ist der Kasse bekannt zu geben. Die Dokumentationen sind zumindest 10 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Anforderung zur Einsicht zu übermitteln. Vor Inkrafttreten dieser Regelung bereits erfolgte Untersuchungen sind bei der Verrechnung zu berücksichtigen (auf den Nachsorgezeitraum und die Intervalle anzurechnen).
298	Kurzzugbandagierung mit Unterpolsterung pro Arm	1,00	P	05	
299	Kurzzugbandagierung mit Unterpolsterung pro Bein	2,20	P	05	

Innere Medizin, Kinderheilkunde, Lungenkrankheiten (LA 07)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
301	Magenspülung bei Vergiftung	2,00	P	30	
302	Gastroskopie inkl. Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange	13,00	P	04,07	Der Leistungsinhalt und die für die Abrechnung notwendigen Qualitätsvoraussetzungen sind einzuhalten wie folgt[1]:
303	Endoskopische Untersuchung des Mastdarmes (Rektoskopie) inkl. allenfalls notwendiger Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange	4,50	P	04,05 07	Für Polypektomien mit einer Einwegschlinge siehe Pos. 1751, 1752. Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 304 bis 308, 2308 und 2331.
304	Sigmoidoskopie inkl. allenfalls notwendiger Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange	8,00	P	04,07	Für Polypektomien mit einer Einwegschlinge siehe Pos. 1751, 1752. Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 303, 305 bis 308, 2308 und 2331 (für eine in derselben Sitzung durchgeführte Hämorrhoidenbehandlung kann die Pos. 171 verrechnet werden). Die Ziffern 1, 5, 6, 8 bis 10 (insoweit eine Sedierung im Einzelfall medizinisch notwendig ist: auch Ziffer 2 und 7) der Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 gelten entsprechend.
305	Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsie bzw. Polypenentfernungen mit Biopsiezange und allenfalls notwendiger Ileoskopie	29,50	P	04,07	Für Polypektomien mit einer Einwegschlinge siehe Pos. 1751, 1752. Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 303, 304, 306 bis 308, 2308 und 2331 (für eine in derselben Sitzung durchgeführte Hämorrhoidenbehandlung kann die Pos. 171 verrechnet werden). Die Pos. darf nicht für Vorsorgekoloskopien verrechnet werden (siehe Pos. 907-9092 gem. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag Vorsorgeuntersuchung). Die Anmerkungen zu den Pos. 907-912 gilt (mit Ausnahme der Punkte II 1-3) entsprechend. Für Polypektomien mit einer Einwegschlinge siehe Pos. 1751, 1752.
306	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. allenfalls notwendiger Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange	16,00	P	04,07	Für Polypektomien mit einer Einwegschlinge siehe Pos. 1751, 1752. Die Position ist nur verrechenbar, wenn eine vollständige Koloskopie bis zum Zökum beabsichtigt und auch vorbereitet war, aber aus anatomischen oder anderen zwingenden medizinischen Gründen (z.B. bedrohliche Kreislaufsituation) trotz Bemühens nicht gelang. Der Grund ist genau anzugeben. (Für geplant unvollständige Koloskopien oder bei Abbruch wegen ungenügender Darmreinigung ist nur die Pos. 304 verrechenbar.) Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 303 bis 305, 307, 308, 2308 und 2331 (für eine in derselben Sitzung durchgeführte Hämorrhoidenbehandlung kann die Pos. 171 verrechnet werden). Die Pos. darf nicht für Vorsorgekoloskopien verrechnet werden (siehe Pos. 907-9092 gem. Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag Vorsorgeuntersuchung). Die Anmerkungen zu den Pos. 907-912 gelten (mit Ausnahme der Punkte II 1-3) entsprechend. Diese Pos. darf pro Arzt und Quartal nicht öfter als in 5 % der Gesamtzahl der abgerechneten Pos. 305 verrechnet werden.
307	Rectaluntersuchung	0,50	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 303 bis 306 und 308 sowie 2308 und 2331 verrechenbar.
308	Proktoskopie inkl. allenfalls notwendiger Biopsie bzw. Polypenentfernung mit Biopsiezange	1,80	P	04,05 07	Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 303 bis 307 sowie 2308 und 2331.
310	Elektrokardiogramm – präoperativ mit Papierdokumentation oder elektronische Kurvendokumentation der 12 Standard-Ableitungen und Befundaufzeichnung	3,00	P	01,07 08	Nur verrechenbar im Rahmen des PROP-Befundes.
311	Elektrokardiogramm mit Papierdokumentation oder elektronische Kurvendokumentation der 12 Standard-Ableitungen und Befundaufzeichnung	3,00	P	07,08	Das erste EKG ist grundsätzlich genehmigungsfrei; jedes weitere im gleichen Krankheitsfall ist zu begründen. Für zugewiesene Fälle gebührt keine Grundvergütung (kein Pauschalfall)
312	Elektrokardiogramm (EKG) mit Papierdokumentation oder elektronische Kurvendokumentation der 12 Standard-Ableitungen und Befundaufzeichnung	3,00	P	01	Diese Position ist bei Verdacht auf Herzinfarkt höchstens 2mal und sonst 1mal pro Behandlungsfall u. Quartal ohne chefärztl. Bewilligung verrechenbar. Für Ärzte f. Allgemeinmedizin entfällt

	Fortsetzung der Anmerkung von **Pos. 312** lt. Vorseite				das bisherige Erfordernis der Erteilung einer Verrechnungsbefugnis. Auf Verlangen der Kasse haben aber Ärzte, deren Ausbildung noch nicht nach der Ärzteausbildungsordnung 1974 erfolgte und die bisher noch nicht zur Verrechnung des EKG zugelassen waren, einen entsprechenden Ausbildungsnachweis vorzulegen.

[1]Anmerkung zur Pos. 302:

1.) Voraussetzung für die Verrechnungsberechtigung der Gastroskopie (ÖGD) ist die Erfüllung der in der Richtlinie der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte über die Durchführung und Verrechenbarkeit von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen i.d.g.F. festgehaltenen Kriterien und der Nachweis der kontinuierlichen gastroskopischen Tätigkeit sowie die Verwendung eines Videoendoskops und eines Gerätes zur chemisch-thermischen Desinfektion der verwendeten Untersuchungsgeräte („Endoskop-Waschmaschine“).

2.) Mit den Tarifen sind die Kosten der ÖGD, die in Zusammenhang damit erforderliche Aufklärung und Befundmitteilung, eine allfällige Anästhesie (s. Punkt 3), eine allfällige Probeexcision, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten. Erforderliche Biopsien von entzündlichen, präkanzerösen und malignomsuspekten Läsionen werden einer histologischen Untersuchung zugeführt werden.

3.) Die diagnostische ÖGD kann mit Rachenanästhesie und/oder unter periprozeduraler Sedierung erfolgen. Für Letztere kann die Pos. 102 verrechnet werden, es sei denn es wird zugleich eine Coloskopie durchgeführt (deren Tarif die Sedierung bereits enthält). Die Durchführung in Sedierung muss immer angeboten werden. Sedativum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Die Sedierung erfordert jedenfalls deren Überwachung mittels Pulsoxymeter. Das eingesetzte Personal muss eine entsprechende Ausbildung über die Geräteaufbereitung, Versorgung des Zubehörs und das Verhalten in Notfällen absolviert haben (z.B. Basiskurs für Endoskopie-Assistenzpersonal des IVEPA oder gleichwertige Ausbildung). Bei schon bisher vom untersuchungsberechtigten Vertragsfacharzt über zumindest 1 Jahr verwendetem Personal wird von der Erfüllung dieser Kriterien ausgegangen.

4.) Endoskopische Eingriffe sollen in dafür eingerichteten Räumlichkeiten durchgeführt werden, die alle Apparate und Instrumente für den Eingriff selbst, die Patientenbetreuung, Sedierung und Überwachung bereithalten. Eine einsatzbereite apparative Notfallausstattung muss vorgehalten werden (Beatmungsbeutel, Absaugvorrichtung, Rufmöglichkeit für unbeaufsichtigte Patienten in der Nachbetreuung).

5.) Die Untersuchung muss mit einem Videoendoskop erfolgen, das für die Durchführung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Biopsie, ggf. Polypektomie, Blutstillung) ausgerüstet ist. Jede diagnostische ÖGD soll komplett erfolgen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen (verbliebene Speisereste im Magen, nicht passierbare Stenose). Neben der Dokumentation von pathologischen Befunden soll der im Rahmen der Gastroskopie tiefste erreichte Punkt bildlich dokumentiert werden.

6.) Die Dokumentation ist 10 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

7.) Hygiene:

a) Die maschinelle chemothermische Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs ist eine zwingende Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnung der Gastroskopie. Eine manuelle Aufbereitung (gemäß Anleitung der Lieferfirma mit Unterschrift des durchführenden Personals) ist nach Maßgabe bestehender sanitätsrechtlicher Vorgaben nur in Notfällen zulässig.

b) Einmal pro Kalenderjahr ist in der Arztpraxis eine hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Endoskop-Aufbereitung durch einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder eine dafür akkreditierte Institution nach den aktuellen Richtlinien der ÖGGH bzw. Erlässen des Gesundheitsministers durchzuführen (jedenfalls Durchspülung der Endoskopiekanäle und der Gewinnung von Abstrichen von Endoskopstellen, die der Reinigung und Desinfektion schwer zugänglich sind, sowie Probenahme von den während der Gastroskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme).

c) Die Hygieneanforderungen gelten als erfüllt bei:
   - fehlendem Nachweis von Faekalkeimen wie Escherichia coli, anderen Enterobacteriacae oder Enterokokken,
   - fehlendem Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
   - fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
   - maximaler Keimbelastung von 10 KBE pro ml in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung der Optikspülsysteme.

d) Werden die o.a. Anforderungen erfüllt, hat die nächste Überprüfung innerhalb des nächstfolgenden Kalenderjahres zu erfolgen.

e) Werden die o.a. Anforderungen nicht erfüllt, hat eine neuerliche Überprüfung binnen 4 Wochen zu erfolgen. Werden auch dann die Anforderungen nicht erfüllt, verliert der Vertragsarzt die Abrechnungsbefugnis für endoskopische Untersuchungen. Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt keine Hygieneüberprüfung durchführen lässt.

f) Der ÖGK sind auf Verlangen die Durchführung der Hygieneuntersuchungen und deren Ergebnis im Wege über die Ärztekammer bekannt zu geben.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
313	Ergometrische Untersuchung	9,10	P	07	Limit: 25 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Die Untersuchung ist entsprechend der Empfehlung der österr. kardiologischen Gesellschaft durchzuführen. Nachzuweisen ist eine Ordinationsausstattung mit Sichtergometer, Defibrillator u. Reanimationsset. Die Untersuchung kann nur 1mal pro Fall u. Kalendervierteljahr verrechnet werden.
314	Langzeit-EKG inklusive Computerauswertung	11,00	P	07	LIMIT: 8 %, bei Fachärzt:innen mit Additivfach Kardiologie bzw. Sonderfach Innere Medizin und Kardiologie 12 %, der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *) Die Leistung umfasst das Anlegen des Gerätes, die 24-Stunden-Registierung, die Computerauswertung sowie die Befunderstellung. Die Geräteausstattung ist der ÖGK bekannt zu geben. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3141	Langzeit-EKG inklusive Computerauswertung auf Zuweisung	11,00	P	07	Leistungsumfang und Dokumentation wie Pos. 314. Fälle, die ausschließlich zur Langzeit-EKG-Untersuchung inklusive Computerauswertung zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
315	Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring	4,50	P	07	Limit: 6 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Die Untersuchung ist zu dokumentieren. Befund und Dokumentation sind 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Die Geräteausstattung ist der ÖGK nachzuweisen, wobei folgende Voraussetzungen erfüllt sein müssen: Entweder oszillatorische oder auskultatorische Methode, der Gerätetyp muss von der Holtergesellschaft zugelassen sein, das konkret verwendete Gerät muss vom Amt für Eich- und Vermessungswesen geprüft und für in Ordnung befunden worden sein. Die Position ist nur verrechenbar bei folgenden Indikationen: **a)** Nicht klärbarer Hypertonieverdacht bei unzureichender Klärung eines Hypertonieverdachtes durch die Kombination von Sprechstunden und Selbstmessung. **b)** Nachweis ausschließlich in der Nacht auftretender Blutdruckerhöhungen bei sekundärer Hypertonie, Präklampsie, Schlafapnoe, hypertoner Herzhypertrophie. **c)** Neueinstellung und Therapiekontrolle bei Problempatienten unter antihypertensiver Therapie bei Patienten mit schwerem Bluthochdruck (mehr als 115 mm/Hg diastolisch), bei Patienten nach Schlaganfall, Herzinfarkt, bei Patienten mit Herzinsuffizienz, bei Patienten mit echocardiographisch festgestellter Linkshypertrophie, bei Patienten mit Diabetes mellitus, bei Schwangeren mit EPH-Gestose, bei Patienten mit fehlender Rückbildung von Organschäden °°), bei Patienten im Wechselschichtdienst °°), bei Patienten mit Symptomen von „Überbehandlung“ (z.B. unerklärbarer Schwindel) °°) zur Überprüfung von Wirkdauer und Dosisintervallen bei antihypertensiver Therapie °°). °°) Nur bei unzureichender Klärung durch die Kombination von Sprechstundenmessung + Selbstmessung.
325	Entwicklungstest	4,50	P	01,08 19	Limit: 2 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
332	Erweiterte kleine Spirometrie – präoperativ mit graphischer Darstellung (VC, FEV 1, MVV)	2,00	P	01,07 08	Nur verrechenbar im Rahmen der Erstellung des präoperativen Untersuchungsbogens, der von der ÖGK aufgelegt wird, sowie unter den dort definierten Voraussetzungen. Am selben Tag nicht gemeinsam mit der Pos. 337 verrechenbar.
333	Erweiterte kleine Spirometrie mit graphischer Darstellung (VC, FEV 1, MVV)	2,00	P	01,07 08,10	Limit: Fachärzte für Lungenkrankheiten: 65 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal; Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinderheilkunde: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Am selben Tag nicht gemeinsam mit der Pos. 337 verrechenbar.
334	Bronchospasmolysetest inkl. Inhalation eines Broncholytikums (exkl. erster erweiterter kleiner Spirometrie)	2,00	P	08,10	Limit: FG 08: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal FG 10: 60 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Diese Position ist nicht gemeinsam mit Pos. 335 verrechenbar.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
335	Provokationstest (inkl. unspezifischer inhalatorischer und/oder pharmakodynamischer Provokation sowie nachfolgender Broncholyse. Inkl. erste erweiterte Spirometrie)	4,50	P	10	Limit: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Diese Position ist nicht gemeinsam mit der Pos. 334 verrechenbar. Das Medikament ist darin enthalten.
336	Blutgasanalyse (ASTRUP), beinhaltet pHpO2, O2-Sättigung, pCO2 (allenfalls CO2 Sättigung), Standard Bicarbonat, Base-Excess, in Ruhe und nach Belastung sowie nach Sauerstoffgabe	5,00	P	10	Limit: 24 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
337	Bodyplethysmographie	2,40	P	10	Verrechenbar 1mal pro Tag und Patient sowie insgesamt in höchstens 20 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Am selben Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 332 und 333 verrechenbar. Die Geräteausstattung ist der ÖGK bekannt zu geben. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
338	Ambulante Polygraphie oder polygraphische Kontrolle der Maskenbeatmung während des Schlafes	6,50	P	09,10 19	Verrechenbar von Fachärzten für Lungenheilkunde, Neurologie sowie Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, jeweils mit speziellem Ausbildungsnachweis, 1 x pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 8 % der Pauschalfälle (degressives Limit). *) Die Leistung ist nur bei Vorliegen einer Indikation nach den Empfehlungen zur ambulanten Polygraphie der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie zu erbringen und beinhaltet: 1) Die **Befundung:** Zu befunden sind während einer Schlafzeit von a) Aufzeichnungszeit b) RDI (respiratorydisturbance Index), aufgetrennt in obstruktive, zentrale oder nicht klassifizierbare Ereignisse; RDI je Körperlage c) Minimale O2-Sättigung, durchschnittliche Sättigung, Zeit mit Sättigung unter 90 %, Entsättigungsindex d) Durchschnittliche Puls/Herzfrequenz, minimale und maximale/r Puls/Herzfrequenz e) Schnarchzeit bezogen auf die Aufzeichnungszeit und die Körperlage. Die Rohdaten müssen jederzeit abrufbar und unkomprimiert ausschreibbar und die Analyse muss manuell korrigierbar sein. Die Bewertung der Aufzeichnung hat manuell zu erfolgen. Der Endbefund darf nur durch den Vertragsfacharzt selbst erstellt werden. Im Endbefund sind die o.a. numerischen Parameter, der graphische Gesamtnachtausdruck, sowie ein repräsentativer Rohdatenausdruck relevanter Ereignisse (Fünf- oder Zehnminutenausdruck) anzuführen und im Falle einer weiterführenden stationären Polysomnographie dem Schlaflabor zu übermitteln. 2) Die **Dokumentation:** Neben dem Befund ist der komplette Datensatz zumindest 3 Jahre zu archivieren und bei Bedarf dem Schlaflabor und auf Anforderung der ÖGK zur Verfügung zu stellen. 3) Alle **Nebentätigkeiten,** die für die Vornahme der Untersuchung sowohl in medizinischer als auch technischer Hinsicht erforderlich sind (insbesondere die Einschulung des Patienten, Gerätewartung).
3381	Ambulante Polygraphie oder polygraphische Kontrolle der Maskenbeatmung während des Schlafes auf Zuweisung	7,70	P	09,10 19	Hinsichtlich Leistungserbringer und Leistungsinhalten gelten die Bestimmungen der Pos. 338. Für denselben Patienten im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 338 verrechenbar. Fälle, die ausschließlich zur Polygraphie zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und unterliegen nicht der Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
339	Diffusionskapazitätsmessung der Lunge	3,00	P	10	verrechenbar ein Mal pro Patient und Tag und pro Arzt und Quartal in höchstens 10 % der Pauschalfälle ***)**

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
349	Ausführlicher schriftlicher, individueller Ernährungsplan	2,00	P	01,05 07,08	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal sowie maximal 2mal pro Patient und Jahr und von Ärzten für Allgemeinmedizin in 1 %, FÄ f. Haut- und Geschlechtskrankheiten in 0,5 %, FÄ f. Innere Medizin in 1 %, FÄ f. Kinder- und Jugendheilkunde in 2 %, für Ärzte der o.a. Fachgruppen mit dem ÖÄK-Diplom „Ernährungsmedizin“ in 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 080, 085, im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 350. Für die Erstellung des Ernährungsplanes darf nach ärztlicher Indikationsstellung als Hilfsperson in der Ordination des Vertragsarztes ein/e diplomierte/r Diätassistent/in und ernährungsmedizinische/r Berater/in gemäß MTD-Gesetz herangezogen werden (für diese Tätigkeit darf außer der Pos. 349 keine andere Leistungsposition verrechnet werden). Verrechenbar bei Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Phenylketonurie, Zöliakie, einheimischer Sprue, Malabsorptionssyndromen (z.B. Laktose- oder Fruktoseintolleranz), Kurzdarmsyndrom, enteralem Eiweißverlust-Syndrom, Nierenerkrankungen im Dialyse- und Prädialysestadium, Nephrotischem Syndrom, Leberzirrhose, Dystrophie. Nicht verrechenbar, wenn bei typischerweise vorübergehenden Erkrankungen (z.B. Durchfällen, Erbrechen) mit der Aushändigung allgemeiner Ernährungsempfehlungen (die auch mit Unterstützung der ÖGK erstellt werden können) das Auslangen gefunden werden kann. Bei Patienten mit ernährungsbedingt stark erhöhtem Risiko (z.B. Hyperlipidämie, Hyperurikämie, Diabetes/Typ II mit Übergewicht) nur dann verrechenbar, wenn zunächst ausgehändigte Ernährungsbroschüren (die auch von der ÖGK/Ernährungsberatung bereitgestellt werden), die Verweisung an Ernährungsberatungseinrichtungen sowie Empfehlungen im Rahmen einer allfälligen Vorsorgeuntersuchung ohne Erfolg geblieben sind. Die bloße Kontrolle eines bereits erstellten und abgerechneten Ernährungsplanes ist nicht mit der Pos. 349 verrechenbar. Der Ernährungsplan und die Planungsgrundlagen sind 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
350	Ausführliche mündliche Erläuterung eines detaillierten, schriftlichen, standardisierten (allenfalls individuell angepassten) Ernährungsplanes für Kleinkinder (bis zum vollendeten 4. Lebensjahr) bei Dyspepsie	0,50	P	01,08	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal von Ärzten für Allgemeinmedizin in 2 % und von FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde in 6 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 080, 085, im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 349. Für diese Leistung darf nach ärztlicher Indikationsstellung als Hilfsperson in der Ordination des Vertragsarztes ein/e diplomierte/r Diätassistent/in und ernährungsmedizinische/r Berater/in gemäß MTD-Gesetz herangezogen werden (für diese Tätigkeit darf außer der Pos. 350 keine andere Leistungsposition verrechnet werden).
351	Heilpädagogische Behandlung (mindestens 20 Minuten) von (krankheitswertig) verhaltensgestörten bzw. cerebral erkrankten Kindern	4,00	P	08,32	Limit: 20 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Nicht verrechenbar neben den Pos. 080, 085, 3535E, 3536E, 373 bis 379, sowie Visiten und Ordinationen. (Die Pos. 050 ist am gleichen Tag nur bei der ersten Sitzung des Behandlungsfalles – soferne nicht eine Pos. 049 zu verzeichnen ist–, im weiteren Verlauf der Behandlung nur dann verrechenbar, wenn die Behandlung wegen einer anderen Erkrankung/Diagnose und gesondert <vor oder nach der Behandlungseinheit> erfolgt.) Die heilpädagogische Behandlung ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
352	Vollständige neurologische Befunderstellung für Säuglinge und Kinder bei begründetem Verdacht auf neurologische Erkrankung gemäß vereinbartem Befundblatt	5,30	P	08,32	Limit: 5% der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** (Limit für Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderneuropsychiater: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal*)) Der Vertragsarzt hat den vereinbarten Mindestumfang der Untersuchung zu erbringen, die Dokumentation mindestens 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK-Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 361 verrechenbar.

Kinder- Jugendpsychiatrie (LA 12)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
35310	Kinder- bzw. jugendpsychiatrische Erstuntersuchung Beinhaltet: 1. Untersuchung (je vollendete 30 Minuten): - Anamneseerhebung, - Kinder- bzw. jugendspezifischer psychiatrischer Status, erforderlichenfalls auch neurologischer und/oder somatischer Status) mittels altersspezifischer Verfahren; 2. Beurteilung, Therapieplanung bzw. -empfehlung, Dokumentation: - (multiaxiale) Diagnosestellung, - Erstellung eines gegebenenfalls mit anderen Leistungserbringern (z.B. Psycho- und/oder Ergotherapeuten) abzustimmenden Behandlungsplanes, - im Falle der (Zurück-)verweisung an einen anderen Leistungserbringer: Genaue schriftliche Therapieempfehlung, - Dokumentation.	12,00	P	32	Verrechenbar maximal 2mal pro Krankheitsfall und Patient sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 67 % der Pauschalfälle *). Für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 200 % der Pauschalfälle, für das 2. Vertragsquartal auf 160 %, für das 3. Vertragsquartal auf 120 %, für das 4. Vertragsquartal auf 90 % angehoben. Nach Ablauf von 6 Monaten ab erstmaliger Verrechnung der Erstuntersuchung kann diese Position für denselben Patienten neuerlich nur verrechnet werden, wenn ein neuer Erkrankungsfall vorliegt und in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt stattfand. Die Position ist im selben Quartal nicht gemeinsam mit den Pos. 352, 361, 3533 und am gleichen Tag nicht gemeinsam mit der Pos. 080, 085, 351, 3535E, 3536E, 374 bis 379, 35315, 35316, 3535 bis 3537 verrechenbar. Anamnese, Befunde, Diagnostik und Behandlungsplan (-empfehlung) sind zu dokumentieren. Die Dokumentation ist zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
35314	Fortsetzung/Erweiterung der Kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Erstuntersuchung je zusätzlich vollendete 15 Minuten Untersuchungszeit	3,50	P	32	Verrechenbar nur binnen 3 Monaten ab Beginn der Erstuntersuchung. Diese Pos. sowie die Pos. 35316 können insgesamt pro Arzt und Quartal in höchstens 60 % der Pauschalfälle verrechnet werden (degressives Limit*). Das Limit wird für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit auf 120 %, für das 2. Quartal auf 100 %, das 3. Quartal auf 80 %, das 4. Quartal auf 70 % angehoben. Die Position ist im gleichen Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 3533, 361 und am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 352, 374 bis 379, 35316, 3535 bis 3537 verrechenbar und mit der Pos. 351, 35315 nur, wenn die Leistung auch in zeitlicher Hinsicht zusätzlich erbracht wird.
35315	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines kinder-/ jugendpsychiatrisch Kranken / neurologisch Kranken in der Dauer von im Allgemeinen 15 Minuten	2,50	P	32	Die Pos. darf nur mit dem Behandlungsfall des Patienten verrechnet (also dafür kein Behandlungsfall für die Bezugsperson abgerechnet) werden. Ordinationen, Visiten oder andere Leistungspositionen dürfen nur für die Behandlung des Patienten selbst für diesen verrechnet werden, wenn sie (auch in zeitlicher Hinsicht) zusätzlich zur Fremdanamnese erfolgen. Die ausführliche Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 351 oder 35316 verrechenbar.
35316	Gespräch mit den Eltern des/der Minderjährigen in der Ordination je vollendete 15 Minuten Gesprächszeit	3,50	P	32	Die Pos. darf nur mit dem Behandlungsfall des Patienten verrechnet (also dafür kein Behandlungsfall für die Bezugsperson abgerechnet) werden. Ordinationen, Visiten oder andere Leistungspositionen dürfen nur für die Behandlung des Patienten selbst für diesen verrechnet werden, wenn sie (auch in zeitlicher Hinsicht) zusätzlich zum Elterngespräch erfolgen. Die Pos. unterliegt einer gemeinsamen Limitierung mit Pos. 35314

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
					(siehe dort). Die Position ist am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 35310, 35314, 35315, 3532, 3533, 3535E, 3536E und 3537 verrechenbar und mit einer Pos. 3535 oder 3536 nur, wenn das Elterngespräch zeitlich gesondert von der Intervention erfolgt(e).
3532	Zuschlag für den ergänzenden Einsatz (und die fachärztliche Auswertung) von standardisierten Checklisten und Scalen, die bei spezifischem Krankheitsverdacht zur Diagnostik, Therapieplanung und Verlaufskontrolle erforderlich sind	8,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal und insgesamt in maximal 25 % der Pauschalfälle*), sofern die Leistung zeitlich wie inhaltlich zusätzlich zur Untersuchung (Pos. 35310 bzw. 35314 bzw. 3533) erbracht wird. Das Limit wird für das 1. und 2. Vertragsquartal auf 50 % der Pauschalfälle angehoben. Die Ergebnisse sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3533	Aktualisierung von Statuserhebung und Gesamtbehandlungsplan Beinhaltet die Adaptierung/Ergänzung der in Pos. 35310 festgelegten Leistungsinhalte hinsichtlich relevanter Veränderungen und einer darauf aufbauenden Anpassung des Gesamtbehandlungsplanes	4,00	P	32	Die Position ist im selben Quartal nicht gemeinsam mit der Pos. 35310, 35314, 35316 verrechenbar. Verrechenbar pro Patient und Quartal höchstens 2mal, sowie pro Arzt und Quartal in höchstens 62 % der Pauschalfälle *). Die Position ist im 1. Vertragsquartal nicht verrechenbar. Das Limit wird für das 2. Vertragsquartal auf 20 % und das 3. und 4. Vertragsquartal auf 40 % der Pauschalfälle gesenkt**). Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 080, 085, 351, 352, 374 und 35315 verrechenbar. Verrechenbar (ausgenommen Ordinationen und Visiten) mit anderen Positionen nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird.
3534	Kinder- und jugendpsychiatrischer Koordinationszuschlag Die Position ist verrechenbar für persönliche (auch telefonische) sozialpsychiatrische Beratungen je volle 10 Minuten mit anderen Behandlern (insbesondere mitbehandelnde Ärzte, Psychotherapeut, klinischer Psychologe, Ergotherapeut), Institutionen (Krankenanstalten, betreute Wohn- bzw. pädagogische Einrichtungen und dergleichen), sowie mit Angehörigen (soweit es sich nicht um eine Fremdanamnese, die mit der Pos. 35315 zu verrechnen ist, bzw. um ein Elterngespräch, in der Ordination das mit der Pos. 35316 zu verrechnen ist, handelt).	18,50	€	32	Verrechenbar pro Arzt und Quartal in höchstens 100 % der Pauschalfälle. Eine gemeinsame Verrechnung mit der Pos. 35315 bzw. 35316 kommt nur in Betracht, wenn die Fremdanamnese bzw. das Elterngespräch persönlich erfolgt(e) und die Koordinationstätigkeit zeitlich gesondert mit einer anderen Person erfolgt. Findet im Quartal lediglich eine Koordinationstätigkeit statt, verrechnet der Vertragsarzt nach positiver Anspruchsprüfung mit der Ordinationskarte lediglich die Pos. 3534 auf einem Behandlungsfall ohne Grundvergütung (Scheinart 1 oder 2 mit Zusatzcode 00). Sollte zu einem späteren Zeitpunkt der Patient doch noch in die Ordination kommen, wird nach e-card-Anspruchsprüfung der entsprechende Behandlungsfall abgebucht, der Behandlungsfall ohne Grundvergütung storniert und die Pos. 3534 auf den neuen Behandlungsfall übertragen. Der Behandlungsverlauf und alle Interventionen bzw. Beratungen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3535	Kinder- und jugendpsychiatrische Intervention (mindestens 25 Minuten)	5,60	P	32	Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 351, 374 bis 379, 35310, 3535E, 3536 und 3536E verrechenbar; mit anderen Positionen nur, wenn deren Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird. Bei einer parallel laufenden Psychotherapie (z.B. bei einem Psychotherapeuten) sind pro Patient und Quartal von den Positionen 3535, 3535E, 3536, 3536E insgesamt höchstens 6 pro Patient und Quartal verrechenbar. Alle Interventionen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
3535E	Kinder-und Jugendpsychiatrische Intervention unter Beiziehung zumindest eines Elternteils (Behandlungsdauer mindestens 25 Minuten)	6,40	P	32	Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 351, 374 - 379, 35310, 35316, 3535, 3536, 3536E verrechenbar; mit anderen Positionen nur, wenn deren Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird. Bei einer parallel laufenden Psychotherapie (zB bei einem Psychotherapeuten) sind pro Patient und Quartal von den Positionen 3535, 3535E, 3536, 3536E insgesamt höchstens 6 pro Patient und Quartal verrechenbar. Zur Dokumentation s. Pos 3535.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
3536	Kinder- und jugendpsychiatrische Intervention (mindestens 50 Minuten)	9,00	P	32	Es gelten die Bestimmungen zu Pos. 3535 entsprechend.
3536E	Kinder- und Jugendpsychiatrische Intervention unter Beiziehung zumindest eines Elternteils (Behandlungsdauer mindestens 50 Minuten)	11,00	P	32	Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 351, 374 - 379, 35310, 35316, 3535, 3535E, 3536 verrechenbar; mit anderen Positionen nur, wenn deren Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird. Bei einer parallel laufenden Psychotherapie (zB bei einem Psychotherapeuten) sind pro Patient und Quartal von den Positionen 3535, 3535E, 3536, 3536E insgesamt höchstens 6 pro Patient und Quartal verrechenbar. Zur Dokumentation s. Pos 3535.
3537	Kinder- und jugendpsychiatrische Interaktionsdiagnostik (inkl. Video) Diagnostik von Interaktions- und Verhaltensauffälligkeiten zwischen einem Kind und dessen Bezugsperson(en) mittels Video, inkl. Auswertung und ausführlicher Dokumentation von Befund und therapeutischen Konsequenzen (Interventionen)	20,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal und pro Arzt und Quartal höchstens in 2 % der Pauschalfälle (degressives Limit*). Am selben Tag nicht gemeinsam mit Pos. 374 bis 379, 35310, 35314, 35315, 35316, 3532, 3535, 3535E, 3536, 3536E sowie Gruppentherapien verrechenbar.
3538	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) Gemeinsame Sitzung mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (allenfalls sonstigen Bezugspersonen), Lehrern, Erziehern, Ausbildern, anderen Behandlern (z.B. Psychotherapeuten, Ergotherapeuten), Sozialarbeitern, wenn eine bloße Koordinationstätigkeit (Pos. 3534) nicht ausreichend ist.	18,00	P	32	Verrechenbar 1mal pro Patient und Tag und pro Arzt und Quartal höchstens in 10 % der Pauschalfälle (degressives Limit*). Für diese Konferenz darf (dürfen) – ausgenommen Pos. 050 und allfällige Wegegebühren (Pos. 018) – keine weitere(n) Leistungen (auch keine Pos. 3534, 35315 oder 35316) verrechnet werden.
3539	Kinder- und jugendpsychiatrische Kleingruppe (45 Minuten), 3 Kinder bzw. Jugendliche	3,20	P	32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; die Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 gelten entsprechend. Die Gruppentherapien sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Für jedes Quartal ist eine gesonderte Auflistung der durchgeführten Gruppentherapien mit Datum, Beginn und Ende der Sitzung, Namen und Versicherungsnummern der teilnehmenden Patienten sowie zuständiger Versicherungsträger vorzulegen (mit vereinbartem Formblatt). Für größere Gruppen können die Pos. 38804 bis 38913 entsprechend verrechnet werden.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
356	Blutentnahme bei Kindern unter sechs Jahren	0,50	P	30	Diese Position ist neben der Pos. 132 verrechenbar.

Allgemeines:

Die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind verpflichtet, **wöchentlich für mindestens 30 Behandlungsstunden** für Anspruchsberechtigte zur Verfügung zu stehen, wovon **mindestens 9 Stunden als offizielle Ordinationszeiten** vereinbart werden (Erreichbarkeit für Versicherte ohne fixen Behandlungstermin).

Neurologie und Psychiatrie (LA 08)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
361	Kompletter neurologischer Status mit Dokumentation	3,10	P	19,20 32	Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie in höchstens 35 % und von Fachärzten für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in höchstens 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Pro Patient 1mal im Quartal verrechenbar. Diese Pos. darf nicht gleichzeitig mit der Pos. 362 verrechnet werden. Der Vertragsarzt hat den vereinbarten Mindestumfang der Untersuchungen zu erbringen, die Dokumentation mindestens 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK-Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 352 verrechenbar.
362	Prüfung der Sensibilität mit Anlegen eines Schemas	1,60	P	18,19 20	Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie in höchstens 45 % und von Fachärzten für Psychiatrie in höchstens 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Von Fachärzten für Neurochirurgie in 20 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** verrechenbar. Diese Position darf nicht gleichzeitig mit der Pos. 361 verrechnet werden.
363	Binokulares Sehen und Fundusuntersuchung (bei Verdacht auf Okulomotoriuslähmung und/oder Stauungspapille)	1,00	P	03,18 19	Limit für Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Augenheilkunde: 15 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Für Fachärzte für Neurochirurgie: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)** Am selben Tag nicht gleichzeitig mit der Pos. 157 verrechnet werden.
365	Elektroencephalogramm mit Befundaufzeichnung	7,85	P	19	Verrechenbar pro Arzt und Quartal in höchstens 34 % der Pauschalfälle ***)**.
366	Elektromyo/neurographie	7,00	P	19	Bei Zuweisungen durch Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie können neben der Pos. 366 weder die Fallpauschale noch Einzelleistungen verrechnet werden
371	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung	3,10	P	08,19	Verrechenbar von Kinderfachärzten nur mit dem Additivfach Kinderneuropsychiatrie. 1mal pro Behandlungsfall u. Quartal ohne chefärztl. Bewilligung verrechenbar. Der Status ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK-Salzburg auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Durchführung und Dokumentation umfasst folgende Beurteilungskriterien: 1. Bewußtseinslage, 2. Orientiertheit, 3. Merkfähigkeit und Konzentration, 4. spontaner Antrieb, 5. Stimmung, 6. Affektivität, 7. Denkvermögen sowie (grobe Orientierung hinsichtlich) 8. Biographie und 9. soziales Umfeld, wobei bei den Punkten 1 - 7 auch die allfällige Unauffälligkeit und zu den Punkten 8 - 9 gegebenenfalls zu dokumentieren ist, dass relevante pathogene Umstände nicht explorierbar waren. Die Pos. 371 ist mit den Pos. 375 bis 379 nur dann gemeinsam verrechenbar, wenn die Leistung gesondert (vor oder nach der Behandlungseinheit) erfolgt.
373	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugspersonen im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD9-WHO-Code 290-319)/neurologisch Kranken (ICD-WHO-Code 345,347,435,780.0,780.2,780.3) in der Dauer von im Allgemeinen 15 Minuten	2,50	P	08,19 20	Die ausführliche Fremdanamnese dient der Erhebung der Krankengeschichte von Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer Kommunikationsfähigkeit (der Patient kann das Ausmaß seiner Beschwerden und deren Folgeprobleme nicht selbst hinreichend schildern) schwer beeinträchtigt sind. Verrechenbar von FÄ für Kinderheilkunde nur mit Additivfach Kinderpsychiatrie sowie von Ärzten mit dem ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (Modul II) und Ärzte mit ÖÄK-Diplom Psychotherapeutische Medizin (Modul III). Die Pos. darf nur mit dem Behandlungsfall des Patienten verrechnet (also dafür kein Behandlungsfall für die Bezugsperson abgerechnet) werden. Ordinationen, Visiten oder andere Leistungspositionen dürfen nur für die Behandlung des Patienten selbst für diesen verrechnet werden, wenn sie (auch in zeitlicher Hinsicht) zusätzlich zur Fremdanamnese erfolgt. Die ausführliche Fremdanamnese ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Anforderung zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
374	Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn einer geplanten Psychotherapie (mindestens 50 Minuten)	8,50	P	08,19 20,32	Verrechenbar von Kinderärzten nur mit dem Additivfach Kinderneuropsychiatrie sowie von Ärzten, die über die Ärztekammer für Salzburg einen entsprechenden Ausbildungsnachweis vorlegen. Höchstens 3mal pro Erkrankungsfall verrechenbar. Nicht verrechenbar neben den Pos. 080, 085, 351, 371, 373 bis 379, sowie Visiten und Ordinationen. Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 3535E, 3536E, 381 bis 383, 386, 387 und im selben Quartal nicht gemeinsam mit der Pos. 384 verrechenbar. (Die Pos. 050 ist am gleichen Tag nur bei der ersten Sitzung des Behandlungsfalles – soferne nicht eine Pos. 049 zu verzeichnen ist – im weiteren Verlauf der Behandlung nur dann verrechenbar, wenn die Behandlung wegen einer anderen Erkrankung/Diagnose und gesondert <vor oder nach der Behandlungseinheit> erfolgt.)
375	Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psycho-pathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten (Dauer im Allgemeinen 15 Minuten)	2,00	P	19	Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie in höchstens 100 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Diese Position ist nicht verrechenbar gemeinsam mit den Pos. 080, 085, 351, 3535E, 3536E, 373 bis 379. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 383, 384, 386 und 387. Die Intervention ist zu dokumentieren. Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK-Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Ab der 11. Intervention ist die vorherige chefärztliche Genehmigung erforderlich.
376	Große Psychotherapeutische Einzelsitzung von mindestens 30 Minuten Dauer	5,00	P	20,30	Nur von Fachärzten für Psychiatrie verrechenbar. Von allen anderen Ärzten nur verrechenbar, wenn der ÖGK über die ÄKS ein entsprechender Ausbildungsnachweis vorgelegt wird. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 3535E, 3536E, 383, 384, 386 und 387. Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 376 bis 378 **°)**
377	Große Psychotherapeutische Einzelsitzung von mindestens 60 Minuten Dauer	8,50	P	20,30	Nur von Fachärzten für Psychiatrie verrechenbar. Von allen anderen Ärzten nur verrechenbar, wenn der ÖGK über die ÄKS ein entsprechender Ausbildungsnachweis vorgelegt wird. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 3535E, 3536E, 383, 384, 386 und 387. Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 376 bis 378 **°)**
378	Große Psychotherapeutische Gruppentherapie von mind. 90 Minuten Dauer pro Patient bei max. 8 Personen pro Person	1,80	P	20,30	Nur von Fachärzten für Psychiatrie verrechenbar. Von allen anderen Ärzten nur verrechenbar, wenn der ÖGK über die ÄKS ein entsprechender Ausbildungsnachweis vorgelegt wird. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 3535E, 3536E, 383, 384, 386 und 387 sowie Positionsgruppen 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915. Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 376 bis 378 **°)**
379	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention, mindestens 50 Minuten)	8,50	P	20,30	Nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar (ausführliche Begründung erforderlich) Nicht verrechenbar neben den Pos. 080, 085, 351, 3535E, 3536E, 373 bis 378. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 383, 384, 386 und 387.

°) Anmerkung zu Pos. 376 bis 378:

Festgehalten wird, dass eine Zuweisung zur Psychotherapie (Pos. 376 bis 378) innerhalb desselben Fachgebietes zulässig ist.
Dem Vertrags(fach)arzt, an den zugewiesen wurde, gebührt keine Grundvergütungs- und Ordinationshonorierung.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
381	Psychiatrischer Status bei psychischer Erkrankung	8,00	P	20	Verrechenbar 1mal pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 25 % der Pauschalfälle*). Für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 60 % der Pauschalfälle, das 2. Vertragsquartal auf 50 % und das 3. bis einschließlich 8. Vertragsquartal auf 30 % der Pauschalfälle angehoben. Beinhaltet die genaue Erhebung von Bewusstseinslage, Orientiertheit, Konzentration und Merkfähigkeit, Auffassung, Denken (formal und inhaltlich), Wahrnehmung, Stimmung, Affektivität, Psychomotorik, Vegetativum, Schlaf, Biorhythmen, Suizidalität, grobe Orientierung hinsichtlich des sozialen Umfeldes; weiters Syndromerfassung (Querschnittsdiagnose); Erfassung bestehender Strategien und Therapien (unter Berücksichtigung der Gewichtung durch den Patienten) und deren Auswirkung auf den Gesamtzustand des Patienten. Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 080, 085, 351, 373, 374 und 382 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. 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 oder fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Der psychiatrische Status ist zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
382	Neudurchführung eines psychiatrischen Status wegen plötzlicher Zustandsänderung und medikamentöser Neueinstellung/Umstellung	3,74	P	20	Verrechenbar pro Patient und Quartal höchstens 2mal, sowie pro Arzt und Quartal in höchstens 70 % der Pauschalfälle*). Das Limit wird für das 1. und 2. Vertragsquartal auf 15 % und das 3. bis einschließlich 8. Vertragsquartal auf 55 % der Pauschalfälle gesenkt. **) Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit den Pos. 080, 085, 351, 373, 374 und 381 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Die Position beinhaltet sonst dieselben Leistungsinhalte und Dokumentationspflichten wie Pos. 381.
383	Psychiatrischer Längsschnitt	10,00	P	20	Verrechenbar 1mal pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 25 % der Pauschalfälle*). Für das 1. und 2. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 40 % und für das 3. und 4. Vertragsquartal auf 30 % der Pauschalfälle angehoben. **) Die Position beinhaltet die Erfassung des Lebenslaufes des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kindheits- und Jugendjahre, der Familienverhältnisse und allfälliger psychiatrischer Störungen (früher und jetzt); der bisherigen Therapie, und die Erstellung einer Längsschnittdiagnose. Am gleichen Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 080, 085, 351, 373 bis 379, 386, 387; mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. 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 fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Dokumentation wie Pos. 381

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
384	Erstellung eines psychiatrischen Behandlungsplanes	2,30	P	20	Verrechenbar vor Beginn einer Therapie, 1mal pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 25 % der Pauschalfälle*). Für das 1. und 2. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 40 % und für das 3. und 4. Vertragsquartal auf 30 % der Pauschalfälle angehoben. **) Die Position umfasst die Erstellung des Behandlungskonzeptes anhand des Quer- und Längsschnittes im Hinblick auf biologische, psychologische und soziale Behandlungsindikationen unter Berücksichtigung der gegebenen oder herzustellenden Motivation des Patienten und dessen Umfeldes, einschließlich einer Kontaktaufnahme mit dem/der weiterbehandelnden Arzt/Behandlungseinrichtung. Die Position beinhaltet allenfalls auch die Leistungen der Pos. 373 und 374 (diese sind daher nicht zusätzlich verrechenbar). Am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080, 085, 351, 375 bis 379, 386, 387 verrechenbar; mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. 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 oder fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Dokumentation wie Pos. 381
385	Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag	18,50	€	20	Verrechenbar pro Arzt und Quartal in höchstens 75 % der Pauschalfälle. Die Position ist verrechenbar für persönliche (auch telefonische) sozialpsychiatrische Beratungen (im Allgemeinen in der Dauer von ca. 10 Min.) mit anderen Behandlern (insbesondere Hausarzt, Psychotherapeut, klinischer Psychologe), Institutionen (Krankenanstalten, betreute Wohn- und Arbeitsrehabilitationseinrichtungen und dergleichen), die an der Behandlung beteiligt sind, sowie mit Angehörigen (soweit es sich nicht um eine Fremdanamnese, die mit der Pos. 373 zu verrechnen ist, handelt). Findet im Quartal lediglich eine Koordinationstätigkeit statt, verrechnet der Vertragsarzt nach positiver Anspruchsprüfung mit der Ordinationskarte lediglich die Pos. 385 auf einem Behandlungsfall ohne Grundvergütung (Scheinart 1 oder 2 mit Zusatzcode 00). Sollte zu einem späteren Zeitpunkt der Patient doch noch in die Ordination kommen, wird nach e-card-Anspruchsprüfung der entsprechende Behandlungsfall abgebucht, der Behandlungsfall ohne Grundvergütung storniert und die Pos. 385 auf den neuen Behandlungsfall übertragen. Der Behandlungsverlauf und alle Interventionen bzw. Beratungen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
386	Ausführliche psychiatrische Intervention (mind. 25 Minuten)	5,60	P	20	Am selben Tag nicht mit Pos. 080, 085, 374 bis 379, 383, 384 und 387 verrechenbar, mit anderen Positionen nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Bei einer parallel laufenden Psychotherapie (z.B. bei Psychotherapeuten) höchstens 3mal Pos. 386 und 3mal Pos. 387 (anstelle der Pos. 387 3 weitere Pos. 386, insgesamt sohin höchstens 6mal Pos. 386) pro Patient und Quartal verrechenbar. Alle Interventionen sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
387	Ausführliche psychiatrische Intervention (mind. 50 Minuten)	9,00	P	20	Es gelten die Bestimmungen zu Pos. 386 entsprechend.
388	Psychiatrische Kurzintervention, auch telefonisch mindestens 15 Minuten (telefonisch inkl. Dokumentation)	3,30	P	20	Verrechenbar maximal zweimal pro Patient und Tag sowie in höchstens 86% der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 080, 085, 374 bis 378, 381, 383, 384, 386 und 387.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
38804	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), kleine Gruppe (mind. 4, max. 8 Patienten), 4 Teilnehmer, pro Patient	2,35	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Die Gruppentherapien sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Für jedes Quartal ist eine gesonderte Auflistung der durchgeführten Gruppentherapien mit Datum, Beginn und Ende der Sitzung, Namen und Versicherungsnummern der teilnehmenden Patienten sowie zuständiger Versicherungsträger vorzulegen (mit vereinbartem Formblatt).
38805	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), kleine Gruppe (mind. 4, max. 8 Patienten), 5 Teilnehmer, pro Patient	2,00	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38804 entsprechend.
38806	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), kleine Gruppe (mind. 4, max. 8 Patienten), 6 Teilnehmer, pro Patient	1,75	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38804 entsprechend.
38807	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), kleine Gruppe (mind. 4, max. 8 Patienten), 7 Teilnehmer, pro Patient	1,55	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38804 entsprechend.
38808	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), kleine Gruppe (mind. 4, max. 8 Patienten), 8 Teilnehmer, pro Patient	1,40	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38804 entsprechend.
38909	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 9 Teilnehmer, pro Patient	1,94	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Die Gruppentherapien sind zu dokumentieren, die Dokumentation zumindest 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Für jedes Quartal ist eine gesonderte Auflistung der durchgeführten Gruppentherapien mit Datum, Beginn und Ende der Sitzung, Namen und Versicherungsnummern der teilnehmenden Patienten sowie Name des beigezogenen Therapeuten bzw. Arztes vorzulegen (mit vereinbartem Formblatt).
38910	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 10 Teilnehmer, pro Patient	1,76	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
38911	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 11 Teilnehmer, pro Patient	1,62	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
38912	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 12 Teilnehmer, pro Patient	1,52	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
38913	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines	1,43	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)**

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
	psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 13 Teilnehmer, pro Patient				Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
38914	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 14 Teilnehmer, pro Patient	1,35	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
38915	Psychiatrische Gruppentherapie (50 Minuten), große Gruppe (mind. 9, max. 15 Patienten unter Beiziehung eines zusätzlichen Psychotherapeuten bzw. eines psychotherapeutisch ausgebildeten Arztes, der für diese Mitwirkung vom Psychiater zu honorieren ist und für die Sitzung selbst nichts verrechnen darf), 15 Teilnehmer, pro Patient	1,28	P	20,32	Verrechenbar pro Patient maximal 2mal pro Tag; siehe Limitierungsregelung gemäß Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 **°)** Weiters gelten die Bestimmungen zu Pos. 38909 entsprechend.
390	Koordinationstreffen (Helferkonferenz) unter Beiziehung von zumindest zwei behandlungsrelevanten Akteuren (etwa Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut, Pflegekraft, Betreuer für Wohnen bzw. Arbeit), nicht aber für die Beiziehung familiärer Bezugspersonen, wenn eine bloße Koordinationstätigkeit (Pos. 385) nicht ausreichend ist	18,00	P	20	Verrechenbar 1mal pro Patient und Tag und pro Arzt und Quartal höchstens in 2 % der Pauschalfälle. Für diese Konferenz darf (dürfen) – ausgenommen Pos. 050 und allfällige Wegegebühren (Pos. 018) – keine weitere(n) Leistungen verrechnet werden.

°) Anmerkung zu den Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 – Limitierungsregelung

1. Für die Pos. 38804 bis 38808 und 38909 bis 38915 erfolgt eine Limitierung insoweit, als für diese Position insgesamt pro Pauschalfall und Quartal 6 Punkte mit dem vollen Punktwert und die darüber liegenden Punkte nur mit dem halben Punktwert honoriert werden.
   Beispiel:
   Auf die oben angeführten Positionen entfallen insgesamt 1.290 Punkte, der Arzt rechnet 190 Pauschalfälle ab. Der Arzt erhält 1.140 Punkte voll honoriert (190 x 6), 150 Punkte zur Hälfte.
2. Nehmen an der Gruppensitzung auch Patienten anderer Kostenträger teil (z.B. SVS, BVAEB) oder auch Privatpatienten, ist bei der Verzeichnung der oben angeführten Positionen deren Zahl zu berücksichtigen.

   Beispiel:
   8 Patienten, davon 2 von anderen Kostenträgern:
   Es ist bei den 6 Patienten, deren Leistungen über die ÖGK abgerechnet werden, die Pos. 38808 (weil 8 Teilnehmer) zu verzeichnen. Für die beiden anderen Patienten sind die Leistungen mit deren Kostenträger (bei Privatpatienten privat) zu verrechnen.

Allgemeines:

Die Vertragsfachärzte für Psychiatrie sind verpflichtet, **wöchentlich für mindestens 30 Behandlungsstunden** für Anspruchsberechtigte zur Verfügung zu stehen, wovon **mindestens 9 Stunden als offizielle Ordinationszeiten** vereinbart werden (Erreichbarkeit für Versicherte ohne fixen Behandlungsplan).

Orthopädie (LA 09)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
391	Prov. Frakturversorgung der langen Röhrenknochen (Oberarm, Oberschenkel, Unterschenkel) einschließlich Transportgips	4,00	P	30	
394	Anlegen eines großen Gipsverbandes (Brust, Becken, Korsett)	6,00	P	30	
396	Gipshülse oder Gipsverband an Extremitäten mit Ausnahme von Fingern oder Zehen	5,00	P	30	nicht verrechenbar bei späterem Gipsabschluss oder bei Gipskorrektur nicht gemeinsam mit den Pos. 2202, 2205, 2231, 2233 und 2257 verrechenbar
397	Redressement einer Fuß- oder Handdeformität ohne Verband	1,00	P	30	nicht gemeinsam mit den Pos. 2205 und 2233 verrechenbar
406	Einlagenmodell mit nachfolgender Kontrolle der Einlagen (pro Patient)	1,50	P	12	
407	Untersuchung unter Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens mit Erstellung eines (neuen) oder Adaptierung des bestehenden Therapieplanes	1,7	P	12	Verrechenbar 1x pro Patient und Quartal sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 30% der Pauschalfälle. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten), wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Das Untersuchungsergebnis und das Therapie-konzept sind zu dokumentieren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen
408	Anleitung und Demonstration gymnastischer Übungen durch den Arzt	2,1	P	12, 13, 18	Verrechenbar 1x pro Patient und Quartal in höchstens 20% der Pauschalfälle.

Urologie (LA 11)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
411	Katheterismus beim Mann	0,60	P	30	
412	Katheterismus bei der Frau	0,40	P	30	
413	Harnröhrenbougierung	1,00	P	16	Limit: 40 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
4141	Zystoskopie inkl. Urethroskopie und allenfalls notwendiger Probeexcision beim Mann	10,00	P	16	am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 4142 und 4143 verrechenbar
4142	Zystoskopie inkl. allenfalls notwendiger Probeexcision	6,10	P	16	am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 4141 verrechenbar
4143	Urethroskopie	3,90	P	16	am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 4141 verrechenbar
415	Steinezertrümmerung (Lithotrypsie)	6,00	P	16	Nicht gleichzeitig mit Pos. 2630 verrechenbar.
417	Blaseninstillation mit Zytostatika	1,60	P	16	
418	Evakuation einer Blasentamponade	5,20	P	16	nicht für das Legen eines Blasenkatheters verrechenbar
420	Elektrokoagulation eines Papilloms	6,00	P	16	
425	Uroflowmetrie einschl. Registrierung	2,40	P	16	Limit: 20 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
430	Keimzahlbestimmung im Harn	1,50	P	30	Limit: 30 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**

V. *OPERATIONSGRUPPENKATALOG (LG 15)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

Alle Operationstarife beinhalten die Anästhesie sowie außerdem die erforderlichen Materialien (OP- und Verbandsmaterial, soferne dieses von der Kasse zur Verfügung gestellt wird).

Abkürzungen:
CHA = Chefarztbewilligung erforderlich
H = Beilage des histologischen Befundes mit Größenangabe erforderlich
Die Kasse kann darüber hinaus von einzelnen Vertragsärzten für künftige Abrechnungszeiträume verlangen, auch für folgende Operationspositionen solche Befunde vorzulegen (und im Falle der Nichtvorlage die Honorierung der Operationsleistung verweigern): Pos. 2227 (soferne nicht bereits generell verpflichtend), 2401, 2625.
= ein Operationsfeld ist: Kopf, Hals-Nacken, Oberarm, Unterarm, Hand, Schulter, Brust, Rücken, Bauch, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß. Das Operationsfeld ist im Diagnosefeld des Abrechnungsdatensatzes anzugeben.

Hinweis:
Positionen, deren ausdrücklicher Bestandteil auch die Naht ist (z.B. Pos. 2209, 2302, 2303, 2306), dürfen ohne Naht nicht verrechnet werden.

Nicht gesondert geregelte Operationen (LA 01)

Bei nicht in der Honorarordnung gesondert geregelten Operationen, die in der Ordination erbracht werden, können im Einvernehmen mit der ÖGK-Salzburg (chefärztliche Bewilligung) verrechnet werden:

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2001	Operativer Eingriff – OP Gruppe I	57,04	€	30	chefärztliche Bewilligung erforderlich
2002	Operativer Eingriff – OP Gruppe II	103,74	€	30	chefärztliche Bewilligung erforderlich
2003	Operativer Eingriff – OP Gruppe III	176,34	€	30	chefärztliche Bewilligung erforderlich
2004	Operativer Eingriff – OP Gruppe IV	259,15	€	30	chefärztliche Bewilligung erforderlich
2005	Operativer Eingriff – OP Gruppe V	413,45	€	30	chefärztliche Bewilligung erforderlich

Augenheilkunde / OP-Gruppe I (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2100	Incision bei Dakrocystitis	57,04	€	03	
2101	Operative Entfernung kleiner Geschwülste an den Lidern	57,04	€	01,03	
2102	Operation des Chalazions	57,04	€	03	
2103	Kleiner operativer Eingriff am Auge	57,04	€	03	
2104	Elektrokoagulation v. Geschwülsten	57,04	€	03	nicht verrechenbar bei kosmetischer Indikation
2105	Kanthoplastik mit Naht	57,04	€	03	
2106	Erste retrobulbäre Injektion	57,04	€	03	
2107	jede weitere retrobulbäre Injektion	28,52	€	03	(= Hälfte des Wertes der Pos. 2106)
2108	Elektrische Wimpernepilation	57,04	€	03	verrechenbar 1mal pro Patient und Quartal

Augenheilkunde / OP-Gruppe II (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2125	Einfache Operation am Tränenröhrchen	103,74	€	03	
2126	Entfernung von Corneal- und Corneaskleralnähten (nach Cataract-OP, Verletzungen od. refraktiver Chirurgie)	103,74	€	03	
2127	Tarsorhaphie	103,74	€	03	
2128	Spaltung von Strikturen in Tränenwegen	103,74	€	03	
2129	Epicanthusoperation pro Seite	103,74	€	03	
2130	Operation des Pterygiums	103,74	€	03	
2131	Abrasio corneae	103,74	€	03	
2132	Keilexcision eines Lides	103,74	€	03	
2133	Narbenkorrektur nach Schieloperation	103,74	€	03	
2134	Blepharochalasisoperation am Auge	103,74	€	03, 04/PC	CHA

Augenheilkunde / OP-Gruppe III (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2155	Pingueculaentfernung mit plast. Deckung	176,34	€	03	
2156	Operation am Tränensack oder der Tränendrüse	176,34	€	03	
2157	Skleral- und/oder Cornealnaht	176,34	€	03	
2158	Trichiasisoperation	176,34	€	03	

Augenheilkunde / OP-Gruppe IV (LA 05)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2180	Blepharochalasisoperation beide Augen	259,15	€	03, 04/PC	CHA
2181	Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	259,15	€	03	

Augenheilkunde / OP-Gruppe V (LA 06)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2190	Iridotomie mit YAG-Laser	413,45	€	03	Die ersten 22 Behandlungen pro Arzt und Quartal werden zum vollen Tarif, die 23. bis 44. Behandlung zum halben Tarif und jede weitere Behandlung zum Viertel des Tarifs honoriert. Wurden in einem Kalenderjahr in einzelnen Quartalen die Staffelgrenzen überschritten, in anderen aber nicht, erfolgt ein Jahresausgleich der insgesamt abgerechneten Behandlungen auf insgesamt maximal 88 voll und weitere maximal 88 halb honorierte Behandlungen pro Jahr (Nachzahlung der Differenz).“ Diese Staffelung gilt auch für Gruppenpraxen; dafür wird der YAG-Laser vom Synergieabschlag nicht belastet, es sei denn, eine Gruppenpraxis, die mehrere Standorte versorgt, schafft sich (ein) weitere(s) Gerät(e) an (in diesem Fall erfolgt die Staffelung je Standort). Die Position ist je Auge verrechenbar.
2191	SLT-Laser (selektive Lasertrabekulotomie beider Augen)	413,45	€	03	Die ersten 22 Behandlungen pro Arzt und Quartal sind bewilligungsfrei. Danach nur mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung verrechenbar.

Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe I (LA 07)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2200	Wundversorgung inkl. Excision und Naht f. Wunden kleiner-gleich 5 cm	57,04	€	01,08 12,CF	Eine Wundversorgung ohne Naht (z.B. Schürfwunde, Versorgung mit Butterfly, Steristrip, Wundreinigung) ist nicht mit dieser Position verrechenbar
2201	Einrichtung und erster Verband (inkl. eventueller Gipsverband) von Luxationen kleiner Gelenke (Finger, Zehen) inkl. Gipsabschluss	57,04	€	01,04 08,12 15	
2202	Unblutige Einrichtung und erster Verband (inkl. eventueller Gipsverband, auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen (End- u. Mittelphalangen der Finger und Zehen, Patella, Unterkiefer, Jochbein, Nasenbein) inkl. Gipsabschluss	57,04	€	01,04 08,12 15	nicht gemeinsam mit Pos. 396 verrechenbar
2203	Modellverband: Hand oder Fuß, Hand und Unterarm, Fuß und Unterschenkel, Unter- und Oberarm	57,04	€	04,12 15	pro Sitzung und Region nur 1mal verrechenbar
2204	Modellverband: Oberschenkel (1,5 fach)	57,04	€	04,12 15	
2205	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung mit Redressement und (Gips-) verband bis zum 6. Lebensmonat	57,04	€	12	nicht gemeinsam mit Pos. 396, 397 verrechenbar
2207	Operative Behandlung einer Paronychie	57,04	€	01,08 12,CF	
2208	Incision eines Panaritium subcutaneum	57,04	€	01,08 12,CF	
2209	Probeexcision mit Naht pro Operationsfeld #	57,04	€	01,08 12,CF	H
2210	Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	57,04	€	01,08 12,CF	
2211	Incision eines Abszesses	57,04	€	01,04 05,06 08,09 12,CF 16	
2212	Extraktion von 1-2 Nägeln in LA	57,04	€	01,05 08,12 CF	
2213	Incision einer Perianalthrombose	57,04	€	01,04 05,08 12	

Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe II (LA 08)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2225	Subcutane Tenotomie	103,74	€	04,12 15	
2226	Wundversorgung inkl. Excision und Naht größer als 5 cm	103,74	€	01,08 12,CF	Eine Wundversorgung ohne Naht (z.B. Schürfwunde, Versorgung mit Butterfly, Steristrip, Wundreinigung) ist nicht mit dieser Position verrechenbar
2227	Technisch einfache Operation mit Naht von Clavus, Lipom, Fibrom, Atherom, Schloffertumor, Epulis, Ganglion, Hygrom, Angiom (H), Epitheliome (H), einzelner Lymphknoten (H), sowie einzelnen Varixknoten pro Operationsfeld #	103,74	€	01,05 08,12 16,CF	
2228	Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht pro Operationsfeld #	103,74	€	01,05 08,12 CF	
2229	Radikaloperation eines unguis incarnatus	103,74	€	01,05 08,12 CF	
2230	Unblutige Einrichtung und erster Verband (inkl. eventueller Gipsverband) der Schulterluxation	103,74	€	01,04 08,12 15	
2231	Unblutige Einrichtung und erster Verband (inkl. eventueller Gipsverband) bei Fraktur kleiner Knochen (Mittelfuß, Mittelhand, Schlüsselbein, Schulterblatt, Finger, Zehengrundphalangenbrüche) inkl. Gipsabschluss	103,74	€	01,04 08,12 15	nicht gemeinsam mit Pos. 396 verrechenbar
2232	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftluxation oder Hüftdysplasie bei Kindern bis zum 6. Lebensmonat inkl. eventuellem Gipsverband	103,74	€	12	Behandlungspauschale pro Quartal
2233	Behandlung einer angeborenen Fuß- oder Handdeformität durch Stellungsänderung mit Redressement und (Gips-)verband bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat	103,74	€	12	nicht gemeinsam mit Pos. 396, 397 verrechenbar
2234	Plastische Narbenkorrektur und Sekundärnähte 3 bis 10 cm Länge	103,74	€	01,05 08,12 CF	
2235	offene Tenotomie	103,74	€	01,08 12,15	
2236	Entfernung eines Drahtes, Nagels nach Knochennagelung oder Spickung	103,74	€	01,04 08,12 15	
2237	Extraktion von mehr als 2 Finger- und/oder Zehennägeln	103,74	€	01,05 08,12 CF	

Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie / OP-Gruppe III (LA 09)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2255	Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenologisch lokalisierter Fremdkörper	176,34	€	01,04 08,12 15	
2256	Reposition der Schulterlux., Hüftlux., Ellbogen u. Kniegelenkslux. In Allgemeinnarkose	176,34	€	01,04 08,12 15	
2257	Unblutige Einrichtung und erster Verband (inkl. erster Gipsverband) bei Fraktur großer Röhrenknochen inkl. Gipsabschluss	176,34	€	01,04 08,12 15	nicht gemeinsam mit Pos. 396 verrechenbar
2258	Funktionelle Behandlung einer angeborenen Hüftlux. oder Hüftdysplasie bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat inkl. eventuellem Gipsverband	176,34	€	12	Behandlungspauschale pro Quartal
2259	Plastische Narbenkorrektur und Sekundärnähte über 10 cm Länge	176,34	€	01,08 12,CF	
2260	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke, Arthrodese	176,34	€	04,12 15	
2261	Amputation oder Enucleation einer Phalanx, Hammerzehenoperation	176,34	€	04,12 15	
2262	Entfernung von kleinem Osteosynthesematerial mit Incision und Naht	176,34	€	01,04 08,12 15	
2263	Bülau'sche Heberdrainage	176,34	€	01,04 08,12 15	
2264	Operation kleiner Exostosen an Fingern und/oder Zehen pro Sitzung	176,34	€	01,08 12,CF	

Dermatologie / OP-Gruppe I (LA 10)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2300	Elektrotomie ausgedehnter flächenhafter Hauttumoren pro Operationsfeld #	57,04	€	04,05 08KC 09	nur verrechenbar bei mehr als 10 Läsionen pro Operationsfeld
2301	Stanzung oder chir. Behandlung der Akne conglobota pro Operationsfeld #	57,04	€	04,05 08KC 09	
2302	Excision kleiner benigner Hauttumoren (nicht: Naevuszell-naevi) mit Naht pro Operationsfeld #	57,04	€	01,04 05,06 08,09 16	H nicht verrechenbar bei kosmetischer Indikation Hinweis: Für die Excision von 4 oder mehr kleinen benignen Hauttumoren bzw. eines benignen Hauttumors über 3 cm siehe Pos. 2327.
2303	Excision kleiner Risikozellnaevi mit Naht pro Operationsfeld #	57,04	€	04,05 08KC	H nur verrechenbar bei hochgradig atypischen bzw. dysplasti-schen oder behindernden bzw. irritierenden Naevi Hinweis: Für die Excision von 4 oder mehr kleinen Risikozell-naevi bzw. eines Risikozellnaevus über 3 cm siehe Pos. 2328
2305	Entfernung von Mollusca contagiosa pro Operationsfeld #	57,04	€	01,04 05,06 08,09 16	
2306	Probeexcision mit Naht pro Operationsfeld #	57,04	€	01,04 05,06 08,09 16	H
2307	Dermoabrasio bis 5 cm²	57,04	€	04,05 08KC 09	nur mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung verrechenbar
2308	Proktoskopie mit Verödung von Hämorrhoidalknoten	57,04	€	04,05	1mal pro Sitzung und max. 3mal pro Quartal verrechenbar

Dermatologie / OP-Gruppe II (LA 11)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2325	Excision eines Basalioms mit Naht	103,74	€	04,05 08KC 09	H
2326	Excision eines malignen Hauttumors mit Naht (z.B. Spinaliom, Keratoakanthom, Melanom, etc.)	103,74	€	04,05 08KC 09	H
2327	Excision benigner Hauttumoren (nicht: Naevuszellnaevi) über 3 cm mit Naht pro Operationsfeld # oder 4-6 benigner Hauttumoren (nicht: Naevuszellnaevi) unter 3 cm mit Naht	103,74	€	01,04 05,06 08,09 16	H nicht verrechenbar bei kosmetischer Indikation Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 2327 und 2328 **°)**
2328	Excision eines Risikozellnaevus über 3 cm mit Naht pro Operationsfeld # oder 4-6 Risikozellnaevi unter 3 cm	103,74	€	04,05 08KC	H nur verrechenbar bei hochgradig atypischen bzw. dysplastischen oder behindernden bzw. irritierenden Naevi Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 2327 und 2328 **°)**
2329	Extraktion von mehr als 2 Nägeln	103,74	€	01,04 05,08	
2330	Dermoabrasio über 5 cm²	103,74	€	04,05 08KC 09	nur mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung verrechenbar
2331	Rektoskopie bzw. Proktoskopie mit Gummibandligatur von Hämorrhoidalknoten inkl. Nachkontrolle	103,74	€	04,05	1mal pro Quartal verrechenbar; in der selben Sitzung nicht gemeinsam mit Pos. 303 verrechenbar. Für die Verödung ist die Pos. 2308 zu verrechnen.

°) Einvernehmliche Positionsauslegung der ÄKS und ÖGK zu den Positionen 2327 und 2328:

Für die Positionszuordnung ist die ex-post-Beurteilung im histologischen Befund ausschlaggebend. Bei einer **Tumor**größe von größer/gleich 1,4 cm am fixierten Histologischen Präparat kommt die Pos. 2327 bzw. 2328 zur Abrechnung, andernfalls gelangt lediglich die Pos. 2302 bzw. 2303 zur Verrechnung.

Dermatologie / OP-Gruppe III (LA 12)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2355	Excision von Tumoren mit Verschiebe-/Rotations-/Z- oder Nah-Lappenplastik	176,34	€	04,05	H
2356	Lasertherapie angiomatöser Tumoren	176,34	€	05	Behandlungspauschale pro Quartal (Ästhetisch-kosmetische Anwendungen der Lasertherapie sind keine Kassenleistung!) Nur mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung verrechenbar.

Gynäkologie / OP-Gruppe I (LA 13)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2400	Incision eines Bartholinischen Abszesses, einfache vag. Incision	57,04	€	01,04 05,06 08	
2401	Abtragung eines Cervicalpolypen oder Granulationspolypen vom Scheidenstumpf	57,04	€	06	nicht für Lapisierung verrechenbar
2402	Chirurgisch-elektro-therap. Maßnahmen an Portio und Cervix	57,04	€	01,06 08	verrechenbar in 3 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal (in weiteren 3 % zum halben Tarif)
2403	Durchtrennung und Entfernung eines Shirodkar-Bandes	57,04	€	06	
2404	Exstirpation kleinerer Geschwülste der Vagina und Vulva in LA	57,04	€	01,04 05,06	H
2405	Probeexcision aus der Portio und Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	57,04	€	01,06	H 1mal pro Sitzung verrechenbar

Gynäkologie / OP-Gruppe II (LA 14)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2426	Manualhilfe bei Steißlage oder Reposition der Nabelschnur oder vorgefallene Kindesteile im Rahmen einer Hausgeburt	103,74	€	01,06 08	
2428	Exstirpation einer Bartholinischen Drüse	103,74	€	01,04 05,06 08	
2429	Episiotomie od. Versorgung eines Dammrisses I u. II Grades oder Cervixrisses im Rahmen einer Hausgeburt	103,74	€	01,04 06,08	
2430	Zangenentbindung im Rahmen einer Hausgeburt	103,74	€	06	

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde / OP-Gruppe I (LA 15)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2500	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2501	Abtragung von Ohrpolypen	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2502	Einfache Paracentese mit Absaugung	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2503	Incision eines Gehörgangfurunkels	57,04	€	01,08 09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2504	Blockade von Gesichtsnerven	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2505	Probeexcision aus Nase oder Rachen (mit Naht)	57,04	€	09	H nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2506	Reposition einer unkomplizierten Nasenbeinfrakt.	57,04	€	01,04 08,09 15	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2507	Entfernung eines Paukenröhrchens	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2508	Punktion eines Seroms, Hämatoms oder von Cysten im HNO-Bereich	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2509	Durchtrennung von Synechien im Nasenbereich	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2510	Vordere Nasentamponade	57,04	€	01,08 09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2511	Incision eines Peritonsillarabszesses	57,04	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde / OP-Gruppe II (LA 16)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2525	Hintere Nasentamponade (Belloque-Tamponade)	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2526	Abtragung von Polypen (1. Sitzung: OP nach Cooper)	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2527	Kieferhöhlenpunktion mit Troikar und Legen einer Dauer-drainage	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2528	Paracentese und Punktion des Mittelohres mit dem Opera-tionsmikroskop	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2529	Kleine plastische OP im Nasen-Ohrenbereich	103,74	€	04,09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2530	Kieferhöhlenendoskopie	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2531	Speichelsteinentfernung	103,74	€	09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272
2532	Reposition und Versorgung einer offenen Nasenbeinfractur	103,74	€	04,09	nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos. 261, 271 u. 272

Urologie / OP-Gruppe I (LA 17)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2600	Reposition einer Paraphimose, Dorsalincision einer Phimose	57,04	€	01,04 08,16	
2601	Endourethrale Elektrokoagulation	57,04	€	16	
2602	Meatotomie	57,04	€	16	
2603	Frenulotomie in Lokalanästhesie	57,04	€	01,04 08,16	

Urologie / OP-Gruppe II (LA 18)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2604	Transrectale, ultraschallgezielte Prostatabiopsie (inkl. Ultraschall) mit zumindest vier Biopsien bei durch vorangegangener Stufendiagnostik bestehendem Verdacht auf Prostatacarcinom	103,74	€	16	Die Biopsienadel wird als Ordinationsbedarf beigestellt.
2625	Abtragung eines Urethralpolypen	103,74	€	06,16	
2626	Radikaloperation einer Phimose od. Paraphimose	103,74	€	04,16	
2627	Intravesicale Infiltration	103,74	€	16	
2628	Condylomabtragung ohne Urethroskopie	103,74	€	04,05, 06,16	Pro Patient und Quartal für die vollständige Abtragung einmal verrechenbar
2629	Transurethrale Entfernung von Fremdkörpern und kleinen Blasensteinen inkl. Cystoskopie	103,74	€	16	
2630	Suprapubische Punktionscystotomie inkl. allenfalls erforderlichem Ultraschall	103,74	€	01,04 08,16	Cystofix-Set wird als Ordinationsbedarf bereitgestellt. Nicht verrechenbar beim Wechseln des Katheters. Nicht gleichzeitig mit Pos. 415 verrechenbar.

Urologie / OP-Gruppe III (LA 19)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
2655	Einlegen/Entfernung einer inneren Harnleiterschienung	176,34	€	16	

VI. *VORSORGEUNTERSUCHUNG (LG 05)*

Allgemeines (LA 00)

Der jeweilige Leistungsumfang und die sonstigen Verrechnungsbedingungen sind im Gesamtvertrag vom 09.03.2005 über die Vorsorgeuntersuchung (abgeschlossen zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) geregelt.

Basisuntersuchung (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
904	Basisuntersuchung komplett (inkl. Labor)	112,50	€	01,07 10	
905	Basisuntersuchung ohne Labor	102,50	€	01,07 10	

Labor (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
913	Laboruntersuchungen der Vorsorgeuntersuchung	10,00	€	50	beinhaltet: Blutzucker, Triglyceride, Gesamtcolesterin, HDL-Cholesterin, Gamma-GT, Rotes Blutbild bei Frauen.
914	PSA im Zuge der Vorsorgeuntersuchung	1,25	€	50	Auf Zuweisung für Männer ab dem 50. Lebensjahr nach einer im Rahmen der Basisuntersuchung erfolgten Beratung über die nicht ausreichende Validierung als Screening-Parameter

Zusatzuntersuchungen (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
MAMSON	BKFP-Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie	108,17	€	14	Der Tarif beinhaltet die Mammographieaufnahme und -befundung, Zweitbefundung, Dokumentation für die Datenevaluierung, die Übermittlung des Befundes an die Frau und den betreuenden Arzt, technische Qualitätssicherung, Schulung und Fortbildung sowie eine erforderliche Mammasonographie. Mammographien können nur bei Erfüllung der im 2. Zusatzprotokoll zum VU-Gesamtvertrag vom 22.06.2012 geforderten standortbezogenen und persönlichen Voraussetzungen (insbesondere § 6 des 2. ZP zum VU-GV vom 22.06.2012, verlautbart am 07.07.2012 unter www.avsv.at, Nummer/Jahrgang 87/2012) durchgeführt und abgerechnet werden.
MAMMOT	Zuschlag zu MAMSON für Einsatz Tomosynthese	1,00	€	14	Wird ohne gesonderte Verzeichnung – befristet bis 31.12.2024 - honoriert.
BERAUF	Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen BKFP Ersteinschätzung des familiären Risikos (Indikationenliste), Erhebung weiterer Risikofaktoren anhand der Anamnese und vorliegender Radiologiebefunde sowie Beratung bzgl. Inanspruchnahme des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms	18,00	€	01, 06	Die Position ist bei Frauen von Beginn des 41. bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres einmal alle 2 Jahre verrechenbar. In diesem Zwei-Jahreszeitraum kann sie von den Ärzt:innen der Allgemeinmedizin in 20% der Fälle in der Zielgruppe und von den Ärzt:innen der Gynäkologie in 25% der Fälle in der Zielgruppe verrechnet werden.
MAMBEF	Übermittlung BKFP-Mammographiebefund samt Bilddatei an ELGA	1,00	€	14	Max. 1x pro MAMSON verrechenbar
907	Vorsorge-Koloskopie / **Beratung ohne Durchführung**	17,74	€	04,07	beinhaltet: Probandenaufklärung zur Koloskopie (einschließlich zur Biopsie und Polypektomie) und zur Prämedikation/Darmreinigung ohne nachfolgende Durchführung (Proband nimmt davon Abstand oder Nichtdurchführung aus medizinischen Gründen); die Nichtdurchführung ist zu begründen. 1mal pro Fall verrechenbar, nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 908, 9081, 9082, 909, 9091, 9092 und 910. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
908	Vorsorge-Koloskopie / Beratung und **Abbruch nach Überschreiten der flexura colica sinistra**	139,16	€	04,07	beinhaltet: Probandenaufklärung (siehe Pos. 907), rektale Untersuchung (ggf. Proktoskopie), allfällige Biopsie und/oder einfache Polypektomie mit der Biopsiezange mit Nachbetreuung sowie Dokumentation. Die Position ist dann zu verzeichnen, **wenn im selben Quartal auch eine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung abgerechnet wird.** 1mal pro Fall verrechenbar. Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 9081, 9082, 909, 9091 und 9092. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
9081	Vorsorge-Koloskopie / Beratung und **Abbruch nach Überschreiten der flexura colica sinistra**	177,37	€	04,07	Leistungsinhalt ist ident mit Pos. 908. 1mal pro Fall verrechenbar, **soferne im selben Quartal keine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung verrechnet wird** (siehe dazu Pos. 908). Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 908, 9082, 909, 9091 und 9092. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
9082	Vorsorge-Koloskopie / **Abbruch nach Überschreiten der flexura colica sinistra (wenn Beratung bereits im Vorquartal verrechnet wurde)**	159,63	€	04,07	Leistungsinhalt ist ident mit Pos. 908, jedoch wurde die Beratung (Pos. 907) bereits **im Vorquartal verrechnet.** 1mal pro Fall verrechenbar, **soferne im selben Quartal keine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung verrechnet wird** (siehe dazu Pos. 908). Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 908, 9081, 909, 9091 und 9092. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
909	Vorsorge-**Koloskopie bis zum Zökum** (zusätzlich zu kurativer Behandlung)	277,05	€	04,07	Sonstige Leistungsinhalte wie Anmerkung zur Pos. 908. Die Position ist dann zu verzeichnen, **wenn im selben Quartal auch eine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung abgerechnet wird.** 1mal pro Fall verrechenbar. Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 908, 9081, 9082, 9091 und 9092. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
9091	Vorsorge-**Koloskopie bis zum Zökum** (ohne kurative Behandlung im Quartal)	316,90	€	04,07	Leistungsinhalt ist ident mit Pos. 909. 1mal pro Fall verrechenbar, **soferne im selben Quartal keine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung abgerechnet wird** (siehe dazu Pos. 909). Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 908, 9081, 9082, 909 und 9092. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
9092	Vorsorge-**Koloskopie bis zum Zökum (wenn Beratung im Vorquartal verrechnet wurde)**	299,15	€	04,07	Leistungsinhalt ist ident mit Pos. 909, jedoch wurde die **Beratung** (Pos. 907) bereits **im Vorquartal verrechnet.** 1mal pro Fall verrechenbar, **soferne im selben Quartal keine Leistungsposition der kurativen Honorarordnung verrechnet wird** (siehe dazu Pos. 909). Nicht gemeinsam verrechenbar mit den Pos. 907, 908, 9081, 9082, 909 und 9091. Siehe u.a. Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912 **°)**
911	**Polypektomie** im Zuge der Vorsorgekoloskopie (bis zu zwei Polypen)	10,00	P	04,07	Nur verrechenbar bei Entfernung mit (Einweg-)Polypektomieschlingen. Enthält sämtliche Materialkosten (insbesondere Einwegschlinge, Elektroden, erforderlichenfalls Nadeln für eine Unterspritzung sowie Clips).
912	**Polypektomie** im Zuge der Vorsorgekoloskopie; jeder weitere Polyp	3,00	P	04,07	Es gelten die Bestimmungen zu Pos. 911. Angabe der insgesamt entfernten Polypen erforderlich.

°) Anmerkung zu den Pos. 907 bis 912:

I. Für die Durchführung und Verrechnung von Koloskopien müssen folgende Qualitätsanforderungen erfüllt werden:

1) Aufklärung in ausreichendem zeitlichem Abstand vor der Untersuchung über Ablauf und Dauer der vollständig durchzuführenden Darmreinigung und über die Untersuchung einschließlich allenfalls erforderlicher Biopsien sowie Polypenabtragungen in derselben Sitzung sowie die Möglichkeit der Sedierung.

2) Freie Wahl des Patienten, ob er sediert werden will oder nicht. Die Sedierung erfordert jedenfalls deren Überwachung mittels Pulsoxymeter.

3) Das Untersuchungsziel muss die komplette Koloskopie bis zum Zökum sein; soweit es medizinisch möglich ist, sind alle Polypen bzw. Vorläuferlaesionen sogleich zu entfernen um eine Neudurchführung zu diesem Zweck zu vermeiden. Es muss eine entsprechende Nachbetreuung in der Ordination sichergestellt sein.

4) Untersuchungsberechtigt sind Vertragsärzte für Chirurgie und Innere Medizin, wenn sie
   a) bei Aufnahme dieser vertragsärztlichen Tätigkeit (insbesondere in der Facharztausbildung) der ÄKS 300 supervidierte hohe Koloskopien und 50 supervidierte Polypektomien (durch Facharztzeugnis bzw. Bestätigung des Vorstandes der Krankenanstaltenabteilung bzw. Leisters des Endoskopiezentrums) nachgewiesen haben und
   b) in weiterer Folge für PatientInnen jener Kassen, die von der SGKK bzw. ÖGK abgerechnet wurden bzw. werden, in den jeweils zurückliegenden 3 Jahren zumindest 300 selbstständig durchgeführte vollständige Koloskopien bis zum Zökum sowie 50 Polypektomien mit der Schlinge erbracht haben und außerdem in zumindest 90 % ihrer Darmspiegelungen eine komplette Koloskopie bis zum Zökum erfolgte.

5) Das eingesetzte Personal muss eine entsprechende Ausbildung über die Geräteaufbereitung, Versorgung des Zubehörs und das Verhalten in Notfällen absolviert haben (z.B. Basiskurs für Endoskopie-Assistenzpersonal des IVEPA oder gleichwertige Ausbildung). Bei schon bisher vom untersuchungsberechtigten Vertragsfacharzt über zumindest 1 Jahr verwendetem Personal wird von der Erfüllung dieser Kriterien ausgegangen.

6) Die Untersuchung muss mit einem Videoendoskop mit Zeitdokumentation erfolgen, das für die Durchführung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Biopsie, Polypektomie, Blutstillung) ausgerüstet ist. Die Untersuchung ist bildlich zu dokumentieren (jedenfalls Zökum und Polypenabtragungsstelle).

7) Bei der Sedierung muss eine Pulsoxymetrie erfolgen.

8) Es muss eine einsatzbereite apparative Notfallausstattung vorgehalten werden (Intubationsbesteck, Beatmungsbeutel, Absaugvorrichtung, Defibrillator mit Möglichkeit des EKG-Monitorings oder EKG/Oszilloskop, Rufmöglichkeit für unbeaufsichtigte Patienten in der Nachbetreuung).

9) Für Vorsorge-Koloskopien ist das standardisierte elektronische Befundblatt (online-Befundblatt des Dachverbandes) auszufüllen. Darüber hinaus und für alle sonstigen Darmspiegelungen ist zu dokumentieren: Die erfolgte Aufklärung, die veranlasste Methode (Art und Menge) der Darmreinigung, deren Erfolg, die Art und Dosis der Sedierung, die dokumentierte Rückzugszeit, die Lokalisation sowie makroskopische Beschreibung von Art und Größe der aufgefundenen und abgetragenen Polypen sowie andere Pathologien, deren erfolgte Fotografie, jede sonstige therapeutische Intervention, die Histologie sowie die Nachsorge (Kontrollintervall und nach Möglichkeit Kontrollterminangabe). Wenn die Koloskopie nicht bis zum Zökum erfolgte, sind die Gründe des Abbruchs genau festzuhalten. Die Dokumentation ist 10 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen.

10) Hygiene:
   a) Die maschinelle chemothermische Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs ist eine zwingende Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnung der Koloskopie bzw. Sigmoidoskopie. Eine manuelle Aufbereitung (gemäß Anleitung der Lieferfirma mit Unterschrift des durchführenden Personals) ist nach Maßgabe bestehender sanitätsrechtlicher Vorgaben nur in Notfällen zulässig.
   b) Einmal pro Kalenderjahr ist in der Arztpraxis eine hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Endoskop-Aufbereitung durch einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder eine dafür akkreditierte Institution nach den aktuellen Richtlinien der ÖGGH bzw. Erlässen des Gesundheitsministers durchzuführen (jedenfalls Durchspülung der Endoskopiekanäle und der Gewinnung von Abstrichen von Endoskopstellen, die der Reinigung und Desinfektion schwer zugänglich sind sowie Probenahme von den während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme).

c) Die Hygieneanforderungen gelten als erfüllt bei:
   – fehlendem Nachweis von Faekalkeimen wie Escherichia coli, anderen Enterobacteriacae oder Enterokokken,
   – fehlendem Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
   – fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
   – maximaler Keimbelastung von 10 KBE pro ml in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung der Optikspülsysteme.

d) Werden die o.a. Anforderungen erfüllt, hat die nächste Überprüfung innerhalb des nächstfolgenden Kalenderjahres zu erfolgen.

e) Werden die o.a. Anforderungen nicht erfüllt, hat eine neuerliche Überprüfung binnen 4 Wochen zu erfolgen. Werden auch dann die Anforderungen nicht erfüllt, verliert der Vertragsarzt die Abrechnungsbefugnis für endoskopische Untersuchungen. Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt keine Hygieneüberprüfung durchführen lässt.

f) Der ÖGK sind auf Verlangen die Durchführung der Hygieneuntersuchungen und deren Ergebnis bekannt zu geben.

II. Verrechenbarkeit und Sonstiges

1) Die Pos. 907 bis 912 sind für Vorsorge-Koloskopien auf Zuweisung als Bestandteil der Vorsorgeuntersuchung (ohne konkreten Krankheitsverdacht) verrechenbar, und zwar bei Probanden ab dem 45. Lebensjahr in 10-jährigem Untersuchungsabstand.

2) Sofern keine andere Erkrankung vorliegt, die eine gesonderte Behandlung erfordert, dürfen im ursächlichen Zusammenhang mit der Vorsorge-Koloskopie keine (Grund- und Sonder-)Leistungen der kurativen Honorarordnung verrechnet werden. Insbesondere dürfen die Positionen 303 bis 308 sowie 2308 und 2331 nicht zugleich verrechnet werden.

3) Die Tarife für die Pos. 907 bis 9092 werden gemäß der prozentuellen Steigerung des für Sonderleistungen niedergelassener (Fach-)Ärzte geltenden Honorartarif-Punktwertes des Vorjahres im Vergleich zum zweitvorangegangenen Jahr angehoben.

4) Die Positionen 908, 9081 und 9082 dürfen zusammen nicht öfter als in 5 % der Koloskopiefälle nach den Pos. 909, 9091 und 9092 verrechnet werden.

5) Vertragsinhalt ist eine vom Patienten gewünschte Sedierung sowie bei Bedarf die Gabe eines Antidots. Seditivum und Antidot werden als Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt.

6) Die Dokumentation ist der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

7) Die Nachweise über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sind der ÖGK auf Anforderung im Wege der Ärztekammer vorzulegen.

Gynäkologie (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
916	Gynäkologische Untersuchung einschließlich Abstrichnahme	22,38	€	01,06	Verrechenbar wenn im selben Abrechnungszeitraum noch keine kurative gynäkologische Behandlung erfolgt, ausgenommen bei Zuweisung. Erfolgte eine Abstrichnahme und zytodiagnostische Befundung im Rahmen einer kurativen Behandlung vor dieser Untersuchung, so ist nur mehr die Pos. 917 verrechenbar. Erfolgte nachträglich aufgrund akuter Erkrankung eine gynäkologische Behandlung, wird die halbe Grundvergütung einschließlich der erbrachten Sonderleistungen honoriert, jedoch ohne Pos. 057.
917	Gynäkologische Untersuchung ohne Abstrichnahme	18,24	€	01,06	Erfolgte nachträglich aufgrund akuter Erkrankung eine gynäkologische Behandlung, wird die halbe Grundvergütung einschließlich der erbrachten Sonderleistungen honoriert, jedoch ohne Pos. 057.

VERWEIS

Nachstehende Vorsorgeuntersuchungs-Leistungspositionen sind im Honorartarif der ÖGK-Salzburg unter folgenden Kapiteln zu finden:

Pos.Nr.	Bezeichnung	Näheres zur Position finden Sie unter:
249	Gyn. Zytologie, nur bei Vorsorgeuntersuchung	**Kapitel IV.** Sonderleistungen aus den Fachgebieten – Frauenheilkunde und Geburtshilfe
7551	Mammasonographie ohne Mammographie im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes, pro Seite	**Kapitel XII.** Sonographie – Sonographie durch Radiologen

VII. *MUTTER-KIND-PASS-UNTERSUCHUNG (LG 06)*

Untersuchung der Schwangeren (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren	31,55	€	01,06	bis zur 16. SSW
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren	31,55	€	01,06	zwischen der 17. und 20. SSW
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren	31,55	€	01,06	zwischen der 25. und 28. SSW
ML3	Oraler-Glucose-Toleranztest (OGTT) im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren	20,22	€	01,06 07	zwischen der 25. und 28. SSW durchzuführen mit Standardglucoselösung 75g und drei Blutzuckermessungen (0, 60, 120 Min) Die Glukoselösung wird über den Ordinationsbedarf zur Verfügung gestellt. Wird vom Vertragsarzt, der die dritte MKP-Untersuchung durchführt, der OGTT nicht erbracht, sondern zu einem Labor oder einem anderen abrechnungsberechtigten Arzt zugewiesen, darf Letzterer keinen Regelfall abbuchen und gebührt diesem keine Grundvergütung (es ist der Behandlungsfall „Zuweisung“ abzubuchen und nur die Pos. ML3 abzurechnen)
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren	31,55	€	01,06	zwischen der 30. und 34. SSW
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren	31,55	€	01,06	zwischen der 35. und 38. SSW
MI1	Internistische Untersuchung der Schwangeren	20,22	€	01,07	zwischen der 17. und 20. SSW
MS3	Sonographische Untersuchung d. Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW	35,10	€	06	nur von FÄ für Gynäkologie verrechenbar, wenn sie den Nachweis einer besonderen Ausbildung in der Sonographie im Rahmen der Richtlinien der Österr. Ärztekammer erbringen können Der Tarif entspricht der Pos.512 und wird analog valorisiert.
MS1	Sonographische Untersuchung d. Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	35,10	€	06	nur von FÄ für Gynäkologie verrechenbar, wenn sie den Nachweis einer besonderen Ausbildung in der Sonographie im Rahmen der Richtlinien der Österr. Ärztekammer erbringen können Der Tarif entspricht der Pos.512 und wird analog valorisiert
MS2	Sonographische Untersuchung d. Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	35,10	€	06	nur von FÄ für Gynäkologie verrechenbar, wenn sie den Nachweis einer besonderen Ausbildung in der Sonographie im Rahmen der Richtlinien der Österr. Ärztekammer erbringen können Der Tarif entspricht der Pos.512 und wird analog valorisiert

Untersuchung des Kindes (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
KN1	Untersuchung des Neugeborenen	31,30	€	01,08	in der 1. LW nur verrechenbar, wenn die Untersuchung nicht bereits auf einer Geburtenstation durchgeführt wurde
KU1	Erste Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen der 4. und 7. LW
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 3. und 5. LM
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 7. und 9. LM
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 10. und 14. LM
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 22. und 26. LM
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 34. und 38. LM
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 46. und 50. LM
KU8	Achte Untersuchung des Kindes	38,16	€	01,08	zwischen dem 58. und 62. LM

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes	20,22	€	01,08 12	zwischen der 4. und 7. LW
KH1	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes	31,42	€	01,08 09	zwischen dem 7. und 9. LM
KA1	Augenuntersuchung des Kindes	31,42	€	01,03 08	zwischen dem 10. und 14. LM
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes	38,16	€	03	zwischen dem 22. und 26. LM
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften	42,63	€	08,12 14	in der 1. LW Ausbildungsnachweis sowie entsprechende Geräteausstattung erforderlich. Diese Position darf nur bei Hausgeburten oder ambulanten Geburten verrechnet werden, nicht hingegen bei stationären Geburten (Bestandteil der von der Krankenanstalt zu erbringenden Leistungen).
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften	42,63	€	08,12 14	zwischen der 6. und 8. LW Ausbildungsnachweis sowie entsprechende Geräteausstattung erforderlich.

VORBEMERKUNG ZU VIII. UND IX. PHYSIKALISCHE MEDIZIN:

Allgemeine Bestimmungen

1. Ziele und Grenzen des Leistungsanspruches und die Mitwirkungspflicht des Patienten

1.1. Die Physikalische Therapie dient der Wiederherstellung der für den Lebensalltag und die Berufsausübung erforderlichen Funktion des Bewegungsapparates und der Schmerzbehandlung. Darüber hinaus gehende Ziele sind nicht Aufgabe der sozialen Krankenversicherung und nach vorhergehender Aufklärung gegebenenfalls privat zu verrechnen.

1.2. Ist mit physikalischer Therapie keine substantielle Verbesserung des Zustandsbildes mehr erreichbar und steht eine Schmerzbehandlung im Vordergrund, ist die in Frage kommende physikalische Therapie hinsichtlich ihrer Kosten gegen jene einer medikamentösen Therapie oder kombinierten Therapie abzuwägen. Grundsätzlich gebührt nur die kostengünstigere Therapie, sofern diese nicht wegen aufgetretener erheblicher Nebenwirkungen oder konkreten Gefahren für den Patienten unzumutbar ist.

1.3. Die in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem zwangsläufig begrenzten Behandlungskapazitäten sollen primär zur langfristig wirksamen Mobilisierung speziell nach Operationen und zur Modifikation von Aktivität und Bewegung eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass bei Verordnung und Erbringung der aktiven Therapie der Vorzug eingeräumt wird und passiven Therapiebestandteilen grundsätzlich nur eine die aktive Therapie unterstützende Funktion in einem unumgänglichen Maß zukommt.

1.4. Bei jeder Krankenbehandlung und speziell bei der Physikalischen Therapie trifft den Patienten eine Mitwirkungspflicht. Dies bedeutet, dass der Patient im Rahmen des ihm aus medizinischer Sicht Zumutbaren am Erfolg der Therapie mitzuwirken hat. Konkret ist vom Patienten zu verlangen, insbesondere jene Übungen der Heilgymnastik / Bewegungstherapie, die für sein Krankheitsbild zweckmäßig sind, in der Therapie aktiv zu erlernen und vor allem auch außerhalb der Therapieeinheiten selbständig durchzuführen. Der Erbringer hat dem Verordner im Therapiebericht (Punkt 4.4.) mitzuteilen, ob diese Mitwirkung erfolgte. Bei Folgeverordnungen ist auf dem Antragsformular (Punkt 4.3.) anzugeben, ob der Patient bisher an der Therapie entsprechend mitgewirkt hat.

1.5. Sobald im Zuge der Therapie ein Zustand erreicht ist, der bei zumutbarer selbständiger Durchführung bereits erlernter Übungen durch den Patienten die Erreichung des Behandlungszieles erwarten lässt, ist von einer Fortsetzung der Therapie auf Kosten der Kasse auch dann Abstand zu nehmen, wenn noch bewilligte Therapieeinheiten nicht verbraucht wurden. Dies hat der Leistungserbringer dem Verordner mitzuteilen.

2. Erbringung von Physikalischer Therapie durch andere Fachgebiete als jenem der Physikalischen Medizin

2.1. Grundsätzlich ist eine parallele Therapie (nur ein Teil – z.B. passive Therapiebestandteile – wird selbst erbracht und für den anderen Teil – z.B. Heilgymnastik – erfolgt eine Zuweisung) unzulässig, es sei denn, dies ist im Einzelfall aus medizinischen und/oder geographischen Gründen erforderlich.

2.2. Auf Anforderung der Kasse, ist ein Nachweis über Kenntnisse der theoretischen Grundlagen physikalischer Therapie (in Bezug auf Indikationsstellung und Wirksamkeit in Frage kommender Methoden) sowie die Durchführung von Elektro- und Ultraschalltherapie zu übermitteln.

2.3. Eingesetzte Hilfspersonen müssen berufsrechtlich zur Erbringung der jeweiligen Therapiemethode befugt sein (solche sind insbesondere Angehörige des medizinisch-technischen Fachdienstes oder Heilmasseure bzw. medizinische Masseure mit Spezialqualifikation für die Elektrotherapie).

2.4. Auf Anforderung ist der Kasse die apparative Ausstattung ggf. auch eine Kopie der vorschriftsmäßig durchgeführten Funktionsüberprüfung zu übermitteln.

2.5. Die Behandlung hat über ihre gesamte Dauer nur vom dafür berechtigten Behandler erbracht zu werden und darf auch nicht zeitweise anderen Personen überlassen werden. Es ist jedenfalls unzulässig, Patienten sich selbst (z.B. durch ein ausgehändigtes Ultraschallgerät) behandeln zu lassen und dies zu verrechnen. Die angegebene (Mindest-)-Behandlungsdauer bezieht sich auf die Arbeit direkt am Patienten (umfasst nicht Zeiten des Aus-und Ankleidens, sonstige Vor- und Nachbereitungen, Dokumentation).

3. Erbringung Physikalischer Therapie durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation

3.1. Der Vertragsfacharzt führt (bzw. dessen Mitarbeiter führen) physikalische Therapien nur für solche Patienten durch, die der Vertragsfacharzt zuvor selbst untersucht (Indikationsstellung und Therapieplan erstellt) hat. Punkt 2.1. gilt entsprechend. Der Vertragsfacharzt darf eine unaufschiebbare physikalische Therapie für eine Sitzung auch vor Einholung der Bewilligung durch die Kasse verrechnen, wenn die Antragstellung vor dieser Sitzung nicht möglich war bzw. die Rückmeldung der Kasse auf einen gestellten Antrag nicht rechtzeitig eingelangt ist, selbst wenn die Kasse den Antrag ablehnt. Therapieleistungen können grundsätzlich nur verrechnet werden, wenn die e-card des Patienten vor der Behandlung eingelesen wurde.

Passive Therapiebestandteile dürfen nicht innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens anderer Behandlungen – z.B. Heilgymnastik / Bewegungstherapie – erbracht werden. Für jede Heilgymnastik / Bewegungstherapie gilt, dass während der gesamten Behandlungsdauer der Therapeut die Behandlung / Anleitung des Patienten persönlich durchzuführen hat. Die angegebene Behandlungsdauer bezieht sich auf die Arbeit direkt am Patienten (umfasst nicht Zeiten des Aus-und Ankleidens, sonstige Vor- und Nachbereitungen, Dokumentation).

3.2. Der Vertragsfacharzt darf zur Behandlung höchstens entweder 5 Physiotherapeuten (Vollzeitäquivalente) oder 4 Physiotherapeuten und einen Heilmasseur bzw. medizinischen Masseur (aber keine anderen Hilfspersonen) heranziehen, alle diese nur, wenn sie am selben Standort nicht (auch) freiberuflich tätig sind. Der Vertragsfacharzt hat die Ausbildungsnachweise für seine (mit)behandelnden Mitarbeiter und eine Auflistung

seiner apparativen Ausstattung der Kasse zu übermitteln (und Änderungen bekannt zu geben). Auf Anforderung ist der Kasse eine Kopie der vorschriftsmäßig durchgeführten Funktionsüberprüfung zu übermitteln.

3.3. Befund, Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis sind zu dokumentieren; die Dokumentation ist mindestens 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen vorzulegen. Der ärztliche Dienst der Kasse hat ein Einsichtsrecht nicht nur in die Dokumentationen, sondern bei Verdacht der unkorrekten Abrechnung auch in die Terminplanung sowie die Aufzeichnungen darüber, welcher Behandler welche Leistungen durchgeführt hat.

4. Verordnung von Physikalischer Therapie (bei Durchführung durch anderen Leistungserbringer / Vertragspartner) und vorherige Bewilligung

4.1. Grundsätzlich bedürfen Verordnungen der physikalischen Therapie vor ihrer Erbringung der Bewilligung durch die Kasse.

4.2. Die Verordnung von Physikalischer Therapie darf unter Berücksichtigung der unter Abschnitt 1 dargestellten Grundsätze nur aufgrund einer persönlichen Untersuchung des Patienten durch den die Verordnung ausstellenden Vertrags(fach)arzt erfolgen, es sei denn, es liegt bereits eine konkrete Therapieempfehlung der entlassenden Krankenanstalt oder des zuvor behandelnden Facharztes vor. Im Hinblick auf die Mitwirkungspflicht des Patienten (siehe Punkt 1.4.) sind, wenn der Patient für dasselbe Krankheitsbild in den letzten 3 Jahren bereits mehr als 10 Therapiesitzungen vom Verordner verordnet erhalten hatte, grundsätzlich (Ausnahmen sind auf dem Antrag zu begründen!) nur mehr einzelne Therapiesitzungen bzw. ein Kontingent mit einer Laufdauer von 12 Monaten mit dem Ziel der Überprüfung (und allenfalls notwendigen Anpassung und/oder Ergänzung) bereits erlernter, selbständig durchzuführender Übungen zu verordnen und zu bewilligen.

4.3. Grundsätzlich kann und soll sich die Verordnung auf die Hauptbehandlungsart (in der Regel aktive Heilgymnastik / Bewegungstherapie) beschränken und dem Leistungserbringer die Beurteilung und Entscheidung überlassen, welche passiven Therapiebestandteile (im Sinne der Positionen 4700 bis 4717) in der jeweiligen Therapiesitzung für eine wirksame (zweckmäßige) Durchführung der Hauptbehandlung unentbehrlich sind. Diese Regelung tritt erst in Kraft, wenn sie analog mit den anderen Leistungserbringern physikalischer Therapie vertraglich vereinbart wurde; darüber werden die Vertrags(fach)ärzte mit gemeinsamem Rundschreiben von ÄKS und ÖGK informiert. Im Einzelfall und jedenfalls bei Verordnung durch Fachärzte für physikalische Medizin kann die Verordnung für den Leistungserbringer verbindlich die genaue Festlegung von Art, Lokalität und Intensität jedenfalls anzuwendender Therapiebestandteile sowie Hinweise auf Kontraindikationen enthalten.

Die Verordnung (wie auch die Bewilligungsanfrage bei der Kasse) hat mittels vereinbartem Formular zu erfolgen und hat insbesondere zu enthalten:

Im Feld *Diagnose*:
- Aktuelle Diagnose,
- betroffene Körperregion(en),
- eine Beschreibung von Art und wesentlichem Ausmaß der Beeinträchtigung

Im Feld *Verordnung des Arztes/Behandlungsziel*:
primär anzuwendende Behandlungsart (dabei sind nur unbedingt erforderliche und spezifizierte zusätzliche Anwendungen entsprechend der Positionen 4700 bis 4717 anzuführen),
- etwaige ergänzende passive Therapieformen
- Beschreibung des Behandlungszieles

Im Feld *Befunde und ergänzende Information*:
- Faktoren die möglicherweise eine Kontraindikation für bestimmte Behandlungsformen darstellen.
- Bei Folgeverordnungen ist anzugeben, ob der Patient bisher an der Therapie im (oder nicht) ausreichendem Maß (s. Punkt 1.4.) mitgewirkt hat.

4.4. Bericht des Leistungserbringers an Verordner:
Der Leistungserbringer informiert auf **Beilage B** den Verordner vom erzielten Behandlungserfolg und darüber, ob der Patient an der Therapie im (oder nicht) ausreichendem Maß (s. Punkt 1.4.) mitgewirkt hat.

4.5. Umgang mit Qualitätsmängeln speziell in der Erbringung:
Die Vertrags(fach)ärzte teilen der Kasse folgende Wahrnehmungen mit:

a) Leistungserbringer halten sich nicht an die Verordnung (insbesondere Erbringung anderer als verordneter Leistungen, speziell Massagen anstatt verordneter Heilgymnastik, zeitgleiche Behandlung mehrerer Patienten);
b) Qualitätsmängel in der Erbringung verordneter Leistungen (insbesondere unzulässige Delegation der Erbringung an andere Personen, Einsatz wirkungsloser oder gar kontraindizierter passiver Therapiebestandteile, auffallende Erfolglosigkeit der Leistungserbringung, unbrauchbare oder unzutreffende Rückmeldungen gem. Punkt 4.4.).

5. Behindertengerechter Zugang
Vertragsfachärzte für Physikalische Medizin müssen ihre Ordination behindertengerecht ausstatten.

VIII. *PHYSIKOTHERAPIE DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND ALLGEMEINEN FACHÄRZTE (AUSGENOMMEN FACHÄRZTE FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

Für die ärztl. Überwachung kann bei zugewiesenen Fällen keine Grundvergütung verrechnet werden.

Es erfolgt eine Limitierung in der Weise, dass
Orthopäden .....2,40 Punkte pro Pauschalfall
FÄ für HNO .....1,50 Punkte pro Pauschalfall
Ärzte für Allgemeinmedizin und alle anderen allg. FÄ .....0,80 Punkte pro Pauschalfall
mit dem jeweiligen vollen Punktwert honoriert erhalten, darüber liegende Punkte werden nur mit dem halben Punktwert honoriert.

Physikotherapeutische Verrichtungen (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
431	Kurzwellen, Neodynator	0,72	P	30	bis 20 Behandlungen genehmigungsfrei, darüber hinaus ist die Bewilligung der Kasse einzuholen
432	Diathermie	0,63	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
433	Quarzlampe, Faradisation, Galvanisation, Hochfrequenz, Tonisator, Vierzellenbad, TENS	0,45	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
434	Heißluft	0,45	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
435	Sollux, Vitalux, Kaltquarzlicht, Solarca, Blaulicht, Rotlicht, Ultrakombinator, Profundes (Langwellen)	0,36	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
436	Ultraschall	1,08	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
437	Extensionsbehandlung	0,45	P	04,12 18,19	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei
438	Aerosolinhalation ohne Medikamente, pro Inhalation	0,45	P	30	bis 10 Behandlungen genehmigungsfrei

IX. *FACHÄRZTE FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND ALLGEMEINE REHABILITATION*

Ärztliche Sonderleistungen (LA 01)

Pos.Nr	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
4511	Erstuntersuchung bei Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates mit Erstellung eines Therapieplanes (Untersuchungsdauer ohne Dokumentation und Therapieplanung mindestens 25 Minuten)	6,50	P	13	Verrechenbar 1x pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 50 % der Pauschalfälle*). (Für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 70 %, für das 2. Vertragsquartal auf 62 % und das 3. Vertragsquartal auf 55 % der Pauschalfälle angehoben.) Die Position beinhaltet eine fachübergreifende (neuro-logische, orthopädische, internistische, rheumatologische) Statuserhebung nach funktionellen Grundüberlegungen. Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 4512, 4513, 452 verrechenbar, am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080 und 085 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten), insbesondere den Pos. 453 bis 455, nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit er-bracht wird. Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie oder die Pos. 4512 oder 4513 für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn, es liegt ein neuer Erkrankungsfall (Erkrankung einer anderen Region, völlig anderes Beschwerdebild bzw. andere Fragestellung) vor oder fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Untersuchung und/oder Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Das Untersuchungsergebnis und das Therapiekonzept sind zu dokumentieren (siehe Musterdokumentationen), die Dokumentation mindestens 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
4512	Erstuntersuchung mit besonders langer Untersuchungsdauer wegen besonders komplizierter Fragestellung (z.B. zentralneurologische Erkrankungen, Plexusparesen, mehrfach operierte Bandscheibenproblematik, Polytrauma, Thoracic-outlet-syndrome) mit Erstellung eines Therapieplanes (Untersuchungsdauer ohne Dokumentation und Therapieplanung mindestens 40 Minuten)	9,50	P	13	Verrechenbar 1x pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 7 % der Pauschalfälle*). (Für das 1. Quartal der Vertragstätigkeit wird das Limit auf 10 %, für das 2. Vertragsquartal auf 9 % und das 3. Vertragsquartal auf 8 % der Pauschalfälle angehoben.) Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 4511, 4513, 452 verrechenbar, am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 080 und 085 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten), insbesondere den Pos. 453 bis 455, nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie oder die Pos. 4511 oder 4513 für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn, es liegt ein neuer Erkrankungsfall (Erkrankung einer anderen Region, völlig anderes Beschwerdebild bzw. andere Fragestellung) vor oder fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Untersuchung und/oder Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Das Untersuchungsergebnis und das Therapiekonzept sind zu dokumentieren (siehe Musterdokumentationen), die Dokumentation mindestens 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
4513	Erstuntersuchung mit eingeschränkter Fragestellung (z.B. postoperative Nachbetreuung, Erkrankung lediglich an Extremitäten) mit Erstellung eines Therapieplanes (Untersuchungsdauer ohne Dokumentation und Therapieplanung mindestens 15 Minuten)	4,30	P	13	Verrechenbar 1x pro Krankheitsfall und Patient, sowie pro Arzt und Quartal insgesamt in höchstens 25 % der Pauschalfälle*). Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 4511, 4512, 452 verrechenbar, am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 085 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten), insbesondere den Pos. 453 bis 455, nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Diese Position ist nicht verrechenbar, wenn sie oder die Pos. 4511 oder 4512 für den Versicherten zu einem früheren Zeitpunkt bereits einmal verrechnet wurde, es sei denn, es liegt ein neuer Erkrankungsfall (Erkrankung einer anderen Region, völlig anderes Beschwerdebild bzw. andere Fragestellung) vor oder fand in den letzten 3 Jahren keine fachärztliche Untersuchung und/oder Behandlung durch den nunmehr behandelnden Vertragsarzt statt. Das Untersuchungsergebnis und das Therapiekonzept sind zu dokumentieren (siehe Musterdokumentationen), die Dokumentation mindestens 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen
452	Folgeuntersuchung nach bereits durchgeführter Erstuntersuchung mit Erstellung eines neuen oder Adaptierung des bestehenden Therapieplanes (bei akuter Verschlechterung)	2,60	P	13	Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 4511, 4512, 4513, verrechenbar, am gleichen Tag nicht gemeinsam mit Pos. 085 verrechenbar. Verrechenbar mit anderen Positionen (ausgenommen Ordinationen und Visiten), insbesondere den Pos. 453 bis 455, nur dann, wenn die Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der anderen Behandlungseinheit erbracht wird. Das Untersuchungsergebnis und das Therapiekonzept sind zu dokumentieren (siehe Musterdokumentationen), die Dokumentation mindestens 7 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
453	Manuelle Medizin einschließlich Gelenksmanipulationen (Behandlungsdauer mindestens 15 Minuten)	2,80	P	13	Die Pos. 453 bis 455 sind pro Arzt und Quartal zusammen in höchstens 50 % der Pauschalfälle*) verrechenbar. Diese Position erfasst therapeutische Leistungen, die ihrer Methode nach nur von entsprechend ausgebildeten Fachärzten für Physikalische Medizin (somit ins-besondere nicht von Physiotherapeuten) erbracht werden können. Am gleichen Tag nicht mit Pos 085 verrechenbar und mit anderen Leistungen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann verrechenbar, wenn die andere Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird.
454	Manuelle Medizin einschließlich Gelenksmanipulationen (Behandlungsdauer mindestens 30 Minuten)	5,50	P	13	Die Pos. 453 bis 455 sind pro Arzt und Quartal zusammen in höchstens 50 % der Pauschalfälle*) verrechenbar. Diese Position erfasst therapeutische Leistungen, die ihrer Methode nach nur von entsprechend ausgebildeten Fachärzten für Physikalische Medizin (somit insbesondere nicht von Physiotherapeuten) erbracht werden können. Am gleichen Tag nicht mit Pos 085 verrechenbar und mit anderen Leistungen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann verrechenbar, wenn die andere Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird.
455	Probebehandlung (mindestens 30 Minuten)	5,50	P	13	Die Pos. 453 bis 455 sind pro Arzt und Quartal zusammen in höchstens 50 % der Pauschalfälle*) verrechenbar. Verrechenbar 1x pro Patient und Quartal in schwierigen Einzelfällen zur exakten Therapieplanerstellung. (Eine weitere Leistung ist nur verrechenbar, wenn nach der Probebehandlung eine neue Erkrankung einer anderen Region hinzukommt.) Am gleichen Tag nicht mit den Pos 085 und 408 und mit anderen Leistungen (ausgenommen Ordinationen und Visiten) nur dann verrechenbar, wenn die andere Leistung zeitlich gesondert vor oder nach der Behandlungseinheit erbracht wird.

Pos.Nr	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
456	Koordinierende Fallbesprechung zwischen Vertragsarzt und Physiotherapeuten	1,6 P	P	12, 13, 18	Verrechenbar für Patienten einmal pro Tag, höchstens 2mal pro Patient und Quartal und insgesamt in 5% der Pauschalfälle

Pos.Nr	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
4611	Heilgymnastik / Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung Behandlungszeit mindestens 15 Minuten	1,30	P	13	CHA; verrechenbar nur binnen 2 Monaten nach der Verordnung zugrunde liegenden Operation (Angabe des Operationstages und Beilage des Entlassungsberichtes mit Diagnose erforderlich)
4612	Heilgymnastik / Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung Behandlungszeit mindestens 30 Minuten	2,50	P	13	CHA; verrechenbar nur binnen 2 Monaten nach der Verordnung zugrunde liegenden Operation (Angabe des Operationstages und Beilage des Entlassungsberichtes mit Diagnose erforderlich)
4613	Heilgymnastik / Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung Behandlungszeit mindestens 45 Minuten	3,60	P	13	CHA; verrechenbar nur binnen 2 Monaten nach der Verordnung zugrunde liegenden Operation (Angabe des Operationstages und Beilage des Entlassungsberichtes mit Diagnose erforderlich)
4614	Heilgymnastik / Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung Behandlungszeit mindestens 60 Minuten	4,70	P	13	CHA; verrechenbar nur binnen 2 Monaten nach der Verordnung zugrunde liegenden Operation (Angabe des Operationstages und Beilage des Entlassungsberichtes mit Diagnose erforderlich). Am selben Tag dürfen neben dieser Pos. keine weiteren Behandlungsleistungen dieses Tarifabschnittes abgerechnet werden
4621	Heilgymnastik / Bewegungstherapie – 15 Minuten	1,30	P	13	CHA
4622	Heilgymnastik / Bewegungstherapie – 30 Minuten	2,50	P	13	CHA
4623	Heilgymnastik / Bewegungstherapie – 45 Minuten	3,60	P	13	CHA
4624	Heilgymnastik / Bewegungstherapie – 60 Minuten	4,70	P	13	CHA; Diese Leistungsposition ist nur für neurophysiologische Therapien (Bobath und Vojta) verorden- und verrechenbar. Der behandelnde Arzt oder Physikotherapeut hat eine diesbezügliche Spezialausbildung nachzuweisen. Am selben Tag dürfen neben dieser Pos. keine weiteren Behandlungsleistungen dieses Tarifabschnittes abgerechnet werden.
4631	Zuschlag für Hausbesuch	1,80	P	13	Nur mit vorheriger chefärztlicher Bewilligung und pro Tag und Gebäude(komplex) auch bei Behandlung mehrerer Patienten nur ein Mal verrechenbar.
4641	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Einzelsitzung (mindestens 30 Minuten Behandlungszeit)	2,30	P	13	CHA
4642	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Gruppensitzung: 2 Patienten	1,20	P	13	CHA; Verrechenbar je anspruchsberechtigten Patienten, unabhängig von der Kostenträgerschaft der/des anderen mitbehandelten Patienten
4643	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Gruppensitzung: 3 Patienten	0,82	P	13	CHA; Verrechenbar je anspruchsberechtigten Patienten, unabhängig von der Kostenträgerschaft der/des anderen mitbehandelten Patienten
4644	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Gruppensitzung: 4 Patienten	0,62	P	13	CHA; Verrechenbar je anspruchsberechtigten Patienten, unabhängig von der Kostenträgerschaft der/des anderen mitbehandelten Patienten
4645	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Gruppensitzung: 5 Patienten	0,50	P	13	CHA; Verrechenbar je anspruchsberechtigten Patienten, unabhängig von der Kostenträgerschaft der/des anderen mitbehandelten Patienten
4646	Beckenbodengymnastik zur Inkontinenz-Behandlung / Gruppensitzung: 6 Patienten	0,42	P	13	CHA; Verrechenbar je anspruchsberechtigten Patienten, unabhängig von der Kostenträgerschaft der/des anderen mitbehandelten Patienten

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
4651	Extensionsbehandlung manuell, Mindestbehandlungsdauer 15 Minuten	1,10	P	13	CHA
4652	Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten (Mindestbehandlungsdauer 15 Minuten)	0,60	P	13	CHA; Darf nur entweder vom Vertragsfacharzt selbst, von einem Physikotherapeuten nach ärztlicher Anordnung oder von einer MTF nach vom Arzt durchgeführter Probebehandlung und genauer Bestimmung der Behandlungsparameter (Gewichte und Zeit) bei Anwesenheit des Arztes in der Praxis und fallweiser Kontrolle durchgeführt und verrechnet werden (eine Erbringung durch eine andere, auch berufsberechtigte Hilfsperson ist unzulässig).
4661	Manuelle Lymphdrainage pro Extremität Reine Behandlungszeit mind. 30 Minuten ohne Kompressionsverband	2,10	P	13	CHA; Der Kompressionsverband kann bei arteriellen Durchblutungsstörungen, Hautläsionen (ulcera) und morbus Sudeck entfallen. Die Position darf nur verrechnet werden, wenn die Leistung vom Vertragsfacharzt selbst oder von Physikotherpeuten, Heilmasseuren, medizinischen Masseuren oder MTF, jeweils mit Spezialausbildung erbracht wurde.
4662	Manuelle Lymphdrainage pro Extremität. Reine Behandlungszeit mind. 30 Minuten zuzüglich Kompressionsverband	2,80	P	13	CHA; bei Verwendung eines Kompressionsstrumpfes nicht verrechenbar (Im Übrigen siehe Anmerkung zur Pos. 4661)
4663	Manuelle Lymphdrainage pro Extremität. Reine Behandlungszeit mind. 45 Minuten ohne Kompressionsverband	2,80	P	13	CHA; Verrechenbar nur bei Lymphödemen Stufe III einmal pro Tag. Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 4661, 4662 und 4664. (Im Übrigen siehe Anmerkung zur Pos. 4661)
4664	Manuelle Lymphdrainage pro Extremität. Reine Behandlungszeit mind. 45 Minuten zuzüglich Kompressionsverband	3,10	P	13	CHA; Verrechenbar nur bei Lymphödemen Stufe III einmal pro Tag Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 4661, 4662 und 4663. (Im Übrigen siehe Anmerkung zur Pos. 4661)
4700	Manuelle Teilmassage (mindestens 20 Minuten Behandlungsdauer)	1,50	P	13	
4711	Moor- oder Fangopackung(en) pro Sitzung	0,50	P	13	
4712	(sonstige) Wärmebehandlung pro Sitzung	0,20	P	13	Darf nur mit der Kasse verrechnet werden, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen (z.B. wegen Behinderung) nicht in der Lage ist, diese Behandlung an sich selbst durchzuführen
4713	Kryomoor	0,50	P	13	nur als Probebehandlung einmal pro Fall und Quartal verrechenbar
4714	Zweizellen- oder Vierzellenbad (Mindestanwendungsdauer 20 Minuten)	0,70	P	13	
4715	Elektrotherapie (Mindestanwendungsdauer 10 Minuten), insbesondere: Niederfrequenz (TENS, Hochvolt, Schwellstrom), Mittelfrequenz (Interferenz, Schwellstrom), Hochfrequenz (Mikrowelle, Kurzwelle, Dezimeterwelle), Kombinierte Ströme, Galvanisation / Iontophorese	0,50	P	13	Einmal pro Sitzung verrechenbar nicht bei zeitgleicher Erbringung einer Ultraschallbehandlung (z.B. mit Kombinationsgerät) verrechenbar (siehe dazu Pos. 4717)
4716	Ultraschallbehandlung (Mindestanwendungsdauer 10 Minuten)	0,70	P	13	Einmal pro Sitzung verrechenbar nicht bei zeitgleicher Erbringung einer Elektrotherapie (z.B. mit Kombinationsgerät) verrechenbar (siehe dazu Pos. 4717).
4717	Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert	0,90	P	13	Nicht gemeinsam mit Pos. 4715 und/oder 4716 verrechenbar.
4720	Inhalationstherapie (ohne Medikament)	0,20	P	13	Darf nur mit der Kasse verrechnet werden, wenn der Versicherte aus medizinischen Gründen (z.B. wegen Behinderung) nicht in der Lage ist, diese Behandlung an sich selbst durchzuführen.

CHA = die Erbringung der Leistung bedarf der vorherigen chefärztlichen Bewilligung

Anmerkung zu den Pos. 4700 und 4711 bis 4720:

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, diese Leistungen (zumindest Massagen, Wärmebehandlungen, Elektro- und Ultraschalltherapie) ihrer Art nach anzubieten und im notwendigen Umfang zu erbringen. Sie unterliegen keiner Bewilligungspflicht.

X. *RÖNTGENLEISTUNGEN DURCH ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZINUND ALLGEMEINE FACHÄRZTE (LG 09)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

1. Röntgenleistungen werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen nur jenen Ärzten für Allgemeinmedizin honoriert, die aufgrund einer sanitätsbehördlich genehmigten Apparatur und ihrer Ausbildung von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄKS hierzu ermächtigt sind (Teilröntgenologen). Ärzten für Allgemeinmedizin in der Stadt Salzburg kann grundsätzlich keine solche Ermächtigung gegeben werden. Die Ermächtigung ist auf einfache Röntgenaufnahmen bei Unfällen (bei begründetem Verdacht auf Knochenbruch maximal 3 Grundbilderpaare, darüber hinaus mit Begründung), ein Thoraxröntgen nach Brustkorb-Trauma und auf eine Fremdkörperdiagnostik (1 Grundbilderpaar und gegebenenfalls eine Durchleuchtung im Rahmen der Versorgung) im selben Krankheitsfall beschränkt.

   Bei gegebenem Bedarf kann im Einvernehmen zwischen ÄKS und ÖGK eine Ermächtigung auch zur Durchführung anderer Röntgenuntersuchungen bis auf Widerruf erteilt werden. Die Ermächtigung für Teilröntgenologen erlischt, wenn am selben Orte ein Facharzt für Röntgenologie zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen wird.

2. Zur Durchführung von Röntgenuntersuchungen sind weiters ermächtigt:
   a) die Vertragsfachärzte für Innere-, Lungen- und Kinderkrankheiten, beschränkt auf Röntgendurchleuchtungen (Aufnahme) der Lunge und des Herzens;
   b) die Vertragsfachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, beschränkt auf Röntgendurchleuchtungen (Aufnahme) der Knochen und Gelenke.

3. Überweisungen an Nichtfachröntgenologen zur Vornahme von Röntgendurchleuchtungen und Aufnahmen dürfen grundsätzlich nicht durchgeführt werden, ausgenommen in Fällen Erster-Hilfe-Leistungen (Frakturen, Fremdkörper) entsprechend dem Punkt 2.

4. Werden für einen Behandlungsfall 2 oder mehr röntgendiagnostische Leistungen am selben Tag getätigt, wird für die 2. und jede weitere Leistung der hiefür festgesetzte Tarifsatz um 0,60 Punkte verringert.

   Werden Röntgenaufnahmen in 2 Ebenen auf einem Film oder Karton durchgeführt, erhöht sich das Honorar für die betreffende Position um 1,20 Punkte.

5. Es erfolgt eine Limitierung in der Weise, dass
   Orthopäden ..... 2,00 Punkte pro Pauschalfall
   Ärzte für Allgemeinmedizin u. alle anderen allg. FÄ ..... 1,50 Punkte pro Pauschalfall
   mit dem jeweiligen vollen Punktwert honoriert erhalten, darüber liegende Punkte werden nur mit dem halben Punktwert honoriert.

   Auf unfallchirurgisch-traumatologische Leistungen von zur Leistungserbringung berechtigten Ärzte für Allgemeinmedizin finden obige Limitierungsbestimmungen keine Anwendung; in solchen Fällen sind die dafür vorgesehenen Leistungspositionen mit der Zusatzbezeichnung „Unfall“ zu verzeichnen.

6. Punkt 7 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnittes XI. Fachradiologie gilt entsprechend.

Durchleuchtungen (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
531	Durchleuchtung	3,00	P	30	
532	Durchleuchtung als weitere Leistung am selben Tag	2,40	P	30	
533	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (einschl. Kontrastmittel)	4,30	P	30	
534	Durchleuchtung mit Kontrastmittel (einschl. Kontrastmittel) als weitere Leistung am selben Tag	3,70	P	30	
539	Durchleuchtung durch FÄ für Lungenkrankheiten	4,20	P	10	°)
540	Durchleuchtung durch FÄ für Lungenkrankheiten als weitere Leistg. am selben Tag	3,60	P	10	°)
541	Durchleuchtung durch FÄ für Lungenkrankheiten Zuschlag für Bildverstärker	1,00	P	10	°)
542	Digitales Lungenröntgen in allen notwendigen Ebenen inklusive schriftlicher und digitaler Dokumentation	12,5	P	10	Verrechenbar in 67% der Pauschalfälle zum vollen Tarif und darüber hinaus zum halben Tarif. Nach Abrechnung des 4. Quartals erfolgt für jene Vertragsärzte, die zumindest in einem Quartal die Limitgrenze überschritten haben, ein Jahresausgleich. Andere Leistungspositionen des Röntgen-Tarifkataloges können von Fachärzten für Lungenheilkunde grundsätzlich nicht mehr verrechnet werden (siehe Ausnahme gemäß Anmerkung zu den Pos. 539 bis 541) Der ÖGK ist auf Verlangen (längstens binnen 3 Jahren nach der Abrechnung) die Dokumentation bzw ein schriftlicher Befund zur Verfügung zu stellen. Auf Anfrage ist der ÖGK ein Nachweis vorzulegen, dass die Röntgenanlage zum Leistungszeitpunkt sanitätsbehördlich zum Betrieb zugelassen war.

°) Anmerkung zu den Pos. 539 bis 541:

Diese Positionen werden nur honoriert, wenn im Einvernehmen mit Kammer und Kasse eine Verrechnungsbefugnis eingeräumt wurde.

Aufnahmeformate (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
5511	Film 9 x 12 1. Aufnahme	3,60	P	30	
5512	Film 9 x 12 ab 2. Aufnahme	3,00	P	30	
5513	Film 9 x 12 1. Aufnahme 2 Ebenen	4,80	P	30	
5514	Film 9 x 12 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	4,20	P	30	
5515	Film 9 x 12 1. Aufnahme Unfall	3,60	P	01	
5516	Film 9 x 12 ab 2. Aufnahme Unfall	3,00	P	01	
5517	Film 9 x 12 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	4,80	P	01	
5518	Film 9 x 12 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	4,20	P	01	
5521	Film 13 x 18 1. Aufnahme	4,00	P	30	
5522	Film 13 x 18 ab 2. Aufnahme	3,40	P	30	
5523	Film 13 x 18 1. Aufnahme 2 Ebenen	5,20	P	30	
5524	Film 13 x 18 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	4,60	P	30	
5525	Film 13 x 18 1. Aufnahme Unfall	5,20	P	01	
5526	Film 13 x 18 ab 2. Aufnahme Unfall	4,42	P	01	
5527	Film 13 x 18 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	6,76	P	01	
5528	Film 13 x 18 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	5,98	P	01	
5531	Film 18 x 24 1. Aufnahme	4,60	P	30	
5532	Film 18 x 24 ab 2. Aufnahme	4,00	P	30	
5533	Film 18 x 24 1. Aufnahme 2 Ebenen	5,80	P	30	
5534	Film 18 x 24 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	5,20	P	30	
5535	Film 18 x 24 1. Aufnahme Unfall	5,98	P	01	
5536	Film 18 x 24 ab 2. Aufnahme Unfall	5,20	P	01	
5537	Film 18 x 24 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,54	P	01	
5538	Film 18 x 24 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	6,76	P	01	
5541	Film 15 x 40 1. Aufnahme	4,90	P	30	
5542	Film 15 x 40 ab 2. Aufnahme	4,30	P	30	
5543	Film 15 x 40 1. Aufnahme 2 Ebenen	6,10	P	30	
5544	Film 15 x 40 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	5,50	P	30	
5545	Film 15 x 40 1. Aufnahme Unfall	6,37	P	01	
5546	Film 15 x 40 ab 2. Aufnahme Unfall	5,59	P	01	
5547	Film 15 x 40 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,93	P	01	
5548	Film 15 x 40 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,15	P	01	
5551	Film 24 x 30 1. Aufnahme	5,20	P	30	
5552	Film 24 x 30 ab 2. Aufnahme	4,60	P	30	
5553	Film 24 x 30 1. Aufnahme 2 Ebenen	6,40	P	30	
5554	Film 24 x 30 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	5,80	P	30	
5555	Film 24 x 30 1. Aufnahme Unfall	5,20	P	01	
5556	Film 24 x 30 ab 2. Aufnahme Unfall	4,60	P	01	
5557	Film 24 x 30 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	6,40	P	01	
5558	Film 24 x 30 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	5,80	P	01	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
5561	Film 30 x 40 1. Aufnahme	6,30	P	30	
5562	Film 30 x 40 ab 2. Aufnahme	5,70	P	30	
5563	Film 30 x 40 1. Aufnahme 2 Ebenen	7,50	P	30	
5564	Film 30 x 40 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	6,90	P	30	
5565	Film 30 x 40 1. Aufnahme Unfall	6,30	P	01	
5566	Film 30 x 40 ab 2. Aufnahme Unfall	5,70	P	01	
5567	Film 30 x 40 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,50	P	01	
5568	Film 30 x 40 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	6,90	P	01	
5571	Film 35 x 35 1. Aufnahme	6,60	P	30	
5572	Film 35 x 35 ab 2. Aufnahme	6,00	P	30	
5573	Film 35 x 35 1. Aufnahme 2 Ebenen	7,80	P	30	
5574	Film 35 x 35 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen	7,20	P	30	
5575	Film 35 x 35 1. Aufnahme Unfall	6,60	P	01	
5576	Film 35 x 35 ab 2. Aufnahme Unfall	6,00	P	01	
5577	Film 35 x 35 1. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,80	P	01	
5578	Film 35 x 35 ab 2. Aufnahme 2 Ebenen / Unfall	7,20	P	01	
5581	Zahnfilm	1,50	P	30	
5591	Karton 9 x 12	3,30	P	30	
5592	Karton 13 x 18	3,60	P	30	
5593	Karton 18 x 24	3,90	P	30	
5594	Karton 15 x 40	4,00	P	30	
5595	Karton 24 x 30	4,20	P	30	
5596	Karton 30 x 40	4,70	P	30	
5597	Karton 35 x 35	5,00	P	30	

XI. *FACHRADIOLOGIE (LG 11)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

1. Die Fachärzte für Radiologie dürfen nur über Zuweisung in Anspruch genommen werden. Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf dem Überweisungsschein selbst genau festzulegen; es ist unzulässig, dies dem Facharzt für Radiologie zu überlassen. Der Umfang der angeforderten Untersuchungen darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (keine Screening-Untersuchungen). Die Verwendung vorgefertigter Leistungsspiegel ist nur im Einvernehmen mit der ÖGK zulässig.

2. Von Vertragsfachärzten für Radiologie sind grundsätzlich nur jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Vertragsarzt auf von der ÖGK aufgelegten Überweisungsschein verlangt wurden und im Tarifkatalog enthalten sind. Ausnahmefälle (ärztlich notwendige Überschreitungen des Ausmaßes der Zuweisung) sind zu begründen. Eine analoge Verrechnung von Leistungspositionen ist unzulässig. Ist die Anforderung des zuweisenden Arztes unklar, hat der Facharzt für Radiologie mit dem zuweisenden Arzt das Einvernehmen herzustellen.

3. Die Verrechnung von Privathonoraren für Leistungen, für welche die ÖGK den Versicherten gegenüber leistungspflichtig sind, ist ausgeschlossen.

4. Röntgendiagnostische Leistungen, die im Röntgenorgantarif nicht enthalten sind, sind entsprechend der erbrachten Leistung mit den Positionen 701 bis 719 abzurechnen.

5. Die Abrechnung von Leistungen ist mit dem Überweisungsschein vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Diagnose sowie des Datums und der Positionsnummer zu verrechnen. Es dürfen nur einwandfreie Aufnahmen verrechnet werden.

6. Mit den Tarifsätzen sind die ärztliche Untersuchung, die diagnostische Maßnahme inklusive aller Hilfsmittel, die Begutachtung und der Befund abgegolten. Kosten für die erforderlichen Kontrastmittel sind im Tarif inbegriffen. Bei Positionen ohne entsprechende Anmerkung können erforderliche Kontrastmittel rezeptiert werden oder werden diese von der ÖGK beigestellt.

7. Die Untersuchungsergebnisse sind in schriftlicher Form auszufertigen. Ultraschalluntersuchungen sind bildlich zu dokumentieren. Die erbrachten Leistungen (inkl. Sonographie) sind mittels geeigneter Medien (bspw. digitale Medien, CD-ROM, Filme, Papierausdruck etc.) zu dokumentieren. Die Unterlagen sind mindestens 3 Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen in geeigneter Weise zur Verfügung zu stellen. (Davon unberührt bleiben die berufsrechtlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten.) Übermittelte Originalunterlagen sind auf Verlangen binnen 14 Tagen vollständig zurückzustellen. Die Form der Übermittlung der Befunde bzw. Aufnahmen (digitale Medien, CD-ROM, Filme, Papierausdruck etc.) ist mit den Zuweisern zu vereinbaren.

8. Untersuchungen auf Rechnung der Kasse dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem Stand der Radiologie entsprechen. Der ÖGK 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.

   Soweit der Vertragsfacharzt für die Leistungserbringung auch Hilfspersonen einsetzt, müssen diese über die dafür erforderliche berufsrechtliche Qualifikation bzw. Ausbildung verfügen. Der Kasse ist darüber auf Anfrage im Wege der Ärztekammer für Salzburg entsprechend Auskunft zu geben.

9. Mammographien sind nur unter den folgenden Voraussetzungen verrechenbar:

   9.1. Leistungsvoraussetzungen:

   Die vereinbarten Leistungen können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen für Radiologie erbracht werden (Leistungserbringer), welche die nachstehenden Voraussetzungen erfüllen und von der ÖGK auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

   Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 9.1.10) der Verrechnungsmöglichkeit von der ÖGK informiert.

   9.1.1. An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

   a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
   b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (Anlage 1)
   c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
   d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 9.1.9).

   9.1.2. An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

   a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

      Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband bzw. Dachverband der Sozialversicherungsträger und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Radiologin/ein Radiologe eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie/er mit einem Intestivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammografien (im Folgenden: Intensivbefundertrainnig) wieder einsteigen.

Neueinsteiger / Neueinsteigerinnen ins Programm, die keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings vor Programmeinstieg erbringen. Gelingt die Erfüllung der Mindestfrequenzen im ersten Jahr der Programmteilnahme nicht, kann das Einstiegs-Intensivbefundertraining einmalig angerechnet werden.

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß Punkt 9.1.2. lit. a auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 30.06. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

b) Absolvierung von Weiterbildungskursen (Multidisziplinärer Kurs und Befunderkurs) vor Programmteilnahme, aufrechtes dfp-Diplom, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation (jährlicher Qualitätszirkel einberufen durch den regionalverantwortlichen Radiologen) durch eine laufende Fortbildung im Ausmaß von 40 dfp-Punkten für die Fortbildung im Bereich der Senologie jeweils in einem Fortbildungszeitraum entsprechend dem Diplom-Fortbildungsprogramm von 5 Jahren.

9.1.3. Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 9.1.2. lit. a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (Anlage 2). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.

9.1.4. Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 9.1.1. lit. b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (Anlage 1) durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.

9.1.5. Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 9.1.1. lit. c und Punkt 9.1.2. lit. a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms (BKFP) Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.

9.1.6. Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 9.1.2. lit. a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen unbefristeten Zertifikaten erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.

9.1.7. Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 9.1.4. – 9.1.6., 9.1.8., 9.1.9. und 9.1.11. werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.

9.1.8. Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 9.1.3 zu erfüllen.

9.1.9. Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten externen Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.

9.1.10. Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, dürfen vom Vertragsarzt ab Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums keine Mammographien mehr an Anspruchsberechtigten der Kassen erbracht werden.

9.1.11. Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punktes 9.1.3 durch die ÖÄK als ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (Anlage 2) geregelt.

9.1.12. Zertifikatskommission: Für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist eine Zertifikatskommission gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (Anlage 2) bei der ÖÄK eingerichtet.

9.1.13. Ein erstmalig ins Programm einsteigender Standort hat die erforderlichen Mindestfrequenzen innerhalb der ersten 24 Monate ab Programmteilnahme (gilt ab dem ersten vollen Kalenderjahr) nachzuweisen. Nach Ablauf der ersten 24 Monate der Programmteilnahme (gilt ab dem ersten vollen Kalenderjahr) sind die erforderlichen Mindestfrequenzen für den Standort jährlich nachzuweisen .Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass die Vorsorgemammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.

Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

9.2. Die Verrechnung der Pos. 682 (kurativ) ist ausschließlich bei folgenden Indikationen zulässig:

9.2.1. Familiär erhöhter Disposition
9.2.2. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ
9.2.3. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

9.2.4. BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung
9.2.5. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
9.2.6. Mastodynie einseitig,
9.2.7. Histologisch definierte Risikoläsionen
9.2.8. Sekretion aus der Mamille
9.2.9. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio);
9.2.10. Entzündliche Veränderungen, Mastitis/Abszess
9.2.11. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
9.2.12. Sonstige medizinische Indikation mit Angabe der konkreten Indikation

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind dem Kompendium Mammographie Teil 3 (Anlage 3) **zu entnehmen.**

9.3. Dokumentation:

9.3.1. Das Befundungsergebnis und die Befundungsschritte aller Brustuntersuchungen (Erstbefund der Mammographie, Mammasonographie, Zweitbefund der Mammographie, Konsensus) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.

Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

Es wird ein neues Doku-Blatt „Selbstzahler Mammografie (SMZ)“ zur Dokumentation von Frauen, die der Screeningpopulation angehören, aber in kürzeren Intervallen eine Mammografie durchführen lassen, welche sie selbst bezahlen, eingeführt. Dies ermöglicht einerseits eine korrekte Dokumentation; andererseits können diese Mammografien so den Frequenzen angerechnet werden. Eine Datenübermittlung erfolgt nur bei Zustimmung der Frau.

9.3.2. Das Datenflussmodell gemäß Kompendium Mammographie Teil 4 (Anlage 4) wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:

a) Die Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
b) Die Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudnoymisierungsservice des BKFP;
c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;
d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an den zuständigen Krankenversicherungsträger muss gesichert sein.

9.3.3. Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

9.4. Evaluierung

9.4.1. Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.

9.4.2. Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

9.5. Vorgangsweise bei nicht rechtzeitig erfolgter bundesweiter Umsetzung des Vorsorge-Mammographie-Programms bzw Verfügbarkeit der nicht vom Vertragsarzt bereitzustellenden (technischen) Infrastruktur:

– Die Anerkennung der Hinderungsgründe gem Pkt 9.1.2. erfolgt im Einvernehmen zwischen ÄKS und ÖGK;
– die Erhebung der Mindestfrequenzen (Pkt 9.1.5.) erfolgt anhand der Abrechnungsdaten der ÖGK und der Sonderversicherungsträger durch die ÖGKund allenfalls erforderlicher ergänzender Angaben des Vertragsarztes;
– die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen (Pkt 9.1.6.) erfolgt durch die ÄKS;
– die verpflichtende Befundübermittlung entfällt bis zur Verfügbarkeit der in Abschnitt 9.3. angeführten Infrastruktur.

Hinsichtlich der Vorsorge-Mammographie erfolgt für die Dauer der Nichtverfügbarkeit des elektronischen Einladungssystems die Inanspruchnahme durch Überweisung (Vorsorgeuntersuchung) frühestens alle zwei Jahre nach Durchführung der letzten Vorsorge-Mammographie.

ANLAGEN:

Anlage 1 – Kompendium Mammographie Teil 1: Standortbezogene Qualitätssicherung
Anlage 2 – Kompendium Mammographie Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik
Anlage 3 – Kompendium Mammographie Teil 3: Indikationen für die kurative Mammographie (für Frauen)
Anlage 4 – Kompendium Mammographie Teil 4: Datenflussmodell

UMSATZRABATTE

Für die Fachärzte für Radiologie wird nachstehender Umsatzrabatt auf kurative Leistungen zur Anwendung gebracht:

bis € 149.383,00 Quartalsumsatz (inkl. Unkosten, Sono. und Therapie)		100 % Honorar
von € 149.383,01 bis € 199.177,00 Quartalsumsatz (inkl. Unkosten, Sono. und Therapie)	nur noch	90 % Honorar (somit 10 % Abzug)
von € 199.177,01 bis € 298.770,00 Quartalsumsatz (inkl. Unkosten, Sono. und Therapie)	nur noch	85 % Honorar (somit 15 % Abzug)
Ab € 298.770,01 Quartalsumsatz (inkl. Unkosten, Sono. und Therapie)	nur noch	80 % Honorar (somit 20 % Abzug)

Der genannte Abzug erfolgt jeweils nur von den die angeführten Umsatzgrenzen übersteigenden Beträgen. Bei Überschreitung zweier oder mehrerer Umsatzgrenzen erfolgt der Abzug gestaffelt.

Beispiel: Quartalsumsatz € 368.165,00

bis €	149.383,00	volles Honorar	=	€	149.383,00
für €	49.793,99	90 % Honorar	=	€	44.814,59
für €	99.592,99	85 % Honorar	=	€	84.654,04
für €	69.395,02	80 % Honorar	=	€	55.516,02
			Summe:	€	334.367,65

Schädel (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
601	Schädel	1,60	2,40	4,00	14	Bei Schädeltrauma daneben Pos. 603 verrechenbar.
602	Gesichtsschädel	1,60	2,20	3,80	14	
603	Schädelbasis	0,80	1,20	2,00	14	
604	Sella, Vergrößerungsaufnahme	0,80	1,10	1,90	14	
605	Schläfenbein pro Seite (inkl. Durchleuchtung)	3,20	5,30	8,50	14	
606	Schläfenbein nach Stenvers pro Seite, od. Rhese	1,60	3,30	4,90	14	
607	Nasennebenhöhlen inkl. Keilbeinhöhle	3,20	5,50	8,70	14	
608	Nasenbein	1,60	2,10	3,70	14	
609	Panoramaröntgen zur Kiefer- oder Zahnbeurteilung	0,80	1,10	1,90	14	
610	Zähne, 1 bis 3 benachbarte	0,80	0,50	1,30	14	neben Panoramaröntgen (Pos. 609) nur 1mal verrechenbar. Max. ist der Zahnstatus verrechenbar.
611	Zahnstatus	1,60	2,00	3,60	14	neben Panoramaröntgen (Pos. 609) nicht verrechenbar
612	Kiefergelenk, pro Seite mit offenem u. geschl. Mund	1,60	2,00	3,60	14	
613	Oberkiefer, pro Seite	1,60	2,10	3,70	14	
614	Unterkiefer, pro Seite	1,60	2,10	3,70	14	

Wirbelsäule / knöcherner Thorax (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
615	Halswirbelsäule	2,40	3,40	5,80	14	
616	Foramina Intervertebralia pro Seite	0,80	1,20	2,00	14	
617	Foramina Intervertebralia mit Durchleuchtung pro Seite	0,80	1,75	2,55	14	
618	Halswirbelsäule mit Funktionsaufnahmen	4,00	5,70	9,70	14	
619	Brustwirbelsäule	1,60	2,70	4,30	14	
620	Lendenwirbelsäule-Kreuzbein	2,40	3,90	6,30	14	
621	Kreuz- und Steißbein	1,60	2,30	3,90	14	
622	Kreuz-Darmbeingelenke	2,40	3,40	5,80	14	
623	Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend ap auf einem Film	2,40	4,20	6,60	14	
624	Wirbelsäule, Ganzaufnahme in einem ap und seitlich	4,80	8,40	13,20	14	
625	Rippen, einseitig	3,20	3,70	6,90	14	
626	Sternum	3,20	3,70	6,90	14	

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
627	Schlüsselbein	0,80	1,10	1,90	14	
628	Acromioclav.Gel.bds.	0,80	1,30	2,10	14	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
629	Schulterblatt	1,60	3,50	5,10	14	
630	Oberarm ohne Gelenk	1,60	2,50	4,10	14	
631	Unterarm ohne Gelenk	1,60	1,20	2,80	14	
632	1 Handgelenk mit dist.U-Arm	1,60	2,20	3,80	14	
633	Hand	1,60	2,20	3,80	14	
634	Handwurzel und Mittelhand	1,60	2,20	3,80	14	
635	Handwurzelserienaufnahme	3,20	2,20	5,40	14	
636	1 Finger oder 1 Zehe	1,60	1,00	2,60	14	
637	Oberschenkel ohne Gelenke	1,60	2,50	4,10	14	
638	Unterschenkel ohne Gelenke	1,60	2,60	4,20	14	
639	Oberschenkel und Unterschenkel, Ganzaufnahme in einem, pro Extremität maximal 2 Ebenen	2,40	4,20	6,60	14	
640	Fuß	1,60	2,40	4,00	14	
641	Fersenbein + axial	1,60	2,00	3,60	14	
642	Sternoclaviculargelenk	2,40	3,40	5,80	14	
643	Schultergelenk	2,40	4,60	7,00	14	
644	Ellbogengelenk	1,60	2,20	3,80	14	
645	Handgelenk	1,60	2,00	3,60	14	
646	Becken bis voll. 2. Lebensjahr	0,80	1,10	1,90	14	
647	Becken 3. bis 6. Lebensjahr	0,80	1,20	2,00	14	
648	Becken ab 7. Lebensjahr	0,80	1,50	2,30	14	Bei Endoprothesen ist zusätzlich ein Film Format 24x30 verrechenbar
649	Hüftgelenk	1,60	2,40	4,00	14	Bei Endoprothesen ist zusätzlich ein Film Format 24x30 verrechenbar.
650	Kniegelenk	1,60	2,20	3,80	14	
651	Kniegelenkseinsichtaufnahme (Tunnelaufnahme) pro Seite	0,80	1,10	1,90	14	
652	1 Kniegelenk mit Kniescheibe, tangential	2,40	3,20	5,60	14	
653	Defileeaufnahme der Kniescheibe	2,40	3,00	5,40	14	
654	Sprunggelenk	1,60	2,20	3,80	14	

Hals, Herz, Lunge (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
655	Thorax bis zum voll. 5. Lebensjahr	1,60	3,40	5,00	14	einschließlich Kontrastmittel
656	Thorax 6. bis 8. Lebensjahr	1,60	3,50	5,10	14	einschließlich Kontrastmittel
657	Thorax ab 9. Lebensjahr	2,40	5,30	7,70	14	einschließlich Kontrastmittel
658	Speiseröhre	5,60	5,10	10,70	14	einschließlich Kontrastmittel
659	Hypopharynx-Schluckakt	4,00	4,70	8,70	14	einschließlich Kontrastmittel
660	Halsorgane	4,00	4,70	8,70	14	einschließlich Kontrastmittel

Magen-Darm-Trakt (LA 05)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
661	Magen-Duodenum mit Doppelkontrast	6,80	10,30	17,10	14	einschließlich Kontrastmittel
662	Magen-Duodenum, Untersuchung in Hypotonie mit Doppelkontrast	7,32	10,30	17,62	14	einschließlich Kontrastmittel
663	Dünndarmpassage nach Sellink mit Sondierung und Doppelkontrast	12,00	26,80	38,80	14	einschließlich Kontrastmittel (beinhaltet die Bereitstellung der Sonde)
664	Dünndarmpassage mit Dickdarmdarstellung	6,40	14,10	20,50	14	einschließlich Kontrastmittel
665	Dickdarmpassage, verrechenbar nur 24 h.p.c.	2,40	4,80	7,20	14	einschließlich Kontrastmittel
666	Irrigoskopie, Doppelkontrast	10,40	19,00	29,40	14	einschließlich Kontrastmittel Pos. 675 darin enthalten – daher nicht gesondert verrechenbar.
667	Irrigoskopie + Doppelkontrast u. Hypotonie	10,92	19,00	29,92	14	einschließlich Kontrastmittel Pos. 675 darin enthalten – daher nicht gesondert verrechenbar.
668	Appendix, pro Tag (maximal 3 Tage)	2,40	3,30	5,70	14	einschließlich Kontrastmittel

Gallentrakt (LA 06)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
669	Gallenblase, Nativaufnahme	1,60	3,50	5,10	14	
670	Cholecystographie inkl. Reizmahlzeit	3,20	5,80	9,00	14	
672	Infusions-Cholangio-Cholecystographie, einschl. Nativaufnahme	5,50	7,10	12,60	14	
674	Infusion-Cholangiographie, einschl. Nativaufnahme	4,70	5,90	10,60	14	
675	Abdomen, nativ	1,60	3,00	4,60	14	

Harntrakt (LA 07)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
676	Harnblase, Nativaufnahme oder Postmiktionsbild	0,80	1,10	1,90	14	
678	Miktionszystourethrogramm	4,40	5,90	10,30	14	
679	i.v. Pyelographie einschl. Nativaufnahme	6,12	8,80	14,92	14	
680	Infusions-Pyelographie, einschl. Nativaufnahme	7,10	8,80	15,90	14	
681	Retrograde Zystographie, einschl. Nativaufnahme und Refluxprüfung	6,00	8,40	14,40	14	

Sonstige Organ-Untersuchungen (LA 08)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
682	Mammographie, pro Seite, einschl. gezielter Anamnese u. klinischer Untersuchung	2,90	4,40	7,30	14	Gezielte od. Vergrößerungsaufnahmen können vom Radiologen zur weiteren Abklärung eines fraglichen patholog. Befundes gesondert verrechnet werden. Die Pos ist nur verrechenbar, wenn die Voraussetzungen, Qualitätsvorgaben und Dokumentationspflichten gemäß Abschnitt XI. Fachradiologie/Ziffer 9 der Allgemeinen Bestimmungen eingehalten werden.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
683	Galaktographie (nach Mammographie) pro Seite	2,80	3,00	5,80	14	
684	Pneumozystographie (nach Mammozystenpunktion) pro Seite	2,12	3,00	5,12	14	
685	Sialographie, einschl. Nativaufnahme pro Seite	3,72	5,60	9,32	14	
686	Phlebographie, obere Extremität, pro Seite	3,72	3,70	7,42	14	
687	Phlebographie, untere Extremität, pro Seite	8,52	6,50	15,02	14	
688	Fistelfüllung	3,20	5,70	8,90	14	
689	Augenfremdkörper	2,40	3,00	5,40	14	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
760	Feinnadelpunktion der Mamma	9,80	€	14	
761	Tiefe, ultraschall- oder durchleuchtungsgezielte Injektion oder Punktion (z.B. epidurale Blockade, Lumbalpunktion, Leberpunktion, Punktion eines Pleuraergusses)	26,10	€	14	Pro Sitzung höchstens 2mal verrechenbar; Ultraschall oder Durchleuchtung sind gesondert verrechenbar.

Tomographie def. Organe (LA 09)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
690	Tomographie, Lunge, ein- oder beidseitig	6,40	12,60	19,00	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.
691	Tomographie, Kiefergelenk, pro Seite	3,20	7,00	10,20	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.
692	Tomographie, Sternum, pro Ebene (max. 2 Ebenen)	2,40	6,30	8,70	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.
693	Tomographie, Skelett	6,40	11,80	18,20	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.
694	Tomographie, Gallenblase, Gallenwege	3,20	7,40	10,60	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.
695	Tomographie, beide Nieren	2,40	6,60	9,00	14	Notwendige Tomographien können vom Radiologen entsprechend der med. Notwendigkeit ohne gesonderte Zuweisung durchgeführt u. verrechnet werden.

Zuschlag (Bewegungsablauf) (LA 10)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
700	Zuschlag für die Darstellung von Bewegungsabläufen mittels Mittelformatkamera oder Video (verrechenbar bei Pos. 658, 659, 661, 662, 663, 664, 666, 667, 678, 681, 686, 687, 688)		1,00		14	

Sonstige röntgendiagnostische Leistungen (LA 11)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
701	Honoraranteil pro Aufnahme oder Durchleuchtung	0,80			14	
702	i.v. Injektion, Punktion	0,52			14	
703	Infusion	1,50			14	
704	Doppelkontrastuntersuchung	1,20			14	
705	Retrograde Untersuchung (Irrigoskopie, MCU, HSG, Dünndarm n. Sellink, Galaktogr.)	1,20			14	
706	Durchleuchtung (inkl. elektr. Bildverstärkung)		2,30		14	
707	Tomographie		3,00		14	

Aufnahmeformate (LA 12)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Hon. Pkt.	Unkost. Pkt.	Ges. Pkt.	FG	Anmerkung
710	13/18		1,00		14	
711	18/24		1,10		14	
712	24/30		1,20		14	
713	15/40		1,20		14	
714	20/40		1,30		14	
715	18/43		1,30		14	
716	35/35		1,40		14	
717	30/40		1,40		14	
718	35/43		1,50		14	
719	18/24 (Mammogr.)		1,50		14	

Röntgentherapie (LA 13)

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 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 tatsächlichen 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 Pos.Nr. der Tarifgruppe und die Daten der Sitzungen.
8. Zur Verrechnung sind nur jene Fälle einzureichen, bei denen die Behandlungsserie im Abrechnungsquartal beendet wurde.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
TARIFGRUPPE 01					
771	Röntgentherapie 3 - 5 Sitzungen pro Stelle 3 - 4 Serien pro Jahr 4 - 6 Wochen mindestens Serienpause	8,00	P	14	Bei: Akne, Blepharoconjunctivitis, Congelatio, Ekzem, chronisch u. mykotisch (keine Serienpause), Entzündung der Haut oder Subcutis (Dermatitis, ekzem. Otitis externa), Encephalitis chronica, Epididymitis, Epilepsie, Erysipel, Erythema, induratum Bazin, Furunkel, unspezifische Lymphadenitis (keine Serienp.), Intertrigo, Lichen Vidal und ruber planus, Migräne, Mikulicz'sche Erkrankung, Mykosis fungoides, Paronychie, Periodontitis, Perniones, Poliomyelitis, Pruritus, Psoriasis mit Thymus, Thymushyperplasie, Kleinstdosenbestrahlung
TARIFGRUPPE 02					
772	Röntgentherapie 4 - 6 Sitzungen pro Stelle 3 - 5 Serien pro Jahr 3 - 4 Wochen mindestens Serienpause	15,00	P	14	Bei: Agranulocytose, Aktinomykose der Haut, Alopecia areata, Angiom, Arthritis, Arthrose, Bursitis (Calcaneussporn), Condylomata acuminata, Epicondylitis, entzündliche Erkrankung des Bulbus und Glaukom, Epilation (ganzes Gesicht 5 Stellen, ganzer Kopf 6 Stellen), Fistelverödung, Hypophysen-Zwischenhirn (Hochdruck, Angina pectoris), Lymphom (unspezifisch), Mastitis (keine Serienpause), Morbus Werlhof, Myositis, Neuralgie, Neuritis, Panaritium (art., oss., tend.), Parotitis, Pariarthritis, Periproctitis, Periostitis, Phlegmona, Pneumonia chron. (keine Serienpause), Sinusitis, Schweißdrüsenentzündung (keine Serienpause), Tendinitis, Thrombophlebitis, Thyreoiditis; Warzen, multiple
TARIFGRUPPE 03					
773	Röntgentherapie 4 - 6 Sitzungen pro Stelle 4 - 5 Serien pro Jahr 4 - 8 Wochen mindestens Serienpause	19,50	P	14	Bei: Aktinomykose, mitteltiefer und tiefer Sitz, Arthritis und Arthrose großer Gelenke oder Wirbelsäule, Asthma bronchiale, Clavus, Herpes zoster, Neurodermatitis, Hyperhidrosis localis, Karbunkel, Kraurosis vulvae, Leukämie (Milzbestrahlung), Mastopathia cystica, Gynäkomastie, Morbus Basedow, Hyperthyreose, Morbus Paget und Bechterew, Morbus Raynaud (Versuch), Narbenkeloid, Duputren'sche Kontraktur, Induratio Penis plastica, Osteomyelitis, Sympathicusbestrahlung (Gastrointestinaler Symptomenkomplex nach Magenresektion, Ulcus ventriculi aut duodeni chron., Claucicatio intermittens), Syringomyelie, Multiple Sklerose, Schloffertumor, Tonsillarhypertrophie und Tonsillitis chron.
TARIFGRUPPE 04					
774	Röntgentherapie 4 - 6 Sitzungen pro Stelle 3 - 4 Serien pro Jahr 4 - 6 Wochen mindestens Serienpause	29,00	P	14	Bei: Epulis, Brauner Tumor, Hirndrucksymptome (Plexus choriodeus. Bestrahlung), Prostatahyperthropie (bei kontraindizierter Operation), Wirbelhaemangiom

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
TARIFGRUPPE 05					
775	Röntgentherapie 4 - 10 Sitzungen pro Stelle 2 - 3 Serien pro Jahr 4 - 8 Wochen mindestens Serienpause	32,00	P	14	Bei: Hochdruck, Angina pectoris (Nebennierenbestrahlung), Kastrationsbestrahlung, Myoma uteri, Endometriose, Papillomatose des Larynx, Totalbestrahlung nach Mallet
TARIFGRUPPE 06					
776	Fraktionierte curative Bestrahlung 5 - 10 Sitzungen pro Stelle 3 Serien pro Jahr max. 4 Wochen mindestens Serienpause	39,00	P	14	Bei: Malignomen der Haut, der Lippen, der Wangenschleimhaut mit Ausnahme des Melanosarkoms (bei einseitiger Bestrahlung der Hautmalignome 50 % des Tarifes)
	Fraktionierte curative Bestrahlung 3 Sitzungen pro Stelle 4 Serien pro Jahr max. 6 Wochen mindestens Serienpause	39,00	P	14	Bei: Mykosis fungoides, generalisierte tumoröse Form
TARIFGRUPPE 07					
777	Fraktionierte prae- oder postoperative Bestrahlung 8-14 Sitzungen pro Stelle 3 Serien pro Jahr max. 6 Wochen mindestens Serienpause	90,00	P	14	Bei: tiefen Malignomen (einschl. Lymphogranulom, der Lympho-, Leuko- u. Retothelsarkomatosen sowie beider Parametrien als auch der Myelosen) Bei Leukosarkomatose, Lymphosarkomatose und Retothelsarkomatose gelangen 2 Stellen, höchstens jedoch 4 Stellen zur Verrechnung.
	Fraktionierte praeoperative Bestrahlung einer Mamma 8-14 Sitzungen pro Stelle 1 Serie pro Jahr max.	90,00	P	14	
TARIFGRUPPE 08					
778	Fraktionierte prae- oder postoperative Bestrahlung 16-20 Sitzungen pro Stelle 3 Serien pro Jahr max. 6-8 Wochen mindestens Serienpause	122,00	P	14	Bei: tiefen Malignomen (der Lympho-, Leukosarkomatosen, Retothelsarkomatose, beider Parametrien sowie der Myelosen); (ohne Lymphogranulom)
	Oberflächentherapie 16-20 Sitzungen pro Stelle 3 Serien pro Jahr max. 6-8 Wochen mindestens Serienpause	122,00	P	14	Bei: Malignomen des Mundbodens, der Tonsillen, der Zunge, des Rectums, der Vagina u. Vulva
TARIFGRUPPE 09					
779	Fraktionierte Bestrahlung 25-40 Sitzungen pro Stelle 3 Serien pro Jahr max. 8-10 Wochen mindestens Serienpause	148,00	P	14	Bei: Malignomen der Blase, des Bronchus, des Larynx, des Ösophagus, der Mammae u. der gynäkologischen Malignome
	Fraktionierte Oberflächentherapie 40 Sitzungen pro Stelle 2 Serien pro Jahr max. 8-10 Wochen mindestens Serienpause	148,00	P	14	Bei: Melanoma malignum
TARIFGRUPPE 10					
780	Siebbestrahlung 50-75 Sitzungen pro Stelle 1 Serie pro Jahr max.	190,00	P	14	Bei: fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, Ösophagus, der gynäkologischen u. Blasenmalignomen
BEGUTACHTUNG					
781	Begutachtung ohne Röntgenleistung	3,50	P	14	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
RADIUMBEHANDLUNG Radiumbehandlung kann nur von jenen Ärzten verrechnet werden, die hiezu von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Salzburg berechtigt wurden.					
790	H o n o r a r pro Sitzung	3,35	P	14	
791	Bei zwei oder mehr Sitzungen für einen Behandlungsfall am selben Tag für die zweite und jede weitere	2,25	P	14	
792	U n k o s t e n bei Radiumbehandlung bis 150 mgeh pro 1 mgeh (als Minimum pro Behandlungsfall 100 mgeh)	0,04	€	14	
793	U n k o s t e n bei Radiumbehandlung über 150 mgeh bis 1.000 mgeh pro 1 mgeh	0,03	€	14	
794	U n k o s t e n bei Radiumbehandlung über 1.000 mgeh bis 2.400 mgeh pro 1 mgeh	0,02	€	14	Mehr als zweimal 2.400 mgeh pro Behandlungsfall und Jahr kann nicht verrechnet werden.

XII. *SONOGRAPHIE (LG 12)*

Sonographie durch Radiologen (LA 01)

Die allgemeinen Bestimmungen aus Kapitel 11 – Fachradiologie sind zu beachten.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
750	Oberbauch	50,00	€	14	
751	Nieren und Retroperitoneum	40,40	€	14	
752	Unterbauch	34,90	€	14	
753	1 Organ	32,10	€	14	Als 1 Organ gilt z.B. beide Nieren, ebenso Gallenblase u. Gallenwege.
754	Sonographie der kindlichen Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	30,10	€	14	
755	Mammasonographie nach Vorliegen eines suspekten Mammographiebefundes, der nur durch Sonographie abklärbar ist, pro Seite	12,10	€	14	nicht als Screening-Methode verrechenbar Die Voraussetzung einer vorangegangenen Mammographie entfällt bei: Zysten-Kontrollen (insbesondere im Rahmen einer Entzündung), Kontrollen primär mammographisch und sonographisch benigner Herde, Untersuchungen der jugendlichen knotigen Brust. Die Position unterliegt gemeinsam mit der Pos. 7551 einem Verrechnungslimit von 120 % der abgerechneten Pos. 682 pro Arzt und Quartal (darüber hinaus erfolgt keine gesonderte Honorierung; „Null-Limit“). Nicht im Zusammenhang mit der Pos. MAMSON verrechenbar. Die Pos. ist nur verrechenbar, wenn die Dokumentationspflichten gemäß Abschnitt XI. Fachradiologie /Ziffer 9.3 der Allgemeinen Bestimmungen eingehalten werden.
7551	Mammasonographie ohne Mammographie im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes, pro Seite	12,10	€	14	Für die Abrechnung muss im e-card-System der Behandlungsfall Vorsorgemammographie abgebucht und das Dokumentationsblatt „Screening-Ultraschall“ elektronisch übermittelt worden sein. Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 682 verrechenbar. Die Position unterliegt gemeinsam mit der Pos. MAMSON einem Verrechnungslimit von 120 % der abgerechneten Pos. 682 pro Arzt und Quartal (darüber hinaus erfolgt keine gesonderte Honorierung; „Null-Limit“).
756	Small-Part-Sonographie: Schilddrüse inkl. Nebenschilddrüse; Hoden beidseits; Schulter, Axilla (jeweils pro Seite); Leiste (bei Verdacht auf Leistenbruch); Lymphknoten pro Region (erforderlichenfalls beidseits)	25,70	€	14	
757	Sonographie der Halsweichteile beidseits (Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	33,70	€	14	Diese Position ist pro Untersuchungsfall bzw. Tag nur 1mal verrechenbar.
758	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenvenen (bei aufgrund klinischer Symptomatik/Untersuchung begründetem Krankheitsverdacht, insbesondere zum Thromboseausschluss und zur Diagnostik der venösen Insuffizienz), beinhaltend B-Bild und Farbdoppler-Flussprofil inkl. Aufzeichnung, aller erforderlichen Funktionstests, Dokumentation und Beurteilung auch zum weiteren therapeutischen Vorgehen	32,50	€	14	verrechenbar von Fachärzten für Radiologie ein Mal pro Patient und Quartal
759	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Carotis/Vertebralis auf Zuweisung nur bei Beschwerdesymptomatik mit Hinweis auf eine Erkrankung der supraaortalen hirnversorgenden Arterien (kein Screening!) oder kardiovaskuläre Hochrisikosituation, mit Befunderstellung und Risikoklassifizierung bezüglich des weiteren therapeutischen Vorgehens samt Dokumentation	48,20	€	14	verrechenbar von Fachärzten für Radiologie pro Patient und Quartal nur einmal sowie binnen eines Jahres (4 Quartale) höchstens 2 mal

Sonographie durch Urologen (LA 02)

Von den erhobenen Befunden ist ein Durchschlag durch 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der ÖGK bzw. der Ärztekammer für Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
501	Nieren und Retroperitoneum pro Untersuchungsfeld	26,20	€	16	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 501 bis 505 **°)**
502	Unterbauch pro Untersuchungsfeld	26,20	€	16	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 501 bis 505 **°)**
503	Restharn pro Untersuchungsfeld	26,20	€	16	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 501 bis 505 **°)**
504	Prostata (transabdominal und/oder transrectal) pro Untersuchungsfeld	26,20	€	16	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 501 bis 505 **°)**
505	Hoden pro Untersuchungsfeld	26,20	€	16	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 501 bis 505 **°)**

°) Anmerkung zu Pos. 501 bis 505:

Die Positionen 501 bis 505 sind nur verrechenbar in zusammen höchstens 63,5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal zum vollen Tarif und in weiteren höchstens 63,5 % der Pauschalfälle zum halben Tarif. ***)** Pro Patient und Tag sind maximal 2 Untersuchungsfelder verrechenbar.

Sonographie durch allgemeine Fachärzte (ausgenommen Urologen) (LA 03)

Von den erhobenen Befunden ist ein Durchschlag durch 3 Jahre hindurch aufzubewahren und der ÖGK bzw. der Ärztekammer für Salzburg auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
511	Bi-direktionale Dopplersonographie der Extremitäten	17,60	€	05,13	LIMIT: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Verrechenbar von Fachärzten für Physikalische Medizin nur zum Thromboseausschluss in insgesamt höchstens 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal*).
5112	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenvenen (bei aufgrund klinischer Symptomatik/Untersuchung begründetem Krankheitsverdacht, insbesondere zum Thromboseausschluss und zur Diagnostik der venösen Insuffizienz)	36,80	€	04,07	verrechenbar von Gefäßchirurgen ein Mal pro Patient und Quartal sowie von Internisten mit dem Zusatzfach Angiologie ein Mal pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
5113	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenvenen, beinhaltend B-Bild und Farbdoppler-Flussprofil inkl. Aufzeichnung, aller erforderlichen Funktionstests, Dokumentation und Beurteilung	46,60	€	05	verrechenbar von Dermatologen mit dem Zusatzfach Angiologie ein Mal pro Patient und Quartal und insgesamt in höchstens 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
5114	Zuschlag für (die Pos. 5112 bzw. 5113 ergänzende) farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenarterien zur Differenzierung venöser von arteriellen Durchblutungsstörungen inklusive Dokumentation	6,70	€	04, 05, 07	verrechenbar von Gefäßchirurgen in höchstens 25 % (von Dermatologen und Internisten mit dem Zusatzfach Angiologie in höchstens 50 %) der verrechneten Pos. 5112 (bzw. 5113) und 5117
5115	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der Extremitätenarterien inklusive aller erforderlichen Funktionstests, ABI und Diagnostik von Lokalisation und Schweregrad der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit inkl. Befundung, Therapieempfehlung und Dokumentation	51,50	€	04	verrechenbar von Gefäßchirurgen einmal pro Patient und Quartal. Die Pos. ist für denselben Patienten im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. 5114 verrechenbar.
5116	Zuschlag für (die Pos. 5115 ergänzende) farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der abdominellen arteriellen Gefäße (Aorta, Iliakalgefäße, z.B. zur Abklärung in Richtung Aortenaneurysma, Iliakalstenose)	19,70	€	04	verrechenbar von Gefäßchirurgen ein Mal pro Patient und Quartal und insgesamt in 25% der verrechneten Pos. 5115
5117	Farbcodierte Doppler-Duplex-Sonographie der abdominellen arteriellen Gefäße (Aorta, Iliakalgefäße, z.B. zur Abklärung in Richtung Aortenaneurysma, Iliakalstenose)	36,80	€	04	verrechenbar von Gefäßchirurgen ein Mal pro Patient und Quartal, im selben Quartal aber nicht gemeinsam mit Pos. 5116 und/oder 5115
512	Gynäkologischer Ultraschall (transabdominal und/oder vaginal)	35,10	€	06	LIMIT: 34 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Nicht zum Verlauf einer normalen Schwangerschaft verrechenbar.
512ZD	Zuschlag zum gynäkologischen Ultraschall für eine dopplersonographische Blutflussmessung (farbcodiert und/oder PW/CW-quantifiziert), insbesondere zur Abklärung von Ovarialzysten oder des Verdachts einer Plazentainsuffizienz	7,50	€	06	Verrechenbar in höchstens 20% der abgerechneten Pos. 512
513	Oberbauchsonographie inkl. Befunderstellung	52,10	€	04,07 08	LIMIT: FG 04, 07: 20 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal FG 08: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal ***)**
514	Sonographie der Nieren und des Retroperitoneums (inkl. Bauchaorta) inkl. Befunderstellung	26,20	€	07,08	LIMIT: FG 07: 20 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal FG 08: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal ***)**
515	Sonographie der Schilddrüse und/oder Nebenschilddrüse	23,10	€	07	Verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Additivfach Nuklearmedizin bzw. einem entsprechendem Ausbildungsnachweis. Limit: 8 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
516	Sonographie der Halsweichteile beidseits (Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	36,50	€	09	verrechenbar ein Mal pro Patient und Tag und insgesamt in höchstens 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)**
520	Echo-Kardiographie (inkl. Befunderstellung)	68,50	€	07	LIMIT: 18 %, bei Fachärzt:innen mit Additivfach Kardiologie bzw. Sonderfach Innere Medizin und Kardiologie 40 %, der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *) (siehe auch Pos. 5201)
5201	Echo-Kardiographie auf Zuweisung	68,50	€	07	Leistungsumfang, Qualifikationsvoraussetzungen und Dokumentation wie Pos. 520 Fälle, die ausschließlich zur Echo-Kardiographie zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
521	Dopplersonographie (CW und/oder gepulster Doppler) des Herzens	51,00	€	07	Diese Pos. ist nur ge-meinsam mit einer Echokardiographie (Pos. 520), jedoch nur in 18 % (bei Fachärzt:innen mit Additivfach Kardiologie bzw. Sonderfach Innere Medizin und Kardiologie 40 %) der Pau-schalfälle pro Arzt und Quartal verrechenbar (LIMIT). *) Im Übrigen gelten die Bestimmungen für die Echokardiographie mit der Maßgabe, dass bei Zuweisung nur zur Echokardiographie und Dopplersonographie keine Grundleistungsvergütung gebührt (siehe Pos. 5211).
5211	Dopplersonographie des Herzens auf Zuweisung	51,00	€	07	Leistungsumfang, Qualifikationsvoraussetzungen und Dokumentation wie Pos. 521. Fälle, die ausschließlich zur Echokardiographie mit Dopplersonographie des Herzens zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
526	Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile der Schulter, Gelenke, Achillessehne, Bakercyste)	34,20	€	12,13	LIMIT: 12 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *) Für das FG 13 in 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal *) verrechenbar.
527	Ultraschalluntersuchung der kindl. Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	34,20	€	12,08	LIMIT: 10 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal ***)** Die Pos. kann auch von FÄ für Kinderheilkunde mit besonderer Ausbildung in höchstens 5 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden ***)**
5271	Ultraschalluntersuchung der kindl. Hüfte bei Krankheitsverdacht	34,20	€	08	Bei akutem Verdacht auf Hüftschnupfen kann auch bei Kindern nach dem 1. Lebensjahr die Ultraschalluntersuchung der Hüfte verrechnet werden. Limit: 10 % der Pauschalfälle pro Quartal *)
528	Neurosonographie – Basisuntersuchung	68,70	€	07,19	Beinhaltet die direktionale CW-Doppler-Untersuchung und die Farb-Duplex-Scan-Untersuchung der extracraniellen hirnversorgenden Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung. Limit: Verrechenbar von Fachärzten für Neurologie in höchstens 28 % und von Fachärzten für Innere Medizin in höchstens 9 % der Pauschalfälle pro Arzt und Quartal. ***)**
5281	Neurosonographie – Basisuntersuchung auf Zuweisung	68,70	€	07,19	Leistungsumfang, Qualifikationsvoraussetzungen und Dokumentation wie Pos. 528. Fälle, die ausschließlich zur Neurosonographie-Basisuntersuchung zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
529	Neurosonographie – komplette Untersuchung	129,30	€	19	beinhaltet die Basisuntersuchung (Pos. 528, daher nicht gemeinsam mit Pos. 528 verrechenbar) ergänzt um die transcranielle Doppler-Sonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung. Nur verrechenbar mit entsprechendem Nachweis einer besonderen Ausbildung und nur bei pathologischem Befund der Basisuntersuchung oder bei spezieller klinischer Fragestellung. LIMIT: 5 % der Pauschalfälle pro Arzt u. Quartal ***)**
5291	Neurosonographie – komplette Untersuchung auf Zuweisung	129,30	€	19	Leistungsumfang, Qualifikationsvoraussetzungen, Dokumentation wie Pos. 529 Fälle, die ausschließlich zur Neurosonographie - kompletter Untersuchung zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
5292	Transcranielle Doppler-Sonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung auf Zuweisung nach vom Zuweiser durchgeführter Neurosonographie-Basisuntersuchung mit pathologischem Befund	60,60	€	19	Leistungsumfang, Qualifikationsvoraussetzungen, Dokumentation wie Pos. 529 Fälle, die ausschließlich zur Transcraniellen-Doppler-Sonographie zugewiesen werden, sind keine Pauschalfälle und fallen nicht unter die Limitierung. Es gebührt keine Grundvergütung und Ordinationshonorierung.
530	Fontanellenultraschall im 1. Lebensjahr	39,20	€	08	Verrechenbar nur bei Verdacht auf Hirnblutungen, Hydrocephalus, Hirnödem und bei cerebralen Anfällen. LIMIT: 5 % der Pauschalfälle pro Quartal *)

XIII. *KLEINES LABOR (LG 13)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

Laborparameter, die einer externen Qualitätskontrolle unterzogen werden können, dürfen ab 01.01.2024 nur verzeichnet werden, wenn die Verlässlichkeit von Laboruntersuchungen durch die nachweisliche Teilnahme an Ringversuchen oder durch ähnliche zur Verfügung stehende Methoden überprüft wurde. (Qualitätssicherungsverordnung 2024 – QS-VO 2024, § 14)

Für an einem Tag durchgeführte Blut- bzw. Harneinzeluntersuchungen werden insgesamt jeweils nicht mehr Punkte honoriert, als für den Blutbefund komplett bzw. Harnbefund komplett vorgesehen sind.

Es erfolgt eine Limitierung in der Weise, dass
Ärzte für Allgemeinmedizin ..... 1,60 Punkte pro Pauschalfall
Dermatologen ..... 1,50 Punkte pro Pauschalfall
Gynäkologen ..... 6,00 Punkte pro Pauschalfall
Kinderfachärzte ..... 2,20 Punkte pro Pauschalfall
Internisten Stadt ..... 10,00 Punkte pro Pauschalfall
Internisten Land ..... 12,50 Punkte pro Pauschalfall
Lungenfachärzte ..... 2,50 Punkte pro Pauschalfall
Urologen ..... 10,20 Punkte pro Pauschalfall
alle anderen allg. FÄ ..... 1,50 Punkte pro Pauschalfall
mit dem jeweiligen vollen Punktwert honoriert erhalten, darüber liegende Punkte werden nur mit dem halben Punktwert honoriert.

Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeinen Fachärzte (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
801	Blutbild komplett (mit sogenannten Fünffachdifferenzierern maschinell; oder händisches Blutbild mit Differenzierung; oder Blutbild gemäß Pos. 813 mit ergänzender händischer Differenzierung) beinhaltend: Erythrozyten; Hämoglobin, Hämatokrit inkl. Rechenparametern; Leukozyten mit Differenzierung in neutrophile, basophile und eosinophile Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten; Thrombozyten.	5,90	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 802, 803, 804, 809, 810, 812 und 813. Diese Position kann nur bei folgenden Indikationen bzw. Verdachtsdiagnosen (ansonsten erforderliche Einzelparameter bzw. Pos. 812 oder 813) verrechnet werden: Leukozytose, Leukopenie, Infektionen, Intoxikationen, Malignome (inkl. Blutbildkontrollen unter zytostatischer Radiotherapie), Leukämien und andere hämatologische Systemerkrankungen, allergisch und medikamentös induzierte Veränderungen, Beurteilung der Erythrozyten- und Thrombozytenmorphologie.
802	Erythrozytenzählung oder Haematokrit	1,20	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 812 und 813.
803	Blutfarbstoff (Haemoglobin)	1,20	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 812 und 813.
804	Leukozytenzählung exklusive Differentialblutbild	1,20	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 812 und 813.
805	Prothrombinzeitbestimmung, Thrombo- oder Normotest (einschließlich Blutabnahme)	5,50	P	30	
806	Kreuzversuch bei Bluttransfusion	2,90	P	30	
807	Blutzuckerbestimmung	2,50	P	30	
808	Blutsenkung	0,80	P	30	
809	Rotes Blutbild (Erythrozytenzahl, Haemoglobin, Haematokrit u. Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter)	2,40	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 812 und 813.
810	Leukozytenzählung mit Differentialblutbild	3,60	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801 und 813.
811	Kalium	3,00	P	01,07	
812	Eingeschränktes Blutbild mit technischen Hilfsmitteln (QBC oder gleichwertiges Gerät unter Verwendung der Krit-Technik) mit folgendem Mindestinhalt: Hämoglobin, Hämatokrit; Leukozyten exkl. Differentialblutbild, aber mit Differenzierung in: Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten; Thrombozyten	4,20	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 802, 803, 804, 809 und 813.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
813	Blutbild maschinell (mit sogenannten Dreifachdifferenzierern; nicht mit den in Pos. 812 genannten Geräten) mit folgendem Mindestinhalt: Erythrozyten; Hämoglobin, Hämatokrit inkl. Rechenparametern; Leukozyten gesamt und differenziert (prozentuell und absolut) nach Granulozyten, Lymphozyten und Monozyten (oder nach Lymphozyten, Neutrophilen und MIX/MID); Thrombozyten	5,30	P	30	Am selben Tag nicht gemeinsam verrechenbar mit Pos. 801, 802, 803, 804, 809, 810 und 812. Mit den Pos. 303, 304, 305 und 308 nur bei Verdacht auf entzündliche Veränderungen (Anämie) verrechenbar.
821	Harnbefund komplett (Streifentest 8-10 Parameter mit Harnsediment)	3,40	P	30	
822	Harnbefund mittels Harnstreifentest (Kombur 8-10)	1,20	P	30	
823	Harn auf Eiweiß, quant. (nach Esbach)	0,90	P	30	
824	Harn auf Zucker quant.	0,90	P	30	
825	Erythrozyten- und Leukozytenzählung im Harn	2,40	P	16	
831	Harnsediment (Nativpräparat)	2,20	P	30	
834	Stuhl auf Blut	1,40	P	30	
839	Abnahme und Fixierung auf Papanikolaou	2,90	P	30	Eine mehrfache Verrechnung ist nur zulässig bei: Wiederholung wegen suspektem Routinebefund, Abnahme zur DNA-Zytometrie, Vulvaabstrichen, sezernierender Mamma oder mit besonderer Begründung.
841	H.p. (CLO, Urease-)Test	2,90	P	04,07	
842	Kultur auf Pilze einschließlich Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	7,20	P	05	
843	Abstrichabnahme: 1 Stelle	1,40	P	30	nicht gemeinsam mit Pos. 844 verrechenbar
844	Abstrichabnahme: 2 oder mehr Stellen	2,40	P	30	nicht gemeinsam mit Pos. 843 verrechenbar
845	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen, nativ (inkl. Phasenkontrast) oder/und mit einfacher Färbung oder/und Pilzbefund mit Kalilauge	2,80	P	30	verrechenbar 1mal pro Ordination
846	Mikroskopische Untersuchung von Sekreten oder sonstigen Abstrichen mit Doppelfärbung, Gramfärbung oder/und vergleichbar komplizierter Färbetechnik	3,50	P	30	verrechenbar 1mal pro Ordination
847	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	4,30	P	01,04 07,08 09,10	verrechenbar max. 8mal pro Patient und Jahr bei Verdacht auf Infektionen, zur Verlaufskontrolle sowie zur Entscheidungshilfe für die Therapiewahl bei viralen od. bakteriologischen Infektionen bzw. zur Differenzialdiagnostik entzündlicher Erkrankungen. Hinweis: Es wird von der Kasse dafür kein Ordinationsbedarf (Teststreifen) bereitgestellt. Erfolgt am selben Tag für den Patienten eine Anforderung sonstiger Laboruntersuchungen im Großlabor, ist das CRP mit anzufordern und diese Position nicht abzurechnen, es sei denn, das Ergebnis wird sofort benötigt.
8471	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ, ab der 9. Untersuchung im Jahr	4,30	P	01,04 07,08 09,10	Verrechenbar bei Patienten in Chemotherapie, Immunsuppressionstherapie, mit Autoimmunerkrankungen oder (chronisch) entzündlichen Darmerkrankungen. Erfolgt am selben Tag für den Patienten eine Anforderung sonstiger Laboruntersuchungen im Großlabor ist das CRP mit anzufordern und diese Position nicht abzurechnen.
848	Bilirubinmessung bei Icterus neonatorum bei Neugeborenen (Transkutan oder im Blut)	11,82	P	08	Verrechenbar maximal bis zum 20. Lebenstag des Kindes und maximal einmal pro Kind. Bei Transkutaner Bilirubinmessung verrechenbar entsprechend den Zulassungskriterien des verwendeten Gerätes. Der Gerätenachweis ist der Kasse auf dem Weg über die Kammer zu über-mitteln.

Leistungen der Internisten (LA 02)

für eigene Patienten (zusätzlich zu den Laborleistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte verrechenbar)

Allgemeines:
Die Punktebewertung richtet sich nach dem jeweiligen Punktwert für Laborleistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte gemäß dem Honorartarif.

Mit diesen Tarifsätzen sind die Kosten aller zur Durchführung nachstehender Laboruntersuchungen nötigen „Einmal"-Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe usw. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten.

Es erfolgt eine Limitierung dieser Laborleistungen einschließlich der aus dem Tarif Laborleistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte verrechneten Laborleistungen in der Weise, dass eine durchschnittliche Punkteanzahl von
Internisten Stadt..... 10,00 Punkte pro Pauschalfall
Internisten Land ..... 12,50 Punkte pro Pauschalfall
mit dem jeweiligen vollen Punktwert honoriert wird, während die über diesem Durchschnitt liegenden Punkte nur mit dem jeweiligen halben Punktewert honoriert werden.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
851	Harnstoff	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar
852	Harnsäure	1,48	P	07	
853	Kreatinin, quantitativ	1,48	P	07	
854	Triglyceride	1,48	P	07	max. 2mal pro Jahr und Patient, für Patienten unter medikamentöser Therapie max. 4mal pro Jahr verrechenbar
855	Gesamtcholesterin, quant. im Serum	1,48	P	07	max. 2mal pro Jahr und Patient, für Patienten unter medikamentöser Therapie max. 4mal pro Jahr verrechenbar
856	HDL-Cholesterin	2,15	P	07	max. 2mal pro Jahr und Patient, für Patienten unter medikamentöser Therapie max. 4mal pro Jahr verrechenbar
857	Bilirubin im Serum	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar
858	Bilirubin im Serum, direkt u. indirekt, je (2 qual. u. 1 quant. Reaktion)	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar
859	Amylase oder Lipase	2,30	P	07	
860	Alkalische Phosphatase	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
861	SGPT oder SGOT	1,48	P	07	SGOT nur bei pathologischem Ausfall der SGPT verrechenbar Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
862	Gamma-GT	1,48	P	07	Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
863	Cholinesterase	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
864	CKMB	3,52	P	07	bei Verdacht auf akuten Myokardinfarkt bzw. instabile Angina pectoris Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
865	CK	2,26	P	07	bei Verdacht auf akuten Myokardinfarkt bzw. instabile Angina pectoris Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
867	LDH	1,48	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar Siehe nachstehende Anm. zu Pos. 860 bis 867 **°)**
868	Serum Eisen	2,94	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar
869	Harnkultur nach Objektträger-Methode	4,70	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar
870	Rheumafaktor mittels Latex-Test	4,00	P	07	nur von Internisten außerhalb der Stadt-Salzburg verrechenbar

°) Anmerkung zu Pos. 860 bis 867:

Bei den Pos. 860 bis 867 ist bei mehr als insgesamt 4 Untersuchungen pro Fall und Quartal eine medizinische Begründung erforderlich.

XIV. *GROSSES LABOR / LABORDIAGNOSTIK (LG 14)*

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

1. Die zuweisenden Ärzte haben bei der Leistungsanforderung die allgemeinen und besonderen Bestimmungen dieses Tarifkataloges zu beachten.

   Die Zuweisung hat zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (Raschheit, elektronische Abwicklung, Anzeige von Vorbefunden) grundsätzlich an die Salzburger Laborgruppenpraxis zu erfolgen (siehe § 18 Abs 2 Gesamtvertrag).

   Der zuweisende Arzt hat die angeforderte Leistung auf dem Überweisungsschein bzw. auf der Bildschirmmaske anhand des Tarifkataloges selbst festzulegen; es ist unzulässig, dies dem Vertragsfacharzt (der Laborgruppenpraxis) zu überlassen, es sei denn, es wurde für bestimmte Leistungen mit der ÖGK anderes vereinbart (insbesondere vorgegebene diagnostische Pfade entsprechend vom Zuweiser anzugebender anamnestischer Daten). Bei Einsendung einer Stuhlprobe sind vom Zuweiser auf dem zwischen ÄKS und ÖGK vereinbarten, vom Vertragsarzt (der Laborgruppenpraxis) bereit zu stellenden spezifischen Formular *„Angaben für die Erregerauswahl"* auszufüllen. Der zuweisende Arzt darf grundsätzlich alle an einem Tag anfallenden Anforderungen für einen Patienten nur mit einer Zuweisung durchführen, es sei denn, es müssen aus medizinischen Gründen Proben zu unterschiedlichen Zeiten abgenommen werden, die aus technischen Gründen nicht gemeinsam versandt werden können.

   Der Umfang der angeforderten Untersuchungen darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (keine Screening-Untersuchungen, ausgenommen VU-Leistungen). Die Positionen des Honorarkataloges dürfen nicht für Maßnahmen zur Vorbereitung der In-vitro-Fertilisation sowie für Begutachtungszwecke, Eignungstests oder Kuraufenthaltsbewilligungen Anwendung finden.

   Die Verwendung vorgefertigter Leistungsspiegel ist nur im Einvernehmen mit der ÖGK zulässig. Der Vertragsfacharzt (die Laborgruppenpraxis) darf seine (ihre) Zuweiser nicht ohne besonderen medizinischen Grund im Einzelfall zur (Neu-)Durchführung von Laboruntersuchungen auffordern.

   Beginnend im Jahr 2016 erfolgt eine Umstellung der bisher papierschriftlichen Zuweisung auf eine elektronische Abwicklung der Zuweisung, der Anzeige vorhandener Vorbefunde und der Befundübermittlung. Dies bedarf einer Umsetzung in der Arztsoftware(ASW) und werden ÖGK und ÄKS diesbezüglich gemeinsam entsprechende Verhandlungen mit den ASW-Anbietern über den Zeitpunkt und die Kosten (Einmalkosten und laufende Kosten) der Implementierung dieser elektronischen Abwicklung aufnehmen. Unter dieser Voraussetzung sind ab 01.01.2018 die Vertragsärzte der ÖGK zur Teilnahme daran verpflichtet (für die Implementierungskosten erfolgt im Einvernehmen zwischen ÖGK und ÄKS eine gesonderte Regelung im Sinne einer Einmalzahlung der ÖGK); bestimmte Fachgebiete, die kaum Laborzuweisungen vornehmen, können im Einvernehmen davon ausgenommen werden.

   Wahlärzten mit Ordinationssitz im Bundesland Salzburg, die eine Vertragspartnernummer erhalten haben, steht die Teilnahme daran frei, sofern in der Abrechnung deren Zuweisung mit deren Vertragspartnernummer erfasst wird (sollte der Anteil elektronischer an allen Zuweisungen der Wahlärzte unter jenem der Vertragsärzte liegen, kann die ÖGK frühestens ab 01.01.2018 die Einführung eines eigenen Administrationspauschales für Wahlarztzuweisungen verlangen, das dem gewichteten Durchschnitt der Pos. AP1E und AP1M für Salzburger Vertragsärzte der ÖGK entspricht). Eine Wahlärzten mit Ordinationssitz im Bundesland Salzburg erteilte Ausnahme von der vorherigen Bewilligungspflicht ihrer Laborzuweisungen kann von der ÖGK für Wahlärzte widerrufen werden, deren Zuweisungsverhalten (im statistischen Vergleich zur jeweiligen Fachgruppe der Vertragsärzte) trotz zweimaliger schriftlicher Verwarnung unwirtschaftlich bleibt.

   Der Vertragsfacharzt (die Laborgruppenpraxis) stellt sicher, dass die elektronische Abwicklung den Anforderungen des Datenschutzgesetzes und Gesundheitstelematikgesetzes entspricht. Die Zuweiser holen von ihren Patienten eine (jederzeit widerrufliche unter-) schriftliche Zustimmung zur elektronischen Abwicklung (einschließlich Einsichtnahme in beim Labor vorliegende Vorbefunde auch anderer Zuweiser) ein, wobei die Identifikationsdaten der anderen Zuweiser ausgeblendet werden.

2. Es können nur jene Leistungen verrechnet werden, die vom zuweisenden Arzt verlangt wurden. Ist die Anforderung des zuweisenden Arztes unklar oder widerspricht sie offensichtlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot, hat der Vertragsfacharzt (die Laborgruppenpraxis) zunächst zu versuchen, mit dem zuweisenden Arzt das Einvernehmen herzustellen. Wünscht ein zuweisender Arzt Leistungen, die nicht im Tarifkatalog enthalten sind, hat er dies zu begründen und ist die vorherige chefärztliche Bewilligung einzuholen (die Festlegung des diesbezüglichen Abrechnungsmodus hat einvernehmlich zwischen dem Vertragsfacharzt [der Laborgruppenpraxis] und der ÖGK zu erfolgen). Die analoge Verrechnung von Leistungspositionen ist (zur Überbrückung der Zeit bis zur allfälligen Erweiterung des Tarifkataloges) nur mit ausdrücklicher Zustimmung der ÖGK zulässig. Die Entgegennahme von Privathonoraren für verlangte Leistungen, für die der Krankenversicherungsträger leistungszuständig ist, ist unzulässig. Ist eine Leistung bewilligungspflichtig, darf diese erst nach Vorliegen der Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger erbracht werden.

3. Soweit der Tarifkatalog 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 einer kompletten Untersuchung entspricht.

4. Mit den Tarifsätzen sind auch sämtliche Nebenleistungen, insbesondere die Kosten aller zur Durchführung von Laboruntersuchungen nötigen („Einmal"-)Geräte, Chemikalien, Reagenzien, Farbstoffe, Formulare usw. sowie der erforderlichen pharmazeutischen und sonstigen Präparate abgegolten. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial nur dann gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Positionen der Leistungsart 20 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.

5. Über die erbrachten Laborleistungen (Befunde) und die durchgeführten Qualitätskontrollen sind Aufzeichnungen zu führen, die mindestens drei Jahre aufbewahrt werden müssen und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen sind.

6. Sofern in einzelnen Positionen nichts vermerkt ist und die Art der Untersuchung es zulässt, sind alle Tests nach quantitativen, dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechenden Verfahren durchzuführen. Die Wahl der Methoden obliegt dem Leistungserbringer. Untersuchungen auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers dürfen nur mit Geräten und nach Methoden durchgeführt werden, die dem jeweiligen Stand der Labormedizin entsprechen. Wird Untersuchungsmaterial an eine andere Einrichtung übermittelt, so darf der Untersuchungszweck dadurch zeitlich und qualitativ nicht beeinträchtigt werden und dem Versicherungsträger keine Mehrbelastung erwachsen, es sei denn, die Frequenz für eine Leistung ist so stark abgesunken, dass eine Qualitätssicherung nicht mehr möglich ist.

7. Der ÖGK sind vom Vertragsfacharzt (der Laborgruppenpraxis) im Zuge der Abrechnung die vollständigen Zuweisungen auf Datenträger zur Verfügung zu stellen.

8. Der Vertragsfacharzt bzw. die Laborgruppenpraxis hat regelmäßig auf eigene Rechnung an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen) teilzunehmen und laufend interne Qualitätskontrollen entsprechend dem jeweiligen Stand der Labormedizin durchzuführen. Die positive Qualitätskontrolle ist über Verlangen der ÖGK nachzuweisen. Die ÖGK ist berechtigt, die Honorierung von Laborleistungen so lange und insoweit (z.B. für bestimmte Leistungsarten) zu verweigern bzw. zurückzufordern, bis der Nachweis über die positiven Ergebnisse der Teilnahme an den Ringversuchen erbracht wird.

9. Die Honorierung der Vertragsfachärzte (Laborgruppenpraxis) setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, nämlich

   - einer Administrationspauschale (insbesondere zur Abgeltung der vorgehaltenen Struktur einschließlich Abholdienste, die Bereitstellung der zur Abnahme und Übermittlung der Proben erforderlichen Sachmittel, die [elektronische] Befundübermittlung, die Bereitstellung vorhandener relevanter Vorbefunde im Zuge der elektronischen Anforderung zur Vermeidung unnötiger Mehrfachbefundungen) und
   - den Einzelleistungstarifen für die jeweiligen Laborparameter.

9.1. Es gibt folgende Administrationspauschalen:

AP1E – Administrationsfallpauschale für eine elektronisch erfolgte Zuweisung (ausgenommen einer solchen mit Pos. 913 oder bei alleiniger Anforderung einer Pos. 914 [oder allfälliger Nachfolgepositionen]; siehe AP2E). Ein Zuweisungsfall bezieht sich auf alle vom selben Zuweiser für einen Patienten an einem Tag* entnommenen Untersuchungsmaterialien, sofern ausschließlich kurative oder MKP-Parameter angefordert werden. Gebührt nicht im zeitlichen Zusammenhang mit einer Zuweisung AP2E oder AP2M desselben Zuweisers.

AP1M – Administrationspauschale für eine nur papierschriftliche Zuweisung (ausgenommen einer solchen mit Pos. 913 oder bei alleiniger Anforderung einer Pos. 914 [oder allfälliger Nachfolgepositionen]; siehe AP2M). Ein Zuweisungsfall bezieht sich auf alle vom selben Zuweiser für einen Patienten an einem Tag* entnommenen Untersuchungsmaterialien, sofern ausschließlich kurative oder MKP-Parameter angefordert werden. Gebührt nicht im zeitlichen Zusammenhang mit einer Zuweisung AP2E oder AP2M desselben Zuweisers.

AP2E – Administrationsfallpauschale für eine elektronisch erfolgte Zuweisung, mit der auch eine Pos. 913 oder nur eine Pos. 914 (oder allfällige Nachfolgeposition) angefordert wird. Ein Zuweisungsfall bezieht sich auf alle vom selben Zuweiser für einen Patienten an einem Tag* entnommenen Untersuchungsmaterialien. Der Tarif ist jener der Pos. AP1E, vermindert um € 10,00.

AP2M – Administrationsfallpauschale für eine papierschriftlich erfolgte Zuweisung, mit der auch eine Pos. 913 oder nur eine Pos. 914 (oder allfällige Nachfolgeposition) angefordert wird. Ein Zuweisungsfall bezieht sich auf alle vom selben Zuweiser für einen Patienten an einem Tag* entnommenen Untersuchungsmaterialien. Der Tarif ist jener der Pos. AP1M, vermindert um € 10,00.

AP3L – Administrationspauschale für eine Zuweisung pro Patient und Tag* durch ein anderes Labor (Laborfacharzt, Laborgruppenpraxis, Ambulatorium für Labordiagnostik).

*soweit medizinisch und technisch möglich

Die Administrationspauschalen AP2E und AP2M werden spätestens im Zuge einer qualitativen Ausweitung des Laborblocks der Vorsorgeuntersuchung (VU) neu kalkuliert. Bis zur Neuregelung dessen leistet die Kasse nach Abrechnung des 4. Quartals für das abgelaufene Kalenderjahr für Zuweisungen, die ausschließlich den/die neu hinzugekommenen VU-Parameter zum Gegenstand haben, eine Nachzahlung aus der Differenz der Tarife AP3L und den für die neuen Parameter honorierten AP2E und AP2M.

Für Fälle, in denen aus medizinischen und technischen Gründen mehr als eine Zuweisung erforderlich ist, gilt für eine (oder mehrere) weitere Zuweisung(en) pro Zuweiser, Patient und Tag folgende Honorarbegrenzung weiterer Administrationspauschalen:

- Für bakteriologische Zuweisungsfälle werden weitere Administrationspauschalen pro Zuweiser, Patient und Tag im Ausmaß von höchstens 4 % der Gesamtzahl der ersten bakteriologischen Zuweisungen pro Zuweiser, Patient und Tag;
- für die übrigen Zuweisungsfälle werden weitere Administrationspauschalen pro Zuweiser, Patient und Tag im Ausmaß von höchstens 0,57 % der Gesamtzahl der ersten (nicht bakteriologischen) Zuweisungen pro Zuweiser, Patient und Tag honoriert.
- Abgestellt wird auf den Zeitpunkt des Einlangens der Probe.

Für darüber hinausgehende Mehrfachfälle gebührt keine Administrationspauschale.

Die Berechnung dieser Limitierung erfolgt jeweils nach Abrechnung des 4. Quartals für das gesamte Abrechnungsjahr. Sollten die oben angeführten Grenzen überschritten worden sein, wird der berechnete Überschreitungsbetrag von der nächstfolgenden Quartalsabrechnung einbehalten.

9.2. Die Administrationspauschalen (mit Ausnahme der Pos. AP3L) unterliegen ab 01.01.2018 folgender Limitierung:

Die Zahl der im Jahr 2015 angefallenen Laborzuweisungsfälle aller von der SGKK abgerechneten Fälle (ausgenommen SVB Fälle), vermindert um jene Fälle, die von einem anderen Labor überwiesen wurden werden mit folgenden fiktiven Tarifen vervielfacht: Die Zuweisungen, mit denen auch eine Pos. 913 (oder allfällige Nachfolgeposition) angefordert wurde, werden zu 75 % mit € 3,62 und zu 25 % mit € 4,33 vervielfacht. Alle übrigen Zuweisungen (ausgenommen solche von anderen Laboren) werden zu 75 % mit € 13,62 und zu 25 % mit € 14,33 vervielfacht. Die sich errechnende Summe der Produkte wird für die Jahre 2016 bis 2018 um den vom Hauptverband für diese Jahre jeweils ermittelten jährlichen Grundfaktor (§ 30 Abs 2 Z. 1 Gesamtvertrag) erhöht. Daraus errechnet sich eine Limitgrenze. Sofern die unter Anwendung der Administrationspauschalen (ausgenommen Pos. AP3L) für 2018 errechnete Summe die Limitgrenze überschreitet, wird der Überschreitungsbetrag um 40 % gekürzt. Diese Regelung gilt auch bei großen Fallzuwächsen (z.B. aufgrund einer Ausdehnung der Geschäftstätigkeit der Laborgruppenpraxis auf andere Bundesländer). Diese Limitierung ist auch in den Folgejahren entsprechend (um den jeweiligen Grundfaktor angepasst) anzuwenden.

9.3. Sofern zwischen den Parteien des Gesamtvertrages keine andere Regelung getroffen wird, erfolgt ab dem 01.01.2020 – jedoch innerhalb der davon unberührt bleibenden errechneten Limitgrenze gemäß 9.2. – eine Anpassung der Administrationspauschalen um die Hälfte des für das jeweilige Kalenderjahr gemäß § 30 Abs 2 Z. 2 Gesamtvertrag ermittelten Tarifanpassungsfaktors.

9.4. Die Einzelleistungstarife der Laborparameter unterliegen, sofern zwischen den Parteien des Gesamtvertrages keine andere Regelung getroffen wird, ab 01.01.2017 einer Anpassung um die Hälfte des für das jeweilige Kalenderjahr gemäß § 30 Abs 2 Z. 2 Gesamtvertrag ermittelten Tarifanpassungsfaktors.

9.5. Unbeschadet der vorstehenden Anpassungsregelungen sind die Leistungen dieses Tarifabschnittes ab 01.01.2016 von einer Tarifanpassung gemäß § 30 Gesamtvertrag ausgenommen. Im Gegenzug zu den Anpassungsregelungen gemäß 9.3. und 9.4. verpflichtet sich die Laborgruppenpraxis, der ÖGK Einsicht in die Tarifkalkulationen und deren Grundlagen zu gewähren sowie auf dieser Basis zur Aufnahme neuer Leistungen auf Wunsch der ÖGK, sofern der angebotene Tarif kostendeckend ist (positiver Deckungsbeitrag).

9.6. Ab 01.01.2026 werden die Administrationspauschalen mit nachfolgenden Tarifen honoriert:

AP1E	€	14,05
AP1M	€	14,79
AP2E	€	3,29
AP2M	€	4,05
AP3L	€	8,62

10. Der Punktwert für die Leistungen dieses Tarifabschnittes beträgt € 1,0918. Eine Anpassung gemäß Z 9.4. erfolgt auf 4 Nachkommastellen.

11. Bei Zuweisungen durch Fremdlabore müssen eventuelle Fachgebiets-Beschränkungen ihrer Zuweiser durch das Fremdlabor beachtet werden.

12. Bei (im Stellenplan vorgesehener) Eingliederung einer Planstelle für gynäkologische Zytologie werden die mit der Labor-Holzer-GmbH vorgesehenen Regelungen angewendet; die obige Ziff. 9 kommt nicht zur Anwendung (insbesondere gebührt kein Administrationspauschale). Zuweiser zu einem HPV-Screening haben den Ausschluss eines parallelen zytologischen Screenings zu beachten (bei positivem Befund wird die notwendige Folgediagnostik vom Labor ohne weitere Zuweisung durchgeführt).

Hämatologische Untersuchungen (LA 01)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L001	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leucozyten und Thrombozyten, automatisierte Differentialzählung, Hämatokrit und Hämoglobinbestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	1,83	P	50,55	
L002	Retikulozyten-Zählung	10,10	P	50,55	
L003	Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches	4,78	P	50,55	nicht auf Zuweisung, sondern als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar
L004	Leukozytentypisierung bei gesicherter Hämoblastose	154,07	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal und nur verrechenbar, wenn mehr als 10 Typisierungen durchgeführt wurden
L005	Leukozytentypisierung wenn Hämoblastose ausgeschlossen werden konnte (z.B. reaktive Lymphozytose)	84,74	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal und nur verrechenbar, wenn zwischen 5 und 10 Typisierungen durchgeführt wurden
L006	Leukozytentypisierung für HIV und sonstige Fälle einer Leukozytentypisierung (CD 4 / CD 8)	45,36	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal und nur verrechenbar, wenn weniger als 5 Typisierungen durchgeführt wurden
L007	JAK2-Mutation	54,06	P	50,55	nur bei Verdacht auf MPS verrechenbar
L008	HB-Elektrophorese	33,79	P	50,55	
L009	Untersuchung auf Blutparasiten im Ausstrichpräparat oder dicker Tropfen (Malariaausstrich)	3,56	P	50,55	
L010	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	0,53	P	50,55	
L011	Haptoglobine	5,46	P	50,55	

Blutgerinnung (LA 02)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L025	Prothrombinzeit/INR	2,14	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L026	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	2,26	P	50,55	Grundsätzlich pro Patient und Tag 1mal verrechenbar
L027	Thrombinzeit TZ	2,26	P	50,55	Grundsätzlich pro Patient und Tag 1mal verrechenbar
L028	Fibrinogen (funktionell oder immunologisch)	3,54	P	50,55	
L029	Fibrinogen-Fibrin-Spaltprodukte (z.B. D-Dimere) mit ELISA	7,50	P	50,55	
L030	Gerinnungsfaktoren (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII), je	10,14	P	50,55	Einmalige Diagnostik zur Abklärung max. 5 Faktoren anforder- und verrechenbar Zuweisung nur durch Internisten bzw. bei pathologischen Globaltests durch den Laborfacharzt
L031	Antithrombin III-Bestimmung	11,53	P	50,55	
L032	Aktivierte Protein C – Resistenz (APC-Test)	7,41	P	50,55	zur Thrombophiliediagnostik 1mal im Leben verrechenbar
L035	Protein S	11,15	P	50,55	nur zur Thrombophiliediagnostik, für Patienten bis zum 55. Lebensjahr 2mal im Leben anforder- und verrechenbar. Zuweisung nur durch Internisten sowie durch Gynäkologen bei dokumentiertem rezidivierenden Abort
L036	Protein C	11,15	P	50,55	nur zur Thrombophiliediagnostik für Patienten bis zum 55. Lebensjahr 2mal im Leben anforder- und verrechenbar. Zuweisung nur durch Internisten sowie durch Gynäkologen bei dokumentiertem rezidivierenden Abort.
L037	Thrombozyten-Zählung	0,82	P	50,55	nicht auf Zuweisung, sondern als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar; nur bei Verdacht auf Pseudothrombozytopenie verrechenbar
L038	Thrombozytenfunktion	61,52	P	50,55	im Rahmen der präoperativen Abklärung (Thrombozytenfunktionsstörung)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L039	Lupusantikoagulans	10,61	P	50,55	nicht auf Zuweisung, sondern als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar; Indikation: Vasculitiden, Kollagenosen, habitueller Abort, Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom, Abklärung verlängerte aPTT
L041	Cardiolipin-AK	19,80	P	50,55	1mal pro Patient und Tag, nur auf Zuweisung durch Internisten und Gynäkologen im Rahmen der Stufendiagnostik bei Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom bzw. rezidiv. Thrombose oder ohne Zuweisung als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar
L042	Beta-2-Glykoprotein	19,80	P	50,55	1mal pro Patient und Tag, nur auf Zuweisung durch Internisten und Gynäkologen im Rahmen der Stufendiagnostik bei Verdacht auf Phospholipid-AK-Syndrom bzw. rezidiv. Thrombose oder ohne Zuweisung als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar

Stoffwechseluntersuchungen (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L050	Blutzucker-Bestimmung	0,25	P	50,55	
L051	HbA 1 oder HbA 1 c	2,02	P	50,55	
L052	Harnstoff oder Harnstoffstickstoff	0,25	P	50,55	
L053	Kreatinin	0,25	P	50,55	
L054	Kreatinin im Harn	0,25	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L055	Harnsäure	0,25	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L056	Harnsäure im Harn	0,25	P	50,55	
L057	Gesamtbilirubin	0,25	P	50,55	
L058	Direktes und indirektes Bilirubin	0,25	P	50,55	
L059	Gesamteiweißbestimmung	0,25	P	50,55	
L060	Albumin	2,12	P	50,55	
L061	Elektrophorese der Serumproteine (einschl. Gesamteiweißbestimmung)	4,28	P	50,55	1mal pro Patient und Tag, aber nicht neben Pos. L059 verrechenbar
L062	Immunelektrophorese oder Immunfixation	16,44	P	50,55	nur bei M-Gradienten in der Serumelektrophorese verrechenbar
L063	Freie Leichtketten	68,12	P	50,55	im Rahmen der Myelomdiagnostik 1mal pro Patient und Quartal verrechenbar
L064	Triglyceride (Neutralfette)	0,25	P	50,55	
L065	Gesamtcholesterin	0,25	P	50,55	
L066	HDL-Cholesterin	0,38	P	50,55	
L067	LDL – direkt gemessen	0,38	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L068	Natrium	0,25	P	50,55	
L069	Kalium	0,25	P	50,55	
L070	Kalzium	0,25	P	50,55	
L071	Chloride	0,25	P	50,55	
L072	Phosphor	0,25	P	50,55	
L073	Magnesium	0,25	P	50,55	
L074	Kupfer	1,31	P	50,55	
L075	Eisen	0,25	P	50,55	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L077	Transferrin inkl. Errechnung der Eisenbindungskapazität	0,49	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L078	Ferritin	0,49	P	50,55	
L080	Ammoniak mit Serum	3,59	P	50,55	
L081	Lactat	1,69	P	50,55	
L082	Lipoprotein (a)	2,13	P	50,55	nur für kardiovaskuläre Hochrisikopatienten, 1mal im Leben verrechenbar
L087	Apolipoproteine A	3,46	P	50,55	1mal pro Patient und Leben zur Früherkennung eines Risikos einer Atherosklerose, insbesondere als Teil der ApoB/ApoA-I-Ratio; zur Charakterisierung seltener HDL-Mangelsyndrome. Auf Veranlassung durch Internisten.
L088	Apolipoproteine B	1,19	P	50,55	1mal pro Patient und Leben als alternativer Risikomarker, insbesondere bei kombinierten Hyperlipidämien, z.B. Diabetes, metabolisches Syndrom, ASCVD /1/.Nur auf Veranlassung durch Internisten.

Enzyme (LA 04)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L100	Angiotensinconverting-Enzym (ACE)	6,08	P	50,55	
L101	Aldolase	1,69	P	50,55	
L102	Alk. Phosphatase	0,25	P	50,55	
L103	Pankreas-Amylase im Serum	0,25	P	50,55	
L104	Cholinesterase	0,25	P	50,55	
L105	CK (Creatin-Kinase)	0,25	P	50,55	
L106	CK-MB-Isoenzym	0,25	P	50,55	
L107	GOT (ASAT)	0,25	P	50,55	
L108	GPT (ALAT)	0,25	P	50,55	
L109	Gamma-GT	0,25	P	50,55	
L110	Lipase-Bestimmung	0,25	P	50,55	
L111	LDH	0,25	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L112	Troponin T oder I	6,50	P	50,55	Zuweisung nur durch Internisten nach echocardiographischer Untersuchung mit der Fragestellung Perimyocarditis

Harnuntersuchungen (LA 05)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L125	Kompletter Harnbefund: makroskopische Beschreibung, spez. Gewicht, PH, chemischer Harnbefund mittels Streifentests (mind. 8 Parameter), bei pos. Eiweiß oder pos. Glucose quantitative Bestimmung	2,89	P	50,55	1mal pro Patient und Tag und nicht neben Pos. L126 und/oder L127 verrechenbar
L126	Streifentest im Harn (inkl. Teststreifen)	2,73	P	50,55	1mal pro Patient und Tag, aber nicht neben Pos. L125 verrechenbar
L127	Mikroalbumin	2,73	P	50,55	Höchstens 1mal pro Patient und Tag und nicht neben Pos. L125 verrechenbar. Die Proben sind gesammelt auf einmal einzureichen
L128	Harnsediment	2,89	P	50,55	
L129	Gesamteiweiß quantitativ	0,25	P	50,55	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L130	Glucose quantitativ	0,25	P	50,55	
L131	Elektrolyte im Harn quantitativ unter Angabe des zu untersuchenden Bestandteiles (z.B. Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Chlorid)	0,25	P	50,55	höchstens 3mal pro Patient und Tag verrechenbar
L132	Kupfer quantitativ im Harn	16,89	P	50,55	Indikation: gesicherter Morbus Wilson, 1mal jährlich zur Therapiekontrolle
L133	Alpha-Amylase quantitativ	0,25	P	50,55	
L134	Porphyrine quantitativ	28,5	P	50,55	
L135	Porphobilinogen	28,5	P	50,55	
L136	Deltaaminolaevolinsäure (ALA)	8,64	P	50,55	
L137	5-Hydroxiindolessigsäure (bei Karzinoidverdacht)	32,00	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
----	**HINWEIS: Katecholamine und deren Metaboliten im Sammelharn – siehe Gruppe LA 15, Pos. L484**				

Konkrementanalyse (LA 06)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L150	Chem. Analyse eines Harnkonkrementes qualitativ	37,41	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht neben Pos. L151 verrechenbar
L151	Infrarotspektrometrie zur Harnkonkrementanalyse	37,41	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal verrechenbar und nicht neben Pos. L150 verrechenbar

Stuhluntersuchungen (LA 07)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L175	Stuhluntersuchung: Makroskopische und mikroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke, Muskelfasern), Blut	4,38	P	50,55	
L176	Stuhl auf okkultes Blut (Untersuchung inkl. Testbriefchen)	5,56	P	50,55	Entweder Verwendung eines Briefchens *Immunologischer Stuhltest*, oder 3 Briefchen *Chemischer Stuhltest*, die gemeinsam einzusenden sind. Wird die Position in 12 Monaten öfter als 1mal angefordert und verrechnet, ist eine Begründung anzugeben. Bei ausschließlicher Anforderung der Pos. L 176 ist keine Administrationspauschale verrechenbar.
L177	Stuhl auf Protozoen einschl. Heidenhainfärbung	5,90	P	50,55	
L179	Calprotektin	6,26	P	50,55	anforderbar nur im Rahmen der Morbus Crohn- u. Colitis-Diagnostik und zur Abgrenzung CED zu Reizdarm; zur Verlaufskontrolle von Colitis Ulcerosa bzw. Morbus Crohn 1mal pro Tag und höchstens 3mal im Quartal verrechenbar. Besteht der Patient nach Aufklärung durch den Zuweiser dennoch auf die Durchführung eines weiteren Tests, kann dafür ein Privathonorar verlangt werden
L180	Pankreas-Elastase	6,27	P	50,55	
L181	Stuhl auf Darmparasiten und/oder deren Eier mit Anreicherung (nicht Protozoen) je	5,90	P	50,55	höchstens für 3 Proben verrechenbar. Nicht anzufordern bei Verdacht auf Oxyuren (in diesem Fall nur ein Abklatschpräparat gemäß Pos. L182)
L182	Abklatschpräparat auf Eier	5,90	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar

Sekretuntersuchungen (LA 08)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L200	Spermiogramm: Spermatozoenbeurteilung auf Gesamtzahl, Morphologie, Beweglichkeit, ph-Wert, Verflüssigungszeit und Fructosegehalt	14,46	P	50,55	

Punktatuntersuchungen (LA 09)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L225	Sediment nativ und Färbepräparat	2,65	P	50,55	
L226	Bestimmung der Zellzahl	1,76	P	50,55	
L227	Mikroskopischer Kristallnachweis	3,27	P	50,55	
L228	Quantitative chem. Bestimmung des Punktates unter Angabe des Parameters (z.B. Eiweiß, Glucose, Harnsäure, LDH)	0,58	P	50,55	
L229	CRP (C-reaktives Protein) qualitativ und/oder quantitativ	0,58	P	50,55	

Blutgruppenserologie (LA 10)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L250	Blutgruppenstatus: ABO-System und Rhesusfaktor	9,93	P	50,55	
L251	Rhesusuntergruppen bei Anti-D negativ Schwangeren oder bei entsprechenden Ak-Konstellationen (nur bei Erstschwangerschaft verrechenbar)	9,09	P	50,55	z.B. Anti-E
L252	3-Stufen-Antikörpersuchtest, indirekter Coombstest und Enzymtest	6,49	P	50,55	
L253	Coombstest direkt	5,38	P	50,55	
L255	D Variant	5,57	P	50,55	
L256	Antikörperdifferenzierung bei pos. AK-Suchtest	38,59	P	50,55	
L257	Kälte- und Wärme Antikörper	12,16	P	50,55	1mal pro Patient und Tag und nicht mit der Pos. L258 verrechenbar
L258	Kryoglobuline	12,16	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal und nicht mit der Pos. L257 verrechenbar

Immunologisch-serologische Untersuchungen (LA 11)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L275	Immunglobuline (IgA, IgG, IgM) je Parameter	0,48	P	50,55	
L276	IgE gesamt zur Allergiediagnostik	2,81	P	50,55	
L277	Nachweis von allergenspezifischen Ig mit mindestens 6 deklarierten Allergenen aus verschiedenen Allergengruppen	8,51	P	50,55	
L278	Allergeneinzeltest, je	5,71	P	50,55	
L281	Alpha 1 Antitrypsin	6,21	P	50,55	
L282	Coeruloplasmin	2,57	P	50,55	
	HINWEIS: Tumormarker – siehe Pos. L575-L581				
L283	Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA)	7,47	P	50,55	

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L284	ANA-Subsets, je	4,05	P	50,55	höchstens 5mal pro Patient und Tag und nur bei positivem ANA-Nachweis anforder- und verrechenbar
L285	ANA Hep	10,26	P	50,55	Nur auf Zuweisung durch Internisten und Dermatologen und auf interne Veranlassung 1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L286	Blot – ANA	20,75	P	50,55	Nur auf Zuweisung durch Internisten und Dermatologen und auf interne Veranlassung 1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L287	ANCA je	9,65	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar und nur bei Verdacht auf Wegenersche Granulomatose, Vaskulitis, sklerosierende Glomerulonephritis und Cholangitis, Churg-Strauss-Syndrom anforderbar
L288	Anti-DNS	4,25	P	50,55	
L289	Anti-Mitochondriale-Antikörper (AMA)	14,82	P	50,55	
L290	Leberspezifische Antikörper (z.B. SLK, LKM), je	14,82	P	50,55	zur Abklärung von Autoimmunhepatiden insgesamt max. 3 Antikörper anforder- und verrechenbar Zuweisung nur durch Internisten
L291	Antikörper gegen glatte oder quergestreifte Muskulatur (SMA)	14,80	P	50,55	
L292	Gliadin-Antikörper (IgA, IgM, IgG), max. 2 Klassen, je	6,28	P	50,55	
L293	Endomysiale Antikörper oder Transglutaminase Antikörper	6,13	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L294	HLA-B27	19,37	P	50,55	1mal im Leben verrechenbar
L295	RF (Rheumafaktor)-Test, immunologisch, quantitativ	0,48	P	50,55	
L296	Antikörper gegen Citrullinisiertes Peptid	6,80	P	50,55	
L297	Antistreptolysin-O-Test mit Titerbestimmung, quantitativ	0,48	P	50,55	
L298	CRP (C-Reaktives Protein) quantitativ	0,48	P	50,55	
L299	Waaler Rose	1,18	P	50,55	nur bei pos. Rheumafaktor verrechenbar
L300	C3-Komplement quantitativ	2,12	P	50,55	
L301	C4-Komplement quantitativ	2,12	P	50,55	
L304	HLADQ2/8	40,00	P	50,55	Bei Zöliakie (positivem Ak-Nachweis) 1mal pro Patient und Leben

Mikrobiologisch-serologische Untersuchungen (LA 12)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L325	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat unter Angabe des Materials	4,38	P	50,55	
L326	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung (Gram usw., außer Färbungen auf Mycobakterien), je	4,38	P	50,55	
L327	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Färbepräparat unter Angabe des Materials und der Färbung auf Mycobakterien nach Anreicherung (z.B. Ziehl-Neelsen)	4,38	P	50,55	
L328	Abstrichpräparat zum Nachweis von Bakterien, Pilzen, Chlamydien, Mykoplasmen, bei Viren o.a., mittels Immunfluoreszenz oder Elisatest	24,56	P	50,55	
L329	Kultur auf Bakterien auf aerob, einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	7,97	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L330	Kultur auf Bakterien anaerob, einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate	7,97	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
L331	Kultur auf Pilze, einschl. Erregeridentifikation und aller Färbepräparate (Pilzkultur)	5,23	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
L332	Stuhlkultur	9,73	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
L336	Clostridientoxin	10,41	P	50,55	Nur bei positivem PCR-Nachweis auf Clostridium difficile ohne zusätzliche Administrationspauschale verrechenbar.
L338	Subkultur bei Vorliegen mehrerer Erreger bei Angabe der Erreger, je	7,87	P	50,55	höchstens 2 Subkulturen verrechenbar
L339	Blutkultur aerob und anaerob (einschl. aller Nährmedien und Färbepräparate)	13,20	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
L340	Kultur auf Tbc einschl. aller Färbepräparate	15,45	P	50,55	max. 1mal pro Untersuchungsmaterial verrechenbar
L341	Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,96	P	50,55	
L342	Antibiogramm: Prüfung der Erregerempfindlichkeit auf antimikrobielle Substanzen, je Erreger	7,47	P	50,55	
L343	Noro-Virus PCR (aus dem Stuhl)	107,38	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L344	Rotavirus PCR (aus dem Stuhl)	37,12	P	50,55	
L345	Rotaviren/Adenoviren im Stuhl mittels Elisa	8,56	P	50,55	Anforder- und verrechenbar nur für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
L346	TPHA-Test inklusive Titerbestimmung bei positivem qualitativem Nachweis	2,32	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L347	VDRL inklusive Titerbestimmung bei positivem qualitativem Nachweis	2,25	P	50,55	
L348	FTA-ABS	51,46	P	50,55	
L349	Adeno-Viren IgG oder IgM AK, je	14,85	P	50,55	
L350	Helicobakter Pylori (Elisa)	10,14	P	50,55	
L351	Helicobakter Ag aus dem Stuhl	6,28	P	50,55	grundsätzlich nicht anforder- und verrechenbar zur Erstdiagnostik, sondern nur zur Therapiekontrolle 6 - 8 Wochen nach Helicobakter pylori Eradikationstherapie bei Beschwerdepersistenz (z.B. nach Ulcus duodeni, nicht bei Ulcus ventriculi) und im Einzelfall zum Erregernachweis, wenn eine Endoskopie nicht durchführbar ist, insbes. bei Kindern bis zum 16. Lebensjahr Zuweisung nur durch Internisten, Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärzte für Chirurgie und zur Therapiekontrolle bei Beschwerdepersistenz trotz Eradikationstherapie auch durch Allgemeinmediziner
L352	Chlamydien – IgG oder IgM Antikörper, EIA, IFT je	10,77	P	50,55	
L353	Chlamydien PCR oder äquipotente Methoden (Abstrich oder Punkttat)	24,57	P	50,55	zur Diagnostik, inklusive Therapiekontrolle, maximal zweimal pro Quartal. Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal
L354	Coxsackie – Serologie, IgM und IgG Antikörper	22,00	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L355	Enteroviren KBR	5,41	P	50,55	
L356	Epstein-Barr Virus – IgG oder IgM Antikörper (IFT,EIA), je	9,09	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L357	FSME, IgM oder IgG Antikörper (EIA), je	11,05	P	50,55	
L358	HIV-Antikörper (Elisa)	1,78	P	50,55	
L359	HIV-Western-Blot oder IFT	23,65	P	50,55	nur bei positivem HIV-Test verrechenbar
L360	HIV PCR quantitativ oder äquipotente Methoden	81,10	P	50,55	nur zur Therapieüberwachung; Voraussetzung ist ein entsprechend eingerichtetes Labor und ausgebildetes Personal

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L361	Herpes simplex IgG oder IgM Antikörper (EIA), je	13,41	P	50,55	
L362	Influenza A-IgG oder IgM-Antikörper (IFT,EIA), je	10,14	P	50,55	
L363	Influenza B-IgG oder IgM-Antikörper (IFT,EIA), je	10,14	P	50,55	
L364	Legionella KBR	5,41	P	50,55	
L365	Masern IgG oder IgM-AK (EIA), je	21,29	P	50,55	bei begründetem Verdacht auf Erkrankung
L366	Mumps IgG oder IgM-AK (EIA), je	19,77	P	50,55	bei begründetem Verdacht auf Erkrankung
L367	Ornithose je IgG und IgM	12,4	P	50,55	
L368	Pertussis IgG- oder IgM-AK (IFT, EIA), je	11,86	P	50,55	bei begründetem Verdacht auf Erkrankung
L369	Bordetella pertussis mittels PCR aus dem Nasensekret	50,92	P	50,55	
L370	Röteln HHT	6,47	P	50,55	
L371	Röteln IgG- oder IgM-AK (EIA); je	10,03	P	50,55	
L372	Toxoplasmose-Antikörpernachweis, IgG-Antikörper	6,45	P	50,55	
L373	Toxoplasmose IgM-AK (EIA)	10,03	P	50,55	nicht als MKP-Untersuchung verrechenbar
L374	Varicellen-Zoster IgG oder IgM-AK (EIA), je	10,74	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L375	Parvovirus B19 IgG oder IgM je	14,43	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L376	Yersinia KBR	5,41	P	50,55	
L377	Zytomegalie-AK (IgG, IgM)	9,09	P	50,55	
L378	Zytomegalie PCR	131,19	P	50,55	nicht zur Primärdiagnostik nur anforder- und verrechenbar bei immunsupprimierten Patienten bzw. Patienten unter Immunsuppression, insbesondere im Rahmen der Transplantationsdiagnostik sowie zur Abklärung persistierend positiver CMV-IgM-Antikörper (unter Vorlage der Vorbefunde) Zuweisung nur durch Internisten und Gynäkologen (bei Schwangerschaft)
L379	Borrelien – IgG oder IgM-AK	7,04	P	50,55	
L380	Westernblot bei positiven Borrelien	17,57	P	50,55	
L381	Borrelien aus Gewebeprobe (PCR)	63,01	P	50,55	Zuweisung nur durch Pathologen bei histologisch unklarem Befund
L382	Diphterie IgG oder IgM je	17,57	B	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L383	HPV Typisierung (inkl. Abnahmebesteck)	40,60	P	50,55	Anforderbar nur entsprechend den aktuellen Guidelines, keinesfalls für ein Primärscreening. Für Männer auf Zuweisung durch Pathologen 1mal pro Patient und Tag verrechenbar Verrechenbar nur, wenn weder im Labor noch in der Labor-Holzer-GmbH ein aktueller Liquid-Based-Zytologie-Befund vorliegt.
L386	TB-Elispot	74,26	P	50,55	vor immunsuppressiver regulierender Therapie bzw. TB-Diagnostik
L387	PCR in Einzelfällen (Anforderung durch das Labor)	71,27	P	50,55	Wird die Pos. öfter als 1mal pro Patient und Tag verrechnet, ist eine Begründung erforderlich
L388	Dermatophyten PCR	74,50	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar, Zuweisung nur durch Dermatologen

Hepatitis Diagnostik (LA 13)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L405	Echinokokken IgG Antikörper	9,73	P	50,55	
L407	TBC Interferon Gamma Release Assay (IGRA); Quantiferon	53,55	P	50,55	Im selben Quartal nicht gemeinsam mit Pos. L386 verrechenbar
L425	Hepatitis-C-Antikörper (Anti-HCV)	2,70	P	50,55	
L426	Hepatitis-B-Block (HBs-Antigen und HBc-Antikörper)	3,11	P	50,55	nicht neben Pos. L427 und L429 verrechenbar
L427	HBs-Antigen	1,38	P	50,55	nicht neben Pos. L426 verrechenbar
L428	HBs-Antikörper	1,58	P	50,55	
L429	HBc-Antikörper	1,78	P	50,55	nicht neben Pos. L426 verrechenbar
L433	HAV-Antikörper-IgG	1,78	P	50,55	nicht für Bestimmung der Immunitätslage vor Tropenreisen
L434	HAV-IgM-Antikörper	5,12	P	50,55	
L435	HCV-RNS quantitativ	95,78	P	50,55	max. 3mal verrechenbar (1mal bei Therapiebeginn, 1mal zur Verlaufskontrolle und 1mal zur Überprüfung des Behandlungserfolges)
L436	Hepatitis B PCR quantitativ	82,84	P	50,55	Vom Labor nur bei Schwangeren in begründeten Fällen ohne zusätzliche Anforderung verrechenbar zur Infektiositätsabschätzung nur einmal anforder- und verrechenbar; zur Therapieverlaufskontrolle nur auf Zuweisung durch Internisten max. einmal im Quartal verrechenbar
L437	HBs-Antigen (MKP)	1,38	P	50,55	

Medikamente (LA 14)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L450	Antikonvulsiva je Substanz	22,10	P	50,55	höchstens 3mal pro Patient und Tag verrechenbar
L451	Theophyllin	22,10	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L452	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin (je Substanz)	3,85	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L453	Lithium	0,25	P	50,55	
L454	Drogennachweis qualitativ (Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Opiate) je	3,85	P	50,55	Bei begründetem Verdacht auf Drogenabhängigkeit auf Zuweisung nur durch Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (auf Zuweisung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde nur nach vorheriger chefärztlichen Bewilligung), höchstens 6mal pro Patient und Tag verrechenbar
L455	Antibiotika- oder Zytostatika – sowie Immunsupressiva - Bestimmung, je	29,28	P	50,55	höchstens 3mal pro Patient und Tag verrechenbar
L456	Bestimmung von Schwermetallen (Blei und Quecksilber) mittels AAS oder Massenspektrometrie bei dringendem Vergiftungsverdacht	16,89	P	50,55	
L457	Psychopharmaka (Medikamentenblutspiegel) je	29,28	P	50,55	höchstens 4mal pro Patient und Tag verrechenbar

Hormone (LA 15)

Allgemeines:
Sexualhormone dürfen nicht zur Verlaufsbeobachtung einer normalen Schwangerschaft bestimmt werden.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L475	Gastrin	12,84	P	50,55	
L476	C-Peptid	48,79	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal verrechenbar
L477	Insulin	4,97	P	50,55	3mal pro Patient und Tag an höchstens 2 Tagen im Quartal verrechenbar
L478	Aldosteron	13,52	P	50,55	
L479	Renin	16,68	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L480	Chorion-Gonadotropin (Beta-HCG)	2,12	P	50,55	
L481	Cortisol	2,03	P	50,55	höchstens 3mal pro Patient und Tag verrechenbar
L482	Follikelstimullierendes Hormon (FSH)	1,59	P	50,55	
L483	17-Hydroxyprogesteron	25,51	P	50,55	
L484	Katecholamine und deren Metabolite im Sammelharn (z.N. Vanillinmandelsäure, Methanephrine, freie Katecholamine, Homovanillinsäure, Dopamin)	25,51	P	50,55	
L485	Luteinisierendes Hormon (LH)	1,59	P	50,55	diese Hormonbestimmungen dürfen derzeit nicht für geplante IvF verrechnet werden.
L486	Östradiol oder Östriol	1,59	P	50,55	diese Hormonbestimmungen dürfen derzeit nicht für geplante IvF verrechnet werden.
L488	Androstendion	13,52	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L489	Parathormon (PTH intakt)	3,22	P	50,55	
L490	ACTH	4,60	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L491	Progesteron	1,59	P	50,55	
L492	Prolaktin	1,59	P	50,55	höchstens 2mal pro Patient und Tag verrechenbar
L493	Testosteron oder Freies Testeron	1,59	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar
L494	Wachstumshormon (STH, HGH)	13,52	P	50,55	
L495	DHEAS (Dehydroepiandrosteronsulfat)	2,79	P	50,55	
L496	NT-pro BNP	12,52	P	50,55	1mal pro Patient und Quartal verrechenbar
L497	SHBG	4,65	P	50,55	1mal pro Patient und Tag verrechenbar

Schilddrüsendiagnostik (LA 16)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L525	Gesamt-T4 oder freies T4 (nur 1 Parameter)	0,68	P	50,55	
L526	Gesamt-T3 oder freies T3	0,68	P	50,55	
L527	TSH	0,61	P	50,55	TRH-Test (TSH basal und nach Stimulation) – siehe Gruppe LA 17
L528	Thyreoglobulin Antikörper (T-AK)	2,41	P	50,55	
L529	Mikrosomale Antikörper (TPO-AK)	2,02	P	50,55	
L530	TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK, Thyreoidea-Rezeptor-Antikörper)	9,07	P	50,55	nur bei Verdacht auf Thyreoditis, Morbus Basedow bzw. Autoimmun-Hyperthyreose anforder- und verrechenbar

Funktionstests (LA 17)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L550	Oraler-Glucose-Toleranztest (OGTT) auf Zuweisung im Rahmen der dritten Untersuchung der Schwangeren (Mutter-Kind-Pass)	2,25	P	50,55	durchzuführen mit Standardglukoselösung 75g und drei Blutzuckermessungen (0, 60, 120 Minuten)
L551	Oraler-Glucose-Toleranztest oder Tagesprofil (mind. 2 Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen quantitativ)	2,25	P	50,55	2mal pro Patient und Quartal verrechenbar (davon ausgenommen Patienten mit Blutzuckerselbstmessgerät); nicht neben Blutzucker (Pos. L050) und Harn auf Zucker (Pos. L130) verrechenbar
L552	Kreatinin-Clearence endogen	0,25	P	50,55	
L553	TRH Test (TSH basal und nach Stimulation) inkl. Thyreoliberlin	4,05	P	50,55	nur bei patholog. Ergebnis einer der Pos. L525 bis L527 verrechenbar

Tumormarker (LA 18)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L575	PSA	1,25	P	50,55	Die Untersuchung ist außerhalb der Vorsorgeuntersuchung (Pos. 914) anforderbar: • Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung) • Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation • Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution • Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich) • Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom • Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z. B. tastbarer Knoten)
L576	Freies PSA	1,24	P	50,55	bei PSA Werten zwischen 4 - 10ng/ml bzw. bei Überschreiten der altersnormierten Referenzbereiche und nicht auf Zuweisung sondern als notwendige Zusatzuntersuchung eines pathologischen Vorbefundes verrechenbar
L577	CEA	1,89	P	50,55	
L578	Alpha-1-Fetoprotein	2,42	P	50,55	
L579	CA 19-9, CA 12-5, CA 15-3	3,72	P	50,55	
L580	andere Tumormarker (z.B. NSE, Calcitonin)	3,27	P	50,55	nur ein Parameter verrechenbar
L581	Thyreoglobulin	6,53	P	50,55	1mal pro Patient und Tag und ausschließlich zur Verlaufskontrolle bei Schilddrüsenkarzinomen verrechenbar

Vitamine (LA 19)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L600	25 (OH) Vitamin D	4,33	P	50,55	Maximal zweimal pro Patient und Zuweiser im Kalenderjahr anforderbar. Nur bei folgenden Indikationen anforderbar: • Osteoporose • Rachitis bzw. Osteomalazie • medikamentös bedingt beschleunigter Vitamin-D-Metabolismus (z.B Steroide) • chronische Niereninsuffizienz • Transplantierte und immunsupprimierte Personen • St. post. Magenbypass • Malabsorptionssyndrom • Morbide Adipositas • laufende Antiepileptikamedikamentation • Unvermeidbarer, permanenter Mangel an Sonnenlicht (insb. bei dauernd immobilen Patient:innen) • Hyperparathyreoidismus • Postoperative Hypocalcämie/Hypoparathyreoidismus/Hypocalcämie
L601	Vitamin B12	2,45	P	50,55	
L602	Folsäure	2,53	P	50,55	

Blutentnahmen (LA 20)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
L625	Blutentnahme aus der Vene	1,13	P	50,55	Kapillarblutabnahme aus der Fingerbeere nicht gesondert verrechenbar, da in der jeweiligen Position enthalten
L626	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	2,25	P	50,55	Kapillarblutabnahme aus der Fingerbeere nicht gesondert verrechenbar, da in der jeweiligen Position enthalten
L627	Blutentnahme am Krankenbett	5,41	P	50,55	

XXII. PATHOLOGIE (LG 22)

Allgemeine Bestimmungen (LA 00)

a) Es dürfen nur Präparate auf Rechnung der Kasse befundet werden, die einem Anspruchsberechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Ordination entnommen wurden.

Die Verrechnung der Befundung von Präparaten, die in Krankenanstalten entnommen wurden, ist unzulässig, es sei denn, es wird im Einzelfall mit der Kasse anderes vereinbart.

b) Es ist das zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbarte und vom Facharzt für Pathologie aufgelegte Zuweisungsformular zu verwenden und vollständig auszufüllen.

c) Wahlärzte sind nur zur Einsendung auf Rechnung der Kasse berechtigt, wenn sie dazu von der Kasse ausdrücklich bevollmächtigt und zur Einhaltung dieser Bestimmungen verpflichtet wurden, dazu eine Vertragspartnernummer erhalten haben, die vom Vertragsarzt zu erfassen ist, und der Vertragsarzt mit der Ordinationskarte die Anspruchsberechtigung des Patienten geprüft hat.

d) Alle an einem Tag von einem Patienten entnommenen Präparate müssen gleichzeitig mit derselben Lieferung an das Labor übersendet werden. Alle zu einem Tag eingelangten Präparate sind zu einem Tag mit der Kasse abzurechnen, unabhängig davon, ob ihre Bearbeitung an (einem) anderen Tag(en) erfolgt. Die Verarbeitung der Präparate darf nur in den Räumlichkeiten der Vertragsordination durchgeführt werden; mit Ausnahme einer notwendigen Konsiliarbegutachtung ist eine Befundung durch Dritte unzulässig.

e) Bei Mängeln der Einsendungen oder schon makroskopisch erkennbar fehlender Indikation für eine histologische Untersuchung bzw. (im Hinblick auf die Anzahl der Präparate) nicht notwendigen Einsendungen wird der Vertragsarzt durch direkte Kontaktaufnahme mit dem Einsender auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Anforderung hinwirken. Der Vertragsarzt wird im Falle der Vergeblichkeit dieser Bemühung (im Wiederholungsfall) der Kasse davon Mitteilung machen.

f) Der Befund hat zu enthalten: Entnahmestelle, klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose des Einsenders; zu jedem Präparat seine allgemeine makroskopische Beschreibung samt Größe (bei Hautstücken auch der Laesion) und Rändern, durchgeführte Spezialfärbungen und Immunreaktionen und den mikroskopischen Befund (=histologische Diagnose). Wurde eine konsiliare Begutachtung durchgeführt ist diese samt Namen auf dem Befund anzuführen.

g) Mit den Tarifsätzen für die histologischen Untersuchungen sind sämtliche Kosten (Personal, Geräte, Reagenzien, Material etc), einschließlich jener der Versendung der Befunde sowie der Archivierung (auch von Blöcken und Schnitten) abgegolten. Die Leistungspositionen 9881 bis 9888 beinhalten – mit Ausnahme von Punktionsnadeln, Spritzen, Tupfer, Zellstoff, Handschuhe, Anästhetikum, Vaseline und Desinfektionsmittel, die über den Ordinationsbedarf bereitgestellt werden – sämtliche für die Zytodiagnostik erforderlichen Leistungen (Anamneseerhebung, Patientenaufklärung, Sonographie, Punktion, Aufbereitung des Materials, zytodiagnostische Befundung, Befundausfertigung und -versendung, Archivierung und Dokumentation) einschließlich aller dazu erforderlichen technischen Hilfsmittel und Sachmittel (z.B. Reagenzien).

h) Der Kasse sind Zuweisungen (s. b) und Befunde auf Anforderung zur Verfügung zu stellen. Die Kasse ist berechtigt, nach Vorankündigung (allenfalls in der Vertragsordination) Einsicht in die archivierten Objektträger und Unterlagen zu nehmen.

i) Die Pos. 9871, 9881 bis 9885, 9887, 9888, 91P1-P9 sind vom Vertragsarzt persönlich zu erbringen, für die Beurteilung von dermatohistologischen Präparaten kann ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der ÖÄK-Spezialisierung Dermatohistopathologie (bzw. einer gleichwertigen Ausbildung) herangezogen werden. Im Übrigen ist eine Delegation an Dritte unzulässig.

j) Nichtärztliches Hilfspersonal muss die erforderliche berufsrechtliche Qualifikation aufweisen; der Kasse ist darüber auf Anfrage Auskunft zu geben.

k) Ab Eingliederung der Planstelle Dris. Weger (Fachgebiet 53) wird von der Labor Dr. Mustafa, Dr. Richter OG eine gesonderte Abrechnung gelegt; es gebührt für diese Leistungen kein Administrationspauschale und es kommt der Synergieabschlag des FG 53 zur Anwendung.

l) Die Gruppenpraxis Pathologie/Dermatohistopathologie ist nur zur Verrechnung der Pos. 9871 bis 9874, 988P und 91P1 bis 91P9 berechtigt.

Histologie (LA 03)

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
9871	Histologische Untersuchung von an einem Tag entnommenen Präparaten	24,01	€	53	verrechenbar ein Mal je Organ (z.B. Speiseröhre, Magen, Dünndarm, Dickdarm, Mastdarm mit Anus, Uterus, Leber, Haut, etc.) bzw. paariges Organ (z.B. Nieren) bzw. Organsystem (z.B. Lymphsystem), unabhängig von der Anzahl der Präparate (z.B. Lymphknoten oder Naevi) und ihrer Entnahmestelle (bei mehreren Präparaten ist allenfalls zusätzlich die Pos. 9872 verrechenbar)
9872	Zuschlag für vermehrte Blöcke, je Block (einschließlich Aufarbeitung mit einem Objektträger und HE-Standardfärbung)	11,17	€	53	verrechenbar in 70 % **°)** der Pos. 9871 Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z **°)**
9873	Zuschlag für vermehrte Objektträger pro Block (einschließlich Anfertigung der Schnitte und HE-Standardfärbung)	2,40	€	53	verrechenbar in 20 % **°)** der Pos. 9871 Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z **°)**
9874	Zuschlag Spezialfärbungen (pro histologischer Untersuchung)	6,43	€	53	Verrechenbar in 15 % **°)** der Pos. 9871 Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z **°)**
9881	Ultraschallgezielte Feinnadelpunktion eines oberflächennahen (z.B. Mamma, Schilddrüse, Speicheldrüse, Lymphknoten, Weichteile) Tumors samt Zytodiagnostik	10,00	P	53	Einschließlich Anamnese, Aufklärung, Nachbeobachtung, erste Kontrollfärbung und allenfalls notwendiger Re-Punktion(en)
9882	Zuschlag für ultraschallgezielte Feinnadelpunktion eines zweiten oberflächennahen Tumors (siehe Pos. 9881) am selben Tag samt Zytodiagnostik	39,32	€	53	In diesen Fällen gemeinsam mit Pos. 9881 verrechenbar.
9883	Zuschlag für ultraschallgezielte Feinnadelpunktion von mehr als zwei oberflächennahen Tumoren (siehe Pos. 9881) am selben Tag samt Zytodiagnostik	24,57	€	53	In diesen Fällen gemeinsam mit Pos. 9881 und 9882 verrechenbar.
9884	Extragenitale Abstrichzytologie der sezernierenden Mamma inkl. Abstrichnahme (ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate)	24,57	€	53	Diese Position ist nur bei persönlich durchgeführter Abstrichnahme (also nicht bei bloßer Einsendediagnostik) verrechenbar.
9885	Ultraschallgezielte Feinnadelpunktion eines intraabdominal oder intrathorakal gelegenen (z.B. Leber, Nieren, Milz, Mediastinum) Tumors samt Zytodiagnostik	12,50	P	53	Einschließlich Anamnese, Aufklärung, Nachbeobachtung, erste Kontrollfärbung und allenfalls notwendiger Re-Punktion(en)
988P	Immunhistochemische Reaktion (pro Reaktion)	41,67	€	53	verrechenbar in 125 %**°)** der Pos. 9871 Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z**°)**
988Z	Immunzytochemische Reaktion (pro Reaktion)	41,67	€	53	verrechenbar in 200 %**°)** der Pos. 9881 und 9885 Siehe u.a. Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z**°)**
9887	Extragenitale Abstrichzytologie ohne Abstrichnahme (eingesendete Proben) pro Organ, ohne Rücksicht auf die Zahl der Präparate	18,44	€	53	

°) Anmerkung zu Pos. 9872-9874, 988P und 988Z:

Limit: zum vollen Tarif und bei Überschreitung des Limits bis zum doppelten Limitrahmen mit 75 % des Tarifs.

Pos.Nr.	Bezeichnung	Tarif		FG	Anmerkung
	Histologische Untersuchung eines OP-Präparates (von OP-Präparaten), das (die) während einer Vorsorge-Koloskopie (durch Biopsie und/oder Polypektomie) entnommen wurde (wurden)				Einmal pro Fall (Koloskopie mit Biopsie und/oder Polypektomie verrechenbar. Bei der Abrechnung sind die Anzahl der Präparate (durch die Positionsnummer) und der Einsender anzugeben.
91P1	1 Präparat	24,01	€	53	
91P2	2 Präparate	24,01	€	53	
91P3	3 Präparate	24,01	€	53	
91P4	4 Präparate	24,01	€	53	
91P5	5 Präparate	24,01	€	53	
91P6	6 Präparate	24,01	€	53	
91P7	7 Präparate	24,01	€	53	
91P8	8 Präparate	24,01	€	53	
91P9	9 und mehr Präparate	24,01	€	53	

Die Pos. 9871 enthält insbesondere folgende Arbeitsschritte:

- Makroskopische Beurteilung und Herausschneiden, Ziehen repräsentativer Stichproben;
- Histologische Aufarbeitung (Entkalken, Einbetten, Ausgießen, Anfertigen eines Blockes, Anfertigen eines oder mehrerer Schnitte auf einem Objektträger);
- Hematoxillin-Eosin-Standardfärbung;
- Mikroskopische Begutachtung mit Erstellung, Ausfertigung und Übermittlung des Befundes;
- Archivierung von Blöcken, Präparaten und Befunden.

Es können über diese Positionen hinaus weder Grundleistungen noch weitere Sonderleistungen verrechnet und dürfen für histologische Untersuchungen oder Zytodiagnostik bei Anspruchsberechtigten der Kassen keine Privathonorare verrechnet werden. Zuweisungen durch oder auf Veranlassung von Krankenanstalten sind auf eine zu vereinbarende Weise EDV-technisch zu kennzeichnen (sogenannte „Auslagerungsfälle“).

MUSTERFORMULARE UND ANLAGEN:

- MUSTER zu Kapitel IV/Positionsgruppen 388.. und 389.. – Fachärzte für Psychiatrie
- MUSTER zu Kapitel VI/VU-KOLOSKOPIE – DOKU
- MUSTER zu Kapitel IV/Pos. 361 – Mindestumfang
- MUSTER zu Kapitel IV./POS 352 – Neurologisches Befundblatt
- ANLAGEN 1-4 ZU XI. FACHRADIOLOGIE:

  Anlage 1 – Kompendium Mammographie Teil 1: Standortbezogene Qualitätssicherung
  Anlage 2 – Kompendium Mammographie Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik
  Anlage 3 – Kompendium Mammographie Teil 3: Erläuterungen zu den einzelnen Indikationen für die kurative Mammographie
  Anlage 4 – Kompendium Mammographie Teil 4: Datenflussmodell

- ANLAGEN 5-10 ZU III. ALLG. SONDERLEISTUNGEN sind auf www.therapie-aktiv.at abzurufen:

  Anlage 5: DMP-Anlage 1 – Strukturqualitätskriterien
  Anlage 6: DMP-Anlage 2 – Beitrittserklärung
  Anlage 7: DMP-Anlage 3 – Behandlungspfad
  Anlage 8: DMP-Anlage 4 – Teilnahme-Einverständniserklärung
  Anlage 9: DMP-Anlage 5 – Zielvereinbarung
  Anlage 10: DMP-Anlage 6 – Dokumentationsbogen

Durchgeführte Gruppentherapien (Positionsgruppen 388.. und 389..)

		FG 20	
Vor- und Zuname des Vertragsfacharztes	Vertragspartnernummer	Fachgebiet	Quartal

Beginn und Ende der Gruppentherapiesitzung	**<u>Teilnehmende PatientInnen</u> Name, Sozialversicherungsnummer und Kostenträger (bzw. Selbstzahler)**	**<u>Bei Gruppensitzungen ab 9 Personen</u> Name und Anschrift des beigezogenen Arztes mit Psy-III-Diplom bzw. eingetragenen Psychotherapeuten**
Datum:	**1.**	**Name:**
	2.	
Beginn (Uhrzeit):	**3.**	**Anschrift:**
	4.	
Ende (Uhrzeit):	**5.**	
	6.	Ich bestätige, dass ich für mein Mitwirken an dieser Gruppentherapiesitzung ausschließlich von dem/der oben angeführten Vertragsfacharzt/ärztin für Psychiatrie honoriert werde und meine Leistung nicht gesondert einem Patienten bzw. einem Kostenträger in Rechnung stelle.
	7.	
	8.	
	9.	
	10.	
	11.	
	12.	
	13.	**Ort, Datum:**
	14.	**Unterschrift:**
	15.	

VORSORGE KOLOSKOPIE

Dokumentation

Untersuchungsdatum:

Untersucher:

Assistenz:

Gerät:

Patient:
Familienname:
Vorname:
Vers.Nr.
Geb.Datum:

Bilddokumentation:
☐ ja ☐ nein

Prämedikation:
☐ ja ☐ nein

Inspektion:
☐ unauffällig ☐ auffällig

Digitale Untersuchung:
☐ unauffällig ☐ auffällig

Befund:
Reichweite:

Rektum	☐	Sigma	☐
Colon desc	☐	linke Flexur	☐
Colon trans	☐	rechte Flexur	☐
Colon asc	☐	Zökum	☐

Beurteilbarkeit
☐ gut ☐ herabgesetzt ☐ nicht ausreichend beurteilbar

Makroskopisch:
☐ unauffällig ☐ polypöse Pathologien ☐ Carcinom
☐ Rektum ☐ Sigma ☐ sonstiges
☐ Colon desc ☐ linke Flexur ☐ Divertikel
☐ Colon trans ☐ rechte Flexur ☐ entzündliche Veränd.
☐ Colon asc ☐ Zökum ☐ Schlingenbildungen

Polypen
Zahl: ☐ 1 ☐ 2 bis 4 ☐ >4
Form: ☐ breitbasig ☐ gestielt ☐ flat adenoma

Polypektomie ☐ ja ☐ nein

Komplikation ☐ nein ☐ Blutung ☐ Perforation ☐ kardiopulmonal
☐ konservative Beh. ☐ Op erforderlich

Histologischer Befund:
Polyp: ☐ hyperplastisch
Adenom: ☐ geringe/mittlere Dysplasie ☐ schwere Dysplasie ☐ Carcinom

Weitere Maßnahmen:
☐ nächste Koloskopie in 10 Jahren ☐ weitere Koloskopie zur Polypabtragung
☐ Op Empfehlung ☐ med. Empfehlung
☐ ad Hausarzt

BUNDESFACHGRUPPE NEUROLOGIE/PSYCHIATRIE

KOMPLETTE NEUROLOGISCHE STATUSERHEBUNG

Allgemeinzustand, Aspekt, Habitus

reduziert, normal, adipös, spezifische Auffälligkeiten (vegetativ, hormonell, neuropathisch etc.), aethylisch, zittrig, fahrig, vernachlässigt, ungepflegt, plethorisch etc.

Hirnnervenbereich:

- Druckdolenzen der Occipitalpunkte und Trigeminusaustrittsstellen
- Geruchsleistung (ev. Prüfung mit spezifischen Geruchsstoffen, Salmiak)
- Sehleistungen, grobe Visusbeschreibung (Lesen, Fingerzählen)
- Klinische Überprüfung der Gesichtsfelder, Einzelprüfung jedes Auges
- Überprüfung der konjugierten Bulbusbewegung
- Lidfunktionen (Lidspaltenvergleich, Augenöffnen und -schließen)
- Pupillenfunktionen (Größe, Rundung, Reaktion auf Licht und Konvergenz)
- Sensibilitätsprüfung im Gesicht, Cornealreflex
- Funktion der mimischen Muskulatur (Stirnrunzeln, Lidschluss, Mundwinkelheben)
- Zungenbeweglichkeit, Überprüfung auf Atrophien und Faszikulieren, Sensibilität
- Gaumensegelinnervation, Rachenreflex, Schluckakt, Artikulation

Obere Extremität:

- Aktive und passive Beweglichkeit
- Muskeltonus
- grobe Kraft, Feinmotilität
- Überprüfung auf Atrophier, Faszikulieren
- Sehnenreflexe (BSR, TSR, RPR)
- Überprüfung auf Pyramidenzeichen (Knipsrefelex)

Überprüfung auf frontale Zeichen:

- Schnauzreflex
- Greifreflex
- Auftreten primitiver Bewegungsschablonen auf taktile und sensorische Reize
- Bewegungsautomatismen und Stereotypien
- Auffallende Haltungen im Liegen, Sitzen und Stehen
- Enthemmungsphänomene

Prüfung der höheren Hirnleistungen:

- Feststellen der überwertigen Seite
- Ahasien mit Differenzierung
- Alexie
- Agraphie
- Akalkulie
- Neglect-Syndrom
- Optisch-agnostische Störungen
- Apraxien

Neurologischer Untersuchungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder

Name: _____ untersucht am: _____

geb. am: _____ Alter: _____ Untersucher: _____

o.B. = ohne Befund % = nicht prüfbar o = nicht geprüft

Spontanverhalten

Kontaktaufnahme:

Fixieren:

Verfolgen eines Gegenstandes:

Manipulation/Spiel:

Akustikofacialis-Reflex (VIII):

Richtungshören:

Sprachverständnis:

Wortschatz:

Sprache:

Motorik

Rückenlage:

Drehen:

Bauchlage:

Aufsetzen:

Kriechen:

Stehen / Laufen:

Geschätztes Entwicklungsalter

Grobmotorik:

Feinmotorik:

geistig:

Haut

Muskelrelief

Muskeltonus

Tonische Reflexaktivität

Spastik/Atheose

Koordination

Ataxie

Sensibilität

Berührung:

Schmerz:

Vibration:

Kopf

Form:

Umfang:

Fontanelle/Nähte:

Transillumination:

Meningismus:

Perkussion:

Beugen/Drehen (XI):

Auskultation:

Gesicht

Lidspalten (III/VII):

Suchreflex:

Glabellareflex (VII):

Beißreflex:

Nasolabialfalten (VII):

Saug- Schluckreflex (IX-X):

Chvostekphänomen:

Würgereflex (IX-X):

Masseterreflex (V):

Gaumensegel (IX-X):

Mund/Lippen:

Zunge (XII):

Augen

Ex-Enophthalmus:

Cornealreflex (V):

Stellung:

Pupillenform:

Sonnenuntergangsphänomen:

Pupillengröße:

Puppenaugenphänomen:

Lichtreaktion (III):
direkt:
indirekt:

Nystagmus:

Konvergenzreaktion:

Katarakt:

Strabismus (III/IV/VI):

Arme

Mororeaktion:

Handgreifreflex:

willkürl. Greifen:

TSR:

BSR:

palmar:

Scheren:

RPR:

Pinzetten:

Zangen:

Knipsreflex:

Rumpf

Wirbelsäule:

Analreflexe:

Bauchhautreflexe:

Kremasterreflex:

Galantreflex:

Bulbocavernosusreflex:

Beine

Schreitreflex:

Fußgreifreflex:

Placingreaktion:

PSR:

Streckreflexe:

ASR:

Gewichtsübernahme:

Babinski-Reflex:

Zusammenfassender Befund

Neurologischer Untersuchungsbogen für Grosskinder

Name: _____ untersucht am: _____

geb. am: _____ Alter: _____ Untersucher: _____

o.B. = ohne Befund % = nicht prüfbar o = nicht geprüft

I. Schädel

Form: Beweglichkeit:

Druck-, Klopfschmerz: Gesichtsausdruck:

II. Augen

Lidspalten (N III, VII): Lichtreaktion (N II, III):

Bulbusmotilität (N III, IV, VI): Nystagmus (N VIII):

Findus (N II) (fakultativ): Gesichtsfeld (fakultativ):

Pupillen (N III): Konvergenzreaktion (N II, III):

III. Übrige Hirnnerven

Geruch (N I) (fakultativ): Geschmack (N VII) (fakultativ):

Gehör (N VIII):

Gesichtssensibilität (N V): Kaumuskulatur (N V):

Cornealreflex (N V, VII): Mimische Innervation (N VII):

Gaumensegelfunktion (N IX): Schluckstörungen (N X):

Kopfdrehung, Schulterhebung (N XI): Zunge (N XII):

Sprache (N XII, X, IX, VII, V):

IV. Reflexverhalten

Arm	re.	li.	Rumpf	re.	li.	Bein	re.
BSR			BHR			PSR	
TSR			Cremaster			ASR	
RPR			Analreflex			Adduktor	
Mayer						Babinski	
Knips						Gordon	
Trömner						Oppenheim	
						Rossolimo	
						Klomus	

V. Motorik

Spontan- und Reaktionsbewegungen:

Hyper-, Hypo-, Dyskinesien:

Grobe Kraft:

Muskeltonus:

Halteversuch der Arme: der Beine:

Haltung und Gang:

Einbeinstand: Einbeinhüpfen:

Zehenspitzengang: Hockengang:

Hampelmannspringen: Feinmotorik:

Graphomotorik: FNV:

Diadochokinese: Koordination:

Lateralisation: ..... händigkeit, ... beinigkeit, ... äugigkeit

VI. Sensibilität

Schmerzen: Hautschrift:

Druckpunkte:

Berührung:

Schmerz:

Temperatur:

Lageempfinden: Vibrationsempfinden:

Zusammenfassung: