Teil 2

Tarife für Sehbehelfe, Vorsorgeuntersuchungen, Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen, Hebammentarife und Sondertarife

Abschnitt A: Sehbehelfe

Abschnitt B: Vorsorgeuntersuchungen

Abschnitt C: Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen

Abschnitt D: Hebammentarife

Abschnitt E: Sondertarife

1. Allergieambulatorium Hall (Dr. Wanner)
2. Schilddrüsendiagnostik - Nuklearmedizin
3. Balance-Institut (Knochendensitometrie)
4. Dialyse: Ambulante Dialysebehandlungen und Heimdialyse
5. Integrierte Palliativbetreuung
6. MedAustron – ambulante Tumorbehandlung
7. Projekt HerzMobil Tirol
8. Medilab
9. Covid-19-Leistungen

Abschnitt A

Tarife für Sehbehelfe

gültig ab 01.01.2026

Brillen

Leistung	Tarif/Euro
Einstärkengläser	105,00
Mehrstärkengläser	265,00
Brillenfassung	150,00
Zuschuss für Lichtschutz (zB Vorstecker, Sonnenbrille)	65,00

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

Kontaktlinsen

Pos. Nr.	Leistung	Tarif/Euro
1	sphärisch - asphärisch hart aus copolymerem Material; mit Gasdurchlässigkeitskoeffizienten bis 60-11	160,00
2	sphärisch weich (Hema)	145,00
3	silikonhaltige Kontaktlinse sphärisch hart oder weich; mit Gasdurchlässigkeitskoeffizienten über 60-11	200,00
4	torisch weich oder hart und bei Keratokonus	280,00
5	torische Kontaktlinse aus hochgasdurchlässigem Material; hart mit Gasdurchlässigkeitskoeffizienten über 60-11; weich ab 70 % Wassergehalt	380,00
6	Dauertraglinse (nur bei 70-85 % Wassergehalt)	185,00
7	Wegwerflinsen (Acuvue) – Pauschale für 1 Jahr	300,00
	Bifokal-Kontaktlinsen	Zuschlag von 20% bei Pos. 1 bis 7
	Spezialkontaktlinsen zur Myopieprävention bei Kindern bis zum 24. Lebensjahr (Nachweis der Zunahme um mindestens 1 Dioptrie innerhalb eines Jahres ist beizubringen)	Jährlich bis 8-facher Betrag der täglichen Höchstbeitragsgrundlage 2026
	Stargläser, Gläser ab 8 Dioptrien (gilt nicht für Kontaktlinsen), Gläser mit Zylinderwert über 5 Dioptrien, Prisma-Gläser	Kostenersatz nach § 3 Abs 1 2. Satz der Verordnung

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

Abschnitt B

Tarifkatalog und Richtlinien für Vorsorgeuntersuchungen

gültig ab 01. 10. 2025

1. Umfang der Allgemeinen Vorsorgeuntersuchung

Der sachliche Umfang der Vorsorgeuntersuchung ergibt sich analog dem § 2 des Gesamtvertrages zwischen Ärztekammer und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Der persönliche Umfang beschränkt sich auf Probanden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

2. Inanspruchnahme

a) Ab Erreichen des Mindestalters von 18 Jahren hat jeder Proband Anspruch auf jährlich eine Vorsorgeuntersuchung.

b) Ab Erreichen des 40. Lebensjahres besteht alle 2 Jahre Anspruch auf eine Mammographie.

c) Ab Erreichen des 45. Lebensjahres besteht Anspruch auf eine PSA-Untersuchung, einen Hämocculttest und eine Coloskopie; letztere kann nur alle 10 Jahre in Anspruch genommen werden.

3. Honorierung der Gesundenuntersuchung

Pos. Nr.	Positionsbeschreibung	Tarif/Euro
VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm incl. Labor)	112,50
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor)	73,00
VB	Laborblock (für Frauen und Männer)	15,00
VPSA	PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme	13,82
VG	bestehendes Gyn-Programm einschließlich der Abstrichnahme ausgenommen der zytologischen Befunderhebung	18,24
VU03	Mammographie (inkl. Mammasonographie) beidseits	129,00
BERAUF	Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen BKFP Tarif vom 01.07.2023 bis 30.06.2024 Tarif vom 01.07.2024 bis laufend	 17,00 18,00
BKFMI	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP	3,00
VUCO	VU-Coloskopie (Gesamttarif)	338,38
VUCOP	VU-Coloskopie inkl. Polypenabtragung (Gesamttarif)	400,49

Mit dem Gesamttarif VU-Coloskopie (VUCO und VUCOP) sind jedenfalls die Kosten der VU-Coloskopie, die in Zusammenhang damit erforderlichen ärztlichen Gespräche, die digitale Rektaluntersuchung, eine allfällige Probeexcision, der Befundbericht, alle in Zusammenhang mit der VU-Coloskopie notwendigen Medikamente (z. B. Abführmittel, Sedativa etc.), die Sedierung, die Insufflation (unabhängig vom verwendeten Mittel), die Überwachung samt Monitoring, die Nachbetreuung sowie die Dokumentation abgegolten.

Entdeckte Polypen sind abzutragen, soweit medizinische Gründe dies in der Ordination nicht unmöglich machen und soweit der Proband seine Zustimmung erteilt hat. Im Fall einer Polypenabtragung ist die Position VUCOP zu verrechnen.

Sind am gleichen Tag neben der VU-Coloskopie auch Leistungen der kurativen Medizin zu erbringen, so ist dies mit Angabe der entsprechenden Diagnose in der Abrechnung zu begründen, sofern diese Leistungen nicht im Zusammenhang mit der VU-Coloskopie stehen.

Der Vertragspartner verpflichtet sich, Zuzahlungen zu den Vertragsleistungen weder zu fordern noch entgegenzunehmen.

Die übrigen Zusatzuntersuchungen werden nach den geltenden Tarifsätzen der kurativen Honorarordnung honoriert.

4. Verrechnung:

Die Verrechnung erfolgt wie bei den kurativen Leistungen direkt mit dem Patienten.

Der Patientenersatz durch die Kranken- und Unfallfürsorge beträgt bei den fixen Beträgen (Basisprogramm, gynäkologisches Programm, Laborblock über Zuweisung) 100 %, bei den übrigen Zusatzuntersuchungen 90 % des Tarifes plus allfälligen GSBG-Zuschlag (Ausgleichsprozentsätze) bei Vertragsärzten.

Abschnitt C

ELTERN-KIND-PASS-SONDERLEISTUNGSPOSITIONEN

aufgrund des MKP-Gesamtvertrages

ab 01. 01. 2025

Pos. Bez. BVA/VA, SVA	Positionstext Kurzbezeichnung	Tarife/Euro
MU1 **M**utter**U**ntersuchung	Erste Untersuchung der Schwangeren bis zur 16. SSW	31,55
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	31,55
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 25. und 28. SSW	31,55
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	31,55
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren zwischen der 35. und 38. SSW	31,55
MI1 **M**utter**I**nternistisch	Internistische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. SSW	20,22
MS1* **M**utter**S**onographie	Sonographische Untersuchung der Schwangeren von der 8. bis zur 12. SSW	36,34
MS2*	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	36,34
MS3*	Sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	36,34

* Nicht im MKP-Gesamtvertrag geregelt, Tarif gültig ab 1. Jänner 2026

KN1 **K**ind**N**eugeborenen-untersuchung	Untersuchung des Neugeborenen in der 1. Lebenswoche (LW)	31,30
KU1 **K**ind**U**ntersuchung	Erste Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	38,16
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes zwischen dem 3. und 5. LM	38,16
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM	38,16
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	38,16
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	38,16
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes zwischen dem 34. und 38. LM	38,16
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes zwischen dem 46. und 50. LM	38,16
KU8	Achte Untersuchung des Kindes zwischen dem 58. und 62. LM	38,16
KO1 **K**ind**O**rthopädisch	Orthopädische Untersuchung des Kindes zwischen der 4. und 7. LW	20,22
KH1 **K**ind**H**NO	Hals-, Nasen-, Ohrenuntersuchung des Kindes zwischen dem 7. und 9. LM	31,42
KA1 KindAugen	Augenuntersuchung des Kindes zwischen dem 10. und 14. LM	31,42
KA2	Augenuntersuchung (fachärztliche) des Kindes zwischen dem 22. und 26. LM	38,16
KS1 (**K**ind**S**onographie)	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüften in der 1. LW	42,63
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte zwischen der 6. bis 8. LW bzw. 12 bis 16 LW	42,63

Leistungen der Hebammenberatung: lt. Gesamtvertrag über Mutter-Kind-Pass-Leistungen durch freiberufliche Hebammen

Für den Zeitraum vom 1.3.2016 bis 31.12.2024:

HBE1	Einzelberatung:	50,00 Euro
Gruppentarif:		
HBG3	3 Personen (Dauer 1 ½ Std.)	75,00 Euro
HBG4	4 Personen (Dauer 1 ¾ Std.)	87,50 Euro
HBG5	5 Personen (Dauer 2 Std.)	100,00 Euro

Für den Zeitraum vom 1.1.2025 bis laufend:

HBE1	Einzelberatung:	67,00 Euro
Gruppentarif:		
HBG3	3 Personen (Dauer 1 ½ Std.)	100,50 Euro
HBG4	4 Personen (Dauer 1 ¾ Std.)	117,25 Euro
HBG6	5 Personen (Dauer 2 Std.)	134,00 Euro

Der Kostenersatz beträgt 100 % plus allfälligen GSBG-Zuschlag (Ausgleichsprozentsätze) bei Vertragsärzten!

Abschnitt D

Leistungs- und Tarifkatalog

für Hebammen-Leistungen

gültig ab 01.01.2025

Die Honorarordnung (Anlage 3) und Tarifordnung (Anlage 5) des Hebammen-Gesamtvertrages vom 14. November 2022 inkl. Regelungen aller Zusatzvereinbarungen sind unbedingt zu beachten und einzuhalten!

Pos. Nr.	Positions-Text	Limitierung	Tarif/Euro
Betreuung in der Schwangerschaft			
HHBVG32	Hebammenbeistand Hausbesuch vor stationärer Geburt ab der 32. SSW	Insgesamt max. 1x verrechenbar	51,56
HORVG32	Hebammenbeistand Ordination vor stationärer Geburt ab der 32. SSW		31,97
THVG32	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor stationärer Geburt ab 32. SSW		31,97
HHBVG22	Hebammenbeistand Hausbesuch vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)	Insgesamt max. 8x verrechenbar	51,56
HORVG22	Hebammenbeistand Ordination vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		31,97
THVG22	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor Hausgeburt ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		31,97
HHBVGA	Hebammenbeistand Hausbesuch vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)	Insgesamt max. 2x verrechenbar	51,56
HORVGA	Hebammenbeistand Ordination vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		31,97
THVGA	Telemedizinischer Hebammenbeistand vor ambulanter Entbindung ab 22. SSW (erforderlichenfalls auch bereits ab der 12. SSW)		31,97
Betreuung im Wochenbett			
HHBB5	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach der Entbindung	Insgesamt max. 5x verrechenbar	51,56
HORB5	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5. Tag nach der Entbindung		31,97
THB5	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach der Entbindung		31,97
HHBA6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach der Entbindunq	Mit Begründung insgesamt max. 7x verrechenbar; Wurde ein Gespräch vor der Geburt ab der 32. SSW in Anspruch genommen (Positionen HHBVG32, HORVG32, THVG32) nur 6x verrechenbar	51,56
HORA6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach der Entbindung		31,97
THA6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8 Woche nach der Entbindung		31,97

Pos. Nr.	Positions-Text	Limitierung	Tarif/Euro
Betreuung im Wochenbett bei Früh- Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt			
HHBB6	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt	Insgesamt max. 6x verrechenbar	51,56
HORB6	Hebammenbeistand Ordination bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		31,97
THB6	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 6. Tag nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		31,97
HHBA7	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt	Mit Begründung max. 7x verrechenbar; Wurde ein Gespräch vor der Geburt ab der 32. SSW in Anspruch genommen (Positionen HHBVG32, HORVG32, THVG32) nur 6x verrechenbar	51,56
HORA7	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		31,97
THA7	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 7. Tag und der 12. Woche nach der Entbindung bei Früh-, Mehrlings- oder Kaiserschnittgeburt		31,97
Betreuung bei Fehlgeburt ab der 19. SSW			
HHBFG	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW	Insgesamt max. 5x verrechenbar	51,56
HOVFG	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5.Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		31,97
THFG	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		31,97
HHBFG6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW	Mit Begründung insgesamt max. 7x verrechenbar	51,56
HOVFG6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		31,97
THFG6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Fehlgeburt ab der 19. SSW		31,97
TBWBF	Telefonische Beratung im Wochenbett bei Fehlgeburt ab der 19. SSW	Max. 5x verrechenbar (inkl. TBSS)	10,32
Betreuung im Wochenbett bei Totgeburt			
HHBTG	Hebammenbeistand Hausbesuch bis zum 5. Tag nach Totgeburt	Insgesamt max. 5x verrechenbar	51,56
HOVTG	Hebammenbeistand Ordination bis zum 5. Tag nach Totgeburt		31,97
JTHT	Telemedizinischer Hebammenbeistand bis zum 5. Tag nach Totgeburt		31,97
HHBTG6	Hebammenbeistand Hausbesuch zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Totgeburt	Mit Begründung max. 7x verrechenbar	51,56
HOVTG6	Hebammenbeistand Ordination zwischen dem 6.Tag und der 8. Woche nach Totgeburt		31,97
THTG6	Telemedizinischer Hebammenbeistand zwischen dem 6. Tag und der 8. Woche nach Totgeburt		31,97
TBWBF	Telefonische Beratung im Wochenbett bei Totgeburt ab der 19. SSW	Max. 5x verrechenbar (inkl. TBSS)	10,32

Pos. Nr.	Positions-Text	Limitierung	Tarif/Euro
Betreuung der Geburt			
HGB1	Geburtspauschale	Insgesamt max. 1x verrechenbar	464,04
HGB2	Betreuung bis zu zwei Stunden bei abgebrochener Geburt (15% des Pauschalbetrages)		69,61
HGB3	Längere Betreuung als zwei Stunden bei abgebrochener Geburt (60% des Pauschalberages)		278,42
HGB4	Protrahierte Geburt (bei abgebrochener Geburt) (80% des Pauschalbetrages)		371,23
HGB5	Bei Ankunft der Hebamme bereits geborenes Kind (50% des Pauschalbetrages)		232,02
HRB	Rufbereitschaft bei Hausgeburten	max. 1x verrechenbar	206,24
Sonstiges			
HHBZ	Zuschlag für Hebammenbeistand bei der Anspruchsberechtigten am Sonntag bzw. Feiertag	Nicht in der Schwangerschaft verrechenbar	5,46
HKM	Pro Kilometer		0,50
HMWBAHG	MM-Pauschale Wochenbett bei Hausgeburt oder ambulanter Entbindung	Insgesamt max. 1x verrechenbar	11,01
HMWBKA	M M-Pauschale Wochenbett bei Entlassung aus der KA		5,50
TBSS	Telefonische Beratung in der Schwangerschaft	Insgesamt max. 5x verrechenbar	10,32
TBWB	Telefonische Beratung im Wochenbett		10,32
Keine Kostenrückerstattung der Qualitätssicherung und Strukturpauschale.			

Ab 1.2.2024: Hebammenleistung in a.ö. Krankenanstalten (s. LGBl. Nr. 101/2023) 120,00 Euro.
Ab 1.2.2026: Hebammenleistung in a.ö. Krankenanstalten (s. LGBl. Nr. 90/2025) 122,88 Euro.

Für die Fahrtkostenermittlung ist die nächstgelegene Hebamme heranzuziehen.

Abschnitt E

Sondertarife

1. Leistungskatalog Allergieambulatorium Hall Private Krankenanstalt GmbH

Dr. David Wanner

gültig ab 01.01.2016

Pos. Nr.	Positionsbeschreibung	Tarif/Euro
I. In-vivo-Allergie-Diagnostik		
1.	Allergieaustestung komplett = 5a, 5SLa, 10a, 15a, 15aa (Anamnese, Befundbericht, Befundbesprechung, Blutabnahme, Pricktestung, Intracutantestung, Epicutantestung mit Ablesungen, Photopatchtestung, nasale/ konjunktivale Provokation, Rhinomanometrie sowie Ausstellung v. Rezepten, Allergiepässen u.ä.) je	69,44
II. In-vitro-Allergie-Diagnostik		
2.	Bestimmung IgE gesamt nach Luminiszenzmethode (CAP- od. MAGIC LITE, kein FLISA) ≈ L 11.33, je 1x/6 Monate	17,00
3. a)	Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper ≈ L 11.33 nach Luminiszenzmethode (CAP- od. MAGIC LITE) max. 6 Allergene, je Allergen, 2x/Jahr	17,00
3. b)	Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper ≈ L 11.33 mittels ELISA max. 6 Allergene, je Allergen, 2x/Jahr	17,00
4.	Bestimmung präzipitierender IgG Antikörper (ELISA) verrechenbar bei Verdacht auf "exogenallergischer Alveolitis" max. 7 Allergene pro Patient und Quartal, je Substanz	15,03
5.	Eosinophilie cationie protein (ECP) ≈ L 1.04 max. 2 Substanzen pro Patient und Monat je Substanz	9,52
6.	Quantitative Hausstaubanalyse auf Milbenallergen (Der P1) ≈ L 11.38 verrechenbar nur bei gesicherter Hausstaubmilbenallergie zur Überprüfung des Erfolges einer Milbensanierung 2 mal pro Patient und Quartal, je	14,73
7.	Schimmelpilzkulturen aus Patientenumgebung incl. Analyse max. 3 Teststreifen, je Streifen, 2x/Quartal ≈ L 12.07	15,98
III. Therapien		
8.	Tryptasebestimmung (Methode: CAP-Bestimmung) max. 1 mal pro Patient und Quartal verrechenbar, pro Bestimmung	15,27
9./10.	Allergiebehandlung - Erstbehandlung im Quartal (ärztl. Gespräch, Injektionsbehandlung, Salbenbehandlung, Diätberatung u.ä.) = 5a oder 5e	25,14 oder 11,52
11.	Ganzkörper - Solebad - Therapie, je (diese Pos. gilt auch f. Dr. Zimmermann , FA f. Dermatologie, Reutte)	27,75
12.	Hand- oder Fuß-Solebad - Therapie = P 15.03 je Extremitätenpaar	4,53
13.	Hand- und Fuß-Solebad - Therapie = P 15.03 (4 Extremitäten) **Indikation zu Pos. 10 bis 12:** Psoriasis, Atopische Dermatitis, Frühphasen kutanen T-Zellymphome Sezary-Syndrom, Pityriasislichenoides, Lichen ruber, Ekzeme, Morphea, Lichen sclerosus et atrophicans, Vitiligo, Aktinisches Retikuloid, Graft versus host Erkrankung, Polymorphe Lichtdermatose **Verrechenbarkeitsbeschränkung zu Pos. 10 bis 12:** max. 20 mal pro Patient und Halbjahr (2 Quartale) ab 20 Behandlungen mit medizinischer Begründung	4,53
14.	Phototherapie, je Anwendung = 38 v ab 17. Behandlung = 38 vv	9,43 6,29
15.	Photochemotherapie, je Anwendung = 38 w ab 17. Behandlung = 38 ww	13,62 10,48
16.	Hyposensibilisierung (s.c.Injektionen) = 15 b	7,33

2. Leistungs- und Tarifkatalog

für Schilddrüsendiagnostik – Nuklearmedizinische Untersuchungen

gültig ab 01.01.2025

1.) PKA NUCMED Innsbruck Schilddrüsendiagnostik und Nuklearmedizin (Dr. Strolz)

2.) PKA Nuklearmedizin Telfs GmbH (Dr. Heute – alle Pos. außer Pos. 6 und 8)

3.) Schilddrüsendiagnostik Schwaz MR-Institut Dr. Kastlunger GmbH (nur Pos. 1)

4.) Dr. Ingrid Schnegg-Rehwald (nur Pos.1)

5.) Schilddrüsendiagnostik und Nuklearmedizin Wörgl (nur Pos. 1 und 13)

I. Diagnostische Leistungen **Tarif/Euro**

1. Schilddrüsenabklärung inkl. Szintigraphie.....97,50
   Eine komplette Schilddrüsenabklärung besteht aus Anamnese, Sonographie und klinischer Untersuchung der Schilddrüse, Blutabnahme für Laborzwecke, intravenöse Applikation von Tc 99 m Pertechnetat für die Szintigraphie, Anfertigung des Szintigramms, Feinnadelpunktion bei vorhandenen Knoten, Befundauswertung mit Therapievorschlag.

2. Nebenschilddrüsen/Schilddrüsenabklärung mittels 99mTc Myoview /
   Mibi oder 201 Thallium Szintigraphie 250,00
   a) Nebenschilddrüsenabklärung inkl. Szintigraphie
   Bestehend aus Sonographie der Nebenschilddrüse und Schilddrüse, intravenöse Applikation vom Tracer, Anfertigung von Frühbildern am Hals und im Mediastinumbereich, sowie Anfertigen von Spätbildern am Hals und im Mediastinumbereich oder bei Bedarf Anwendung der Subtrakionstechnik.
   b) weitere Abklärung malignitätsverdächtiger Strumaknoten

3. Radionukleidangiographie der Nieren (Perfusion): 75,86
   Bestehend aus Anamnese, intravenöser Applikation von Tc 99 m im Bolus für die Szintigraphie, Anfertigen des Szintigramms, Befundauswertung mit Therapievorschlag.

4. Skelettszintigraphie: 165,17
   Diese umfasst die Radionukleidangiographie bestimmter Skelettabschnitte (Perfusion), die Ganzkörper- und Teilkörperszintigraphie, Anamnese, intravenöse Applikation von Tc 99 m Diphosphonat für die Szintigraphie, Anfertigen des Szintigramms, Befundauswertung mit Therapievorschlag; bei Bedarf planare statische Zusatzaufnahmen Schädel seitlich, Sitzbild, seitliche Bilder, Hände, Füße.

5. Lungenperfusionsszintigraphie: 163,41
   Bestehend aus Anamnese, intravenöser Applikation von Tc 99 m Makroalbuminpartikel für die Szintigraphie, Anfertigen des Szintigramms, Befundauswertung mit Therapievorschlag.

6. Lungenventilationsszintigraphie 182,66
   Bestehend aus Inhalation des Tracers am Ventilationsgerät für die Szintigraphie, Anfertigung von 6 planaren Ventilationsszintigrammbildern und Befundauswertung dieser und anschließend Vergleich der Perfusionsbilder mit den Ventilationsbildern und Erstellen des Befundes.

7. Nierenfunktionsszintigraphie: 163,41
   Bestehend aus Anamnese, intravenöser Verabreichung von Tc 99 m – nierengängiges Radiopharmazeutikum für die Szintigraphie, Anfertigen des Szintigramms, Befundauswertung mit Therapievorschlag.

8. Lymphszintigraphie.....151,69
   Injektion des Tracers im Regelfall (peritumoral) an mehreren Stellen (bei Mammacarcinompatienten, Melanompatienten, bei Lymphangiosis etc.), Anfertigung der Frühbilder und der Spätbilder (bei Bedarf werden auch nochmalige Bilder nach einem weiteren Zeitraum angefertigt) mit Auswertung der Bilder (eventuell dynamisch und statisch) mit und ohne Abdeckung und Erstellen des Befundes.

9. Entzündungsszintigraphie 151,69

10. Myokardszintigraphie mit SPECT (unter Belastung und in Ruhe).....478,40

11. Single Foton Emission Computer Tomography (SPECT) für Herz, Leber, Skelett etc.....151,69

12. Dopamintransporter-Hirn-SPEC/CT (DatScan) nur bei Dr. Heute/Telfs 1.100,00

13. Befund- und Therapiegespräch 8,50

II. Therapeutische Leistungen

14. Radiojod-Therapie:

Bestehend aus Dosisberechnung der Therapiekapsel mit Aufklärungsgespräch für den Patienten in Hinsicht auf die Verhaltensregeln in Hinblick auf Strahlenschutz, Verabreichung der Therapiekapsel

aa) Einmalige Abgabe über 5 bis 15 mCi 516,32

bb) Einmalige oder fraktionierte Abgabe bis 5 mCi (max. 3x im Quartal)

1. Kapsel.....234,69

jede weitere 199,49

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

3. Leistungs- und Tarifkatalog Balance Institut

gültig ab 01.01.2025

Leistungskatalog

1. Labor-Untersuchungen

1.1. Hormonparameter

präperimenopausal: E2, TSH, FSH, HPRL

oder
postmenopausal: E2, TSH, HPRL

Die Untersuchung des jeweiligen Hormonparameterblocks erfolgt im Rahmen der Erstuntersuchung einer Versicherten und ist mit der Methode des modernsten Laborstandes durchzuführen.

1.2. 25-OH-Vitamin D3

Die Kontrolle des Laborparameters 25-OH-Vitamin D3 ist beginnend ab 01.04.2017 in max. 50% der Fälle pro Monat verrechenbar.

2. Osteodensitometrie

Die Osteodensitometrie ist nur bei den im Anhang III angeführten Indikationen verrechenbar.

2.1. Erstuntersuchung

Die Erstuntersuchung umfasst jedenfalls

2.1.1. die Bestimmung der Knochendichte an der LWS (1. Messung),

2.1.2. die Bestimmung der Knochendichte am Femur (2. Messung) sowie

2.1.3. die Bestimmung der Knochendichte an der Hüfte (3. Messung)

nach dem jeweils letzten Stand der medizinischen Technik.

Ist die Bestimmung der Knochendichte an der LWS oder am Femur nicht sinnvoll (z.B. bei adipösen Patienten, bei Patienten mit künstlicher Hüfte, bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, Zustand nach OP an der Wirbelsäule, Skoliose, Aortensklerose oder Vorliegen von Veränderungen, die in der Messung falsch gute Werte vortäuschen würden und somit die Messung nicht aussagekräftig ist), ist die Messung am nicht-dominanten distalen Radius durchzuführen.

2.2. Zweit- bzw. Kontrolluntersuchung – Folgeuntersuchung

Die Zweituntersuchung umfasst

2.2.1. die Bestimmung der Knochendichte an der LWS (1. Messung),

2.2.2. die Bestimmung der Knochendichte am Femur (2. Messung) sowie

2.2.3. die Bestimmung der Knochendichte an der Hüfte (3. Messung)

Ist aufgrund der unter Punkt 2.1. erwähnten Umstände bereits die vorangegangene Messung nicht im dominanten Radius erfolgt, ist auch die Zweit- bzw. Folgeuntersuchung am nicht dominanten Radius durchzuführen.

Die Zweit- bzw. Kontrolluntersuchung ist frühestens nach drei Jahren verrechenbar. Frühere Folgeuntersuchungen sind vom zuweisenden Arzt zu begründen und bedürfen jedenfalls der vorherigen Bewilligung des ärztlichen Dienstes des Versicherungsträgers.

Tarifkatalog

Pos. Nr.	Leistung	Tarif/Euro
1.1	Hormonparameterblock (gesamt)	17,44
1.2	25-OH-Vitamin D3	17,13
2.1.1.	1. Messung	35,51
2.1.2.	2. Messung	17,76
2.1.3.	3. Messung	17,76
2.2.1	1. Messung	35,51
2.2.2.	2. Messung	17,76
2.2.3.	3. Messung	17,76

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

Indikationenliste für die Bewilligung und Verrechnung von Osteodensitometrien

1. Osteodensitometrien mit uneingeschränkter Vorbewilligungspflicht

a) bei Erwachsenen, wenn folgende Risikofaktoren vorliegen, wie z.B.:

- BMI < 20,
- Gewichtsverlust > 10 % in fünf Jahren,
- Immobilisation oder extreme Inaktivität,
- Fraktur nach inadäquatem Trauma,
- Abnahme der Körpergröße > 4cm,
- hohes Sturzrisiko (mind. 2x/Jahr).

b) bei Erwachsenen mit Erkrankungen, die mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochendichteverlust assoziiert sind, wie z.B.:

- Hyperthyreose,
- Hyperparathyreoidismus,
- primäre Amenorrhoe,
- frühe Menopause (vor 40. Lj.),
- Hypogonadismus,
- Hypercortisolismus,
- Malabsorption,
- Laktoseintoleranz,
- Malnutrition,
- Anorexia nervosa,
- Niereninsuffizienz,
- chron. Entzündliche Darmerkrankung,
- rheumatoide Arthritis,
- Plasmozytom.

c) bei Erwachsenen, die langfristig Medikamente/Therapien erhalten, die den Knochenverlust beschleunigen, wie z.B.:

- Protonenpumpenhemmer,
- SSRI,
- hochdosierte Schilddrüsen-hormontherapie,
- Antiepileptika,
- Heparin,
- Antikoagulation,
- Glucocorticoide,
- Glitazone.
- Chemotherapeutika,
- Aromataseinhibitoren,
- Immunsuppressiva nach Transplantation,
- Androgensuppression,
- antiretrovirale Therapie,
- Antiöstrogene (prämenopausal),
- Strahlentherapie,

d) bei Verkürzung der Mindestdauer des Untersuchungsinterfalls von 3 Jahren, wie z.B.:

- bei Langzeittherapie mit Cortison und bei Z.n. Gonadektomie.
- Patienten mit Ausgangs-T-Score am -2,0 Kontrolle nach einem Jahr

2. Osteodensitometrien ohne Vorbewilligungspflicht (bei Zuweisung durch Vertragsärzte):

Sofern die Mindestdauer des Untersuchungsintervalls von 3 Jahren nicht unterschritten wird:

a) bei Frauen ab dem 65. Lj.

b) bei Männern ab dem 70. Lj.

c) bei Erwachsenen mit einer Fragilitätsfraktur

4. Dialyse: Ambulante Dialysebehandlungen und Heimdialyse

Tarif für ambulante Dialysebehandlungen

DTZ Dialyse Trainings-Zentren Austria GmbH

gültig ab 01. 01. 2024

Pauschale für jede ambulante Dialysebehandlung im
a) Dialysezentrum Innsbruck
b) Dialysezentrum Schwaz
c) Dialysezentrum Zams
d) Dialysezentrum Thiersee

Euro 254,20

Der angeführte Betrag ist ein Nettobetrag.

Tarif für Heimdialyse

Verein zur Förderung der Rehabilitation terminal niereninsuffizienter Patienten

gültig ab 01. 01. 2026

Tagsatz CAPD (Continuierliche Ambulante Peritoneal-Dialyse) – Stay Safe Balance
Euro 121,54

Tagsatz APD (Apparative Peritoneal-Dialyse) – Sleep Safe Balance
Euro 164,92

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

5. Leistungskatalog

Vereinbarung mit der ÖGK betreffend Leistungen im Bereich der

Integrierten Palliativbetreuung

gültig ab 01.02.2015

Leistung	Betrag/Euro
Stundensatz für Palliativbetreuung (Mo - Sa)	23,9400
Stundensatz für Palliativbetreuung (Mo - Sa)	0,3990
Stundensatz für Palliativbetreuung (So und Feiertag)	30,0000
Stundensatz für Palliativbetreuung (So und Feiertag)	0,5000

Die angeführten Beträge sind Nettobeträge.

Diese Sondervereinbarung basiert auf dem Beschluss der Gesundheitsplattform Tirol über die Umsetzung des seit 31.3.2013 befristeten Reformpool-Projektes „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ vom 16.12.2010 und zielt auf die Umsetzung der im Projekt vorgesehenen „Integrierten Palliativbetreuung daheim und im Pflegeheim“ (kurz IPB) in den Modellregionen Osttirol und Außerfern ab.

Der Stundensatz für die Palliativbetreuung richtet sich nach dem jeweils für den Abrechnungszeitraum in Geltung stehenden Normkostensatz der Tiroler Landesregierung. Im Jahr 2015 beträgt der Normkostensatz € 47,88 für Werktage und € 60,00 für Sonn- und Feiertage. Der Stundensatz der Palliativbetreuung im Ausmaß von bis zu 3 Stunden wird im Rahmen der IPB zur Hälfte durch den zuständigen SV-Träger getragen. Fünfzig Prozent des Stundensatzes werden vom Sprengel direkt mit dem Amt der Tiroler Landesregierung verrechnet

Honorierung

(1) Die erhöhte Koordinationstätigkeit im Rahmen der IPB wird nach folgenden tariflichen Bedingungen honoriert:

Pos. H1 Betreuungshonorar für die Betreuung innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung der med. Hauskrankenpflege	72,67
Pos. HP1 Zuschlag zu Pos. H1 bei Fällen, die im Rahmen der IPB innerhalb von 28 Kalendertagen ab Einleitung betreut werden	114,00
Pos. H2 Betreuungshonorar für die Verlängerung der Betreuung innerhalb weiterer 28 Kalendertage	43,60
Pos. HP2 Zuschlag zu Pos. H2 bei Fällen, die im Rahmen der IPB innerhalb weiterer 28 Kalendertage betreut werden	143,07

Die Honorierung der Pos. H1 und H2 erfolgt im Rahmen der IPB auch dann, wenn die Betreuung keine krankenhausersetzende Leistung im Sinne der medizinischen Hauskrankenpflege darstellt.

(2) Die Honorierung der im ursächlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Betreuung eines IPB-Falles erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt analog der für Hauskrankenpflegefälle geltenden Honorierungsbestimmungen außerhalb jeglicher Verrechnungslimits und Degressionen (ausgenommen Laborleistungen). Leistungspositionen, mit denen ärztliche Koordinierungstätigkeiten honoriert werden (z.B. ärztlicher Koordinierungszuschlag), sind nicht gleichzeitig mit den in Abs. 1 genannten Leistungspositionen verrechenbar.

6. Tarife für Behandlungen bei Med Austron

gültig ab 01. 01. 2026

Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen/ Ionen in folgenden Tarifgruppen

Leistung	Tarif/Euro
Chordome u. Chondrosarkome Schädelbasis	46.670,57
Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome Typ A	38.760,21
Pädiatrische Tumore bei Patienten bis 16. LJ, Typ A	38.760,21
Pädiatrische Tumore bei Patienten bis 16. LJ, Typ B	44.974,44
Pädiatrische Tumore bei Patienten bis 16. LJ, Typ C	51.077,33
Meningeome mit neurologischen Symptomen, ZNS Typ A	38.760,21
Meningeome mit neurologischen Symptomen, ZNS Typ B	46.670,57
Weitere Tumore	43.762,37
Vorleistung 1* (enthält Therapieanfrage bis zur Erstuntersuchung)	964,40
Vorleistung 2* (enthält Planung CT/MR bis zum fertigen Lagerungsbehelf)	5.812,31
Vorleistung 3* (enthält Behandlungsplanung inkl. Berechnung Strahlendosis)	12.733,89
Sockelbetrag	12.733,89
Anästhesieleistungen bei Kindern (pro Narkose)	288,55

Die Pauschale gemäß § 3 der Zusatzvereinbarung beträgt € 43.762,37.

7. Leistungskatalog

HerzMobil Tirol

Herzinsuffizienz (HI)

gültig ab 01.07.2018

Dauer der HI-Betreuung:
Das HerzMobil Tirol umfasst grundsätzlich ein drei-monatiges intensives Betreuungsprogramm, bei medizinischer Notwendigkeit (z. B. Instabilität des Patienten) ist eine einmalige Verlängerung für weitere drei Monate möglich.

Honorierung Pos. Nr. HI01:
Die 3-monatige Behandlung/Betreuung des HI-Patienten wird dem Netzwerkarzt pauschal mit 320,00 Euro bzw. der HI-Pflegekraft mit 250,00 Euro (zzgl. GSBG-Ausgleich) honoriert. Das Pauschale ist max. zweimal verrechenbar. Die Abrechnung erfolgt zu 100 % im Rahmen der Direktverrechnung.

Koronare Herzkrankheiten (KHK)

gültig ab 01.02.2024

Dauer der KHK- Betreuung:

Das Projekt HerzMobil Tirol KHK umfasst grundsätzlich eine engmaschige, auf drei Monate begrenzte, teils unmittelbare, teils telemedizinische Behandlung von Patienten mit koronaren Herzkrankheiten.

Eine Verlängerung der KHK-Betreuung über die drei Monate ist nicht vorgesehen.

Honorierung Pos. Nr. KHK01:

Die 3-monatige Behandlung/Betreuung des KHK-Patienten wird dem Netzwerkarzt pauschal mit € 320,00 (zzgl. GSBG-Ausgleich) honoriert. Das Pauschale ist grundsätzlich nur einmal je erfolgter Aufnahme (Neu- oder Wiederaufnahme) verrechenbar.

Bluthochdruck (BHD)

gültig ab 01.02.2025 bis Projektende (voraussichtlich 30.06.2026)

Kurative Leistungen

Pos. Nr.	Positionsbeschreibung	Betrag/Euro
Pos. BHD01	24h Blutdruckmessung	50,03
Pos. BHD02	Blutabnahme aus der Vene	4,65
Pos. BHD03	12-Kanal-EKG (EKG in Ruhe, 12 Abteilungen)	51,05
Pos. BHD04	Belastungs-EKG durch einen Internisten (Ergometrie)	114,30
Pos. BHD05	Verlaufs-Ergometrie nach 3 Monaten bei Indikation (bei bestehendem Belastungs-Hypertonus nach Blutdruckeinstellung	114,03
Pos. BHD06	24h EKG bei bestehendem Hypertonus und Rhonchopathie Mit Verdacht auf Schlafapnoe, sofern die Bestätigung der Landesärztekammer vorliegt, dass sie der Verrechnung zustimmt (Langzeit-EKG)	100,07
Pos. BHD07	Nierensonographie bei Verdacht auf sekundäre Hypertonie, sofern die Bestätigung der Landesärztekammer vorliegt, dass sie der Verrechnung zustimmt	34,87
Pos. BHD08	Echokardiographie durch einen Internisten, sofern die Bestätigung der Landesärztekammer vorliegt, dass sie der Verrechnung zustimmt	53,96

Pos. BHD09	Echokardiographie einschließlich Dopplersonographie unter denselben Voraussetzungen wie BHD08	117,29
Pauschale für Netzwerkärzte (einmalig pro Patient)		220,00

8. Leistungskatalog

Medilab – Labor für medizinisch und mikrobiologische Diagnostik GmbH

Dr. Mustafa und Dr. Richter

gültig ab 01.01.2025

Pos. Nr.	Positionsbeschreibung	Tarif/Euro		FG	Anmerkung
L450	Antikonvulsiva je Substanz	22,10	P	50,55	höchstens dreimal pro Patient und Tag verrechenbar
L451	Theophyllin	22,10	P	50,55	einmal pro Patient und Tag verrechenbar
L452	Herzglykoside: Digoxin oder Digitoxin (je Substanz)	3,85	P	50,55	höchstens zweimal 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 chefärztlicher Bewilligung), höchstens sechsmal pro Patient und Tag verrechenbar
L455	Antibiotika- oder Zytostatika – sowie Immunsuppressiva – Bestimmung, je	29,28	P	50,55	höchstens dreimal 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 viermal pro Patient und Tag verrechenbar

9. Leistungskatalog und Tarif für

COVID-19 – CORONA Leistungen und Untersuchungen

1. Antigentest durch Ärzte bei symptomatischen Personen (ausschließlich für Risikopatienten*):

inkl. Material, Probenentnahme, Auswertung, Dokumentation sowie das therapeutische Gespräch

gültig ab 01.10.2024 **Euro 12,00**

Im niedergelassenen Bereich können Patienten im Falle des klinischen Verdachts des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 getestet werden. Ein Test ist zulässig, sofern bei der betreffenden Person Symptome vorliegen, die eine Infektion mit SARS- CoV-2 vermuten lassen. Die Durchführung eines Antigentests sowie die zusätzliche Probeentnahme für einen allenfalls erforderlichen PCR-Test zählt dabei insgesamt als eine Testung.

**Risikopatienten sind Personen, denen ärztlich ein erhöhtes Risiko attestiert wird (z.B. Alte, bestimmte chronisch Erkrankte)*

2. Durchführung der Impfung gegen SARS-CoV-2 (Corona) im niedergelassenen Bereich:

inkl. Aufklärung und Dokumentation

gültig ab 01.07.2023 **Euro 16,00**

3. COVAG – Aufklärungsgespräch über Covid-19-Therapeutika

gültig ab 01.10.2024 **Euro 13,00**