WGKK Allgemeinmedizin

Neue Positionen und Änderungen bestehender Positionen mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2020

- **Pos. Ziff. 3** – Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 4** – Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung – 80,00 Euro
- **Pos. Ziff. 5** – Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19.00 und 7.00 Uhr – 90,00 Euro
- **Überarbeitung Pos. Ziff. 6** – Zuschlag bei besonders aufwendiger Visite von
 - a) häuslich betreuten Pflegebedürftigen nach Spitalsaufenthalt oder
 - b) bei Patienten (mit oder ohne Pflegebedürftigkeit) mit schweren Erkrankungen, wie z.B. Pneumonie, Insult – Reinsult und diabetische Stoffwechselentgleisung sowie Decubitus Stufe II und III, kardiale Insuffizienz, Niereninsuffizienz, etc.
Maximal in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 3, 9 und 58 je Ärztin/Arzt und Quartal verrechenbar – 30 Punkte
- **Pos. Ziff. 7** – Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht – 14,00 Euro
- **Pos. Ziff. 9** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich auf der gleichen Stiege, aber nicht im gemeinsamen Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro

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

- **Pos. Ziff. 17** – Hausarztzuschlag einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle – 14,37 Euro

- **NEU Pos. Ziff. 24z** – Zuschlag für eine besonders zeitaufwendige Infusion bei Verabreichung eines der folgenden Medikamente:

- a) Eisen
- b) monoklonaler Antikörper, Immunglobuline
- c) Thioctacid
- d) Diclofenac in Kombination mit Orphenadrin
- e) vasoaktive Stoffe

Verrechenbar in 15 % der honorierten Pos. Ziff. 24 je Ärztin/Arzt und Quartal – 10 Punkte

- **Pos. Ziff. 36** – Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeller in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird – 55,00 Euro.

Erläuterungen: Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 37** – Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde – 16,00 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und Patientin/Patient in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere in ein und demselben Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, oder Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebenden Patientinnen/Patienten im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnungsmöglichkeit ist unabhängig davon, ob die Behandlung in eigenen Ordinationsräumlichkeiten, die die Patientinnen/Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patientinnen/Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- **Pos. Ziff. 58** – Jede weitere Intervention im häuslichen Bereich im selben Haushalt, die nach der Abrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag getätigt wurde – 27,50 Euro.

Erläuterungen: Pos. Ziff. 58 kann in 30 % der Anzahl von Pos. Ziff. 3 einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren im selben Haushalt sich befindende/befindenden Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden die/der im Rahmen ein und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten wird.

Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 oder 9 am selben Tag bei diesen Patientinnen/Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand einer/eines der Patientinnen/Patienten den neuerlichen gesonderten

Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.

- *) **Pos. Ziff. 61** – Ärztliche Koordinationstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung – 33 Punkte

Erläuterung: Verrechenbar bei intensivem ärztlichen Koordinationsbedarf mit Fondskrankenanstalten, Einrichtungen des Fonds Soziales Wien (FSW) sowie anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung von Pflegemaßnahmen, (Hauskrankenpflege und -betreuung, 24-Stunden-Pflegekräften, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager/innen im Sozialbereich, Hospiz und Palliativversorgung, davon ausgenommen sind Pflegeheime sowie Pflegestationen in Pensionisten- und Seniorenwohnheimen).

Die ärztliche Koordinationstätigkeit ist unter Angabe der zu koordinierenden Stellen/Stelle, der Art der Kontaktaufnahme (persönlich, telefonisch oder sonstiges) sowie der Begründung für die erforderliche Koordination zu dokumentieren.

Ergänzung:

Bitte um Dokumentation in der Patientenkartei.

- *) **Pos. Ziff. 62** – Ausstellung einer Operationsfreigabe im Zuge der präoperativen Abklärung – 33 Punkte

Erläuterung: Bei der Verrechnung dieser Position sind die anfordernde Krankenanstalt, die durchgeführten sowie veranlassten Untersuchungen sowie der Befundbericht zu dokumentieren.

*) Die Pos. Ziff. 61 und Pos. Ziff. 62 können gemeinsam in maximal 6 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.

Ergänzung:

Bitte um Dokumentation in der Patientenkartei, wenn möglich auch die betreffende Krankenanstalt.

- **NEU Pos. Ziff. 64** – Aderlass – 30 Punkte
Einmal am Tag verrechenbar. Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.
- **NEU Pos. Ziff. 65** – Heilmittelberatungsgespräch – 20 Punkte
Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden:
 - a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden und/oder
 - b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder
 - c) Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).

Erläuterung: Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 – 10 Minuten zu dauern. Die Ärztin/der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist zumindest in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Maximal einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar. In 10 % der Fälle verrechenbar.

- **Pos. Ziff. 90** – Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 23 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. – 20 Punkte
 - a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Eine Zuweisung nur zum Zwecke einer "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" ist unzulässig.
 - b) Mit der "Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache" soll grundsätzlich eine Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedoch nicht die Anamnese
 - c) Die Ärztin/der Arzt hat die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" persönlich zu führen; die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" mit mehreren Patientinnen/Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/-patienten) ist zulässig.
 - d) Die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- *) **Pos. Ziff. 663** – CRP inkl. Blutabnahme, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar – 16 Punkte
- *) **Pos. Ziff. 665** – Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr – 12 Punkte

Erläuterungen: Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien, Reagenzien usw. sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werden nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.

*) Die Pos. Ziff. 663 und Pos. Ziff. 665 können gemeinsam in maximal 4 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.

- **Pos. Ziff. 819** – Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 x pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar – 24 Punkte