

WAHLARZTTARIFE DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE AB 01.07.2019

Gemäß den Bestimmungen des Sozialversicherungsrechtes ist die Wiener Gebietskrankenkasse verpflichtet allen ihren Versicherten nach der Konsultation eines Wahlarztes 80 % dessen zu vergüten, was die Kasse einem Vertragsarzt zahlen hätte müssen, hätte der Patient einen Vertragsarzt aufgesucht.

Die folgende Tarifübersicht soll für die Wahlärzte und ihre Patienten eine Übersicht darstellen, wie hoch diese Rückersätze sind, die der Patient nach Vorlage einer saldierten und bezahlten Honorarnote des Wahlarztes erhält. Diese Wahlarzttarife entsprechen daher der Höhe nach 80 % der jeweiligen Honoraransätze der Tarife für die Kassenvertragsärzte. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Wahlärzte in ihrer Honorargestaltung keinen Tarifbegrenzungen unterliegen und berechtigt sind ein angemessenes Honorar für ihre Leistungen zu fordern. Die WGKK ist aber nur verpflichtet die im folgenden als Wahlarzttarife angeführten Leistungen dem Patienten zu refundieren.

Eine Besonderheit für Allgemeinmediziner und allg. Fachärzte (nicht Zuweisungsfächer und Phys. Medizin) gilt hinsichtlich der Fallpauschale. Hier wird pro Quartal für die 1. Konsultation € 6,--, für die 2. Konsultation € 6,-- und für die 3. Konsultation € 5,36 an den Patienten als Rückersatz ausgezahlt.

Hinsichtlich Versicherter der Betriebskrankenkassen gelten die für die WGKK ausgewiesenen Rückersätze. Hinsichtlich anderer Versicherter anderer Gebietskrankenkassen ist zu raten, sich bei den jeweiligen Landesärztekammern über die aktuellen Honorarordnungen, die die Basis für den Rückersatz darstellen, zu erkundigen.

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Gültig ab 01. Juli 2019

Erläuterungen:

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

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

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R IV beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination der Ärztin/des Arztes oder in der Wohnung der Patientin/des Patienten oder in Heimen aller Art erfolgen. Gilt daher nicht für Belegspitäler.

Werden in einer Sitzung mehrere Eingriffe durchgeführt, dann kann der Regiezuschlag nur einmal pro Region abgerechnet werden. Ist bei einer Sonderleistungsposition die Abrechnung pro Region angeführt, so sind darunter folgende Regionen zu verstehen:

- Kopf
- Hals
- Linke Schulter plus Axilla
- Rechte Schulter plus Axilla
- Brust
- Rücken
- Lumboglutealbereich
- Abdomen
- Genitalregion
- Oberschenkel links
- Oberschenkel rechts
- Unterschenkel links
- Unterschenkel rechts
- Fuß links
- Fuß rechts
- Oberarm links
- Oberarm rechts
- Unterarm plus Hand links
- Unterarm plus Hand rechts

Definition für erste Hilfe: Unter Erster Hilfe ist eine medizinisch dringende, notwendige und daher zeitlich unaufschiebbare Intervention zu verstehen, die bei Ausbleiben zu einer Verschlechterung und massiven gesundheitlichen Schädigung der Betroffenen führen kann. Bei entsprechender Notwendigkeit ist davon auszugehen, dass die Betroffenen vor den anderen wartenden Kranken betreut werden müssen. 1. Beispiele: Verdacht auf Herzinfarkt, akute Atemnot, stark blutende Wunden, starke Schmerzen oder ähnliche akut-medizinische Situationen². Der im Regelfall erhöhte Aufwand (u.a. Vorreihung der Betroffenen im regulären Ordinationsbetrieb) wird durch die Erste-Hilfe-Pauschale abgegolten. Sonderleistungen, die im Rahmen der Erste-Hilfe-Leistung erbracht wurden, können abgerechnet werden.

Verrechnungsmodus

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

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert.		9,00	7,20
2	Nachtordination (zwischen 19 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit		20,00	16,00
3	Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird. <u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.		49,00	39,20
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. <u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 9 kann einmal pro Tag ab der ärztlichen Behandlung, Untersuchung oder Beratung der/des zweiten Patientin/Patienten für diese/diesen und jede/jeden weitere/weiteren Patientin/Patienten in Rechnung gestellt werden, wenn mehrere auf der gleichen Stiege, aber nicht im selben Haushalt sich befindende Patientinnen/Patienten im Rahmen ein- und desselben Hausbesuches ärztlich behandelt, untersucht oder beraten werden. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 3 am selben Tag bei 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.		22,00	17,60
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.		11,95	9,56

36	<p>Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelner in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.</p> <p><u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der Patientin/des Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</p>	49,00	39,20
37	<p>Jede weitere Intervention im Heimbereich (Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen inkl. Pflegestationen aller Art), die nach Abrechnung der Pos. Ziff. 36 am selben Tag getätigt wurde.</p> <p><u>Erläuterungen:</u> Pos. Ziff. 37 kann jeweils einmal pro Tag und 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 Patienten aufsuchen oder in den Wohneinheiten der Patienten oder auf der Bettenstation erfolgt. Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 am selben Tag bei diesen Patienten ist grundsätzlich nicht möglich; ausgenommen dann, wenn der Zustand eines der Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der gesonderten Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren.</p>	12,00	9,60

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. <u>Erläuterungen:</u> 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 der im Rahmen einund 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.		22,00	17,60
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		60,00	48,00
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr		65,00	52,00
6	Zeitaufwand von mehr als einer halben Stunde am Krankenbett bei bedrohlichen Krankheitsfällen für die begonnene zweite und jede weitere begonnene halbe Stunde (Begründung notwendig, bei Konsilium in der Regel nicht verrechenbar)	20	13,20	10,56
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		9,00	7,20
8c	Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
8d	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
8e	Einmaliger Zuschlag ab der 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
8f	Einmaliger Zuschlag ab der 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36

8g	Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,60	5,28
8h	Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	6,70	5,36
8i	Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals.	10	6,70	5,36
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		11,25	9,00

Konsultation mittels Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel

befristet bis 31. Dezember 2020

Die Abrechnungsmöglichkeit für die Betreuung außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten ist unter Verwendung von elektronischen Kommunikationsmitteln und unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen befristet vorgesehen. Die Teilnahme erfolgt freiwillig und erfordert keine Meldung an die Kasse.

Da die Konsultation mittels elektronischer Kommunikation eine Konsultation in der Ordination ersetzt, hat die Kommunikation zwischen der/dem Patientin/Patient und der/dem Ärztin/Arzt persönlich zu bestehen. Die Entscheidung, ob ein Ordinationsbesuch im jeweiligen Einzelfall ersetzt werden kann, ist von der/dem Ärztin/Arzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Erfordernisse zu treffen und liegt in deren/dessen Verantwortungsbereich. Für Vertragsärztinnen/-ärzte, die nicht teilnehmen, ist diese Unterscheidung nicht relevant und es gelten die bisher üblichen Positionen gemäß Abschnitt I – Ordinationen und Visiten.

Die an der befristeten Abrechnungsmöglichkeit teilnehmenden Vertragsärztinnen/-ärzte haben jede Konsultation – sei es eine Konsultation in der Ordination oder eine Konsultation in Folge eines Kontakts mittels elektronischer Kommunikation – mit der passenden Positionsziffer verrechnen, unabhängig davon, ob sie tariflich bewertet ist.

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

in der Ordination (a) oder mittels elektronischer Kommunikationsmittel (aT)			
8a - 8aT	für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals	0	
8b - 8bT	für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals	0	
8c - 8cT	für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8d - 8dT	für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8e - 8eT	für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8f - 8fT	für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8g - 8gT	für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8h - 8hT	für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36
8i - 8iT	für die 9. Konsultation innerhalb eines Quartals	10	6,70 5,36

Anmerkung: Eine gleichzeitige Verrechnung beider Positionsziffern für ein und dieselbe Konsultation ist ausgeschlossen.

II. Allgemeine Sonderleistungen aus dem Fachgebiet
Allgemeinmedizin

S Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 19 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer

50 % des
jeweiligen
Tarifsatzes

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	2,68	2,14
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	4,69	3,75
23	Infusion s. c.	10	6,70	5,36
24	Infusion i. v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch den liegenden Venflon von Heilmitteln <u>Erläuterungen:</u> Das verabreichte Heilmittel und die Diagnose, welche die Notwendigkeit der Behandlung begründet, sind bei der ersten Infusion einer Serie anzugeben. Bei mehrfacher Verabreichung am gleichen Tag ist die genaue Uhrzeit der Infusionen anzugeben.	20	13,40	10,72
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	6,70	5,36
26	Sympathicusblockade	25	16,75	13,40
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	14,74	11,79
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	11	7,37	5,90
29	Injektion i.v.	8	5,36	4,29
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	13,40	10,72
31	Punktion einer kleinen oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa ect., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15	10,05	8,04

35	Diagnostische Gelenkpunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	20,10	16,08
38	I. v. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.	13	8,71	6,97
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.	15	10,05	8,04
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.	7	4,69	3,75
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.	9	6,03	4,82
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.	7	4,69	3,75
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus <u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.	9	6,03	4,82
47	Digitale rectale Untersuchung	7	4,69	3,75
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60	40,20	32,16
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25	16,75	13,40
52	Zinkleimverband	18	12,06	9,65
53	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks	45 + R I	40,20	32,16
54	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskravatte	60 + R I	50,25	40,20
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	10,05	8,04
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	10,05	8,04

60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15	10,05	8,04
61	<p>Ärztliche Koordinationstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung</p> <p><u>Erläuterung:</u> 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.</p> <p><u>Ergänzung:</u> Bitte um Dokumentation in der Patientenkartei.</p>	33	22,11	17,69
62	<p>Ausstellung einer Operationsfreigabe im Zuge der präoperativen Abklärung</p> <p><u>Erläuterung:</u> Bei der Verrechnung dieser Position sind die anfordernde Krankenanstalt, die durchgeführten sowie veranlassten Untersuchungen sowie der Befundbericht zu dokumentieren.</p> <p>Die Pos. Ziff. 61 und Pos. Ziff. 62 können gemeinsam in maximal 5 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.</p> <p>Ergänzung: Bitte um Dokumentation in der Patientenkartei, wenn möglich auch die betreffende Krankenanstalt.</p>	33	22,11	17,69
72	<p>Hühneraugen oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht)</p> <p><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</p>	20	13,40	10,72
73	<p>Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar</p> <p><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</p>	14	9,38	7,50

74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar <u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.	20	13,40	10,72
75	Incision von Panaritien aller Art <u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	40 + R I	36,85	29,48
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar. <u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	30	20,10	16,08
77	Reinigung/Wundtoilette einer größeren Wunde (ab 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar. <u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar	55	36,85	29,48
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9	6,03	4,82
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	5	3,35	2,68
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50	33,50	26,80
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10	6,70	5,36
82	Nasentamponade <u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.	8	5,36	4,29
83	Politzer, je Seite	3	2,01	1,61
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar.	10	6,70	5,36
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. 606 verrechenbar	11	7,37	5,90
88	Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, INR) inkl. ärztlicher Therapieeinstellung, sowie inkl. venöser oder kapillärer Blutabnahme. Voraussetzung für die Verrechnung von Pos. Ziff. 88 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Den Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		10,00	8,00

89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar <u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen	4	2,68	2,14
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten.	20	13,40	10,72

Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.

a) Bei zugewiesenen Patientinnen/Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie bzw. Neurologie bzw. Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte 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. Gleichfalls unzulässig ist die Verrechnung dieser Leistung bei Patienten, die nur im Rahmen einer Urlaubsvertretung behandelt werden.

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 (zB Video) oder die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ mit mehreren Patientinnen/mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patientinnen/Patienten (Apoplexiepatientinnen/Apoplexiepatienten) 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 "Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.

91	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, verrechenbar in maximal 20 % der Fälle pro Arzt und Quartal	45	30,15	24,12
----	---	----	-------	-------

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systemischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (zB Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Zur Verrechnung sind alle Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich und tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen sowie zu dokumentieren. Im Allgemeinen dauert es 20 Minuten.

III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro	davon 80 %
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	13,40	10,72
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid <u>Erläuterungen:</u> Xanthelasmaen ausgenommen	40	26,80	21,44

201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8	5,36	4,29
204	Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30 + R II	30,15	24,12
205	Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50 + R II	45,56	36,45
207	Operation von oberflächlichen Geschwulsten (z.B. Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region einmal verrechenbar <u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.	70 + R II	58,96	47,17
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24 + R II	28,14	22,51
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	5 + R I	13,40	10,72
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15	10,05	8,04
221	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	0,00	0,00
223	Lösung der Conglutination	15	10,05	8,04
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	5	3,35	2,68
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, pro Sitzung einmal verrechenbar	45 + R I	40,20	32,16
335	Smear, Sekretabnahme oder Abstrich zur mikroskopischen Untersuchung im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung	3	2,01	1,61
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus oberen Luft- und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	90 + R III	85,09	68,07
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24 + R I	26,13	20,90
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangsabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I	26,13	20,90

414	Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite <u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich	5	3,35	2,68
415	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 5 % der Fälle pro Quartal	8	5,36	4,29
600	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35	23,45	18,76
603	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett	58	38,86	31,09
605	Periartic. Infiltration	15	10,05	8,04
606	Chemische Untersuchung des Harns (Streifentest im Harn, unabhängig von der Anzahl der Testfelder). Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar	6	4,02	3,22
610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli <u>Erläuterungen:</u> Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 610 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		6,00	4,80
611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild <u>Erläuterungen:</u> Voraussetzung für die Verrechnung der Pos. Ziff. 611 ist die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätskontrollen (Ringversuchen). Der Nachweis über die erfolgte Teilnahme ist vom Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		6,00	4,80
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen. Mindestzeitaufwand 15 Minuten, dreimal pro Patientin/Patient im Quartal verrechenbar, wobei eine Zweitverrechnung nur in 50 % der honorierten Pos. Ziff. 614 und eine Drittverrechnung nur in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 614 zulässig ist.	12	7,92	6,34
663	CRP inkl. Blutabnahme, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar	16	10,56	8,45
665	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr	12	7,92	6,34

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.

655	Granulombehandlung, inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	12	8,04	6,43
761	<p>Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.</p> <p>Diese Position ist nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar, die ihre besondere Qualifikation gemäß den Vorgaben des Ausbildungscurriculums für Ärzte für Allgemeinmedizin, die im Rahmen ihrer kurativen Tätigkeit die Pos. Ziff. 761 als Kassenleistung anbieten, ausreichend nachgewiesen haben und dazu von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer ausdrücklich ermächtigt wurden.</p> <p><u>Erläuterungen:</u> Ist nicht im Fall einer ersten Hilfe Leistung verrechenbar</p> <p>Die Pos. Ziff. 663 und Pos. Ziff. 665 können gemeinsam in maximal 2 % der Fälle pro Ärztin/Arzt und Quartal verrechnet werden.</p>	40	26,80	21,44
817	<p>Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband</p> <p><i>Erläuterung:</i> <i>Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummipplatten) angelegt wird. Zusätzlich muss aus der ärztlichen Dokumentation ersichtlich sein, ob, an welcher Stelle und womit unterfüttert wurde. Diese Dokumentation muss beim ersten Anlegen des Verbandes im Quartal einer längerfristigen Behandlung sowie bei Wechsel des Materials oder der Behandlungsstelle angeführt werden.</i></p>	25	16,75	13,40
819	<p>Manipulation bei Gelenksverhakungen, höchstens dreimal pro Quartal und Patient verrechenbar. Die Leistung wird nur jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin honoriert, die über das Diplom für Manuelle Medizin der Österreichischen Ärztekammer verfügen und von der Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.</p>	22	14,74	11,79

827	Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten	20	13,40	10,72
907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes <u>Erläuterungen:</u> Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar	6	4,02	3,22
916	Legen eines Dauerkatheters	20	13,40	10,72

IV. Regiezuschläge

Punkte

R I	15
R II	18
R III	37
R IV	50