

Anlage A

TARIF FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Gültig ab 1. April 2009

- 1. Fallpauschale** pro Anspruchsberechtigten und Quartal **18,10 EUR**
- 2. Punktwert** für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen **0,66 EUR**

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Gültig ab 1. April 2009

Erläuterungen:

Alle Sonderleistungen können nur für eigene Patienten verrechnet werden.

Werden mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten gleichzeitig besucht, wird dies als eine Visite gewertet und die entsprechende Sonderleistung nur einmal honoriert. Wenn in der Nacht im Rahmen eines Besuches mehrere im gemeinsamen Haushalt lebende Patienten bei akuter Erkrankung behandelt werden, so kann für den zweiten und jeden weiteren Patienten die Pos. Ziff. 2 verrechnet werden.

Werden mehrere in einem Pensionisten-Wohnhaus lebende Patienten gleichzeitig besucht, so kann für die erste Visite Pos. Ziff. 3 für alle folgenden Patienten Pos. Ziff. 10 abgerechnet werden, sofern nicht Pos. Ziff. 15 abgerechnet werden kann.

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

Ist einer Sonderleistung ein x beigesetzt, kann die Kasse vom Arzt den schriftlichen Befund anfordern.

Ein Regiezuschlag kann bei jenen Sonderleistungen, welchen die Pos. Ziff. R I bis R V beigesetzt sind, entsprechend diesen Pos. Ziff. verrechnet werden, wenn die Leistungen in der Ordination des Arztes oder in der Wohnung des Patienten erfolgen.

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
- Lumboglatealbereich
- 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

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.		EUR
1	Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer bei dringender Hilfeleistung	5,09
2	Nachtordination (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer	13,08
3	Tagesvisite A, verrechenbar bei allen Hausbesuchen, mit Ausnahme von solchen, für die die Tagesvisite B bzw. Tagesvisite C zu verrechnen ist.	37,--
9	Tagesvisite B, verrechenbar bei allen weiteren Visiten, die nach Abrechnung der ersten Visite als Visite A am selben Tag im Bereich ein und derselben Stiege oder in ein und demselben Pflegeheim getätigt werden; es sei denn es erfolgt eine weitere Berufung des Arztes zu einem späteren Zeitpunkt (Zeitangabe erforderlich) am selben Tag, die eine neuerliche Anfahrt (Weg) erforderlich macht (s. § 12 Gesamtvertrag).	14,20
10	Jede ärztliche Intervention in einem Pensionisten-Wohnhaus, ausgenommen die bloße Ausstellung von Rezepten und ausgenommen Einzelvisiten nach Pos. Ziff. 3 in dringenden Fällen. Ein dringender Fall ist dann gegeben, wenn der Arzt nicht routinemäßig das Pensionisten-Wohnhaus aufsucht, sondern zu einer Einzelvisite in das Pensionisten-Wohnhaus auf Grund des Erkrankungszustandes eines konkreten Patienten gerufen wird.	5,--
15	Tagesvisite C, verrechenbar bei allen weiteren Visiten, die nach Abrechnung der ersten Visite (Tagesvisite A) am selben Tag und im Bereich desselben Pensionisten-Wohnhaus getätigt werden, sofern der Arzt den Versicherten in dessen Zimmer betreut. Die Verrechnung ist mit 5 % der Fälle, in denen Pos. Ziff. 10 abgerechnet wird, limitiert. Die Anmerkungen zu Pos. Ziff. 10 gelten sinngemäß.	14,20
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	39,97
5	Nachtvisite Berufung und Beginn zwischen 20 Uhr und 7 Uhr	52,32
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)	Punkte 10
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht	EUR 5,09

Pos. Ziff.		Punkte
8	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartales	4
		EUR
17	Hausarztzuschlag (analog den fachspezifischen Zuschlägen bei einzelnen Sonderfächern), einmal pro Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position wird automatisch mit der Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle.	8,75

II. Sonderleistungen

Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 20 Uhr und 7 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.

- S Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (20 Uhr bis 7 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7 Uhr und 20 Uhr, jedenfalls außerhalb der üblichen Ordinationsdauer 50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff.		Punkte
20	Injektion i. m. und s. c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar)	4
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7
22	Intraarterielle Injektion	8
23	Infusion s. c.	10
24	Infusion i. v. (das verabreichte Heilmittel ist anzugeben bzw. ein Durchschlag des Rezeptes beizulegen)	20
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10
26	Stellatum- oder Ganglienblockade	25
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	10
29	Injektion i. v.	6
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20
31	Punktion einer kleinen, oberflächlichen Höhle, eines oder mehrerer kleiner Gelenke, eines Seroms, eines kalten Abszesses, einer Bursa, etc., intraarticul. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30
*) 38	I. v. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13

Pos. Ziff.		Punkte
*) 40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr *) Die Pos. Ziff. 38 und 40 können im Falle der Zuweisung an einen Vertragsfacharzt für med. u. chem. Labordiagnostik oder eine entsprechende kasseneigene Einrichtung nur dann verrechnet werden, wenn der zuweisende Vertragsarzt das von ihm abgenommene Blut an einen der zwei seiner Ordination nächstgelegenen Vertragsfachärzte für med. u. chem. Labordiagnostik sendet.	7
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	7
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus	9
46	Magenausheberung oder Spülung	15
47	Digitale rectale Untersuchung	5
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	60
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	25
52	Zinkleimverband	18
53	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	45 + R I
54	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unter- und des Oberarmes, des Fußes und des Unter- und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte	60 + R I
55	Anbringung eines Gehbügels	5
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15
60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	15
72	Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung (ausgenommen Excision und Naht)	20
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen etc.).	14
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl.	20
75	Incision von Panaritien aller Art. Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar.	40 + R I

Pos. Ziff.		Punkte
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode. Nicht gleichzeitig mit Pos.°Ziff. 78 verrechenbar	30
77	Reinigung/Wundtoilette einer größeren Wunde (ab 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode. Nicht gleichzeitig mit Pos.°Ziff. 78 verrechenbar.	55
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters.	9
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	5
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	50
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie	10
82	Nasentamponade	8
83	Politzer je Seite	3
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar	10
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Position 606 verrechenbar	11
88	Thrombotest bei anticoagulierten Patienten (inkl. Blutabnahme)	EUR 6,00
89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung einmal verrechenbar	Punkte 4
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten, einmal pro Patient und Quartal verrechenbar	EUR 11,11
	Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:	
	a) Bei zugewiesenen Patienten darf die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ durch Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie nicht, durch die übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte und die Vertragsärzten für Allgemeinmedizin 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) 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 Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern bei Kindern bzw. Angehörigen bei geistig eingeschränkten Patienten (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 „Ausführliche 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 **EUR**
19,47

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 des 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.

Pos. Ziff.		Punkte
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfters nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8
204	Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	30 + R II
205	Excision und Naht einer Wunde über 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	50 + R II
207	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	70 + R II
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	24 + R II
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	30 + R II
218	Unblutige Reposition der Paraphimose	15
221	Probeexcision mit Naht (histol. Befund erforderlich)	60 + R II

Pos. Ziff.		Punkte
222	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig, einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	60 + R II
223	Lösung der Conglutination	15
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	5
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	45 + R I
335	Smear, Sekretabnahme oder Abstrich zur mikroskopischen Untersuchung im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung	3
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus oberen Luft- und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	90 + R III
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	24 + R I
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I
414	Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite	5
415	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung je Seite, verrechenbar in 5% der Fälle pro Quartal	8
600	Standard-EKG	15
601	je 3 weitere Ableitungen	6
603	Zuschlag für EKG am Krankenbett	25
<p>Die Pos. Ziff. 600, 601 und 603 können nur von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden, die einen Nachweis über die Absolvierung eines EKG-Kurses, der von der Ärztekammer für Wien ausdrücklich anerkannt wird, erbringen. Jene Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, die auf Grund des Nachweises berechtigt sind, EKG-Untersuchungen als Sonderleistungen gemäß Pos. Ziff. 600 und 601 zu verrechnen, werden von der Ärztekammer in eine Liste aufgenommen, die der Wiener Gebietskrankenkasse zu übermitteln ist.</p> <p>Verrechnet werden können pro Geschehen höchstens einmal die Pos. Ziff. 600 und dreimal die Pos. Ziff. 601, und zwar einmal für die Ableitungen nach Goldberger und zweimal für jene nach Wilson.</p>		
605	Periartic. Infiltration	15
x 606	Chem. Untersuchung des Harnes. Nur bei Verdacht auf Harnwegsinfekt oder diabetische Nephropathie am gleichen Tag wie Pos. Ziff. 87 verrechenbar	6
x 610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	13
x 611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	14

Pos. Ziff.		Punkte
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen, Mindestzeitaufwand 15 Minuten, dreimal pro 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	11
655	Granulombehandlung, inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	12
761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Quartal und Patient verrechenbar Diese Position ist nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar, die ihre besondere Qualifikation ausreichend nachgewiesen haben und dazu von der Wiener Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien ausdrücklich ermächtigt wurden.	40
817	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden, Fischerverband Die Pos. Ziff. 817 kann nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden, die einen Nachweis über eine entsprechende Ausbildung, die von der Ärztekammer für Wien ausdrücklich anerkannt wird, erbringen.	25
819	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 Wiener Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Wien zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.	15
827	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden	20
x 907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes	6
916	Verweilkatheter	13

IV. Regiezuschläge

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