

WAHLARZTTARIFE DER WIENER GEBIETSKRANKENKASSE AB 1.1.2007

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 für jede Ordination ein Betrag von € 5,75 maximal € 11,50 (also für zwei Ordinationen) 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.

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.		EUR
1	Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer bei dringender Hilfeleistung	4,07
2	Nachtordination (zwischen 20 Uhr und 7 Uhr) außerhalb der jeweils üblichen Ordinationsdauer	10,46
3	Tagesvisite A, verrechenbar bei allen Hausbesuchen, mit Ausnahme von solchen, für die die Tagesvisite B bzw. Tagesvisite C zu verrechnen ist.	23,78
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).	9,01
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.	1,39
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.	9,01
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	31,98
5	Nachtvisite Berufung und Beginn zwischen 20 Uhr und 7 Uhr	41,86
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)	5,20
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht	4,07

Pos. Ziff.

8	Einmaliger Zuschlag ab der 4. Konsultation innerhalb eines Quartales	1,86
17	Hausarztzuschlag (analog den fachspezifischen Zuschlägen bei einzelnen Sonderfächern), einmal pro Patient und Quartal verrechenbar.	5,24
	ab 1. Jänner 2007	6,20
	Diese Position wird automatisch mit dem Fallpauschale ausbezahlt. Ausgenommen davon sind Vertretungsscheine und Erste-Hilfe-Fälle.	

II. Allgemeine 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
20	Injektion i. m. und s. c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar)	2,08
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	3,64
22	Intraarterielle Injektion	4,16
23	Infusion s. c.	5,20
24	Infusion i. v. (das verabreichte Heilmittel ist auf dem Behandlungsschein anzugeben bzw. ein Durchschlag des Rezeptes diesem beizulegen)	10,40
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	5,12
26	Stellatum- oder Ganglienblockade	13,00
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	11,44
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	5,20
29	Injektion i. v.	3,12
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	10,40
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	7,80

Pos. Ziff.

35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	15,60
*) 38	I. v. Blutabnahme beim Kind	6,76
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind	6,76
*) 40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), ausgenommen beim Kind *) 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.	3,64
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, ausgenommen beim Kind	4,68
42	Tuberkulinprobe und Auswertung Gültig bis 31. März 2006	5,20
43	Harnuntersuchung bei Diabetikern (qualitative und quantitative Zuckerbestimmung einschließlich Untersuchung auf Aceton und Acetessigsäure)	3,64
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	3,64
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus	4,68
46	Magenausheberung oder Spülung	7,80
47	Digitale rectale Untersuchung	2,60
50	Luxation; Einrichtung und erster Verband einer traumatischen Luxation (mit Ausnahme von Zehen und Fingern)	31,20
51	Luxation; Einrichtung und erster Verband bei Fingern und Zehen	13,00
52	Zinkleimverband	9,36
53	Fixierende Verbände mit Blau-, Stärke- oder Gipsbinden (Elastoplastverband ausgenommen) der Hand und des Unterarmes, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenkes	31,20
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	39,00
55	Anbringung eines Gehbügels	2,60
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	7,80

57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	7,80
60	Rausch- oder i. v. Kurznarkose	7,80
72	Hühneraugen- oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung (ausgenommen Excision und Naht)	10,40
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen etc.)	7,28
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl.	10,40
75	Incision von Panaritien aller Art	28,60
76	Klammerung oder Naht einer kleineren, frischen Wunde einschl. Anästhesie	15,60
77	Versorgung einer größeren, frischen Wunde (einschl. event. Klammerung oder Naht) einschl. Anästhesie	28,60
78	Größerer Verbandwechsel (Mullbinde etc.)	4,68
79	Zahnextraktion ohne Anästhesie	2,60
80	Beistand bei Geburt als Erste Hilfe	26,00
81	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie beim Erwachsenen	5,20
82	Nasentamponade	4,16
83	Politzer je Seite	1,56
84	Zuschlag für Ordination oder Visite bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, einmal im Quartal verrechenbar	5,20
85	Harnuntersuchung bei Diabetesverdacht (qualitative Zuckerbestimmung)	1,56
86	Qualitative (semiquantitative) Blutzuckerbestimmung inkl. Abnahme (nur verrechenbar bei Diabetesverdacht höchstens einmal im Quartal)	2,60
87	Quantitative apparative Blutzuckerbestimmung bei Diabetes, inkl. Abnahme höchstens dreimal im Quartal verrechenbar	6,24
88	Thrombotest bei anticoagulierten Patienten (inkl. Blutabnahme)	4,80
89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung 1 mal verrechenbar	2,08
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	8,89
	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

15,58

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.

III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Pos. Ziff.

Aus dem Fachgebiet Augenheilkunde und Optometrie

100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	10,40
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	20,80

Aus dem Fachgebiet Chirurgie

201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patient und Quartal verrechenbar, öfters nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	4,16
204	Excision und Naht einer Wunde bis 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	24,96
205	Excision und Naht einer Wunde über 5 cm (Wundklammerung und Naht bei Operation nicht verrechenbar)	35,36
207	Operation von oberflächlichen Geschwülsten (zB Atherom, Fibrom, kleines Lipom), operative Entfernung oberflächlich gelegener Fremdkörper (scharfer Löffel ausgenommen), je Sitzung pro Region	45,76
210	Operation eines Clavus oder einer Warze (Excision und Naht)	21,84
211	Operation eines Unguis incarnatus bzw. operative Nagelentfernung (nicht mit Pos. Ziff. 75 verrechenbar)	24,96
218	Unblutige Reposition der Paraphimose	7,80
221	Probeexcision mit Naht (histol. Befund erforderlich)	40,56
222	Bluttransfusion oder Blutinfusion i. v., einschl. Venensektio (wenn nötig, einschl. Blutgruppenbestimmung, Kreuzprobe)	40,56
223	Lösung der Conglutination	7,80
x 224	Oszillometrie mit graphischer Darstellung	5,20

Aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	2,60
320	Operative Behandlung von Abszessen, Furunkeln und Condylomen, je Sitzung	31,20
335	Smear, Sekretabnahme oder Abstrich zur mikroskopischen Untersuchung im Zusammenhang mit einer gynäkologischen Untersuchung	1,56

Pos. Ziff.**Aus dem Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten**

409	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen und Ohr (auch Cerumenentfernung je Seite); Spülung des Ohres und seiner Operationshöhlen für therapeut. Zwecke	4,16
411	Chirurgische Entfernung von Fremdkörpern, Wucherungen und Polypen aus oberen Luft- und Speisewegen sowie von obturierenden Ohrpolypen und Ohrfremdkörpern, je Sitzung	66,04
412	Paracentese, Mittelohrpunktion	20,28
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	20,28
414	Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite	2,60
422	Durchtrennung des Zungenbändchens	2,60

Aus dem Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

x 512	Sekretuntersuchung	3,64
-------	--------------------	------

Aus dem Fachgebiet Innere Medizin

600	Standard-EKG	7,80
601	je 3 weitere Ableitungen	3,12
603	Zuschlag für EKG am Krankenbett	13,00

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.

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.

605	Periartic. Infiltration	7,80
x 606	Chem. Untersuchung des Harnes (außer Zucker und Aceton)	3,12
x 610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli	6,76

x 611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild	7,28
614	Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen, 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	5,72

Aus dem Fachgebiet Kinder- und Jugendheilkunde

655	Granulombehandlung, inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	6,24
667	Reposition bei Gefahr der Inkarzeration einer Hernie beim Kind	5,20

Aus dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie

761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Quartal und Patient verrechenbar	20,80
-----	---	-------

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.

Aus dem Fachgebiet Orthopädie und orthop.Chirurgie

817	Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden, Fischerverband	13,00
-----	---	-------

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.

819	Manipulation bei Gelenksverhakungen, höchstens dreimal pro Quartal und Patient verrechenbar.	7,80
-----	--	------

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.

827	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden	10,40
-----	--	-------

Aus dem Fachgebiet Urologie

x 907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes	3,12
916	Verweilkatheter	6,76

IV. Regiezuschläge

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