Anlage A

TARIF
FÜR VERTRAGSGRUPPENPRAXEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Gültig ab 1. Jänner 2022

1. Fallpauschale pro Anspruchsberechtigten und Quartal 18,74 EUR

2. Punktwert für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen 0,67 EUR

Zu Anlage A

SONDERLEISTUNGSTARIF FÜR VERTRAGSGRUPPENPRAXEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN Gültig ab 1. Jänner 2022

Erläuterungen:
Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name der/des berufenen Gesellschafterin/Gesellschafters der Vertragsgruppenpraxis 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 Vertragsgruppenpraxis 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 Situationen
2. 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 alle Positionsziffern, für die der Test die Limitierungsbestimmung "verrechenbar in Prozent der Fälle pro Quartal" vorsieht, dass die betreffenden Positionsziffern damit in "Prozent der Fälle je Vertragsfacharztgruppenpraxis und Quartal" abgerechnet werden kann

I. Ordinationen und Visiten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Vertragsgruppenpraxis außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert.		9,00
2	Nachtordination (zwischen 19:00 und 7:00 Uhr) außerhalb der Ordinationszeit		20,00
3	Tagesvisite im häuslichen Bereich. Pos. Ziff. 3 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzelner 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/des Patientin/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren*.		55,00
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/diesem Patientin/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*.		27,50
36	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 *<u>Erläuterungen:</u> Die Verrechnung von Pos. Ziff. 36 mehr als einmal pro Tag ist nur dann möglich, wenn der Zustand der/des Patientin/Patienten den neuerlichen gesonderten Einsatz zu einem anderen Zeitpunkt erforderlich macht. Notwendigkeit und Zeitpunkt der neuerlichen Visite sind in der Abrechnung zu dokumentieren*.		55,00

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
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. *<u>Erläuterungen:</u> 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.*		16,00
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 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 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.*		27,50
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		80,00
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19:00 und 7:00 Uhr		90,00

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
6	Zuschlag bei besonders aufwendiger Visite von a) häuslich betreuten Pflegebedürftigen nach Spitalsaufenthalt oder b) bei Patientinnen/Patienten (mit oder ohne Pflegebedürftigkeit) mit schweren Erkrankungen, wie z.B. Pneumonie, Insult – Reinsult und diabetischen Stoffwechselentgleisung sowie Decubitus Stufe II und III, kardiologische Insuffizienz, Niereninsuffizienz, etc. Maximal in 25 % der honorierten Pos. Ziff. 3, 9 und 58 je Gruppenpenpraxis und Quartal verrechenbar	30	
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		14,00
8c	Einmaliger Zuschlag für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	
8d	Einmaliger Zuschlag für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	
8e	Einmaliger Zuschlag für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	
8f	Einmaliger Zuschlag für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	
8g	Einmaliger Zuschlag für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar	10	
8h	Einmaliger Zuschlag für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals. Einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar.	10	
8i	Einmaliger Zuschlag für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals.	10	
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.		15,86

Leistungen im Rahmen der Telemedizinvereinbarung

befristet bis 31. Dezember 2023

Mit 1. Jänner 2022 tritt die Vereinbarung über die Erbringung telemedizinischer Leistungen in Kraft. Diese ermöglicht die Erbringung von allen in den jeweiligen Tarifkatalogen für Vertragsärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärztinnen/-ärzte vorgesehenen Konsultations- und Gesprächspositionen per Telefon oder Video.

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 wobei auch § 16 Abs 2 Gesamtvertrag in diesem Sinne zur Anwendung gelangt. 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.

Telemedizinische Leistungen werden nach dem jeweils zur Anwendung kommenden Tarifkatalog in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung in der Ordination ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird.

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

in der Ordination	**oder** mittels Telefon	**oder** mittels Video	
Pos. Ziff.	**Pos. Ziff.**	**Pos. Ziff.**	
8a	8aT	8aV	Zur Kennzeichnung für die 1. Konsultation innerhalb eines Quartals
8b	8bT	8bV	Zur Kennzeichnung für die 2. Konsultation innerhalb eines Quartals
8c	8cT	8cV	für die 3. Konsultation innerhalb eines Quartals
8d	8dT	8dV	für die 4. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8e	8eT	8eV	für die 5. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8f	8fT	8fV	für die 6. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8g	8gT	8gV	für die 7. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8h	8hT	8hV	für die 8. Konsultation innerhalb eines Quartals.
8i	8iT	8iV	für die 9. Konsultation sowie jede danach folgende Konsultation innerhalb eines Quartals.

Anmerkung:
Eine gleichzeitige Verrechnung unterschiedlicher Konsultationsarten (Ordination, Telefon und/oder Video) für ein und dieselbe Konsultation ist ausgeschlossen.

Eine gleichzeitige Verrechnung einer telemedizinischen Behandlung und einer persönlichen Behandlung in der Ordination sowie eine Verrechnung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag ist nur mit medizinischer Begründung möglich.

Die telemedizinischen Leistungen sind nur verrechenbar, wenn sämtliche Bedingungen dieser Vereinbarung erfüllt sind.

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
ST	Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 07.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr telemedizinisch erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (ST) von 10 %.		
	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 07.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 07.00 und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit	10 % des jeweiligen Tarifsatzes	

II. Allgemeine Sonderleistungen aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
S	Werden Sonderleistungen der Abschnitte II und III zwischen 19.00 und 7.00 Uhr oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 und 19.00 Uhr erbracht, gebührt ein Zuschlag gemäß Position (S) von 50 %.		
	Zuschlag zu Sonderleistungen der Abschnitte II und III während der Nacht (19.00 bis 7.00 Uhr) oder an Samstagen, Sonn- und Feiertagen auch zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr, jedenfalls außerhalb der Ordinationszeit	50 % des jeweiligen Tarifsatzes	
20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4	
21	Eigenblutinjektion (höchstens 10) inkl. Blutentnahme	7	
23	Infusion s.c.	10	
24	Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle 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	
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 Gruppenpraxis und Quartal.	10	
25	Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie bei Operationen	10	
26	Sympathicusblockade	25	
27	Plexus-, Lumbal- oder Sacralanästhesie	22	
28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe)	11	
29	Injektion i.v.	8	
30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk	20	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
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	
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	
38	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.*	13	
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.*	15	
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion) bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.*	7	
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.*	9	
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.*	7	
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.*	9	
47	Digitale rectale Untersuchung	7	
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	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms, des Fußes und des Unterschenkels, des Kniegelenks	45	+ R I
54	Gipsverband (Elastoplastverband und Tapeverbände ausgenommen) der Hand und des Unterarms und des Oberarms, des Fußes und des Unterschenkels und des Oberschenkels, der Clavicula, Halskrawatte	60	+ R I

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	
60	Rausch- oder i.v. Kurznarkose	15	
*) 61	Ärztliche Koordinationstätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Betreuung *<u>Erläuterung:</u> Verrechenbar bei intensivem ärztlichen Koordinationsbedarf mit Fondskrankenanstalten, Einrichtungen des Fonds Soziales Wien (FSW) sowie anderen Leistungserbringer/innen 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.*	33	
*) 62	Ausstellung einer Operationsfreigabe im Zuge der präoperativen Abklärung *<u>Erläuterung:</u> 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 Gruppenpraxis und Quartal verrechnet werden.	33	
64	Aderlass Einmal pro Patientin/Patient am Tag verrechenbar. Die für diese Untersuchung notwendigen Materialien sind durch den Tarifsatz dieser Einzelleistung abgegolten und werde nicht im Rahmen von pro ordinatione zur Verfügung gestellt.	30	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
65	Heilmittelberatungsgespräch 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. Doppelverrechnung zu vermeiden. und/oder b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstigere Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars) und/oder c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil). *<u>Erläuterung:</u> 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 maximal 10% der Fälle pro Vertragsgruppenpraxis und Quartal verrechenbar.	20	
72	Hühneraugen oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht) *<u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	20	
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen ect.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *<u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	14	
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *<u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	20	
75	Incision von Panaritien aller Art *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 und Pos. Ziff. 211 verrechenbar.*	40	+ R I

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
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. Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	30	
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. Die Regionen sind zwingend anzuführen.*	55	
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters *<u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 75, 76 und 77 verrechenbar*	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 *<u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.*	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 Pos. 606 verrechenbar	11	
88	Antikoagulantienkontrolle (PTZ, TT, INR) inkl. ärztlicher Therapieeinstellung, sowie inklusive 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 von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen		10,00
89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar *<u>Erläuterungen:</u> die Regionen sind zwingend anzuführen*	4	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Gesellschafterin/Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin in maximal 23 % der Fälle pro Quartal verrechenbar. 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 Gesellschafterin/der Gesellschafter der Vertragsgruppenpraxis 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 "Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig.	20	
91	Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, verrechenbar in maximal 20 % der Fälle pro Gruppenpraxis und Quartal 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 (z.B. Psychosomatosen, Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention. Zur Verrechnung sind alle Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer Gruppenpraxis 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.	45	

III. DMP Therapie aktiv

Gültig ab 1.10.2020

Pos. Ziff.	Text	Betrag in Euro
96 *)	Erstbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv	58,92
	Anmerkung: Wird einmalig bei Aufnahme einer Person in die Therapie Aktiv-Betreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das auf dem Dokumentationsbogen vermerkte Datum.	
97 *)	Weiterbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97a verrechnet wird	31,13
	Anmerkung: Wird pro Person maximal einmal pro Folgequartal nach der Erstbetreuung honoriert; als Leistungsdatum gilt das Datum der Erstkonsultation im Rahmen von Therapie Aktiv im jeweiligen Quartal.	
97a *)	Feedback-Gespräch im Rahmen von Therapie Aktiv,	45,58
	nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97 verrechnet wird	
	Anmerkung: einmal jährlich; verrechenbar grundsätzlich in jenem Quartal, in dem die Jahresuntersuchung (Folgedokumentation) erfolgt; ein Folgedokumentationsbogen ist zu übermitteln	
98*)	Gruppenschulung für nicht insulinpflichtige Patientinnen/Patienten	745,06
	Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 9 UE; mind. 6, max. 12 Patientinnen/Patienten.	
99*)	Gruppenschulung für insulinpflichtige Patientinnen/	1.148,26
	Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 12 UE; mind. 3, max. 5 Patientinnen/Patienten.	

*) *Erläuterungen:*

(1) An Therapie Aktiv teilnahmeberechtigt sind Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, die über einen Ordinationssitz in Wien verfügen und die Strukturqualitätskriterien gemäß Anlage a erfüllen sowie die gemäß Abs. 3 notwendigen Schulungen absolviert haben. Die Voraussetzungen werden seitens der Kammer überprüft, welche die Beitrittserklärung der Vertragsgruppenpraxis gemäß Anlage b gemeinsam mit ihrer Stellungnahme an die Administrationsstelle der Österreichischen Gesundheitskasse weiterleitet. Die anschließende Aufnahme in die Liste der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte durch die Administrationsstelle, wird der Vertragsgruppenpraxis schriftlich mitgeteilt. Die Liste ist im Internet (www.therapie-aktiv.at) sowie im GIN-Intranet veröffentlicht.

(2) Die Schulung der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte erfolgt unter der Verantwortung der Kammer im Rahmen von Basis- und Fortbildungsschulungen sowie Qualitätszirkeln. Voraussetzung für die Teilnahme an Therapie Aktiv ist die Absolvierung der in Anlage c vorgesehenen Schulungen und Übermittlung der Bestätigungen an die Administrationsstelle.

(3) Die Therapie Aktiv-Betreuung hat dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu entsprechen und sich dabei primär nach der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv zu richten. Sie umfasst insbesondere folgende Leistungen:

a. Leistungen bei der Erstbetreuung
- *Diagnosesicherung entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv gemäß Anlage d bzw. der auf www.therapie-aktiv.at abrufbaren Langfassung (sofern nicht bereits erfolgt)*
- *Abklärung der Ein-/Ausschlusskriterien für Therapie Aktiv*
- *Patienteninformation über die Teilnahme*
- *Abwicklung der Patienteneinschreibung*
- *Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Patientin/des Patienten (Anlage e) ausfüllen (lassen) und elektronische Anmeldung zu Therapie Aktiv*
- *Erstuntersuchung auf Begleit- und Folgeerkrankungen*
  - *i. Anamnese*
  - *ii. Monofilamenttest*
  - *iii. Check auf Neuropathie*
  - *iv. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung*
  - *v. Fußinspektion*
- *Planung von Präventionsmaßnahmen*
- *Festlegen und Dokumentieren einer Zielvereinbarung (Anlage f)*
- *Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)*
- *Durchführung und elektronische Weiterleitung der Erstdokumentation (entspricht Anlage g)*
- *Dokumentation im Patientenakt*

b. Leistungen bei der Weiterbetreuung
- *Therapie Aktiv spezifische Untersuchungen auf Begleit- und Folgeerkrankungen so oft wie nötig, mind. 1x jährlich*
  - *i. Anamnese*
  - *ii. Monofilamenttest*
  - *iii. Check auf Neuropathie*
  - *iv. Kardiovaskuläre Risikostratifizierung*
  - *v. Fußinspektion*
- *Bewertung und gegebenenfalls Anpassung von Präventionsmaßnahmen, mind. 1x jährlich*
- *Überprüfen, ev. Korrigieren der Zielvereinbarung, mind. 1x jährlich*
- *Ausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Diabetespässe, Therapie Aktiv-Broschüren, Folder, etc.)*
- *Durchführung und elektronische Weiterleitung der Folgedokumentation, mind. 1x jährlich*
- *Dokumentation im Patientenakt*

(4) Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt entscheidet, wer als Patientin/Patient für Therapie Aktiv geeignet ist. Hierbei müssen folgende Einschreibekriterien kumulativ vorliegen:

a. Gesicherte Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der medizinischen Leitlinie Therapie Aktiv (Anlage d)
b. Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin/des Patienten zur aktiven Teilnahme am Programm;
c. Fehlen von Ausschlusskriterien wie z.B. mentale Beeinträchtigung, Alkoholismus und Erkrankungen, die eine aktive Teilnahme der Patientin/des Patienten unmöglich machen.

(5) Die Einschreibung der Patientin/des Patienten hat nach Feststellung der Diagnose und der Eignung sowie nach eingehender Information über das betreffende Programm und allfällige Risikofaktoren mittels Formular (Anlage e) zu erfolgen. Das Formular dient der Dokumentation der Einwilligung der Patientin/des Patienten. Die daraus resultierende Anmeldung zu Therapie Aktiv hat elektronisch zu erfolgen. Außerdem ist die Erstdokumentation mit der Patientin/dem Patienten auszufüllen und ebenfalls elektronisch zu übermitteln. Seitens der Administrationsstelle erfolgt am Quartalsende eine schriftliche Bestätigung über die Aufnahme der Patientin/des Patienten in das Therapie Aktiv-Programm an die Vertragsgruppenpraxis.

(6) Eine Zielvereinbarung ist der Patientin/dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular Anlage f oder Diabetespass).

(7) Jeder Therapie Aktiv-Patientin/jedem Therapie Aktiv-Patienten soll eine Diabetesschulung angeboten werden. Die Schulung der Patientinnen/Patienten erfolgt durch die Therapie Aktiv-Ärztin/ den Therapie Aktiv-Arzt bzw. in Kooperation mit einer Diabetesberaterin/einem Diabetesberater und/oder einer Diätologin/einem Diätologen. Die Schulung ist mittels einer Abrechnungsliste aller zu schulenden Patientinnen/Patienten bei der Administrationsstelle zu melden. Die Liste hat die Namen der Patientinnen/Patienten, deren Versicherungsnummer und den leistungszuständigen Versicherungsträger zu enthalten. Die Positionsnummer kann nach durchgeführter Schulung bei einer/einem teilnehmenden Versicherten stellvertretend für die gesamte Gruppe abgerechnet werden.

(8) Die Administration der Behandlungen im Rahmen von Therapie Aktiv erfolgt über die Kasse.

(9) Die Kosten für die Erhaltung der Strukturqualitätskriterien und jeglichen mit der Betreuung im Rahmen von Therapie Aktiv im Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwand sind mit dem tariflichen Honorar abgegolten. Eine Honorierung erfolgt nur dann, wenn die Therapie Aktiv-Betreuung vollständig durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und der Dokumentationsbogen spätestens nach Ablauf von 5 Quartalen seit der letzten Übermittlung elektronisch übermittelt wird. Liegt dann keine gültige Dokumentation vor, so erfolgt so lange keine Honorierung der Weiterbetreuung, bis wieder eine gültige Dokumentation erfasst wurde. Wird der Dokumentationsbogen nicht elektronisch übermittelt, werden pro in Papierform übermittelten Bogen 3,00 Euro für die elektronische Erfassung einbehalten.

IV. Sonderleistungen aus Fachgebieten

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40	
	Erläuterungen: Xanthelasmen ausgenommen		
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar, öfter nur mit besonderer medizinischer Begründung, Hämorrhoidalverödung je Injektion	8	
204	Excision und Naht einer Wunde bis 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	30 + R II	
205	Excision und Naht einer Wunde über 4 cm (Wundklammerung und Naht bei Operationen nicht verrechenbar)	50 + R II	
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	70 + R II	
	Erläuterungen: Die Regionen sind zwingend anzuführen.		
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)	5 + R I	
218	Unblutige Reposition einer Paraphimose	15	
221	Probeexcision mit Naht (histolog. Befund erforderlich)	60 + R II	
223	Lösung der Conglutination	15	
302	Einlegen und Wechseln von Pessaren bei Prolaps	5	
320	Operative Behandlung von genitalen Abszessen, Furunkeln und Condylomen, pro Sitzung einmal verrechenbar	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	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
413	Incision eines Peritonsillarabszesses, Septumabszesses, Othaematoms, Gehörgangsabszesses, des Speicheldrüsenausführungsganges	24 + R I	
414	Verätzung des Locus Kiesselbach je Seite	5	
	<u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.		
415	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 5 % der Fälle pro Quartal	8	
600	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)	35	
603	EKG mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6) am Krankenbett	58	
605	Periartic. Infiltration	15	
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	
610	Zählung der roten Blutkörperchen plus Sahli		6,00
	<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 von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		
611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild		6,00
	<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 von der Vertragsgruppenpraxis bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		
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	
655	Granulombehandlung, inkl. Abtragung eines gestielten Granuloms	12	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
*) 663	CRP inkl. Blutabnahme, nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 40 und nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar	16	
*) 665	Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachenabstrich bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr *<u>Erläuterungen:</u> 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 Gruppenpraxis und Quartal verrechnet werden.	12	
761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Diese Position ist nur von jenen Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin verrechenbar, deren Gesellschafterin/Gesellschafter ihre besondere Qualifikation gemäß den Vorgaben des Ausbildungscurriculums für die praktischen Ärztinnen/Ärzte, 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. *<u>Erläuterungen:</u> Ist nicht im Fall einer ersten Hilfe Leistung verrechenbar.*	40	
817	Mehrlagiger elastischer Kompressionsverband mit Unterfütterung oder Fischerverband *<u>Erläuterung:</u> Die Position kann nur dann abgerechnet werden, wenn ein Fischerverband oder ein mehrlagiger Verband mit einer Unterfütterung (mit oder ohne Verwendung von Schaumgummiplatten) 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.*	25	
819	Orthopädische Manualtherapie, maximal 5 mal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Leistung wird nur jenen Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin honoriert, deren Gesellschafterin/Gesellschafter 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.	24	
827	Elastischer Kompressionsverband ohne Unterfütterung und ohne Schaumgummiplatten	20	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes	6	
	<u>Erläuterungen:</u> Einmal pro Patientin/Patient und Tag verrechenbar		
916	Legen eines Dauerkatheters	20	

V. Regiezuschläge

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