

TARIFE

Allgemeine Bestimmungen:

Vor- und Nachbereitungstätigkeiten unmittelbar mit und für die Patienten können innerhalb der Therapiezeit gemacht werden; sonstige Vor- und Nachbereitungen sind außerhalb der vertraglich geregelten Mindestbehandlungsdauer durchzuführen.

Bei Behandlungen, die **telemedizinisch** durchgeführt wurden, ist die Pos.-Nr. der „Vor-Ort“-Behandlung um den Buchstaben „T“ zu erweitern (z. B. PT01 ==> PT01T). Eine **Mehrfachverrechnung** von aktiven physiotherapeutischen Behandlungen (Einzeltherapien, Gruppenbehandlungen und KPE) pro Sitzung ist **nicht möglich**.

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Honorar für eine physiotherapeutische Behandlung in der Mindestdauer von 30 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten).	38,00 €	PT01
Honorar für eine physiotherapeutische Behandlung in der Mindestdauer von 45 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten).	57,02 €	PT02
Honorar für eine physiotherapeutische Behandlung in der Mindestdauer von 60 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten).	76,03 €	PT03
Honorar für eine physiotherapeutische Gruppenbehandlung in der Mindestdauer von 30 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten) Pro Teilnehmer (mind. 3 - max. 4 Personen).	14,00 €	PT11
Honorar für eine physiotherapeutische Gruppenbehandlung in der Mindestdauer von 30 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten) Pro Teilnehmer (mind. 5 - max. 6 Personen).	12,51 €	PT12

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Honorar für eine physiotherapeutische Gruppenbehandlung in der Minstdauer von 60 Minuten (mit diesem Honorar sind alle Leistungen der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten) Pro Teilnehmer (mind. 3 - max. 4 Personen).	27,99 €	PT13
Honorar für eine physiotherapeutische Gruppenbehandlung in der Minstdauer von 60 Minuten (mit diesem Honorar sind alle der Physiotherapeutin, wie die Erstellung eines Behandlungskonzeptes und die Durchführung der Behandlung abgegolten) Pro Teilnehmer (mind. 5 - max. 6 Personen).	25,01 €	PT14
KPE Physiotherapie (Komplexe physikalische Entstauungstherapie inkl. manueller Lymphdrainage) von mindestens 60 Minuten Dauer unter Beachtung der Regelungen im KPE-Behandlungsplan (Anlage 5).	76,03 €	PT16
KPE Physiotherapie (Komplexe physikalische Entstauungstherapie inkl. manueller Lymphdrainage) von mindestens 45 Minuten Dauer unter Beachtung der Regelungen im KPE-Behandlungsplan (Anlage 5).	57,02 €	PT17
Befundung und Anleitung ohne nachfolgende Therapie von mindestens 90 Minuten Dauer, verrechenbar pro Patient einmal jährlich. Die Verrechnung weiterer physiotherapeutischer Sitzungen im selben bzw. im darauf folgenden Quartal ist nur in Ausnahmefällen mit entsprechender Begründung möglich.	114,04 €	PT21
Kontrolle im Anschluss an eine Befundung und Anleitung ohne nachfolgende Therapie von mindestens 60 Minuten Dauer. Die Kontrolle ist frühestens drei Monate nach der Befundung und Anleitung ohne nachfolgende Therapie verrechenbar.	76,03 €	PT22

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Ausführlicher Befundbericht Diese Position ist verrechenbar, wenn eine Zuweisung durch einen Vertragsfacharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. durch eine Spezialeinrichtung erfolgt, sofern ein Befundbericht angefordert wird sowie für jene Fälle, wo sich während der Therapie zeigt, dass der Patient eine Behandlung in einer Spezialeinrichtung benötigt und vom Therapeuten in die Einrichtung zur weiteren Abklärung geschickt wird.	12,48 €	PT23

Die Hippotherapie ist nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung und kann von einer Vertragsphysiotherapeutin außerhalb dieser vertraglichen Regelung als Nebentätigkeit (§ 11) angeboten werden.

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Hausbesuche (vgl. RV § 14 Abs. 1) Verrechenbar nur, wenn dem Erkrankten wegen seines Gesundheitszustandes das Aufsuchen der Physiotherapeutin nicht zugemutet werden kann. Für Hausbesuche bei mehreren Patienten in einer Einrichtung (z.B. in einem Altersheim, in einer Schule, etc.) ist der Hausbesuch und das Kilometergeld nur einmal pro Behandlungstag (bei einem Patienten) verrechenbar. Bei der Planung von mehreren Hausbesuchen bei Patienten mit unterschiedlichen Aufenthaltsorten sind die Regelungen zum Kilometergeld (kürzeste Gesamtwegstrecke) zu berücksichtigen. Für Hausbesuche ist vor der 1. Folgesitzung eine vorherige Bewilligung des ärztlichen Dienstes der Kasse erforderlich (Anmerkung: Diese Bewilligung wird grundsätzlich mit der Bewilligung für die Therapie erteilt. Falls die Therapie bewilligt, aber der Hausbesuch abgelehnt wird, wird dies bei der Bewilligung erkenntlich gemacht). Dies gilt, sofern die Bewilligung nicht gemäß § 15 Abs. 5 ausgesetzt ist. Für Hausbesuche bei mehreren Patienten in Kindergärten und Schulen (Zustimmung der ÖGK erforderlich) bzw. in Pflegeheimen (Meldung an die ÖGK erforderlich) ist der Hausbesuch und das Kilometergeld ebenfalls nur einmal pro Behandlungstag (d. h. bei einem der Patienten) verrechenbar. In diesen Fällen ist die Bewilligung des ärztlichen Dienstes der Kasse für die Fahrt in die Einrichtung nicht notwendig.	38,00 €	PT41
Kilometergeld für Hausbesuche (je gefahrene KM) gebührt nur in der Höhe der tatsächlich im Zusammenhang mit dem Hausbesuch zurückgelegten Wegstrecke. Bei zeitlich aufeinanderfolgenden Hausbesuchen bei Patienten mit unterschiedlichen Aufenthaltsorten ist die für die Erreichung der Patienten kürzeste Gesamtwegstrecke zur Berechnung des Kilometergeldes heranzuziehen. Das Kilometergeld wird laufend an das amtliche Kilometergeld angepasst.	0,50 €	PT42

Additive Leistung:

Die auf Grund einer ärztlichen Verordnung im Zusammenhang mit einer physiotherapeutischen Behandlung erforderlichen additiven Leistungen sind **zusätzlich** zur physiotherapeutischen Leistung zu erbringen und wie folgt verrechenbar (die verordneten Zeiteinheiten sind für beide Therapieeinheiten einzuhalten):

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Heilmassage in der Mindestdauer von 15 Minuten	10,12 €	PT51
Sonstige apparative Leistungen (z. B. Wärme-, Elektro, und Kältetherapien, ...) in der Mindestdauer von 15 Minuten ; nur 1x/physiotherapeutischer Behandlung verrechenbar.	5,07 €	PT52

Eine **Delegierung** an andere Berufsgruppen ist **unzulässig**.

Die Abrechnung der additiven Leistungen ist mit 10 % der im Quartal abgerechneten physiotherapeutischen Behandlungen (Einzel- und Gruppentherapien) limitiert.

„Vernetzungstätigkeiten“**(die angeführten Positionen sind am selben Tag nicht nebeneinander verrechenbar)**

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Fallbesprechung verrechenbar, wenn der Patient von mehreren Angehörigen der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe bzw. Angehörigen eines entsprechenden Fachgewerbes behandelt wird und eine Abstimmung für die Therapieplanung notwendig ist. Die Abrechnung ist mit 20 % der Fälle (= Patientenanzahl je Quartal) limitiert.		
pro Fall von mind. 15 Minuten Dauer	19,02 €	PT61
pro Fall von mind. 30 Minuten Dauer	38,00 €	PT62
pro Fall von mind. 45 Minuten Dauer	57,02 €	PT63
pro Fall von mind. 60 Minuten Dauer	76,03 €	PT64
Gespräch mit Bezugsperson verrechenbar, wenn die Bezugsperson (z. B. Eltern, Ehepartner, Kindergärtner, Sonderpädagogen) im Hinblick auf den Therapieerfolg einbezogen werden muss. Die Abrechnung ist mit 20 % der Fälle (= Patientenanzahl je Quartal) limitiert. Ist auf Grund der Krankheitsumstände ein Gespräch mit der Bezugsperson vor Ort notwendig (Schule, Kindergarten) so ist die Verrechnung eines Hausbesuches möglich, wenn dieser chefärztlich bewilligt wurde, sofern die Bewilligung nicht gemäß § 15 Abs. 5 ausgesetzt ist.		
pro Fall von mind. 15 Minuten Dauer	19,02 €	PT71
pro Fall von mind. 30 Minuten Dauer	38,00 €	PT72
pro Fall von mind. 45 Minuten Dauer	57,02 €	PT73

Bezeichnung	Tarif	Pos.-Nr.
Helferkonferenz verrechenbar, wenn der gemeinsame fachliche Kontakt von Gesundheits- und Betreuungsberufen (mind. drei verschiedene Professionen) für den Therapieerfolg wesentlich ist. Die Abrechnung ist mit 5 % der Fälle (= Patientenzahl je Quartal) limitiert.		
pro Fall von mind. 60 Minuten Dauer	76,03 €	PT81
pro Fall von mind. 90 Minuten Dauer	114,04 €	PT82

Erläuterungen/Verrechnungsvoraussetzungen für die Verrechnung der Positionen „Vernetzungstätigkeiten“:

- a) Vorliegen eines komplexen Krankheitsbildes, welches das Zusammenwirken der oben angeführten Beteiligten zur Erzielung eines Therapieerfolges notwendig macht.
- b) Telefonische/Videotechnische Vernetzungstätigkeiten können abgerechnet werden, wenn sie mindestens 15 Minuten gedauert haben.
- c) Für die Verrechnung von Vernetzungstätigkeiten ist **keine ärztliche Zuweisung** erforderlich.

Versorgungswirksamkeitspauschale

All jenen Vertragsphysiotherapeutinnen, die im Kalenderjahr 2026 mindestens 60 Anspruchsberechtigte der Österreichischen Gesundheitskasse physiotherapeutisch behandelt haben, gebührt als Abgeltung der Versorgungswirksamkeit die Auszahlung einer Versorgungswirksamkeitspauschale. Für das Kalenderjahr 2027 ist eine Mindestanzahl von 80 Anspruchsberechtigten der ÖGK vorgesehen und für das Kalenderjahr 2028 mindestens 100 Anspruchsberechtigte der ÖGK. In Fällen, in denen das Vertragsverhältnis unterjährig begonnen, fortgesetzt, unterbrochen oder beendet wurde, vermindert sich die Anzahl der zu behandelnden Anspruchsberechtigten aliquot. Eine entsprechende Aliquotierung kommt auch bei vereinbarten Teilzeitstellen zur Anwendung, wodurch die Versorgungswirksamkeitspauschale bei einer halben Planstelle (16 Behandlungsstunden) bereits bei der Behandlung von 30/40/50 Anspruchsberechtigten der ÖGK pro Jahr ausbezahlt wird. Bei Anstellungen mit Zusatzbedarf ist die zu erreichende Mindestanzahl der pro Jahr zu behandelnden Anspruchsberechtigten entsprechend höher und errechnet sich anhand des genehmigten Stundenausmaßes der Anstellung.

Die Ausbezahlung der Pauschale erfolgt im Voraus im Rahmen der quartalsmäßigen Abrechnung als prozentueller Zuschlag zur Quartalshonorarsumme (exkl. Kilometergeld). Im Rahmen des Abschlusses des vierten Abrechnungsquartals erfolgt die Prüfung, ob die Mindestanzahl der jährlich behandelten Anspruchsberechtigten der ÖGK erreicht wurde. Wurde die Mindestanzahl nicht erreicht, erfolgt im Rahmen der Zahlung des Resthonorars des 4. Abrechnungsquartals der Einbehalt der zur Auszahlung gelangten Versorgungswirksamkeitspauschale des Abrechnungsjahres.

Sollte die Unterschreitung der jährlich zu behandelnden Anspruchsberechtigten auf regionale Entwicklungen oder besondere Ereignisse zurückzuführen sein, kann die Kasse über Antrag der Vertragstherapeutin und nach entsprechender Prüfung einer Auszahlung der Versorgungswirksamkeitspauschale dennoch zustimmen. Ein diesbezüglicher Antrag der Vertragstherapeutin ist bei der Kasse binnen vier Wochen nach Zahlung des Resthonorars jenes Quartals – im Rahmen dessen der Einbehalt durchgeführt wurde – einzubringen.

Die Versorgungswirksamkeitspauschale beträgt im Jahr 2026 2,42 %.

Die Höhe der Versorgungswirksamkeitspauschale für das Jahr 2027 berechnet sich wie folgt:

- a) 49,8 % der Pauschale werden ab 01.01.2027 in Höhe der Prognose des Verbraucherpreisindex des Jahres 2027 (laut vierteljährlicher Konjunkturprognose des WIFO, veröffentlicht im Dezember 2026) festgesetzt.
- b) Wird die Veröffentlichung der vierteljährlichen Konjunkturprognose des WIFO, inklusive VPI-Prognose, eingestellt, hat an dessen Stelle in lit a eine vergleichbare Prognose zu treten. In diesem Fall haben die Vertragspartner im Einvernehmen eine entsprechende Ersatzprognose zu vereinbaren.
- c) 50,2 % der Pauschale werden ab 01.01.2027 mit der prozentuellen Gehaltsanhebung der Sozialversicherung laut Dienstordnung A (Gesundheitsberufe) des Jahres 2027 festgesetzt.

- d) Die nach lit a, c berechneten Anteile ergeben insgesamt den prozentuellen Zuschlag, welcher der Versorgungswirksamkeitspauschale des Jahres 2026 hinzugerechnet wird.
- e) Für das Jahr 2028 erfolgt in analoger Weise zu lit a, c die Neufestsetzung der Versorgungswirksamkeitspauschale für das Jahr 2028, welche der Pauschale des Vorjahres hinzugerechnet wird. Eine Information an die Vertragspartnerinnen über die geänderte Versorgungswirksamkeitspauschale erfolgt im Jänner eines jeden Jahres mittels Rundschreiben.

Ziel der Pauschale ist die Erhöhung bzw. Sicherstellung der Versorgungswirksamkeit im Vertragsbereich. Die Versorgungswirksamkeit der Vertragstherapeutinnen wird daher nach Vorliegen der Abrechnungszahlen für die Jahre 2026 und 2027 evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Jahr 2028 unter den Vertragsparteien besprochen. Darauf aufbauend erfolgt ab 01.01.2029 eine Neufestsetzung der Versorgungswirksamkeitspauschale und der Tarife.