

**Anlage A**

**TARIF  
FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN**

**Gültig ab 01. Juli 2017**

- 1. Fallpauschale** pro Anspruchsberechtigten und Quartal **18,74 EUR**
- 2. Punktwert** für die nach Punkten bewerteten Sonderleistungen **0,67 EUR**

**SONDERLEISTUNGSTARIF  
FÜR VERTRAGSÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
Gültig ab 01. Juli 2017**

**Erläuterungen:**

Bei Verrechnung der Pos. Ziff. 7 (Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht) ist der Name des berufenen 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 des Vertragsarztes oder in der Wohnung 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 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**

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
1	Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung, wenn die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt außerhalb der Ordinationszeit kontaktiert		9,00
2	Nachtordination (zwischen 19 Uhr und 7 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/einzeln in einem gesonderten Haushalt lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.		47,00
	<i><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.</i>		
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.		14,00
	<i><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.</i>		
36	Tagesvisite im Heimbereich Pos. Ziff. 36 kann jeweils einmal pro Tag in Rechnung gestellt werden, wenn eine/ein einzelne/einzeln in einem Pensionistenwohnheim, Seniorenwohnheim, Pflegeheim oder in Heimen (inkl. Pflegestationen) aller Art lebende/lebender Patientin/Patient im Rahmen eines Hausbesuches ärztlich behandelt wird.		42,00
	<i><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.</i>		

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.  <i>Erläuterungen: 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 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.</i>  <i>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.</i>		12,00
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  <i>Erläuterungen: 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.</i>  <i>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.</i>		14,00
4	Tagesvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung		60,00
5	Nachtvisite - Berufung und Beginn zwischen 19 Uhr und 7 Uhr		65,00
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	
7	Zuschlag für Konsilium bei Tag bzw. bei Nacht		9,00

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
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	
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		10,65

## II. Allgemeine Sonderleistungen

- 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 Ordinationszeit 50 % des jeweiligen Tarifsatzes

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
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	20	
<i><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 Infusion anzugeben.</i>			
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), intraarticular. 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., intraarticular. Injektion in ein oder mehrere kleine Gelenke	15	
35	Diagnostische Gelenkspunktion mit Abstrich und Befund, Hydrocelenpunktion	30	
38	Blutentnahme aus der Vene (Venepunktion) beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	13	

*Erläuterungen: Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 39 verrechenbar.*

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
39	Blutsenkung inkl. Blutabnahme beim Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	15	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 38 verrechenbar.</i>		
40	Blutentnahme aus der Vene (Venenpunktion), bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	7	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 41 verrechenbar.</i>		
41	Blutsenkung inkl. Blutentnahme, bei Patientinnen/Patienten ab dem vollendeten 10. Lebensjahr	9	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 40 verrechenbar.</i>		
44	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	7	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 45 verrechenbar.</i>		
45	Blasenspülung oder KM-Einspritzung einschließlich Katheterismus	9	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gemeinsam mit Pos. Ziff. 44 verrechenbar.</i>		
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	
56	Abnahme von geschlossenen Gipsverbänden	15	
57	Anlegen eines Schienenverbandes mit fertigen Schienen	15	
60	Rausch- oder i. v. Kurznaarkose	15	

Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
72	Hühneraugen oder Warzenentfernung nach jeder Methode pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar (ausgenommen Excision und Naht)	20	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</i>		
73	Abtragen größerer Blasen (Spannungsblasen etc.) pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	14	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</i>		
74	Eröffnung eines Furunkels, Abszesses oder dgl., pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	20	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</i>		
75	Incision von Panaritien aller Art	40 + R I	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 und Pos. Ziff. 211 verrechenbar.</i>		
76	Reinigung/Wundtoilette einer kleineren Wunde (bis 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar.	30	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen.</i>		
77	Reinigung/Wundtoilette einer größeren Wunde (ab 4 cm), bei Bedarf chirurgische Versorgung nach jeder Methode, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar.	55	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 78 verrechenbar. Die Regionen sind zwingend anzuführen</i>		
78	Verbandwechsel. Nicht verrechenbar bei Anbringen eines Heftpflasters	9	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Nicht gleichzeitig mit Pos. Ziff. 75, 76 und 77 verrechenbar</i>		
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	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Notwendigkeit zu dokumentieren und entsprechend zu begründen.</i>		
83	Politzer, je Seite	3	



Pos. Ziff.	Text	Punkte	Betrag in Euro
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.		10,00
	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 Vertragsärztin/dem Vertragsarzt bei Aufforderung durch die Kasse vorzulegen.		
89	Naht- und/oder Klammerentfernung, pro Sitzung und pro Region einmal verrechenbar	4	
	<u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.		
90	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierender Therapiebestandteil (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten. Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in maximal 18 % der Fälle pro Quartal verrechenbar.	20	
	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 Ärztin/der Arzt 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 "Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache" auch im Rahmen einer Visite zulässig		

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
91	<p>Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, verrechenbar in maximal 20 % der Fälle je Ärztin/Arzt und Quartal</p> <p>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.</p> <p>Zur Verrechnung sind alle Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom Psychosomatische Medizin (PSY II) verliehen wurde.</p> <p>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.</p>	30	

### III. Sonderleistungen aus Fachgebieten

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
100	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschl. Anästhesie	20	
107	Operative Entfernung kleiner Geschwülste pro Lid	40	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Xanthelasmae ausgenommen</i>		
201	Varicenverödung je Injektion, jedoch maximal 20 Injektionen pro 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	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Die Regionen sind zwingend anzuführen.</i>		
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	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Bei mehrfacher Verrechnung ist die Angabe der Diagnose erforderlich.</i>		
415	Cerumenentfernung/therapeutische Ohrspülung, je Seite, verrechenbar in 5 % der Fälle je Ärztin/Arzt und 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		
	<i><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.</i>		
611	Zählung der weißen Blutkörperchen plus Differentialbild		
	<i><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.</i>		
614	Eingehende Beratung bei psychischen Erkrankungen. Mindestzeitaufwand 15 Minuten, dreimal pro Patientin/Patient im Quartal verrechenbar, wobei eine Zeitverrechnung 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	

<b>Pos. Ziff.</b>	<b>Text</b>	<b>Punkte</b>	<b>Betrag in Euro</b>
761	Ärztliches Gespräch mit Drogenkranken, höchstens zehnmal pro Patient und Quartal verrechenbar.  Diese Position ist nur von jenen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin verrechenbar, die ihre besondere Qualifikation gemäß den Vorgaben des Ausbildungscurriculums für die praktischen 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.  <i><u>Erläuterungen:</u> Ist nicht im Fall einer ersten Hilfe Leistung verrechenbar.</i>	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 Kammer 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 Kasse im Einvernehmen mit der Kammer zur Verrechnung dieser Position ermächtigt wurden.	17	
827	Elastischer Kompressionsverband ohne Modellierung von Schaumgummiplatten bei statischen Beinleiden	20	
907	Bakterioskop. Untersuchung des Harnes	6	
	<i><u>Erläuterungen:</u> Einmal pro Patient und Tag verrechenbar.</i>		
916	Legen eines Dauerkatheters	20	

#### **IV. Regiezuschläge**

	<b>Punkte</b>
R I	15
R II	18
R III	37
R IV	50