

**Tarif  
für fachgleiche Vertragsgruppenpraxen  
für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation**

gültig ab 1. Jänner 2019

**A) Allgemeine Bestimmungen**

Die Untersuchungen und Behandlungen dürfen auf Grund der Verordnung, einer Überweisung einer/eines Vertragsärztin/-arztes oder Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin oder einer/eines allgemeinen Vertragsfachärztin/-facharztes sowie Vertragsfacharztgruppenpraxis (einer kasseneigenen Einrichtung) oder nach direkter Inanspruchnahme durchgeführt werden. Bei Untersuchungen muss die Verordnung auf die betreffende Untersuchung lauten; die Befunde sind der/dem zuweisenden Ärztin/Arzt zu übermitteln. Lautet die Verordnung bei physikalischen Behandlungen auf nach Art und Anzahl bestimmte Behandlungen, und ist die in der Verordnung vorgeschlagene Therapie der/des zuweisenden Ärztin/Arztes nicht optimal der momentanen Ausprägung des Krankheitsbildes angepasst, ist sie von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation entsprechend abzuändern. Lautet die Verordnung (Überweisung) nur auf physikalische Therapie ohne nähere Bestimmung von Art und Anzahl der Behandlungen oder erfolgt eine Inanspruchnahme ohne Zuweisung, so ist die Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation verpflichtet, nach eigener Untersuchung selbst Art und Anzahl der Behandlungen zu bestimmen. Er hat dabei zu beachten, dass das Maß des unbedingt Notwendigen nicht überschritten wird.

Auf der Verordnung ist die Durchführung jeder einzelnen Behandlung von der/dem Patientin/Patienten unter Beifügung des Behandlungsdatums unterschriftlich zu bestätigen. Diese Unterschrift kann entfallen, wenn bei jeder Inanspruchnahme durch eine/n Anspruchsberechtigte/n eine online-Anspruchsprüfung mittels Stecken der e-card durchgeführt wird.

Als Punktwert der in Punkten bewerteten Untersuchungspositionen gilt der jeweils für die allgemeinen Vertragsfachärztinnen/-fachärzte vereinbarte Punktwert.

Für Leistungen der physikalischen Therapie – Anlage I Leistungskatalog Teil 2 – sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder auf Kassenkosten verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Wenn die Behandlungen außerhalb des Wohn- oder Beschäftigungsortes durchgeführt werden, so ist eine vorherige Genehmigung der zuständigen Kasse erforderlich.

## Leistungskatalog Teil 1

**Punktwert** für die nach Punkten bewerteten Leistungen **EUR 0,67**

<b>Pos.Ziff.</b>		<b>Punkte</b>
21	Funktioneller Muskeltest	18
23	Elektrodiagnostische Konsultation	35
25	Bestimmung der Dopplerindices	18
34	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärztinnen/Ärzte oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patientin/Patient und Quartal maximal einmal verrechenbar	15
90	Ausführlich diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient als integrierter Therapiebestandteil  (Ärztl. Gespräch), Gesprächsdauer im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Min., einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar. Die Pos. Ziff. 90 ist von Vertragsfachärztinnen/-fachärzten für Physikalische Medizin in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar. Weiters werden folgende Bedingungen festgelegt, die bei der Verrechnung der Pos. Ziff. 90 vorliegen müssen:  a) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ darf 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 (Apoplexiepatienten) ist zulässig.  d) Die „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ ist grundsätzlich in der Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten zu führen.	20
P20	Injektion i.m. und s.c., Quaddelung (für je 5 Quaddeln einmal verrechenbar),	4

Pos.Ziff.		Punkte
P24	Infusion i.v. inklusive allenfalls nötige Applikationen durch die liegende Verweilkanüle von Heilmitteln  Erläuterungen: 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. in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	20
P28	Paravertebrale Infiltration (Wurzelblockade oder Infiltration in das neben der Wirbelsäule befindliche Muskel-, Binde- und Nervengewebe) in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	11
P30	Punktion eines großen Gelenkes (Hüfte, Knie, Schulter, Ellenbogen), intraarticul. Injektion in ein großes Gelenk in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	20
P31	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 in max. 5 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar	15
MT1	Manuelle Ärztliche Therapie	15
73	Untersuchungspauschale (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	EUR 19,69
A15	Ärztliches Assessment <sup>1</sup> 15 min (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	30
A30	Ärztliches Assessment <sup>2</sup> 30 min (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	60
A45	Ärztliches Assessment <sup>3</sup> 45 min (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	90
A60	Ärztliches Assessment <sup>4</sup> 60 min (nur einmal pro Patientin/Patient und Quartal verrechenbar)	120

Anmerkung: Assessment inkludiert: Anamnese, Status, Scores (wie z.B. FFb-H, WOMAC, VAS/ NRS, HADS-D, Keele, Fear Avoidance Beliefs- Fragebogen, Gerbershagen, FF-STABS), Verordnung, Dokumentation.  
Die Diagnosestellung ist im Falle der Verrechnung eines Assessments funktions- bzw. aktivitätsorientiert (ICF) zu stellen: z.B. (akute, subakute, chronische)

<sup>1</sup> Ärztliches Assessment 15 min: 1-2 geringgradige Funktionsstörung/en

<sup>2</sup> Ärztliches Assessment 30 min: 1 höhergradige Funktionsstörung oder 1 mäßiggradige Aktivitätsstörung

<sup>3</sup> Ärztliches Assessment 45 min: mäßig- bis höhergradige Aktivitätsstörungen

<sup>4</sup> Ärztliches Assessment 60 min: höhergradige Aktivitätsstörungen, komplexes Schmerzassessment

Schmerzen bei Bewegungseinschränkung oder Aktivitätseinschränkung  
(Gangstörung, Handfunktionsstörung)

**Leistungskatalog Teil 2 : Therapeutisches Angebot<sup>5</sup>**

TP1	Tagsatzpauschale Stufe 1	EUR 21,55
TP2	Tagsatzpauschale Stufe 2	EUR 26,96
TP3	Tagsatzpauschale Stufe 3	EUR 32,34

Zeit (Min.)    **Therapeut/in**

**Gruppe 1 – Teilmassage**

M1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
M2	Druckstrahlmassage z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage, (Hydrojet oder glw.)	10-12	MM, HM, MTF, PT
M3	Manuelle Druck/Triggerpunktmassage <sup>6</sup>	10	MM, HM, MTF, PT

**Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische  
Trainingstherapie**

B1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
B2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
B3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
B4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
B5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel <sup>7</sup>	30	PT

<sup>5</sup> Es herrscht Einvernehmen, dass diese im Einzelfall an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch von der Ärztin/vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden können, und alle angeführten Leistungen optional zu verstehen sind. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patientenschutzes hierbei streng auszulegen.

<sup>6</sup> Ausbildungsnachweis ist der Wiener Gebietskrankenkasse vorzulegen

<sup>7</sup> Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m<sup>2</sup> Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der Wiener Gebietskrankenkasse laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

B6	Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe <sup>8</sup> (max. 8 Personen)	30	PT
		Zeit (Min.)	<b>Therapeut/in</b>
B7	Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen) <sup>8</sup>	20-30	PT,SpoWi,MTF
B8	Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT,SpoWi,MTF
B9	Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT,SpoWi,MTF
B10	Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,Psy,ET
B11	Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT,SpoWi,ET
B12	Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT,SpoWi,ET
B13	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel <sup>8</sup> (z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT,SpoWi
B14	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe <sup>8</sup> (max 8 Personen) z.B. Stepper	30	PT,SpoWi
B15	Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT,SpoWi
B16	Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT,SpoWi,MTF,ET,Psy

### Gruppe 3 – Thermotherapie

T1	Wärmetherapie trocken	10	MM,HM,MTF,PT
T2	Wärmetherapie feucht	15	MM,HM,MTF,PT
T3	Lokale Kältetherapie	10	MM,HM,MTF,PT
T4	Hochfrequenztherapie (z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM,HM,MTF,PT

### Gruppe 4 – Elektrotherapie

E1	Niederfrequenzstromtherapie (z.B. Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM,HM,MTF,PT
----	---	----	--------------

---

<sup>8</sup> Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: z.B. Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. z.B. Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, z.B. Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.

E2	Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz)	10	MM, HM, MTF, PT
----	---	----	-----------------

### **Gruppe 5 – Ultraschalltherapie**

U1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
----	---	---	-----------------

### **Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie**

H1	Medizinalbad (z.B. CO <sub>2</sub> Bad, Moorschwebstoffbad, etc.)	15	MM, HM, MTF, PT
----	--	----	-----------------

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	- Physiotherapeutin/Physiotherapeut		
ET	- Ergotherapeutin/Ergotherapeut		
MTF	- Medizinisch-Technischer Fachdienst		
MM	- Medizinische Masseurin/Medizinischer Masseur		
HM	- Heilmasseurin/Heilmasseur		
SpoWi	- Sportwissenschaftlerin/Sportwissenschaftler		
Psy	- Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Gesundheitspsychologin/Gesundheitspsychologe	Klinische Psychologin/Klinischer Psychologe,	

## **Allgemeine Qualitätskriterien**

(1) Die im Folgenden geregelten allgemeinen Qualitätskriterien haben die Aufgabe, die Qualität der von der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation für die Versicherten durchgeführten Leistungen zu optimieren, wobei folgende Ziele erreicht werden sollen:

### **a) aus Sicht der Patientinnen/Patienten**

- qualitativ hochwertige medizinische Versorgung (nichtmedikamentöse Schmerztherapie bzw. Erhöhung der Funktionstüchtigkeit)
- Behandlung in funktionalen, behindertengerechten, die gebotene Privatsphäre gewährleistenden und ansprechenden Räumlichkeiten

### **b) aus Sicht des Versicherungsträgers**

- Sicherstellung optimaler therapeutischer Versorgung in qualitativer und
- quantitativer Hinsicht nach ökonomischen Grundsätzen
- durch medizinisch und organisatorisch bestens ausgerüstete Vertragspartnerinnen/-partner

### **c) aus Sicht der Vertragsfacharztgruppenpraxis für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation**

- zufriedene Patientinnen/Patienten
- zufriedene Vertragspartnerinnen/-partner (Auftraggeberinnen/Auftraggeber)
- adäquate Honorierung der erbrachten Leistung

### **Die allgemeinen Qualitätskriterien umfassen**

- Medizinische Qualität
- Baulich/räumliche Qualität
- Servicequalität
- Organisatorische Qualität

## I. Medizinische Qualitätskriterien

### **A) Behandlungsqualität**

#### 1.) generell

- Anwesenheit einer/eines Fachärztin/Facharztes für Physikalische Medizin zumindest zu den dem Versicherungsträger bekannt gegebenen und im Einzelvertrag festgelegten Ordinationszeiten.

#### 2.) Fachärztliche Betreuung, die – je nach Erfordernis – folgende Schritte beinhaltet:

1. Fachärztliche Untersuchung jedenfalls jener Patientinnen/Patienten,
  - die nicht mit einer ärztlichen Verordnung kommen oder
  - bei denen sich auf Grund der Angaben auf dem Anamneseblatt Zweifel bezüglich der verordneten Therapien ergeben oder
  - bei denen die Angaben auf der Verordnung unzureichend sind.
2. Fachärztliche Untersuchung bzw. Rücksprache mit der/dem Fachärztin/Facharzt beim Auftreten von Problemen während der Therapie
3. Angebot einer fachärztlichen Kontrolluntersuchung zu Ende der Therapie
4. Terminvergabe nach ärztlich festgelegter Frequenz und Reihung der Therapien (Bewegungstherapie, Anwendungen) nach ärztlicher Vorgabe (bei Punkt 1. und 2.)
5. Genaue Dosis- und Lokalisierungsangaben durch die/den Fachärztin/Facharzt (bei Punkt 1. und 2.)

#### 3.) Genaue Dokumentation und Therapieangebot, das heißt:

- Führung einer Patientenkartei für alle Patientinnen/Patienten, in der neben den allgemeinen Daten und der Diagnose sowie der verordneten Therapie alle die in Punkt 1. bis 5. festgelegten Schritte einzutragen sind.
- Möglichst umfassendes Therapieangebot (zwingendes Angebot von Bewegungstherapie und Anwendungen).

### **B) Behandlungsqualität – personell**

- Einsatz von für die jeweilige Leistung entsprechend qualifiziertem Personal, das regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen teilnimmt (diese sind in der Ordination zu dokumentieren).

## II. Bauliche Qualitätskriterien

- Vorhalten von Geräten zur Medizinischen Trainingstherapie (zählt 2 Punkte),



- Behindertengerechter Zugang sowie Behandlungs- und Warteräume, WC-Anlage etc. (bei Neubauten entsprechend den Kriterien der ÖNORMEN 1600 und 1601)
- Mindestens zwei Medizinalwannen bzw. Wannen für Unterwasserbehandlung \*)
- Räumlich getrennte Hydro-Abteilung \*)
- Dusche und Patientengarderobe (geschlechtlich oder zeitlich getrennt)
- Feste Trennwände für Behandlungskabinen (maximal eine Wand kann durch einen Vorhang ersetzt werden)
- Gymnastikraum – 20 m<sup>2</sup> oder 40 m<sup>2</sup> (zählt 2 Punkte)
- Arztzimmer

\*) sofern einschlägige Behandlungen angeboten werden

### **III. Servicequalität**

- *Mindestöffnungszeiten* von 40 Stunden pro Woche, davon  
Zwei Tage ab 7.00 Uhr und zwei Tage bis 20.00 Uhr oder  
4 Tage ab 7.00 Uhr oder  
4 Tage bis 20.00 Uhr
- *Keine längeren Sperrzeiten* (betriebsbedingte Schließungen an "Fenstertagen" bzw. zwischen Feiertagen sind davon nicht betroffen)
- Fragebogen für Patientinnen/Patienten zum Abschluss der Therapie

### **IV. Organisationsqualität**

- EDV-unterstütztes Bewilligungssystem \*)
- EDV-unterstützte Abrechnung \*)
- EDV-unterstützte Patientenverwaltung (Termine, Kartei)\*  
\*) gilt als ein Punkt
- Internes Qualitätssicherungssystem (externes zertifiziertes System, z.B. erfolgreiche Evaluierung der Ordination gem. § 49 Abs. 2a ÄrzteG)

## **Besondere Qualitätskriterien**

1. Ein Qualitätszuschlag 1 von 15 % wird bei Vorhalten einer Einrichtung für Medizinische Trainingstherapie (Mindestgeräteausrüstung siehe Anlage I Leistungskatalog Teil 2) verrechenbar.  
Dieser Zuschlag ist nur dann verrechenbar, wenn der Anteil aller erbrachten Leistungen der Position „B7“ ab 1. Juli 2018 bis 31. Dezember 2018 mind. 7 % ab 1. Jänner 2019 in einem Zeitraum von 1. Jänner bis 31. Dezember mind. 10 % aller erbrachten Leistungen des Leistungskataloges Teil 2 Gruppe 2, Position B (excl. 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16) beträgt.
2. Der Qualitätszuschlag 2 (20 %) beim Vorhalten eines Unterwasser-Bewegungstherapiebeckens
3. Der Qualitätszuschlag 3 (10 %) bei Vorhalten einer Antigravitationseinrichtung, sofern das Gerät folgende Kriterien gewährleistet:
  - durch Veränderungen des Luftdrucks am luftdicht abgeschlossenen Patiententeil wird eine Reduktion der Gewichtskraft, stufenlos einstellbar, erzielt
  - zusätzlich zu dieser Reduktion der Gewichtskraft hat das Gerät über ein Laufband, auf welchem die/der Patientin/Patient mit dieser reduzierten Gewichtskraft gehend oder laufend Bewegungen durchführen kann, zu verfügen.
  - die Beinbewegungen der/des Patientin/Patienten haben von drei Seiten her, durch Klarsichtfenster einsehbar zu sein
  - das Laufband hat bezüglich der Geschwindigkeit in geeigneter Weise verstellbar zu sein
  - eine Neigung hat zur Simulation des Bergaufgehens einstellbar zu sein

Qualitätszuschlag 2 und Qualitätszuschlag 3 sind nicht gemeinsam verrechenbar, im Falle des Vorhaltens eines Unterwasser-Bewegungstherapiebeckens und einer Antigravitationseinrichtung wird der höhere Zuschlag gewährt.

Falls Bereiche aus den Qualitätskriterien länger als ein Quartal ungenutzt bleiben, entfällt der entsprechende Zuschlag für diese Dauer.