

ANWENDBARE SCHLICHTUNGSSTELLENENTSCHEIDUNGEN

adaptiert für die Honorarvereinbarung 1.7.2016 – 31.3.2020

Alle bisherigen Übergangs- bzw. Sonderregelungen fallen weg. Ab Inkrafttreten der Honorarvereinbarung (1.7.2016) gelten ausschließlich die in dieser Anlage normierten Regelungen.

Regionen bei CT:

Thorax-CT und Oberbauch-CT sind beide verrechenbar, da es sich um 2 Untersuchungen handelt.

CT für das Becken ist neben dem Abdomen-CT nur dann verrechenbar, wenn es medizinisch indiziert und die Begründung dokumentiert ist.

(17.12.2003)

CT bzw. MR für Hüfte und Wirbelsäule sind beide verrechenbar.

CT Thorax und CT Schädel sind beide verrechenbar.

Generell ist anzuführen, dass CT und MR nicht je Organ sondern pro Untersuchung bezahlt werden, wobei die Untersuchungen entsprechend dokumentiert sein müssen.

Calciumscore kann grundsätzlich als CT verrechnet werden, jedoch sind Calciumscore und CT Angiographie bei gleichem Gefäß nur 1 x verrechenbar.

(24.6.2004)

Diagnostische Angiographie und Stent

Eine diagnostische Angiographie ist im Rahmen der Radiologiepauschale zusätzlich zur interventionellen Radiologie nur dann verrechenbar, wenn sie zur primären Diagnostik dient, und zeitlich getrennt durchgeführt wird.

(17.12.2003 bzw. 18.2.2011)

Osteoporosebehandlung:

Die Infusionstherapie zur Osteoporosebehandlung wird dann stationär honoriert, wenn eine akute Schmerzsymptomatik oder eine orale Bisphosphonat-Unverträglichkeit vorliegt.

(12.2.2004)

Anästhesien bei Entbindungen und anderen operativen Eingriffen:

Wird die postoperative Schmerztherapie durch denselben Epiduralkatheter wie die Narkose verabreicht, ist diese mit dem Anästhesiehonorar abgegolten. Der Epiduralkatheter zur Schmerztherapie kann als zusätzliche OP Gruppe nur dann zusätzlich zur Narkose verrechnet werden, wenn er tatsächlich zur Schmerztherapie gesetzt wurde und nicht als Narkose für die Entbindung verwendet wurde.

(9.12.2004 bzw. 25.01.2011)

Ligamentäres Management

Gruppe V ohne Positionsangabe kann zusätzlich im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechnet werden, wenn bei der Implantation von Endoprothesen aufgrund von Achsabweichungen, die nicht passiv korrigierbar sind, besondere chirurgische Maßnahmen notwendig sind.

Definition von Achsabweichungen, die nicht passiv korrigierbar sind:

Varus/Valgusfehlstellung ab 5 Grad, die passiv nicht korrigierbar ist. Der Vollständigkeit ist darauf hinzuweisen, dass nicht generell Beinganzaufnahmen zur Bestimmung der Achsabweichung angefertigt werden. Daher müsste auch eine klinische Bestimmung Gültigkeit haben.

Folgende chirurgische Maßnahmen können zur Korrektur der Varus-, bzw. Valgusfehlstellung erforderlich sein:

- **Korrektur „Varus“.**

1. Release des medialen Kollateralbandes tibialseitig.
2. Subperiostales Release des Pes anserinus.
3. Dorsomediales Release des Semimembranosus.
4. Dorsales Release des Musculus soleus.

- **Korrektur des „Valgus“**

1. Release des Iliotibialbandes und der Antikusfaszie.
2. Release des lateralen Kollateralbandes und der Popliteusehne femoralseitig.
3. Kondylengleitosteotomie.

(13.12.2006 bzw. 18.2.2011)

Stosswellenbehandlung:

Die Vertreter des Versicherungsverbandes akzeptieren die stationäre Notwendigkeit nur bei hochenergetischer Stosswellenbehandlung bzw. wenn auf Grund spezieller Indikation die Stosswelle in Allgemeinanästhesie erfolgt, bei niederenergetischer Stosswellenbehandlung jedoch grundsätzlich nicht.

(13.12.2006)

Chemotherapie:

Festgehalten wird, dass die Regelung gemäß Honorarvereinbarung Punkt B 1.2 „Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie“ (zytostatische onkologische i.v. Therapie und i.v. Antikörper-Therapie) nur anwendbar ist für Aufenthalte, bei denen nur Therapie gemäß Punkt B 1.2 verabreicht wird. Wenn andere Erkrankungen – auch als Folgeerkrankungen der Chemotherapie – sich ergeben, die längere Aufenthalte erfordern, sind diese als „normale konservative Aufenthalte“ anzusehen, die mit dem konservativen Honorar abgerechnet werden. Das bedeutet aber auch, dass in diesen Fällen die diagnostischen Leistungen und sonstige Nebenleistungen entsprechend der Honorarvereinbarung verrechenbar sind.

(05.07.2007)

Intravitreale okuläre Medikamentengabe:

Festgehalten wird, dass ThromboASS nicht dem in der Honorarvereinbarung unter Pkt. C.2.1. b) angeführten Kriterium (Blutungsgefahr bei Patienten, die blutverdünnende Medikamente einnehmen (Marcoumar, Sintrom, o.ä.), entspricht.

(23.01.2008 bzw. 25.1.2011)

Bohrdrahtentfernung:

Festgehalten wird, dass – wie bereits mehrfach entschieden – für eine Bohrdrahtentfernung in Lokalanästhesie grundsätzlich keine stationäre Notwendigkeit besteht.

(23.1.2008)

Glaukom:

Die Versicherungen sind bereit, 1 x pro Kalenderjahr, einen Aufenthalt im Ausmaß von 2 Tagen zur Behandlung des Glaukoms unter einer der nachgenannten Indikationsstellungen als stationär notwendig anzuerkennen:

1. Winkelbockglaukom mit visusbedrohenden Druckwerten
2. Sekundarglaukom mit visusbedrohenden Druckwerten
3. Primäre Offenwinkelglaukom mit fortgeschrittenen Papillenschäden und Gesichtsfeldausfälle
 - a) bei Erstmanifestation
 - b) bei Therapieversagen
4. Fortschreitende Glaukom mit progredientem Gesichtsfeldverfall und progredienter Papillenatrophie
5. Aktuelle Unverträglichkeit der Glaukomtherapie mit Allergienachweis

Der Schweregrad eines Glaukoms, die Verschlechterung und die therapeutischen Konsequenzen müssen in der Krankengeschichtedokumentiert und klar ersichtlich sein, des weiteren müssen während des stationären Aufenthaltes mindestens folgende Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert sein:

- a) Augendruckmessung zwischen 7 und 22 Uhr in 3-4 stündigen Abständen
- b) Festlegung des Zieldruckes und der Augentherapie
- c) Bei Therapieversagen Dokumentation der Verschlechterung und der Therapieumstellung

Ausdrücklich festgehalten wird, dass diese Vereinbarung nicht für Aufnahmen zur Glaukomoperation und für Aufnahmen wegen eines akuten Glaukomanfalles gilt.

(14.10.2009)

Stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit Prostataoperationen:

Bezüglich stationärer Aufenthalte im Zusammenhang mit Prostataoperationen wird grundsätzlich festgehalten, dass die ersten Aufenthalte zur Biopsie (Stanze) bezahlt werden und zwar in der Regel zwei Tage. Die Aufenthalte zum präoperativen Staging werden nicht bezahlt, wenn in der Folge eine Operation erfolgt und dort ein präoperativer Tag bezahlt wird. Wenn in der Folge keine Operation erfolgt, wird der Aufenthalt zum Staging bezahlt und zwar in der Regel ein Tag.

(25.11.2009)

Intensivbehandlung:

In der gültigen Honorarvereinbarung ist die Intensivbehandlung wie folgt definiert:

Pkt. 8.5. Als Intensivbehandlung versteht sich die Wiederherstellung der Vitalfunktionen, die in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und wiederhergestellt werden. Ebenso gilt als Intensivbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung die notwendige Aufrechterhaltung einer oder mehrerer bedrohter Vitalfunktionen durch intensivmedizinische Maßnahmen (z.B. invasives Monitoring).

Überwachungen/Behandlungen, die nicht den obenstehenden Kriterien entsprechen, gelten nicht als Intensivbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung.

Als Ergebnis der Diskussion im Rahmen einer Schlichtungssitzung ist folgendes hervorzuheben:

- Eine generelle Richtlinie, insbesondere eine Auflistung von Operationen, die eine Intensivbehandlung notwendig machen, kann nicht erstellt werden.
- Notwendig ist jedoch eine strukturierte Dokumentation des Intensivaufenthaltes, wo die Indikation für den Intensivaufenthalt und auch die durchgeführten Intensivmaßnahmen festgehalten werden.
- Auch sollte eine eigene Intensivfieberkurve geführt werden.

Es wird daher empfohlen, unbedingt die Indikation für die Aufnahme auf der Intensivstation und die durchgeführten Intensivmaßnahmen genauestens zu dokumentieren, sei es im Aufnahme- oder im Entlassungsbericht.

(24.03.2010)

Stationäre Aufenthalte zum Aderlass:

Nach Auffassung der Versicherungen sind Aufenthalte zum Aderlass grundsätzlich nicht stationär notwendig.

Bezahlt wird ein erstmaliger Aufenthalt, falls dieser komplikationslos verlaufen ist, werden die weiteren Aufenthalte grundsätzlich nicht mehr bezahlt.

(21.04.2010)

Stationäre Aufenthalte zu Medikamentenaustestungen:

Für Medikamentenaustestungen gibt es in Österreich keine Leitlinien und keine generellen Regelungen.

Folgende Verrechnung wird vereinbart:

Epicutane Tests werden grundsätzlich nicht stationär bezahlt.

Bei **oralen Provokationstests** wird die stationäre Notwendigkeit grundsätzlich anerkannt.

Notwendig dafür ist eine Anamnese mit dem allergischen Geschehen sowie Dokumentation der Verabreichung und der Überwachung.

(12.05.2010)

Orthopädie – konservative Wirbelsäulenbehandlungen:

Um eine Honorierung durch die Versicherungen zu erreichen, wird Einvernehmen über folgende Vorgangsweise erzielt:

Bei konservativen Aufenthalten soll aus dem Aufnahmebefund der Schweregrad des Leidens bzw. die Akutheit bzw. etwaige ambulante Vorbehandlungen hervorgehen. Weiters soll die durchgeführte Therapie, etwa eine i.v.-Therapie entsprechend dokumentiert werden.

(16.06.2010 bzw. 25.1.2011)

Stationäre Aufenthalte zur Ultra rush Hyposensibilisierung

Die Durchführung einer Ultra rush Hyposensibilisierung bei Insektengiftallergie wird unter folgenden Voraussetzungen vom PKV als stationär notwendig anerkannt:

- 1) Vorliegen einer dokumentierten anaphylaktischen Reaktion nach Insektenstichen in der Anamnese
- 2) Dokumentation über den Verlauf der Therapie inklusive einer allfälligen Überwachung und Komplikationen.

Bei komplikationslosem Verlauf wird ein zweitägiger stationärer Aufenthalt vom PKV übernommen.

Festgehalten wird, dass diese Zusage nur für Ultra rush Hyposensibilisierung bei Insektengiftallergie gilt, alle anderen Rush oder Ultra rush Hyposensibilisierungen im stationären Bereich werden individuell betrachtet und im Einzelfall entschieden.

(21.10.2010)

Klarstellung zu Pkt. 3 der Vereinbarung Akutgeriatrie/Remobilisation Palliativ-Einheiten (Anlage II)

Hinsichtlich Pkt. 3 der genannten Anlage wird zum Satz „Die Limitierung hat keinen Einfluss auf den Sonderklassenstatus des Versicherten, d.h. die Behandlungen während eines (1) Kalenderjahres haben, sofern der Versicherte dies wünscht, auch dann als Sonderklassepatient zu erfolgen, wenn das Limit von 28 Tagen bereits erreicht ist.“ folgendes klargestellt:

Diese Bestimmung ist anwendbar auf Aufenthalte, bei denen das Honorarlimit sich während der Dauer des Aufenthaltes erschöpft, das bedeutet, dass der Patient auch für die restliche Dauer dieses Aufenthaltes als Sonderklassepatient zu behandeln ist.

Sofern jedoch nach Ausschöpfung des Honorarlimits weitere Aufenthalte im selben Kalenderjahr erfolgen, besteht kein Anspruch des Patienten auf eine Behandlung auf der Sonderklasse.

Wenn der Patient dies aber ausdrücklich wünscht, können die Kosten der Behandlung dem Patienten in Rechnung gestellt werden, sofern sich dieser im Vorhinein mit der Kostenverrechnung an ihn einverstanden erklärt hat.

(19.07.2011)

Verrechenbarkeit eines Nervus Ischiadicuskatheters bzw. Nervus Femoraliskatheters

Die Verrechnung eines Nervus Ischiadicuskatheters bzw. Nervus Femoraliskatheters wird unter folgenden Bedingungen akzeptiert:

Wird eine periphere Analgesie mittels Ischiadicus – oder Femoraliskatheter während eines operativen Eingriffs zusätzlich zu dem für den Eingriff gewährten Anästhesieverfahren durchgeführt und dieser Katheter zur mehrtägigen postoperativen Schmerztherapie verwendet, kann dafür 50% der Operationsgruppe II (V 201 Periphere Plexusanalgesie mittels Katheterverfahren; Plexus brachialis, axillaris, lumbalis, lumbo-sacralis) zusätzlich zum vertraglich vorgesehenen Anästhesiehonorar verrechnet werden.

Eine entsprechende Dokumentation über die mehrtägige postoperative Betreuung des Schmerzkatheters durch den Anästhesisten ist der Abrechnung beizulegen.

(27.10.2011)

Klarstellung Mehrfachangiographie

Folgende Klarstellungen wurden getroffen:

- Beckenbeinangiographie (beide Beine): Angiographie 2 x verrechenbar
- Angiographie Aorta abdominalis, Nierenarterien, Becken/Bein (beide Beine): Angiographie 2 x verrechenbar.
- Angiographie Aorta abdominalis, Nierenarterien, Beckenarterien bds.: Angiographie 1 x verrechenbar.
- Angiographie Aorta thorakalis, Aorta abdominalis/Beckenarterien: Angiographie 2x verrechenbar.
- Angiographie Aortenbogen/Carotis/Vertebralis bds.: Angiographie 1x verrechenbar.

Um Differenzen bei der Abrechnung zu vermeiden, wird empfohlen, bei der Befundung die einzelnen Regionen getrennt zu dokumentieren.

(4.07.2012)

Klarstellung zu den Abrechnungsrichtlinien zum Sonderklassevertrag – Radiologie OÖ

1.) Ultraschall

Zur Verrechnung des **Abdomens** wird folgendes klargestellt:

Wie bei CT und MR ist das **Abdomen** 1 x pro Tag verrechenbar und auch das **kleine Becken** ist 1 x pro Tag gesondert verrechenbar.

Voraussetzung ist, dass getrennte Untersuchungen durchgeführt werden und dies muss auch so dokumentiert werden. Es müssen also zwei Befunde vorgelegt werden (möglich auch in einem Dokument). Dann können sowohl „Ultraschall Abdomen“ als auch „Ultraschall kleines Becken“ am gleichen Tag verrechnet werden.

2.) Lokalanästhesie

Gem. Pkt. C.15 der Honorarvereinbarung 1.4.2011 bis 31.3.2013 ist die Lokalanästhesie zu einer Intervention (Stent, PTA,...) mit dem Betrag eines Konsiliums verrechenbar.

Klarstellung zu Pkt. C 11. „Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren“

Sitzung am 11.2.2015

Pkt. C 11.1

Gruppe III V 301 ist als Pauschalhonorar für irreversible permanente Facettendenerwierungen nach jeder Methode zu sehen, wobei V 301 im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung auch zweimal verrechnet werden kann.

Pkt. C 11.2

Kurze Aufenthalte, die zur epiduralen oder spinalen „Single Shot“ Applikation erfolgen, sind mit Gruppe II V 203 zu verrechnen. V 203 ist als Pauschalhonorar für alle beteiligten Ärzte zu sehen, V 203 wird nur einmal bezahlt, auch wenn zwei derartige Infiltrationen durchgeführt wurden. Festgehalten wird, dass zu diesem Pauschalhonorar keine weiteren Leistungen, auch keine Diagnostik zusätzlich verrechenbar ist.

Bei der Rechnungslegung ist eine entsprechende Dokumentation mitzuliefern:

- Zum einen der Interventionsbefund mit Angabe des Zeitpunktes des Eingriffs
- weiters sind sechs Stunden Bettruhe erforderlich, auch darüber muss sich eine Dokumentation finden, d.h. es ist auch das Ende der Bettruhe in der Krankengeschichte anzuführen.

Pkt. C 11.4

Wenn der Aufenthalt nicht nur zur epiduralen oder spinalen „Single Shot“ Applikation erfolgt, sondern weitere Leistungen erbracht werden und eine stationäre Notwendigkeit gegeben ist, kommt die Pauschalregelung nicht zum Tragen.

Dabei sind folgende Fälle zu unterscheiden:

- Bei einem **konservativem Aufenthalt** kommen die interdisziplinären Regelungen lt. Honorarvereinbarung Punkt A 8.4 operative und konservative Behandlungen zur Anwendung
- Bei einem **operativen Aufenthalt** ist V 203 im Rahmen der Regelungen lt. Honorarvereinbarung Punkt A 8.3 mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher

Fachrichtungen, bei Tätigwerden lediglich einer chirurgischen Fachrichtung ist V 203 im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechenbar.

Pkt. C 11.5

Dieser Punkt gilt nur für Facettengelenksinfiltrationen, ISG-Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen, nicht aber für epidurale oder spinale „Single Shot“ Infiltrationen.

Diese Infiltrationen begründen per se keine stationäre Notwendigkeit. Wenn diese aber im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes durchgeführt werden, kann dafür der Betrag in Höhe eines invasiven Konsils verrechnet werden, wobei max. zwei Infiltrationen pro Aufenthalt verrechenbar sind. Dafür sind sechs Stunden Bettruhe nicht erforderlich. Um

Irreführungen zu vermeiden, wird vorgeschlagen, auf der Rechnungslegung nicht invasives Konsil oder endoskopisches Konsil anzuführen, sondern „Invasive Sonderleistung“.

Linz/Wien am 30.06.2016

**Ärztammer
für Oberösterreich**

Dr. Peter Niedermoser
Präsident

**Verband der Versicherungsunternehmen
Österreichs**
Sektion Krankenversicherung

Dr. Peter Eichler

Dr. Ulrike Braunmüller

VP Dr. Harald Mayer
Kurienobmann angestellte Ärzte

Prim. Dr. Herbert Stekel
Primärärztevertreter