

ZUSATZÜBEREINKOMMEN

zum Gesamtvertrag vom 01.11.1980 abgeschlossen zwischen
der Ärztekammer für Wien einerseits und
der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten
der Stadt Wien (KFA) andererseits.

I. Gültigkeit der Honorarordnung

Die Honorarordnung zum Gesamtvertrag vom 01.11.1980 wird ab 01.04.2020 in der zum Abschluss des Zusatzübereinkommens gültigen Fassung verlängert, es sei denn es wird Gegenteiliges geregelt.

II. Änderungen der Honorarordnung

Die Honorarordnung zum Gesamtvertrag vom 01.11.1980 gilt ab 01.04.2020 mit folgender Maßgabe:

1. Änderung der Tarife im Allgemeinen sowie Strukturmaßnahmen

a) Für den Zeitraum 01.07.2019 bis 31.12.2020 wird folgendes vereinbart:

Die in Eurobeträgen ausgedrückten Tarife vom 30.06.2019 werden, soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, für jene Leistungen, die zwischen 01.07.2019 und 31.12.2020 erbracht wurden bzw. werden, um 2,3 % angehoben. Das heißt, dass die vereinbarte Tarifierhöhung bei den laufenden Abrechnungen berücksichtigt wird.

Die Abgeltung jener Leistungen, die zwischen 01.07.2019 und 01.04.2020 erbracht wurden, erfolgt mittels Einmal(nach)zahlung.

Zudem werden ab 1.4.2020 Strukturmaßnahmen von 1,1% sowie weitere 1% für Sonderordnungsbedarf „Kleine Chirurgie“ umgesetzt.

b) Für den Zeitraum ab 01.01.2021 wird folgendes vereinbart:

Die in Eurobeträgen ausgedrückten Tarife vom 31.12.2020 werden, soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, für die Leistungen ab 01.01.2021 um weitere 2,3 % angehoben.

Zudem wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart, dass weitere Strukturmaßnahmen im Ausmaß von 1% per 01.01.2021 umgesetzt werden sollen.

2. Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, beträgt der Punktwert EUR 0,9859.
3. Der Punktwert für Grundleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin beträgt EUR 1,0380.
4. Der Punktwert für Grundleistungen durch Fachärzte für Anästhesiologie, Lungenkrankheiten sowie Neurologie und Psychiatrie beträgt EUR 1,1671.
5. Der Punktwert für Grundleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin beträgt EUR 1,4452.
6. Der Punktwert für Grundleistungen durch Fachärzte für Kinderheilkunde beträgt EUR 1,2378.
7. Der Punktwert des Abschnittes B. Operationstarif beträgt EUR 0,9859.
8. Der Punktwert des Abschnittes D. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboratoriums-untersuchungen beträgt EUR 1,2372.
9. Der Punktwert des Abschnittes D. Tarif für Labor-Akutparameter beträgt EUR 1,7480.
10. Der Punktwert des Abschnittes E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch Fachärzte für Radiologie beträgt EUR 0,8977.
11. Geändert werden folgende Abschnitte:

a) **Abschnitt C. Physikalische Behandlung**

C. Physikalische Behandlung

durch Fachärzte für Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie in behördlich konzessionierten Instituten für Physikalische Therapie, die von Ärzten geführt und in denen diplomierte Fachkräfte verwendet werden.

Hinsichtlich der vorherigen Zustimmung siehe Ziffer 7 der Allgemeinen Bestimmungen.

Pos. Nr.	Euro
TP Tagsatzpauschale.....	32,34
<i>einmal pro Patient und Tag verrechenbar</i>	

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittet auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.	Zeit (Min.)	Therapeut
Gruppe 1 – Teilmassage		
PM1 Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
PM2 Druckstrahlmassage z.B. Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage, (Hydrojet oder glw.)	10-12	MM, HM, MTF, PT
PM3 Manuelle Druck/Triggerpunktmassage <i>Ausbildungsnachweis ist der BVAEB vorzulegen</i>	10	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie		
PB1 Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB2 Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
PB3 Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
PB4 Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
PB5 Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB6 Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen)	30	PT
PB7 Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen) <i>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.</i>	20-30	PT, SpoWi, MTF
PB8 Sensomotoriktraining/Einzel apparativ z.B. Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB9 Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB10 Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, Psy, ET
PB11 Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT, SpoWi, ET
PB12 Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Pers)	30	PT, SpoWi, ET
PB13 Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel (z.B. Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT, SpoWi
PB14 Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe (max. 8 Personen) z.B. Stepper	30	PT, SpoWi
PB15 Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT, SpoWi
PB16 Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT, SpoWi, MTF, ET, Psy
P4651 Extensionsbehandlung manuell	15	
P4611 Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung	15	
P90V Heilgymnastik Gruppe pro Person	20	
P4631 Zuschlag für Hausbesuch		

Die Unterwasserheilgymnastik kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29 Grad, vorhanden ist und der KFA laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

Gruppe 3 – Thermotherapie

PT1 Wärmetherapie trocken	10	MM, HM, MTF, PT
PT2 Wärmetherapie feucht	15	MM, HM, MTF, PT
PT3 Lokale Kältetherapie	10	MM, HM, MTF, PT
PT4 Hochfrequenztherapie (z.B. Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM, HM, MTF, PT

Gruppe 4 – Elektrotherapie

PE1 Niederfrequenzstromtherapie (z.B. Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM, HM, MTF, PT
PE2 Mittelfrequenzstromtherapie (z.B. Interferenz)	10	MM, HM, MTF, PT
P4717 Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert		

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

PU1 Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
---	---	-----------------

Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie

PH1 Medizinalbad (z.B. CO ² Bad, Moorschwebstoffbad, etc.)	15	MM, HM, MTF, PT
---	----	-----------------

Gruppe 7 – Sonstige Therapie

P4652 Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten	15	
P90L Glisson- oder Extensionsbett		
P4720 Inhalationstherapie (ohne Medikament)		
P90M Aerosolinhalation (ohne Medikament)		

Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente u. Ä. mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Im Einzelfall können an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patientenschutzes hierbei streng auszulegen.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	.....	Physiotherapeut
ET	.....	Ergotherapeut
MTF	.....	Medizinisch-Technischer Fachdienst

MM	.....	Medizinischer Masseur
HM	.....	Heilmasseur
SpoWi	.....	Sportwissenschaftler
Psy	.....	Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe

Dieser Abschnitt wird ab 01.06.2020 bis vorläufig 31.05.2022 probeweise umgesetzt.

Zwischen Ärztekammer Wien und KFA Wien wird vereinbart, dass Gespräche anlässlich des Vorliegens der Jahresabrechnung 2020 über die weitere Vorgehensweise oder das Setzen von Maßnahmen aufgenommen werden, wenn 2020 ein Betrag von € 950.000,00 überstiegen wird.

b) Abschnitt D. Tarif für medizinisch – diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen

D. Tarif für Vertragsfachärzte für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

1. Mit Ausnahme der von Vertragsfachärzten für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzten für Mikrobiologie und Serologie durchgeführten Untersuchungen werden die in diesem Tarif angeführten Untersuchungen nur dann honoriert, wenn sie eigene Patienten betreffen.

Für Vertragsfachärzte für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzte für Mikrobiologie und Serologie sind jene Leistungen verrechenbar, die vom zuweisenden Arzt auf dem von der BVAEB aufgelegten Arzthilfeschein (Ersatz-Arzhilfeschein) verlangt werden und in der Honorarordnung enthalten sind. Eine Verrechnung von analogen Leistungspositionen ist unzulässig. Bei Verwendung von starren Untersuchungsschemata sind die Leistungen patientenbezogen anzugeben.

Die Leistungen können nur verrechnet werden, wenn sie im Sinne von § 8 Abs. 1 des Gesamtvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte in der eigenen Ordination oder im Rahmen einer räumlich mit der Ordination unmittelbar verbundenen Apparategemeinschaft erbracht werden.

2. Die im Tarif mit o) bezeichneten Leistungen können nur von Vertragsfachärzten für medizinisch- chemische Labordiagnostik und Vertragsfachärzten für Mikrobiologie und Serologie und Fachärzten der jeweils angeführten Fachrichtungen verrechnet werden und unterliegen der Durchführung der internen Qualitätssicherung.

Die mit +) bezeichneten Leistungen können auch von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärz-

ten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinderheilkunde sowie Fachärzten der jeweils angeführten Sonderfächer verrechnet werden. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Leistungen aufgrund der vorhandenen Einrichtungen auch tatsächlich erbracht werden können.

3. Mit Wirkung ab 1.1.2020 können Vertragsärzte anderer Fachgebiete als medizinisch- chemische Labordiagnostik, bzw. Mikrobiologie und Serologie nur solche Leistungen des Abschnittes D. verrechnen, die durch „x“ neben dem auf sie zutreffenden Fachgebietenkürzel gekennzeichnet sind.

4. Die Abrechnung von Leistungen ist elektronisch, subsidiär mit dem Arzthilfeschein (Ersatz-Arzthilfeschein) vorzunehmen. Alle erbrachten Leistungen sind unter Angabe der Positionsnummer zu verrechnen.

5. Mit den Tarifsätzen sind alle Unkosten zur Durchführung der Laboruntersuchungen abgegolten.

6. Sofern in einzelnen Positionen nichts anderes bestimmt ist, werden Entnahmen von Untersuchungsmaterial gesondert vergütet, wenn diese Leistungen als eigene Position der Gruppe 18 bzw. als Sonderleistung gemäß Abschnitt A. III bis X der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte verrechenbar sind.

7. Werden aus gleichem Material und im zeitlichen Zusammenhang mehrere Untersuchungen durchgeführt, ist die Entnahme von Untersuchungsmaterial nur einmal verrechenbar, sofern bei einzelnen Positionen nichts anderes vermerkt ist.

8. Schnelltests (Streifen, Tabletten o. Ä.) können nur in jenen Fällen verrechnet werden, in denen dies ausdrücklich vorgesehen ist.

9. Soweit der Tarif Positionen enthält, die aus mehreren für sich allein verrechenbaren Leistungen (Einzeluntersuchungen) zusammengesetzt sind (komplette Untersuchungen), werden Kombinationen dieser Einzeluntersuchungen insgesamt höchstens mit jenem Betrag vergütet, der dem Honorar für die komplette Untersuchung entspricht.

10. Über die erbrachten Laborleistungen und die verwendeten Gerätschaften sind Aufzeichnungen zu führen. Die Dokumentationen der erhobenen Laborbefunde sind mindestens drei Jahre aufzubewahren und der KFA auf Verlangen in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen.

11. Laborleistungen, die im Tarif nicht enthalten sind, können nach vorheriger einvernehmlicher Tariffestlegung zwischen der KFA und der Ärztekammer für Wien im Rahmen einer Sondervereinbarung gemäß § 3 des Einzelvertrages verrechnet werden.

Pos. 12.01 *) Dx Nativpräparat3,0

Pos. 12.07 o Dx Kultur auf Pilze, einschließl. Erregeridentifikation und aller Färbepreparate9,0

Pos. 12.12 + D,Ux	
. Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger (Mittelstrahl- oder Katheterharn)	4,0

- c) Neu geschaffen wird:
a) Folgender Abschnitt nach Abschnitt VIII:

**VIIIa. SONDERLEISTUNGEN
aus dem Gebiete der Kinderheilkunde**

Pos. 34h Zusätzliche individuelle Beratung und Erstellung eines schriftlichen Ernährungsplanes für Frühgeborene, Säuglinge und Kleinkinder (bis zum 6. Lebensjahr) bei Dyspepsie, Dystrophie, Stoffwechselerkrankungen oder Urticaria <i>Einmal pro Kalenderviertel verrechenbar.</i>	10 K.
Pos. 34t Eingehende Untersuchung und Beratung bei Verdacht auf infantile .Cerebralschädigung bis zum vollendeten 2. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>nur bei erstmaliger Untersuchung verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	32 K.
Pos. 34u Weitere Untersuchung nach Pos. 34t während der ersten zwei Lebensjahre (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Monat verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	17 K.
Pos. 34v Weitere Untersuchung nach Pos. 34u ab dem vollendeten 2. Lebensjahr bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) <i>einmal pro Fall und Quartal in 10 % der Fälle verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34w verrechenbar</i>	17 K.
Pos. 34w Entwicklungstest bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (inklusive Dokumentation) ... <i>in maximal 8 % der Fälle im Quartal verrechenbar nicht gemeinsam mit Pos 34t, 34u und 34v verrechenbar</i>	17 K.
Pos. 34z Somatogramm	9 K.

- b) Folgende Positionen in den jeweils betroffenen Abschnitten:

ad Abschnitt I. Grundleistungen

Pos. OEK: Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel im Rahmen eines Pilotprojekts außerhalb der Honorarordnung für die Laufzeit vom 1.4.2020 bis 31.12.2021 gemäß Anhang 1

ad Abschnitt III. Allgemeine Sonderleistungen / 10. Blutabnahme

Pos. 10d Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme - 7 Punkte; *Wegfall der Ringversuche*

Pos. 10e Vorbereitung und Koordination Labor inkl. Blutabnahme bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr - 11 Punkte

ad Abschnitt III. Allgemeine Sonderleistungen / 19. Endoskopien

Pos. SED Sedierung mittels intravenöser Verabreichung von Sedativa (Midazolam oder gleichwertige Arzneimittel, Propofol oder gleichwertige Arzneimittel) – EUR 97,15

verrechenbar einmal pro Patientin/Patient und Tag

nur gemeinsam verrechenbar mit Pos. 19x, 19y, 19z.

Diese Position inkludiert:

- *Bereitstellen und Setzen eines geeigneten Venenzuganges sowie Verabreichung aller mit der Sedierung in Zusammenhang stehenden Arzneimittel (erforderlichenfalls auch Arzneimittel wie Flumazenil oder gleichwertiger Arzneimittel)*
- *Überwachung und Monitoring jeder Art, jedenfalls aber durch Pulsoxymetrie und Blutdruckmessung und - soweit erforderlich - EKG-Monitoring.*
- *Die Patientin/der Patient ist während des Eingriffes und nach dem Eingriff ausreichend zu überwachen.*
- *Ausführliche und dokumentierte Aufklärung der Patientin/des Patienten über die spezifischen Risiken der Sedierung und der Durchführung einer Präprozeduralen Risikostratifikation.*

Die Position 34a (EKG) ist verrechenbar, sofern vor Beginn des Eingriffs ein solches durchgeführt werden muss. Die Dokumentation (Papierstreifen) ist gemäß den geltenden gesetzlichen Regelungen aufzubewahren und auf Verlangen der KFA Wien vorzulegen, wobei sich die KFA Wien das Recht vorbehält, stichprobenartige Kontrollen jederzeit durchzuführen.

ad Abschnitt V. Sonderleistungen aus dem Gebiet der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie / 27. Verbände

Pos. 27II Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage über Knie – 20 Punkte (AM.C.D.O.)

Pos. 27III Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Leiste – 20 Punkte (AM.C.D.O.)

Pos. 27mm Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur über Knie – 30 Punkte (AM.C.D.O.)

Voraussetzung: Verrechnung der 27II

Pos. 27mmm Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Leiste – 30 Punkte (AM.C.D.O.)

Voraussetzung: Verrechnung der 27III

ad Abschnitt VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten / 32. Untersuchungen

Pos. 32i Otoakustische Emissionen, in max. 9 % der Behandlungsfälle verrechenbar – 19 Punkte (H)

ad Abschnitt VIII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Innere Medizin

Pos. 34k Ambulante Schlafapnoeuntersuchung, in max. 9% der Fälle pro Quartal verrechenbar - 64 Punkte (L)

ad Abschnitt VII. Sonderleistungen aus dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Urologie / 32. Untersuchungen

Pos. 39c Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spinozelluläres Karzinom), max. 1 x pro Patient und Quartal und nicht gemeinsam mit 38j verrechenbar - 22 Punkte (D)

d) Erhöhung folgender Tarife wird vereinbart:

Pos. 45a Erstuntersuchung/-behandlung - EUR 50,31

Bedingungen: Die Position 45a kann insgesamt 4x pro Patient pro Jahr verrechnet werden, wobei zu Beginn der Behandlung einmal eine Doppelverrechnung möglich ist. Die Maximalanzahl ändert sich durch die Möglichkeit der Doppelverrechnung nicht.

Pos. 45c Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 25 min – EUR 65,08

Pos. 45d Psychiatrische Diagnostik und Intervention, im Allgemeinen 50 min – EUR 130,17

e) Folgende Erhöhungen von Limits werden vereinbart:

Pos. 32g Otomikroskopische Untersuchung - Erhöhung des Limits von 10 % auf 35 %

Pos. 32h Tympanometrie u/o Stapediusreflexmessung - Erhöhung des Limits von 25 % auf 35 %

Pos. 34x 24-Stunden Blutdruckmonitoring - Erhöhung des Limits von 5 % auf 10 %

Pos. 34y Langzeit-EKG - Erhöhung des Limits von 10 % auf 20 % der Fälle

Pos. 38j Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie - Erhöhung des Limits von 10 % auf 30 % der Fälle pro Quartal

f) Folgende Position wird umbenannt sowie die Punkteanzahl erhöht:

Pos. 27m Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Knie; Voraussetzung: Verrechnung der 27l – 30 Punkte

g) Zum Abschnitt B. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte – Operationsgruppenschema – Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie – Gruppe I – Pos. O8c, O8f, O8h wird jeweils die Fachgruppe „Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten (D)“ mit aufgenommen.

III. Allgemeiner Ordinationsbedarf

Ab 01.04.2020 wird pro Fachgruppe folgender Pauschalbetrag zur Abgeltung des allgemeinen Ordinationsbedarfs vereinbart, der pro Arzt-Patienten-Kontakt im Nachhinein monatlich honoriert wird:

Fachgruppe	Pauschalbetrag
FG 01 – Arzt für Allgemeinmedizin	0,25 €
FG 03 – FA für Augenheilkunde	0,25 €
FG 04 FA für Chirurgie	0,30 €
FG 05 – FA für Dermatologie	0,25€
FG 06 – FA für Gynäkologie	0,30€
FG 07 – FA für Innere Medizin	0,20€
FG 08 – für Kinderheilkunde	0,25€
FG 09 – FA für HNO	0,25€
FG 10 – FA für Lungenkrankheiten	0,20 €

Fachgruppe	Pauschalbetrag
FG 12 – FA für Orthopädie	0,30 €
FG 14 – FA für Radiologie	0,30 €
FG 15 – FA für Unfallchirurgie	0,30 €
FG 16 – FA für Urologie	0,30 €

Damit ist der allgemeine Ordinationsbedarf für alle niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die in einem Vertragsverhältnis zur KFA stehen, grundsätzlich abgedeckt (ausgenommen siehe Punkt IV.).

Mit der Honorierung des hier angeführten Pauschalbetrages ist auch die Notfallmedikation abgedeckt, aus diesem Titel heraus bestehen ebenso keine weiteren Ansprüche.

IV. Sonderbedarf („Z-Position“)

Um einen allfällig höheren Ordinationsbedarf (Sonderbedarf) als den allgemeinen Ordinationsbedarf abzudecken, wird zwischen Ärztekammer und KFA festgelegt, dass bei Erbringung bestimmter, taxativ aufgezählter Leistungen eine „Z-Position“ zusätzlich zur Leistung verrechnet werden kann. Die Leistungen bzw. die Höhe der Z-Position ergeben sich aus Anhang 2.

Die Z-Position ist nur gemeinsam verrechenbar mit einer der folgenden Positionen:

19x, 19y, 19z, 25a, 25b, 25c, 25d, 25e, 26a, 26b, 26c, 26d, 26e, 26f, 26g, 26h, 27a, 27b, 27I, 27II, 27III, 27m, 27mm, 27mmm, 38I, 38m, 38r, 38v, 38vv, 38w, 38ww, DS1, DS2, R502, R505, R702, R803, R804, R806, DEFG, O8c, O8f, O8g, O8h, O8I, O8p, O9h, O9i, O9I, O9r.

Die Z-Position steht zu, sofern und in jener Anzahl, in der die taxativ aufgezählte Hauptleistung vom jeweiligen Vertragsarzt erbracht wurde. Die Auszahlung erfolgt monatlich, also gemeinsam mit der Hauptleistung und ist gesondert zu verrechnen (Positionsnummern lt. Anhang 2).

Die Verrechnung der Z-Position gebührt ausschließlich Vertragsärzten der KFA Wien (Ärzte im niedergelassenen Bereich). Explizit ausgeschlossen ist die Verrechnung bzw. Honorierung im Wahlarzt- und/oder im stationären Bereich.

Weitere Voraussetzung ist, dass eine der taxativ aufgezählten Hauptleistungen in der eigenen Ordination oder bei einem Hausbesuch/Visite erbracht wurde. Die Verrechenbarkeit der Z-Position bedingt auch, dass die dazugehörige Hauptleistung für die jeweilige Fachgruppe laut aktuell geltender Honorarordnung abrechenbar ist.

Des Weiteren ist bei der Verrechnung der Z-Position die erbrachte Leistung/das verbrauchte Material genau zu dokumentieren und die Rechnungen der Materialien aufzubewahren. Bei Aufforderung durch die KFA Wien sind sowohl die Dokumentationen als auch die Rechnungen jederzeit der KFA Wien vorzulegen.

Die zwischen Ärztekammer und KFA vereinbarte Punkteanzahl für die Z-Position als auch die vereinbarten Leistungen laut Anhang 2 werden bis 31.03.2023 eingefroren. Seitens der KFA Wien wird eine laufende Evaluierung durchgeführt.

V. DMP- Therapie Aktiv

Durch die Übernahme des DMP-Therapie Aktiv als „Therapie Aktiv“ in die Regelversorgung der ÖGK/Landesstellen Wien (ehemals Wiener Gebietskrankenkasse) werden die folgenden Positionen zur Verrechenbarkeit für die Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin aufgenommen. Beginnend mit dem Jahr 2020 werden die folgenden Tarife jährlich zum 1. Jänner unter Heranziehung des Jahresindex an die Inflation angepasst.

- **96*** – Erstbetreuung im Rahmen von Therapie Aktiv – 55,69 Euro
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 – 29,42 Euro
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, nicht im selben Quartal verrechenbar, in dem die Pos. Ziff. 96 oder Pos. Ziff. 97 verrechnet wird – 43,08 Euro
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 – 704,20 Euro
Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 9 UE; mind. 6, max. 12 Patientinnen/Patienten.“

- **99*** – Gruppenschulung für insulinpflichtige Patientinnen/Patienten – 1.085,28 Euro
Anmerkung: Pauschalhonorar für jeweils eine Gruppenschulung im Ausmaß von 12 UE; mind. 3, max. 5 Patientinnen/Patienten.“

*) Erläuterungen:

- (1) An Therapie Aktiv teilnahmeberechtigt sind Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, die über einen Ordinationssitz in Wien verfügen und die Strukturqualitätskriterien erfüllen sowie die gemäß Abs. 3 notwendigen Schulungen absolviert haben. Die Voraussetzungen werden seitens der Kammer überprüft, welche die Beitrittserklärung der Ärztin/des Arztes gemäß Anlage b gemeinsam mit ihrer Stellungnahme an die Administrationsstelle der ÖGK/Landesstelle Wien (ehemals Wiener Gebietskrankenkasse) weiterleitet. Die anschließende Aufnahme in die Liste der Therapie Aktiv-Ärztinnen/-Ärzte durch die Administrationsstelle, wird der Ärztin/dem Arzt 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 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 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

- 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 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 Ärztin/den Arzt.
- (6) Eine Zielvereinbarung ist der Patientin/dem Patienten schriftlich mitzugeben (Formular oder Diabetespass).
- (7) Jeder Therapie Aktiv-Patientin/jedem Therapie Aktiv-Patienten soll eine Diabetes-schulung 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.

VI. Jobsharing Modell A und B

Abweichend zum bestehenden Modells des Jobsharings (Modells A laut ÖGK/Landesstelle Wien) wird vereinbart, dass auf ein gemeinsames Konto und auch wechselseitige Vertretung der Vertragsinhaberinnen/-inhaber verzichtet wird, sofern das ÖGK/Landesstelle Wien „Modell B“ beantragt wird.

Für die Detailbestimmungen beider Modelle wird auf § 8 sowie Anlage 7 des zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger für die Wiener Gebietskrankenkasse und der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Wien abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 1.1.2011 in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.

VII. Primärversorgung – Honorierung eines Zuschlages

Bis zum Inkrafttreten einer gesonderten, österreichweit einheitlichen (Honorierungs-) Vereinbarung erfolgen Honorierung und Abrechnung von kurativen Leistungen sowie Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Leistungen auf Basis der jeweiligen bezüglichen Gesamtverträge, wobei § 6 Abs 1 lit b der gegenständlichen Vereinbarung abweichend so geregelt wird, dass für die jeweils erste Ordination pro Monat ein Zuschlag von € 3,00 gebührt.

VIII. Altersgrenze bei Vertragsärzten

Das Vertragsverhältnis zwischen dem einzelnen Arzt und der KFA Wien endet ohne Kündigung bei Erreichen des 70. Lebensjahres mit Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres. Bei Vorliegen von Versorgungsdefiziten bzw. im Einzelfall kann jedoch von der Beendigung des Vertrages im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und KFA abgesehen werden.

IX. Aufhebung der Bewilligungspflicht bei CT/MRT-Untersuchungen

Ab 01.04.2020 wird vorläufig auf 3 Jahre befristet, sohin bis 31.03.2023, das Erfordernis der Bewilligung bei CT/MRT-Untersuchungen ausgesetzt.

X. Kriterien zur Invertragnahme

Um ab Wirksamkeit des vorliegenden Zusatzübereinkommens einen Einzelvertrag mit der KFA zu erhalten, sind folgend angeführte Kriterien vom Antragssteller zu erfüllen bzw. von diesem schriftlich bei Antragstellung zu bestätigen:

- Keine vorliegende Kündigung bzw. kein laufendes Kündigungsverfahren des Einzelvertrages durch KFA oder einen anderen KV-Träger
- Keine, im Rahmen eines früheren Dienstverhältnisses zur KFA, seitens der KFA ausgesprochene Kündigung/Entlassung bzw. kein unberechtigter vorzeitiger Austritt durch den Antragsteller (eilvernehmliche Auflösung ist im Einzelfall zu prüfen)
- Keine anhängigen Gerichtsverfahren gg. die KFA
- Einhalten des Ökonomiegebots (RÖK/RÖV)
- Einhalten der gesamtvertraglichen Rechte und Pflichten
- Teilnahme an Informationsveranstaltung für Neu-Invertragnahmen (sobald angeboten)

Die KFA und die Kammer können einvernehmlich die Invertragnahme des Antragsstellers ablehnen, wenn besondere, berücksichtigungswürdige Gründe vorliegen. Die Darlegung der Gründe obliegt beiden Parteien. Die Invertragnahme kann ebenfalls gemeinsam abgelehnt werden, wenn Verurteilungen gegen den Erstgereihten im In- oder Ausland vorliegen.

XI. Aufzahlungsverbot

Der Vertragsarzt darf keinerlei Aufzahlungen, Zuzahlungen, Gebühren für in der Honorarordnung vorgesehene Leistungen vom Patienten verlangen.

XII. Abrechnung Position „US 10“

Die zwischen der Ärztekammer für Wien und KFA Wien am 08.04.2008 diskutierte und in weiterer Folge vereinbarte „Indikationenliste“ zur Verrechnung der Position „US 10“ wird aufgehoben. Festgelegt wird, dass die Position „US 10“ auch im Falle einer „Vorsorgeuntersuchung“ seitens der KFA Wien honoriert wird.

Weiterhin keine Honorierung der Position „US 10“ erfolgt, wenn es sich bei der Erbringung der Leistung um keine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn handelt (z.B. Kinderwunsch, Familienplanung).

XIII. Absichtserklärung

Zwischen der KFA Wien und der Ärztekammer für Wien wird vereinbart, dass – sofern auf Grund der Auswirkungen der Pandemie (Covid19) möglich – noch im Jahr 2020 Gespräche über die Aufnahme eines Tarifkatalogs im Bereich der Pathologie geführt werden.

Weiters sind Gespräche über die Aufnahme von weiteren versorgungsrelevanten Themen zu führen.

Wien, am 01.04.2020

Wiener Ärztekammer
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Wien, am 01.04.2020

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien

Der Präsident

Der Generaldirektor

Ing. Christian Meidlinger

OAR Norbert Pelzer

Vorstehendes Zusatzübereinkommen wird mit folgenden Kurien der niedergelassenen Ärzte ebenfalls vereinbart:

Ärzttekammer für Niederösterreich
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Burgenland
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Oberösterreich
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Steiermark
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Salzburg
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Kärnten
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Tirol
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Ärzttekammer Vorarlberg
Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Anhang 1

Einführung einer Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel im Rahmen eines Pilotprojekts außerhalb der Honorarordnung für die Laufzeit vom 1.4.2020 bis 31.12.2021

Pos. Nr.	Euro
OEK Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel	10,00

Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar:

Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt muss persönlich erfolgen.

Die Kommunikation muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Notwendigkeit einer Untersuchung oder um eine Befundbesprechung handelt und wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist. Beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen.

Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).

Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.

Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.

Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.

Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin und Radiologie.

Sonderbedarf/„Z“-Position

Position	Langtext	Sonderbedarf-Punkteanzahl
19xZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes (Speiseröhre, Magen und Duodenum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Gastroskopie) inkl. Pulsoxymetrie	34,56 P
19yZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie) inkl. Zumindest Pulsoxymetrie	35,60 P
19zZ	Zuschlag zu Videoendoskopie des unteren Gastrointestinaltraktes (gesamtes Colon bis Zoekum, fakultativ Intubation terminales Ileum) mit maschineller chemothermischer Endoskopaufbereitung (Coloskopie), inkl. Polypektomie und zumindest Pulsoxymetrie	75,70 P
25aZ	Zuschlag zu Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde	7,87 P
25bZ	Zuschlag zu Abtragung einer großen Brandblase	4,87 P
25cZ	Zuschlag zu Abtragung mehrerer großer Brandblasen in einer Sitzung	9,87 P
25dZ	Zuschlag zu Reinigung/Wundtoilette einer kleinen Wunde inkl. chirurgischer Versorgung nach jeder Methode	11,49 P
25eZ	Zuschlag zu Naht- und Klammernentfernung	3,86 P
26aZ	Zuschlag zu Incision von oberflächlichen Abszessen, Furunkeln, einer Paronychie, eines Panaritium cutaneum oder eines vereiterten Atheroms oder eines oberflächlichen Hämatoms (pro Sitzung)	2,53 P
26bZ	Zuschlag zu Paquelinisierung (bei Furunkulose) pro Sitzung	6,23 P
26cZ	Zuschlag zu Abtragung einer Eiterblase	3,86 P
26dZ	Zuschlag zu Exkochleation, Ätzung oder Kaustik einer Warze	4,87 P
26eZ	Zuschlag zu Exkochleation, Ätzung oder Kaustik mehrerer Warzen in einer Sitzung	9,87 P
26fZ	Zuschlag zu Abtragung leicht zugänglicher gestielter Geschwülste	9,87 P
26gZ	Zuschlag zu Entfernung eines Daumennagels oder Nagels d. großen Zehe	9,87 P
26hZ	Zuschlag zu Entfernung eines Nagels am 2. bis 5. Finger oder an der 2. bis 5. Zehe	3,86 P

27aZ	Zuschlag zu Größerer Verband (Kopf, Schulter, Becken), Verband mit fertigen Zinkleimbinden oder Elastoplastverband	8,37 P
27bZ	Zuschlag zu Zinkleimverband mit selbstaufgetragenem Zinkleim, pro Fall und Extremität	19,86 P
27IZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Knie	19,86 P
27IIZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage über Knie	39,87 P
27IIIZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Erstanlage bis Leiste	59,86 P
27mZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Knie Voraussetzung: Verrechnung der 27I nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	19,86 P
27mmZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur über Knie Voraussetzung: Verrechnung der 27II nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	39,87 P
27mmmZ	Zuschlag zu Elastischer Kompressionsverband mit Modellierung von Schaumgummiplatten bei stat. Beinleiden (nach Sigg.) Korrektur bis Leiste Voraussetzung: Verrechnung der 27III nur verrechenbar bei Neuanlage des Kompressionsverbandes	59,86 P
38IZ	Zuschlag zu Exkochleation kleiner spitzer Kondylome und kleiner Warzen	6,77 P
38mZ	Zuschlag zu Kaustik der Haut	2,38 P
38rZ	Zuschlag zu Kryotherapie je Sitzung	0,90 P
38vZ	Zuschlag zu Phototherapie, 1. - 16. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
38vvZ	Zuschlag zu Phototherapie, ab 17. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
38wZ	Zuschlag zu Photochemotherapie, 1. - 16. Behandlung, je Behandlung	1,07 P

38wwZ	Zuschlag zu Photochemotherapie, ab 17. Behandlung, je Behandlung	1,07 P
DS1Z	Zuschlag zu Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	0,21 P
DS2Z	Zuschlag zu Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionsteste sowie Dokumentation und Beurteilung der Beinveneninsuffizienz	0,21 P
R502Z	Zuschlag zu Magen-Duodenum in Doppelkontrast	12,38 P
R505Z	Zuschlag zu Irrigoskopie in Doppelkontrast	14,70 P
R702Z	Zuschlag zu i.v. Pyelographie	60,34 P
R803Z	Zuschlag zu Galaktographie	10,17 P
R804Z	Zuschlag zu Hystero- Salpingographie	25,13 P
R806Z	Zuschlag zu Phlebographie, pro Extremität	60,34 P
DEFGZ	Zuschlag zu Defäkographie	73,90 P
O8cZ	Zuschlag zu Excision kleiner Wunden (Wundtoilette)	9,19 P
O8fZ	Zuschlag zu Incision einer oberflächlichen Phlegmone	4,15 P
O8gZ	Zuschlag zu Entfernung subcutan gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht	23,50 P
O8hZ	Zuschlag zu Exstirpation oder Excision kleiner Geschwülste (Warzen, Clavi, Naevi, kleine Atherome oder Fibrome, Fremdkörper, Cysten) einschl. Naht (scharfer Löffel ausgenommen)	23,50 P
O8lZ	Zuschlag zu Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen m. Präparation	23,50 P
O8pZ	Zuschlag zu Probeexcision mit Naht	23,50 P
O9hZ	Zuschlag zu Techn. einfache Operation gr. Geschwülste (gr. Fibrome, Atherom, Lipome, Schloffertumor, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixknoten, kl. Exostosen an Fingern und Zehen, einzelner Lymphknoten, e. Ganglions d. Sehne o.d. Gelenkes o.e. Hygroms	33,95 P
O9iZ	Zuschlag zu Radikaloperation einer Phimose oder Paraphimose	33,95 P
O9lZ	Zuschlag zu Unterbindung größerer Arterien und Venen mit Präparation	33,95 P

O9rZ	Zuschlag zu Einfache Krampfaderoperation nach Moskowicz oder Romich (Ligatur, Verödung der Saphena)	33,95 P
-------------	---	----------------