

H O N O R A R E

W i e n

01. Februar 2025 bis 31. Jänner 2026

Inhalt

A	Allgemeine Regelungen.....	2
1.	Honorare	2
2.	Bettenführende Abteilung	2
3.	Definitionen	2
4.	Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien).....	3
5.	Wiederaufnahmen.....	4
6.	Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt.....	5
7.	Interdisziplinäre Behandlungen.....	5
8.	Additivfächer entsprechend ÄAO 2006.....	6
9.	Konsiliarleistungen	6
B	Honorare	9
1.	Konservative Behandlungsfälle	9
2.	Operative/interventionelle Behandlungsfälle	10
3.	Entbindung	12
4.	Klinische Konsiliaruntersuchungen	12
5.	Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie	14
6.	Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	17
7.	Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungsstationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004).....	18
8.	Abteilungen/Institute für Strahlentherapie.....	19
C	Sonderregelungen	22
1.	Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur	22
2.	Diagnostischer Herzkatheter.....	23
3.	Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren	23
4.	Coloskopie	24
5.	Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor	26
6.	Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin	26
7.	Kardioversion	27
8.	Intensivblutbank	27
9.	Blepharochalasis (I319)	27
10.	Krankenhauszusammenlegungen	27
11.	Traumazentrum Wien	27
12.	Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)	28
D	Gültigkeit	30

A Allgemeine Regelungen

1. Honorare

- 1.1 Die Honorare sind so festgesetzt, dass sie auch im Fall von schwierigen und intensiven Behandlungen zu einer angemessenen Honorierung führen.
- 1.2 Die Honorare ergeben sich in operativen Fällen nach der Art und Schwere der durchgeführten operativen Eingriffe (Operationsgruppenschema), für konservative Fälle nach der Dauer der Behandlung. Von einer Differenzierung der einzelnen Fachgebiete der Medizin wird Abstand genommen.

2. Bettenführende Abteilung

Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein Konsiliarfacharzt die Hauptverantwortung übernimmt, ist dieser anstelle des bettenführenden Abteilungsvorstandes honorarberechtigt.

3. Definitionen

3.1 Behandlungsfall

Ein (1) Behandlungsfall ist im Sinne dieser Vereinbarung verrechnungstechnisch die Summe aller Behandlungen einer oder mehrerer Erkrankungen während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes.

3.2 Akutaufnahme

Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme in der Krankenanstalt, die durch eine unmittelbar vor der Aufnahme in der Krankenanstalt in Erscheinung getretene oder erstmals diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Zeitlich mehr als 24 Stunden vom behandelnden Arzt der Krankenanstalt im Vorhinein geplante Aufnahmen gelten nicht als Akutaufnahme. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit.

3.3 Wiederaufnahme innerhalb von 14 Tagen nach dem Entlassungstag

Unter dieser Form der Wiederaufnahme versteht man jede Aufnahme die innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach dem Entlassungstag erfolgt und nicht durch ein akutes Krankheitsgeschehen gemäß A 3.2 (Akutaufnahme) in derselben oder einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien verursacht wird. Gemäß dieser Definition gilt eine Akutaufnahme innerhalb von 14 Tagen nicht als Wiederaufnahme. Der Zeitraum von 14 Tagen wird ermittelt, indem der Entlassungstag und der Aufnahmetag nicht zu diesen 14 Tagen mitgerechnet werden. Somit fällt jede Wiederaufnahme ab dem 15. Tag nach dem Entlassungstag nicht in diese Definition.

3.4 Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)

Unter Transferierung versteht man die direkte Überstellung eines Patienten von einer Krankenanstalt in eine andere (innerhalb des Bundeslandes Wien).

3.5 Verlegung innerhalb einer Krankenanstalt

Unter Verlegung innerhalb einer Krankenanstalt versteht man die Überstellung des Patienten von einer krankenanstaltenrechtlich als Abteilung definierten Einheit in eine andere Abteilung derselben Krankenanstalt, oder bei Fehlen einer Abteilungsstruktur den Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung.

3.6 Postoperative (auch postinterventionelle) Nachbehandlung

Unter postoperativer (auch postinterventioneller) Nachbehandlung versteht man, die im Zusammenhang mit einem im OP-Gruppenschema angeführten Eingriff, notwendige medizinische postoperative Betreuung des Patienten. Wird die Nachbehandlung des Patienten nicht vom Operateur oder durch die Abteilung, an der der Patient operiert wurde, durchgeführt, so handelt es sich entweder um postoperative Nachbehandlung innerhalb einer Krankenanstalt (gemäß B 2.5) oder um postoperative Nachbehandlung zwischen zwei Krankenanstalten (gemäß B 2.5 (Postoperative Nachbehandlung)).

Nicht unter diese Definition fällt die Behandlung einer Erkrankung im postoperativen Verlauf durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung, welche medizinisch notwendigerweise den Umfang einer Konsiliartätigkeit übersteigt.

3.7 Interdisziplinäre Behandlungen

Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.

4. **Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)**

4.1 Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Transfertag nur von der übernehmenden Krankenanstalt verrechenbar. In jenen Fällen, bei denen nach diagnostischen Abklärungen (Maßnahmen) noch am Tag der Aufnahme eine Transferierung in eine andere Krankenanstalt stattfindet, ist von der abgebenden Krankenanstalt ein Honorar in Höhe eines invasiven Konsiliums gemäß B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung) verrechenbar. Dies unter der Voraussetzung, dass es sich um eine Akutaufnahme gehandelt hat und kein Rücktransfer in die Krankenanstalt erfolgt.

4.2 Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (gemäß A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen), gemäß B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung), etc.) sind anwendbar.

4.3 Bei Transferierung zwischen zwei Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt

- 4.3.1 Konservative Honorare gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) sind je durchführender Krankenanstalt zu 90 % verrechenbar.
- 4.3.2 Operative Honorare gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) sind je durchführender Krankenanstalt zu 90 % verrechenbar. Anmerkung: das verrechenbare Anästhesiehonorar bemisst sich am verrechenbaren Operationshonorar.
- 4.3.3 Die Honorare gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) bis B 4.4 (Neugeborenenuntersuchung) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.
- 4.3.4 Die Honorare gemäß B 4.5 (Physikalische Medizin) und B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55 % verrechenbar.
- 4.3.5 Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.
- 4.3.6 Intensivbehandlungshonorare gemäß B 7.2 sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.
- 4.3.7 Pauschalierte Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), B 3. (Entbindungspauschale), B 8.2.1 bis B 8.2.4 (Strahlentherapie) und C (Sonderregelungen) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.
Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) oder B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100 % und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 90 % verrechenbar.
- 4.4 Erfolgt die Transferierung in eine Krankenanstalt, in der die Behandlung nach einer bestehenden Sondervereinbarung (Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativ-Einheiten) durchgeführt und abgerechnet wird, gelten die Regelungen gemäß A 4.3 (Transferierungen) weder für die abgebende noch für die übernehmende Krankenanstalt.

5. Wiederaufnahmen

- 5.1 Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien gelten die

¹ Der Zeitraum wird zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag gerechnet, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet.

Bestimmungen gemäß A 4. (Transferierungen) analog pro Aufenthalt.

- 5.2 Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten nicht als Akutaufnahme.
- 5.3 Abweichend zu Punkt A 4.3.3 gilt für die Honorare gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) bis B 4.4 (Neugeborenenuntersuchung) bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß B 4.3 (Maximale Verrechenbarkeit). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

6. Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt

- 6.1 Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Verlegungstag nur von der übernehmenden Abteilung verrechenbar. Erfolgt die Aufnahme und Entlassung auf/aus eine(r) Intensivbehandlungseinheit (ICU) am selben Tag, so ist dieser Tag nur von dieser Intensivbehandlungseinheit (ICU) verrechenbar.
- 6.2 Die Verrechnung erfolgt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. alle dafür relevanten Bestimmungen dieser Vereinbarung kommen zur Anwendung.
- 6.3 Erfolgt während des Behandlungsfalles eine Verlegung in oder aus eine(r) Organisationseinheit, für die eine Sondervereinbarung (Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativ-Einheit) gültig ist, kommen für diesen Behandlungsteil die Regelungen dieser Sondervereinbarung zur Anwendung. Für den übrigen Aufenthalt gelten die Regelungen gemäß A 6.2 (Verlegungen).

7. Interdisziplinäre Behandlungen

7.1 Allgemeines

- 7.1.1 Ein interdisziplinärer Behandlungsfall liegt vor, wenn ein medizinisch indizierter Wechsel auf eine Abteilung mit anderer Fachrichtung oder Wechsel zu einem Arzt mit anderer Fachrichtung vorgenommen wird oder bei medizinisch indizierten Parallelbehandlungen durch mehrere Ärzte mit unterschiedlichen Fachrichtungen.
- 7.1.2 Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.
- 7.1.3 Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B 2.5 (Postoperative Nachbehandlung)).

7.2 Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

Fallen mehrere konservative Behandlungen (gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) und B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept)) an verschiedenen Abteilungen anderer Fachrichtung bzw. von Ärzten mit anderer Fachrichtung

bei einem (1) Behandlungsfall an, so ist für jede Fachrichtung ein Honorar von 90 % des jeweils individuell verrechenbaren Honorars verrechenbar. Wird bei einem (1) Behandlungsfall die konservative Behandlung der Fachrichtung A nach einem Fachrichtungswechsel wieder von der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtbehandlungsdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.

7.3 Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

Werden bei einem Behandlungsfall mehrere Eingriffe deshalb von Ärzten verschiedener Fachrichtungen durchgeführt, weil auf Grund der Sonderfachbeschränkung gemäß ÄrzteG 1998 ein Arzt nicht alle Eingriffe selbst durchführen darf, so sind pro Fachrichtung maximal zwei (2) Eingriffe zu je 90 % der entsprechenden OP-Gruppe gemäß Punkt B 2.2 (Operatives Honorar) verrechenbar. D.h. in diesen Fällen tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung (die bei Tätigwerden lediglich einer (1) chirurgischen Fachrichtung zum Tragen kommt) außer Kraft.

7.4 Operative und konservative Behandlungen

Fallen bei einem (1) Behandlungsfall mindestens eine (1) operative und mindestens eine (1) konservative Behandlung an, so ist/sind für die operative(n) Behandlung(en) jeweils 90 % der jeweiligen OP-Gruppe gemäß B 2.2 (Operatives Honorar) und für jede konservative Fachrichtung 90 % des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) und B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) verrechenbar. Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gemäß A 7.3 (Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen) kommen zur Anwendung.

7.5 Operative und/oder konservative Behandlungen gemeinsam mit pauschalierten Leistungen

Fallen bei einem Behandlungsfall Leistungen gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar), B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) und/oder B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) gleichzeitig mit pauschalierten Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), B 3. (Entbindungspauschale), C (Sonderregelungen) an, so sind die pauschalierten Leistungen zu 100 % verrechenbar. Die Honorare für Behandlungen gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar), und B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unterliegen den Kürzungsregelungen gemäß B 7.1 bis B 7.4.

8. Additivfächer entsprechend ÄAO 2006

gelten nicht als eigene Fachrichtung. Dies gilt auch für die laut ÄAO 2015 neu geschaffenen internistischen Sonderfächer, in die vormalige Additivfächer als Schwerpunktausbildung integriert wurden (§ 31 ÄAO).

9. Konsiliarleistungen

9.1 Allgemeines

Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen,

die von Fachärzten anderer Fachrichtungen als der des Hauptbehandlers erbracht werden, sofern diese

- a) medizinisch indiziert sind und
- b) vom Hauptbehandler angefordert werden und
- c) lege artis zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen oder nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

9.2 Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen gemäß B 4.5 (Physikalische Medizin) oder B 5. (Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar.

9.3 Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er hätte durchführen dürfen, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

9.4 Konsilien durch Ärzte eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches (gemäß A 8. (Additivfächer entsprechend ÄAO 2006))

Ist der Versicherte an einer internen (medizinischen) Abteilung eines Krankenhauses mit mehreren internen (medizinischen) Abteilungen aufgenommen und sind Konsilien durch Ärzte anderer internistischer Additiv- bzw. Sonderfächer notwendig, so können abweichend von Punkt A 8. (Additivfächer entsprechend ÄAO 2006) pro Behandlungsfall zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar insgesamt maximal zwei (2) Konsilien von Ärzten eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches zum Tarif gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung). Diese beiden Konsilien aus internistischen Sonderfächern sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn der Hauptbehandler nicht in anderen Behandlungsfällen in den gleichen Sonderfächern selbst als Konsiliararzt tätig wird.

Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen aus dem Gebiet der gastroenterologischen Endoskopie beträgt 100 % des Honorars für Konsilien mit einer invasiven Sonderleistung, wenn

- a) der Versicherte an einer Abteilung aufgenommen ist, an der diese Untersuchungen nicht durchgeführt werden oder
- b) von einem Belegarzt aufgenommen wird, der diese Untersuchungen nicht selbst durchführen darf, und
- c) keine gastrointestinale Aufnahmediagnose vorliegt.

Weitere Konsilien von Ärzten mit internistischem Sonderfach gehen zu Lasten des Hauptbehandlers.

9.5 Konsilien bei Aufnahmen durch Allgemeinmediziner

Ist in einem Belegspital ein Arzt für Allgemeinmedizin hauptbehandelnder Arzt und fordert dieser fachärztliche Konsilien an, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten. Werden diese Konsilien von Fachärzten durchgeführt, zu deren Fachgebiet die Behandlung auf Grund der Aufnahmediagnose sonst zuzurechnen wäre, so reduziert sich das operative bzw. konservative Honorar des Arztes für Allgemeinmedizin um diese Konsiliarhonorare.

B Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1 Konservatives Honorar

Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen:

Tage		01.02.2025 bis 31.01.2026
1	45,38 %	€ 812,50
2	53,08 %	€ 950,40
3	68,46 %	€ 1 225,80
4	79,24 %	€ 1 418,80
5	89,62 %	€ 1 604,60
6	95,39 %	€ 1 708,00
7	100,00 %	€ 1 790,50
8	104,62 %	€ 1 873,20
9	109,23 %	€ 1 955,80
10	113,84 %	€ 2 038,30
11	118,47 %	€ 2 121,20
12	123,08 %	€ 2 203,70
13	127,70 %	€ 2 286,50
14	132,00 %	€ 2 363,50

Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 35,20

verrechenbar.

1.2 Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumorthherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und onkologische i.v. Antikörper-Therapie)

1.2.1 Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 296,90

verrechenbar.

1.2.2 Die Fächer Radiologie gemäß B 5.4 (Institut für Radiologie und bildgebende Verfahren), Labor gemäß B 5.1 (Zentrallabor), Blutgruppenserologie gemäß B 5.2 (Blutgruppenserologische Untersuchungen, Nuklearmedizin gemäß B 5.5 (Institut für Nuklearmedizin), Pathologie gemäß B 5.3 (Zentralpathologie) und Physikalische Medizin gemäß B 4.5 (Physikalische Medizin) sind innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten einmal verrechenbar. Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt innerhalb des Zeitraumes von drei Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus)

unter Berücksichtigung der relevanten Bestimmungen über die maximale Verrechenbarkeit von Leistungen.

- 1.2.3 Die Kürzungsregelungen für konservative Aufenthalte gemäß A 5. (Wiederaufnahme) kommen bei Fällen, die nach B 1.2.1 bis B 1.2.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) abgerechnet werden, nicht zur Anwendung.

- 1.3 Mit den Honoraren gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) sind Leistungen aller nach B 1. abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 1. verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B 1. ebenfalls abgegolten.

2. Operative/interventionelle Behandlungsfälle

2.1 Allgemeines

- 2.1.1 Ein operativer Fall liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im OP-Schema 2025 Vers. 1.0. (Anlage II) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogeeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

- 2.1.2 Wird durch denselben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung als auch ein operativer Eingriff der OP-Gruppen I, II, oder III durchgeführt, richtet sich die Abrechnungsart, ob konservativ oder operativ, nach dem Behandlungsschwerpunkt. Der jeweilige Behandlungsschwerpunkt ist in den mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt B 2.1.1 außer Kraft und der Fall ist gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) abrechenbar.

2.2 Operatives Honorar

			01.02.2025 bis 31.01.2026
OP-Gruppe	I	25 %	€ 460,70
OP-Gruppe	II	40 %	€ 731,70
OP-Gruppe	III	60 %	€ 1 105,60
OP-Gruppe	IV	100 %	€ 1 842,60
OP-Gruppe	V	121 %	€ 2 232,90
OP-Gruppe	VI	142 %	€ 2 608,00
OP-Gruppe	VII	201 %	€ 3 712,50
OP-Gruppe	VIII	281 %	€ 5 185,80

2.3 Operationsgruppenschema

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema gemäß Anlage II.

Bei diesem Schema handelt es sich um eine Auflistung, wobei die Abbildung einer OP-Position nicht automatisch eine stationäre Notwendigkeit begründet. Operative Teilschritte, die keinen eigenständigen Charakter haben und nur dazu dienen, das Ziel des Eingriffes zu erreichen, sind mit der OP-Gruppe des Eingriffes abgegolten, d.h. Zugangswege und obligate integrale Teilschritte der Operation sind nicht gesondert verrechenbar, sofern sie nicht im Text der OP-Position gesondert ausgewiesen sind. Sofern keine gesonderten OP-Methoden im OP-Gruppen-Schema angeführt sind, ist in der OP-Position die Durchführung nach jeder Methode beinhaltet. Die Eingriffe sind von all jenen Ärzten abrechenbar, die gemäß Ärztegesetz und Arztausbildungsordnung zur Durchführung berechtigt sind.

Eine vom Operateur selber vorgenommene Lokalanästhesie ist in Höhe eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechenbar.

Tropf- und Spryanästhesien sowie Gelee und Einlagen getränkter Wattebäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.

Eine vom Operateur selber vorgenommen Regionalanästhesie (Leitungs- oder Plexusanästhesie) kleiner Körperteile (z.B. Hand) ist in Höhe des doppelten Satzes eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechenbar.

2.4 Mehrfach – Operationsgruppenregelung

Werden von Ärzten der gleichen chirurgischen Fachrichtung mehrere Eingriffe durchgeführt, sind bei einem (1) Behandlungsfall maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar. Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite zu 75 % verrechenbar. Werden bei einem Behandlungsfall mehr als eine chirurgische Fachrichtung tätig, liegt definitionsgemäß eine interdisziplinäre Behandlung vor und es gelangt Punkt A 7.3 (Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen) zur Anwendung.

2.5 Postoperative (auch postinterventionelle) Nachbehandlung (Definition gemäß A 3.6 (Postoperative Nachbehandlung))

Wird die Nachbehandlung des Patienten nicht vom Operateur oder durch die Abteilung, an der der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist kein zusätzliches Honorar verrechenbar. Das gleiche gilt, wenn die Nachbehandlung im Zuge einer Transferierung in einer anderen Krankenanstalt erfolgt.

2.6 Bei Säuglingen (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) kann ein Zuschlag in Höhe von 30 % verrechnet werden.

2.7 Mit den Honoraren gemäß B 2.1 sind Leistungen aller nach B 2.1 abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen

Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 2.1 verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) ebenfalls abgegolten.

3. Entbindung

- 3.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Zange, Sectio, Vakuum, etc..) inkl. Dammschnitt 1. und 2. Grades und/oder Episiotomie und/oder Cervixriß ist eine Pauschale in Höhe von OP Gruppe V plus 8,5 % Zuschlag (€ 2 422,70) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.
- 3.2. Durch die Pauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Abteilung abgegolten.
- 3.3. Wird die postpartale Behandlung nicht vom geburtshelfenden Hauptbehandler oder durch die Abteilung, an der die Patientin entbunden hat, durchgeführt, ist kein zusätzliches Honorar verrechenbar. Das gleiche gilt, wenn bei einer Transferierung aus nicht medizinisch notwendigen Gründen die postpartale Behandlung in einer anderen Krankenanstalt erfolgt. Erfolgt diese Transferierung aus medizinisch indizierten Gründen, gilt Punkt A 4.3.7.
- 3.4. Bei einer Aufenthaltsdauer über 14 Tagen auf der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kann durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe anstelle der Entbindungspauschale ein konservatives Honorar gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) verrechnet werden.

4. Klinische Konsiliaruntersuchungen

4.1. Klinische Konsilien

Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen durch Ärzte, die nicht an der Abteilung tätig sind, an der der Patient untergebracht ist, beträgt

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 130,60

4.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 391,60

4.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Behandlungsfall sowie bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt gemäß A 5.2 höchstens drei (3) Konsilien aus B 4.1 (Klinische Konsilien) und B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung) verrechenbar.

- 4.3.1. Für Ärzte desselben Additiv- bzw. Sonderfachs ist pro Tag maximal ein (1) Konsilium gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) oder B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung) verrechenbar. Nicht geplante Konsiliarleistungen, die aufgrund eines akuten Ereignisses am selben Tag erforderlich werden, sind zusätzlich unabhängig von deren zeitlicher Abfolge verrechenbar.

4.4. Neugeborenenuntersuchung

Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Honorar von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 261,10

verrechenbar.

4.5. Physikalische Medizin

Der Hauptbehandler muss die physikalische Medizin anfordern (Zuweisung zum Facharzt für physikalische Medizin mit Begründung). Diese muss in unmittelbarem Zusammenhang mit dem die Hospitalisierung begründenden Behandlungsfall stehen sowie ausführlich dokumentiert werden.

- 4.5.1. Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 301,40

- 4.5.2. Für weitere durch einen Facharzt für Physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistung pro Tag maximal ein Betrag in Höhe von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 122,50

- 4.5.3. Inkludiert sind Anamnese, jede Art der Untersuchung, Therapiemanagement, ärztliches Gespräch, alle diagnostischen, apparativen und therapeutischen ärztlichen Leistungen.

Insgesamt ist pro Fall max. ein Höchstsatz von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 584,00

verrechenbar.

- 4.5.4. Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 122,50

- 4.5.5. Wird der Facharzt für physikalische Medizin als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen (Abschnitt A Allgemeine Regelungen) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 4. (Klinische Konsiliaruntersuchungen) ist in derartigen Fällen nicht möglich.

5. Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie

Die Leistungen der Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten – „nbl“ (Labor, Blutgruppenserologie, Pathologie, Nuklearmedizin, Radiologie – ausgenommen interventionelle Radiologie) müssen vom Hauptbehandler angeordnet sein und in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungsgeschehen stehen. Die diesbezüglichen Honorare sollen in einer maßvollen Relation² zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bildet, sofern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife.

Wird ein entsprechender Facharzt als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A Allgemeine Regelungen) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) ist in derartigen Fällen nicht möglich.

Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:

² Als maßvolle Relation wird ein Zielwert von 16 % dieser Fächer (nbl) am Gesamthonorarvolumen vereinbart, wobei die Relationen zwischen den Fächern unter Berücksichtigung einer angemessenen Schwankungsbreite unverändert bleiben. Bei Erreichen des Zielwertes gilt, dass die Honorare dieser Fachärzte im selben Ausmaß wie alle restlichen Honorare steigen und jedenfalls bis 31.12.2024 nicht mehr abgesenkt werden. Diese Zusicherung gilt unter der Voraussetzung eines Abschlusses einer neuen Honorarvereinbarung bzw. vorbehaltlich allfälliger Änderungen der Gesetzeslage, wobei neue medizinische Entwicklungen während dieser Zeit berücksichtigt werden müssen.

5.1. Zentrallabor

5.1.1. Gruppe A (gemäß Fußnote)³: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 326,50

Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten:

- a) Gerinnung
- b) Hämatologie
- c) Proteinuntersuchungen/Immunologie
- d) Endokrinologie/Stoffwechsel
- e) Organdiagnostik
- f) Infektions- und/oder Autoimmunserologie

5.1.2. Gruppe B:

Für alle nicht unter B 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 226,00

5.2. Blutgruppenserologische Untersuchungen

sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 81,10

verrechenbar.

5.3. Zentralpathologie

5.3.1. Histopathologische Untersuchungen

		01.02.2025 bis 31.01.2026
Gruppe I	histologisches Gutachten alle Untersuchungen außer in II und III angeführt	je € 200,60
Gruppe II	histologisches Gutachten Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt	je € 288,40

³ Als Krankenanstalten der Gruppe A gelten das Universitätsklinikum AKH Wien, die Klinik Hietzing, die Klinik Ottakring, die Klinik Donaustadt, die Klinik Favoriten, die Klinik Landstraße, die Klinik Penzing, das Hanusch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.

Gruppe III	histologisches Gutachten • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Portio (inkl. Konus) und Prostatapräparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren	je € 476,50
------------	--	-------------

Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.

5.3.2. Mikrobiologische (bakteriologische, parasitologische) Untersuchungen

Bakteriologisches Gutachten	01.02.2025 bis 31.01.2026
• aerobe und/oder anaerobe Kultur, • parasitologische Untersuchung ohne Anreicherungsverfahren, • serologische Untersuchungen (ausgenommen Screening-Untersuchungen von HIV, Hepatitis und Lues), • parasitologische Anreicherungsverfahren, • Kultur- und Antibiogrammerstellung, • Tbc-Kultur, • molekularbiologische Untersuchung	insgesamt € 251,00

5.3.3. Zytodiagnostische Untersuchungen

Zytodiagnostisches Gutachten	01.02.2025 bis 31.01.2026
• gynäkologische Zytologie, • extragenitale Zytologie, • zytologisches Gutachten mittels immunzytochemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, • Zellblock	insgesamt € 118,90

Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 514,20

verrechenbar.

5.4. Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren

5.4.1 Diagnostik - Pro Fall sind folgende Höchstsätze verrechenbar:	01.02.2025 bis 31.01.2026
Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie	€ 610,80
Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR	€ 881,70
Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR	€ 984,50
5.4.2 Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar:	01.02.2025 bis 31.01.2026
Herz/Thorax	€ 155,40
Ultraschall	€ 155,40
Konventionelle Radiologie	€ 268,60
Computertomographie	€ 383,50
Magnetresonanz	€ 511,30
Diagnostische Angiographie	€ 524,00
Densitometrie nach DEXA-Methode	€ 87,70
CT im Rahmen eines PET (50 % des CT-Einzelpreises)	€ 191,80
MR im Rahmen eines PET (50 % des MR-Einzelpreises)	€ 255,70

5.5. Institut für Nuklearmedizin

	01.02.2024 bis 31.01.2025
a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall	€ 92,60
b) Schilddrüsenonographie und/oder Densitometrie nach DEXA-Methode pro Behandlungsfall	€ 260,50
c) Szintigraphien pro Behandlungsfall	€ 917,40
d) PET pro Behandlungsfall	€ 1 026,40

Werden – in Fortführung der bisherigen Regelung – bei einem Behandlungsfall zwei oder mehrere Leistungen aus den oben genannten Positionen (a bis d) erbracht, ist die Position mit dem höchsten Betrag verrechenbar. Eine additive/kumulative Verrechnung der Positionen ist nicht möglich.

6. **Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin**6.1. Anästhesie für Leistungen aus dem Operationsgruppenschema

Das Honorar für Anästhesieleistungen (Vollnarkosen, Regionalanästhesien, Sedoanalgesien) beträgt 29,18 % des verrechenbaren OP-Honorars, wobei sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung zur Anwendung gelangen.

6.2. Anästhesie für Leistungen, die nicht im Operationsgruppenschema enthalten sind

Das Honorar für die Anästhesieleistungen beträgt 29,18 % der OP-Gruppe II.

6.3. Vollnarkose, Regionalanästhesie und Sedoanalgesie sind pro durchgehendem Narkosezeitraum jeweils nicht additiv verrechenbar.

6.4. Anästhesie bei Entbindung

Das Honorar für Anästhesien für unter B 3.1 und B 3.4 (Entbindung) definierte Leistungen wird in Höhe von 29,18 % der Entbindungspauschale gemäß B 3.1 (Entbindung) vergütet.

Werden Honorare gemäß B 6.1 (Anästhesie OP-Gruppenschema) bis B 6.4 (Anästhesie Entbindungen) verrechnet, ist kein weiteres Honorar (ausgenommen B 7. (Intensivbehandlungen)) verrechenbar.

Wird ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1.1. (Konservatives Honorar) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen (Abschnitt A Allgemeine Regelungen) der Honorarvereinbarung.

Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 6. (Abteilung/Institut für Anästhesie und Intensivmedizin) ist in derartigen Fällen nicht möglich; Leistungen gemäß B 7. (Intensivbehandlungen) sind anstelle des Hauptbehandlerhonorars gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar.

7. Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungsstationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004)

7.1. 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.

7.2. Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 263,70

verrechenbar.

Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Punkt A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen)) und für die Punkte A 4. (Transferierung) bis

A 6. (Verlegungen) – mit Ausnahme von Punkt A 6.1 - kommen nicht zur Anwendung.

- 7.3. Leistungen gemäß B 7.2 sind nicht verrechenbar, wenn durch dieselbe Fachrichtung Leistungen gemäß B 1. (Konservatives Honorar) oder B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) erbracht wurden.
- 7.4. Leistungen gemäß B 6.1 (Anästhesie OP-Gruppenschema) bis B 6.4 (Anästhesie Entbindungen) sind neben Leistungen gemäß B 7.2 verrechenbar.
- 7.5. Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gemäß B 7.2) pro Aufenthalt limitiert.
- 7.6. Für Aufenthalte an behördlich genehmigten Intensivüberwachungseinheiten (IMCU) der Stufe 0 laut LKF-Modell 2004 erfolgt die Honorierung nach dem Schema der konservativen Behandlungsfälle gemäß B 1.1. (Konservatives Honorar).

Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen gemäß A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) zur Anwendung.

Erfolgt die Verlegung an die IMCU innerhalb einer (1) Fachrichtung, so gilt die Behandlung an der IMCU als fortlaufende Behandlung.

8. Abteilungen/Institute für Strahlentherapie

- 8.1. Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen
direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.
- 8.2. Onkologische Strahlentherapie
alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus) je getrennter Region⁴ einmal verrechenbar. Bei Tumoren mit Regionen überschreitendem Wachstum kann nur eine (1) Pauschale gemäß B 8.2.1 bis B 8.2.3 verrechnet werden.

⁴ Als getrennte Regionen werden definiert: Schädeldecke, Stirn, Ohr links, Ohr rechts, Auge links, Auge rechts, Nase, Jochbein, Mund, Kiefer (mandibulär), Hals, linke Schulter plus Axilla, Rechte Schulter plus Axilla, rechte Mamma, linke Mamma, linker Brustkorb, rechter Brustkorb, Rücken, Lumboglutealbereich, Niere links, Niere rechts, Hüfte links, Hüfte rechts, Herz, Lunge, Oberbauch links, Oberbauch rechts, Unterbauch links, Unterbauch rechts, Genitalregion, Oberschenkel links, Oberschenkel rechts, Knie links, Knie rechts, Unterschenkel links, Unterschenkel rechts, Fuß links, Fuß rechts, Oberarm links, Oberarm rechts, Ellbogen links, Ellbogen rechts, Unterarm links, Unterarm rechts, Hand links, Hand rechts

8.2.1. Konventionelle Strahlentherapie am Linearbeschleuniger (2D/3D geplante Bestrahlung)

Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 1 823,80
= Basiswert

verrechenbar.

8.2.2. Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT, VMAT, RapidArc)

Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 2 918,10
= Basiswert x 1,6

verrechenbar.

8.2.3. Hypofraktionierte Hochpräzisionsbestrahlung (Stereotaxie)

Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis. Voraussetzungen: Stereotaxie mit online tumorzentrierter image guidance und unmittelbarer Korrektur bei jeder Fraktion. Mindestfraktionsdosis 4 Gy. Für die Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis ist ein Pauschalbetrag von

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 3 282,80
= Basiswert x 1,8

verrechenbar. Für die Radiochirurgie sind damit alle Leistungen aller beteiligten Ärzte abgegolten.

8.2.4. Zuschlag für 3D-Bildsteuerung und/oder für Gating/Tracking

Additiv zu den Honoraren gemäß B 8.2.1, B 8.2.2, B 8.2.3 verrechenbar (Dokumentation):	01.02.2025 bis 31.01.2026
3D-Bildsteuerung • image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), • ExacTrac, • oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT)) und/oder Gating/Tracking	€ 365,30

8.2.5. Brachytherapie

ist gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar. Die Brachytherapie ist nur additiv zu Teletherapie gemäß B 8.2.1, B 8.2.2 und B 8.2.3 verrechenbar, wenn die Brachytherapie im Rahmen eines eigenen Aufenthaltes erfolgt.

8.3. Kombinierte Strahlen-Chemotherapie

8.3.1. Von einem Behandler durchgeführt

es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B 8.2.1 bis B 8.2.5 50 % der Honorare gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), maximal jedoch drei (3) Behandlungstage gemäß B 1.2.1 zu 50 % verrechenbar.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 445,40

8.3.2. Von zwei (2) Behandlern verschiedener Fachgruppen durchgeführt

es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B 8.2.1 bis B 8.2.5 die Honorare gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) verrechenbar.

8.4. Auslösend für Honorarlegung

- Dokumentiertes Erstgespräch mit dem Abteilungsleiter/behandelndem FA für Radioonkologie (Indikation, Aufklärung, Planung); auch wenn ambulant geführt, kein stationärer Aufenthalt erforderlich
- Anspruch auf Pauschale mit Durchführung der 1. Bestrahlung
- Fälligkeit des Honorars bei dokumentiertem Abschluss der Behandlung (Arztbrief).

C Sonderregelungen

1. Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur

1.1 Honorare

- 1.1.1 Honorar für die Kataraktoperation an einem Auge gemäß OP Gruppe IV (siehe auch C 1.3)

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 1 842,60

- 1.1.2 Für zusätzliche Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus über 1 Dioptrien können 75 % einer OP-Gruppe III verrechnet werden.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 829,20

- 1.1.3 Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar)

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 245,60

- 1.2 Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 175 % des Honorars gemäß C 1.1.1 (Honorar für Kataraktoperationen) verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100 % der Beträge gemäß C 1.1.1 (Honorar für Kataraktoperationen) und C 1.1.3 (Anästhesiehonorar) verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind gemäß B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an zwei (2) Augen als zwei (2) Operationsgruppen gilt.
- 1.3 Mit den Honoraren gemäß C 1.1 (Honorar für Kataraktoperationen) und C 1.2 sind - unabhängig von der Verweildauer - alle diese Vereinbarung umfassenden ärztlichen Leistungen abgegolten (Hauptbehandlerhonorare gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) und B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle), Konsilien und Physikalische Medizin gemäß B 4. (Klinische Konsiliaruntersuchungen), Diagnostik gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.), etc.).
- 1.4 Sofern neben der Behandlung gemäß C 1. (Kataraktoperation mit Linsenimplantation und anfälliger Astigmatismuskorrektur) weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären

Behandlung gemäß 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet C 1.3 keine Anwendung.

- 1.5 Wird eine Kataraktoperation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie (Glaskörperentfernung teilweise oder komplett) und/oder Re-Vitrektomie (Glaskörperrestentfernung) und/oder Entfernung einer Kunstlinse aus dem hinteren Glaskörperraum inkl. aller Zusatzeingriffe ausgenommen Katarakt-OP) durchgeführt, so ist unter Bedachtnahme auf die maximale Verrechenbarkeit chirurgischer Eingriffe das Honorar gemäß C 1.1.1 (Honorar für Kataraktoperation) und C 1.1.3 (Anästhesiehonorar) nach B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) verrechenbar.
- 1.6 Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gemäß A 4. (Transferierung), A 5. (Wiederaufnahmen), A 6. (Verlegungen) und A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, außer der Katarakthonorare zur Anwendung. Die Beträge gemäß C 1.1 (Honorare) sind demnach in vollem Ausmaß verrechenbar.

2. Diagnostischer Herzkatheter

- 2.1 In Fällen, die präoperativ mittels Herzkatheter abgeklärt werden müssen, bzw. in jenen Fällen, bei denen sich aufgrund der Herzkatheteruntersuchung die Indikation zur Operation ergibt, ist zusätzlich für die Diagnostik mittels Herzkatheter 100 % der OP-Gruppe V verrechenbar.
- 2.2 Die Folgeeingriffe sind gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) abrechenbar, wobei die Herzkatheteruntersuchung im selben Aufenthalt oder innerhalb von 14 Tagen verrechnungstechnisch unberücksichtigt bleibt.

3. Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren

- 3.1 Irreversible permanente Facettendeneravierung nach jeder Methode
Mit dem Honorar der OP Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.
- 3.2 Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation
Mit dem Honorar der OP Gruppe II (V 203) sind alle Leistungen (auch Mehrfachinterventionen) aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.
- 3.3 Der Abrechnung ist der OP Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.
- 3.4 Sofern neben den Behandlungen gemäß C 3.1 (Irreversible permanente Facettendeneravierung) und C 3.2 (Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation) weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß C 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, finden C 3.1 (Irreversible permanente Facettendeneravierung) und C 3.2 (Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation) als Pauschalen keine Anwendung.

- 3.5 Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.
- 3.6 Die Abrechnungsmodalitäten stationär notwendiger konservativer orthopädischer Schmerztherapien werden zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart.

4. Coloskopie

4.1 Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange

- 4.1.1 Honorar für eine elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange in Höhe von 95 % einer OP-Gruppe I.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 437,70

- 4.1.2 Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar).

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 130,60

- 4.1.3 Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 48,30

- 4.1.4 Mit den Beträgen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) sind – unabhängig von der Verweildauer – sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.

4.2 Coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge

- 4.2.1 Honorar für eine Coloskopie mit Polypektomie eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge (tunlichst Fotodokumentation von Polyp und Abtragungsstelle sowie Histologie) in Höhe der OP-Gruppe IV.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 1 842,60

- 4.2.2 Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar).

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 241,20

- 4.2.3 Honorar für eine Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie in Höhe von 10 % der OP-Gruppe IV.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 184,30

- 4.2.4 Für elektive Aufnahmen zur Durchführung von coloskopischen Polypektomien mit Schlinge sind mit den Beträgen gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomien) – unabhängig von der Verweildauer – sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.
- 4.3 Die Leistungen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) und C 4.2 (Coloskopische Polypektomien) sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomien).
- 4.4 Sofern neben der Behandlung gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gemäß A 3.2 (Akutaufnahme) handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) keine Anwendung.

Es gilt:

- 4.4.1 Die Abrechnung einer diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision erfolgt gemäß B 4. (Klinische Konsiliaruntersuchungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.
- 4.4.2 Die Abrechnung einer Coloskopie mit Polypektomie eines oder mehrerer Polypen mit Zange (tunlichst Fotodokumentation und Histologie) erfolgt in Höhe einer OP Gruppe I gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.
- 4.4.3 Werden in einem Aufenthalt Leistungen gemäß C 4.4.1 oder C 4.4.2 neben Leistungen gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomien) erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomien).
- 4.5 Klarstellung: Auch die Bestimmungen gemäß A 4. (Transferierung), A 5. (Wiederaufnahmen), A 6. (Verlegungen) und A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, ausgenommen die Coloskopiehonore gemäß C 4.1 und C 4.2, zur Anwendung. Die Beträge gemäß C 4.1 und C 4.2 sind demnach in vollem Ausmaß verrechenbar.
- 4.6 Die OP-Position Y 302 Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) einer oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl. Fotodokumentation mit Übersichtsbild* und Histologie) – Ösophagus, *Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum – findet im Zusammenhang mit Coloskopien keine Anwendung.

5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor

Verrechenbar sind ausschließlich Behandlungen/Untersuchungen in ortsgebundenen (fixe apparative Ausstattung) Schlaflaboreinrichtungen unter Angabe der Zimmernummer – somit sind Behandlungen/Untersuchungen mittels mobiler (nicht ortsgebundener) Schlaflaboreinrichtungen von der Verrechenbarkeit ausgenommen.

- 5.1 Für Diagnostik und Therapie (unabhängig von Behandlungsdauer und ev. mehrmaliger Aufnahme) ist ein Pauschalbetrag (inkludiert Diagnostik und Konsilien) in der Höhe von 70 % des konservativen Honorars für 1 Tag gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) verrechenbar.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 568,80

- 5.2 Für die Aufnahme zur CPAP–Ersteinstellung ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von 50 % des konservativen Honorars für ein (1) Tag gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) verrechenbar.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 406,30

- 5.3 Für die erste Nachkontrolle, die nach 2-6 Monaten durchgeführt wird, ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von 50 % des konservativen Honorars für ein (1) Tag gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) verrechenbar.

01.02.2025 bis 31.01.2026
€ 406,30

- 5.4 Bei Durchführung der Punkte C 5.1 und C 5.2 in einem Aufenthalt sind die Beträge gemäß C 5.1 und C 5.2 additiv verrechenbar.

- 5.5 Insgesamt sind daher für komplett überwachte Polysomnographien
- mit CPAP maximal die Summe der Beträge gemäß C 5.1, C 5.2 und C 5.3
 - ohne CPAP maximal der Betrag gemäß C 5.1 verrechenbar.

- 5.6 Eine Verrechnung ist überdies nur möglich, wenn die notwendigen spezifischen Voruntersuchungen ambulant erfolgt sind.

- 5.7 Pro Patient ist eine weitere Schlaflabordiagnostik/ -therapie nur bei wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes verrechenbar.

6. Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin

Für Aufenthalte bis zu 24 Stunden ist ein Honorar in Höhe eines Konsiliums mit invasiver Sonderleistung verrechenbar.

Bei anschließender operativer oder konservativer Behandlung an einer anderen Abteilung erfolgt keine Anrechnung des Honorars der Notfallmedizin.

Bei längerer Verweildauer an der Universitätsklinik für Notfallmedizin erfolgt die Honorierung gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle).

7. Kardioversion

Für eine externe oder intrakardial durchgeführte Kardioversion ist das konservative Honorar bzw. ein invasives Konsilium nachfolgenden Regelungen verrechenbar:

- Die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vom Hauptbehandler auf der eigenen Abteilung durchgeführte Kardioversion ist im konservativen Hauptbehandlungshonorar inkludiert.
- Ist der Grund für eine Erst- bzw Wiederaufnahme ausschließlich die Kardioversion, kann der Hauptbehandler ein invasives Konsilium verrechnen. Ist dabei auch eine transösophageale Echokardiographie medizinisch indiziert, ist ein (1) weiteres invasives Konsilium verrechenbar
- Wenn die Kardioversion bei gleicher Diagnose nicht vom Hauptbehandler (Internisten), sondern von einem anderen Facharzt (Internisten) durchgeführt wird, ist zu Lasten des Hauptbehandlers ein invasives Konsilium verrechenbar.
- Wenn es sich um verschiedene Krankheitsgeschehen (z.B.: gastrointestinale Aufnahmediagnose) handelt, ist ein invasives Konsilium additiv verrechenbar.

8. Intensivblutbank

Im Rahmen der bestehenden Honorarvereinbarung können für Leistungen der Intensivblutbank folgende Honorare verrechnet werden:

- Für autologe Knochenmarksentnahme/Stammzellapherese - das Konsiliarhonorar für höchstens drei (3) invasive Konsilien und zusätzlich Blutgruppenserologie.
- Für Leucapherese bzw. Plasmapherese/Plasmaaustausch - das Konsiliarhonorar für höchstens drei (3) Konsilien und zusätzlich Blutgruppenserologie.

9. Blepharochalasis (I319)

In Abweichung zum OP-Schema 2025 Vers. 1.0. kann für die Operation der Blepharochalasis an beiden Augen (Pos. I 319) in einem Aufenthalt die Operation des zweiten Auges zu 50 % verrechnet werden.

10. Krankenhauszusammenlegungen

Im Fall von Krankenhauszusammenlegungen oder anderen strukturellen Änderungen, die die Zahlungen der privaten Krankenversicherungen verändern würden, werden die entsprechenden Beträge (wie z.B. Labor, Nuklearmedizin, Pathologie) aufkommensneutral angepasst.

11. Traumazentrum Wien

11.1 Anstelle der Honorare gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.) ist pro

Aufenthalt ein Pauschalbetrag von € 121,50 verrechenbar, sofern zumindest eine (1) radiologische Leistung erbracht wurde. Abweichend von A 4.3.4 ist diese Pauschale auch bei Transferierungen zu 100 % verrechenbar.

11.2 Folgende Punkte dieser Vereinbarung sind auf das Traumazentrum Wien nicht anwendbar:

- A 4.3.7 (Transferierung Entbindungspauschale),
- B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumorthherapie),
- B 3. (Entbindung),
- B 4.4 (Neugeborenenuntersuchung),
- B 4.5 (Physikalische Medizin),
- B 6.4 (Anästhesie Entbindung),
- B 8. (Abteilung/Institute für Strahlentherapie).

Von den Sonderregelungen gemäß C 1. (Kataraktoperation mit Linsenimplantat und anfälliger Astigmatismuskorrektur) bis C 10. (Krankenhauszusammenlegungen) kommt nur C 3. (Infiltrationsbehandlungen) zur Anwendung.

12. Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)

12.1 Null-Tagesaufenthalt auf einer ZNA-Station

12.1.1 Aufnahme und Entlassung am selben Tag ohne Transferierung oder Verlegung

Für stationär ersetzende Behandlungen ist ein Honorar in Höhe eines (1) klinischen Konsiliums verrechenbar.

12.1.2 Aufnahme auf einer ZNA und Verlegung auf eine andere Abteilung derselben Krankenanstalt noch am Aufnahmetag

Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe eines (1) invasiven Konsiliums mit Anrechnung auf die Höchstanzahl der Konsilien gemäß B 4.3 (Maximale Verrechenbarkeit) verrechenbar.

12.1.3 Aufnahme und Transferierung von der ZNA in eine andere Krankenanstalt noch am Aufnahmetag

Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe eines (1) invasiven Konsiliums von der abgebenden Krankenanstalt verrechenbar; bei der aufnehmenden KA kommen die Kürzungen gemäß der Transferbestimmungen nicht zur Anwendung.

12.2 Mindestens eine Übernachtung auf einer ZNA-Station

Gem. § 6 Abs 7 Z 4 KAKuG sind dort nur Aufnahmen bis maximal 36 Stunden zulässig.

12.2.1 Aufnahme und Behandlung mit einer (1) Übernachtung auf einer ZNA und anschließender Entlassung

Für die ZNA sind entweder 50 % eines konservativen Honorars für zwei Tage oder bei Behandlungen gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) das jeweilige operative Honorar verrechenbar.

12.2.2 Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Entlassung

Für die ZNA sind entweder ein konservatives Honorar für zwei (2) Tage oder bei Behandlungen gemäß B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) das jeweilige operative Honorar verrechenbar.

12.2.3 Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit einer (1) Übernachtung und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung

Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe eines (1) invasiven Konsiliums verrechenbar (unter Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums auf die Gesamtzahl der verrechenbaren Konsilien gemäß B 4.3 (Maximale Verrechenbarkeit)). Ab dem Verlegungstag erfolgt die Verrechnung als üblicher Abrechnungsfall durch die übernehmende Fachabteilung (mit Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).

12.2.4 Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung

Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe von zwei (2) invasiven Konsilien verrechenbar (unter Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums auf die Gesamtzahl der verrechenbaren Konsilien gemäß B 4.3 (Maximale Verrechenbarkeit)). Ab dem Verlegungstag erfolgt die Verrechnung als üblicher Abrechnungsfall durch die übernehmende Fachabteilung (unter: Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).

12.2.5 Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit ein oder zwei Übernachtungen mit anschließender Transferierung in eine andere Krankenanstalt

Die ZNA wird wie jede andere Fachabteilung bewertet; es gelten daher für beide Aufenthalte die (regulären) Bestimmungen der Honorarvereinbarung und gelangen die Kürzungen der Transferierungsregel gemäß A 4.3 (Transferierungen) für beide Aufenthalte zur Anwendung.

12.3 Für Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin kommt C 6. (Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin) zur Anwendung.

D Gültigkeit

Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.02.2025 (Aufnahmetag) bis 31.01.2026.

Wien, am 17.01.2025

Für die Ärztekammer für Wien

Für den Verband der
Versicherungsunternehmen Österreichs
Sektion Krankenversicherung

Präsident
OMR Dr. Johannes Steinhart

Dr. Peter Eichler MMag.^a Astrid Knitel

Für die Zahnärztekammer

Präsident
Dr. Stephen Weinländer, MBA