

HONORARE Wien

01. September 2018 bis 30. September 2019

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. 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 im Krankenhaus, die erst durch eine unmittelbar vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder durch eine unmittelbar vor der Hospitalisierung erstmals diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird.

Bei diesen Aufnahmen erfolgen die Einweisung und der Transport bzw. die Fahrt ins Krankenhaus unmittelbar im Anschluss an eine ambulante Behandlung bzw. unmittelbar nach Konsultation eines ärztlichen Notdienstes.

Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich auf Grund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Zeitlich planbare Aufnahmen fallen aus abrechnungstechnischer Sicht nicht unter den Begriff „Akutaufnahme“. Aufnahmen, die länger als 24 Stunden im Vorhinein geplant sind, fallen keinesfalls unter den Begriff „Akutaufnahme“.

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 gem. 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 der selben 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 2.5.1) oder um postoperative Nachbehandlung zwischen zwei Krankenanstalten (gemäß B 2.5.2.)

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 gem. Pkt. B.4.2. 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 (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A 7., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B 2.4., etc.) sind anwendbar.

4.3. Bei Transferierung zwischen 2 Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:

4.3.1. Konservative Honorare gemäß B 1.1. und B.1.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar.

4.3.2. Operative Honorare gemäß B.2. 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. bis B.4.4. (Konsilien) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.

4.3.4. Die Honorare gemäß B. 4.5. und B.5. (Labormedizin, Radiologie, Phys. Medizin, Nuklearmedizin und Pathologie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55 % verrechenbar.

4.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A.7. sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

4.3.6. Intensivbehandlungshonorare gem. B. 7.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

4.3.7. Die Entbindungspauschale gem. B.3. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Pkt. B.1. oder B.2. 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 Punkt A 4.3. 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 Bestimmungen gem. Punkt A 4. analog pro Aufenthalt.

5.2. Abweichend zu Punkt A 4.3.3. gilt für die Honorare gem. Punkt B 4.1. bis B 4.4. (Konsilien) bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß

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

Punkt B 4.4. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). 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 Punkt 6.2.

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.).

7.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

Fallen mehrere konservative Behandlungen (gem. Punkt B 1.1. und B.1.2.) 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), insgesamt jedoch maximal vier (4) Eingriffe zu je 90% der entsprechenden OP-Gruppe gem. Punkt B 2.2. 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 gem. Punkt B 2.2. und für jede konservative Fachrichtung 90% des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gem. Pkt. B.1.1. und B.1.2. verrechenbar.

Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gem. Punkt A.7.3. kommen zur Anwendung.

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. oder B 5. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Radiologie, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

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 (gem. Punkt A 8.)

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. pro Behandlungsfall zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar insgesamt maximal zwei (2) Konsilien von Ärzten eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches zum Tarif gem. B 4.1. verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B.4.2. 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			01.09.2018 bis 30.09.2019
1	45,38%	€	647,40
2	53,08%	€	757,20
3	68,46%	€	976,70
4	79,24%	€	1.130,40
5	89,62%	€	1.278,50
6	95,39%	€	1.360,80
7	100,00%	€	1.426,60
8	104,62%	€	1.492,50
9	109,23%	€	1.558,30
10	113,84%	€	1.624,00
11	118,47%	€	1.690,10
12	123,08%	€	1.755,90
13	127,70%	€	1.821,80
14	132,00%	€	1.883,10

Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 28,00

verrechenbar.

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

1.2.1. Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von € 236,50 verrechenbar.

1.2.2. Die Fächer Radiologie gem. Pkt. B 5.4., Labor gem. Pkt. B 5.1, Blutgruppenserologie gem. Pkt. B 5.2., Nuklearmedizin gem. Pkt. B 5.5., Pathologie gem. Pkt. B 5.3. und Physikalische Medizin gem. Pkt. B 4.5. 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 bei Tumortherapie) abgerechnet werden, nicht zur Anwendung.

1.3. Mit den Honoraren gemäß B 1. 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 2006 Vers.5.1. (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 den selben 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 gem. Punkt B 1. abrechenbar.

2.2. Operatives Honorar

				01.09.2018 bis 30.09.2019
OP-Gruppe	I	25%	€	372,40
OP-Gruppe	II	39%	€	580,90
OP-Gruppe	III	62%	€	923,50
OP-Gruppe	IV	100%	€	1.489,50
OP-Gruppe	V	119%	€	1.772,50
OP-Gruppe	VI	139%	€	2.070,40
OP-Gruppe	VII	196%	€	2.919,40
OP-Gruppe	VIII	270%	€	4.021,65

2.3. Operationsgruppenschema

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

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

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

Eine vom Operateur selber vorgenommen Regionalanästhesie (Leistungs- oder Plexusanästhesie) kleiner Körperteile (z.B. Hand) ist in Höhe des doppelten Satzes eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1. 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 72% verrechenbar. Werden bei einem Behandlungsfall mehr als eine chirurgische Fachrichtung tätig, liegt definitionsgemäß eine interdisziplinäre Behandlung vor und es gelangt Punkt A 7.3. zur Anwendung.

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

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 zu einem Jahr) kann eine Höherreihung um eine Operationsgruppe erfolgen. Bei Durchführung einer OP Gruppe VIII kann ein Zuschlag in Höhe von 12,5% 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 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 7,5 % Zuschlag (€ 1.905,40) 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 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 Pkt. A.4.3.7.

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

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 104,00

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

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 312,00

4.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Behandlungsfall sowie bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt gem. Punkt A 5.2. höchstens 3 Konsilien aus B 4.1. und B 4.2. verrechenbar.

4.3.1. Für Ärzte desselben internistischen Additiv- bzw. Sonderfachs ist pro Tag maximal ein (1) Konsilium gemäß B.4.1. oder B.4.2. verrechenbar. Ausgenommen davon sind nicht geplante Konsiliarleistungen, die aufgrund eines akuten Ereignisses erforderlich werden.

4.4. Neugeborenenuntersuchung

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

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 208,10

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:
€ 243,50

4.5.2. Für weitere durch einen Facharzt für Physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistung pro Tag maximal ein Betrag in Höhe von
€ 99,00

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 **€ 471,80** verrechenbar.

Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von **€ 99,00**.

5. Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten (Labor, Blutgruppenserologie, Pathologie, Nuklearmedizin, 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. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bilden, sofern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife.

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

5.1. Zentrallabor

5.1.1. Gruppe A (gemäß Fußnote)³:

bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall **€ 290,40**

Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den Gebieten:

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

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.

³ Als Krankenanstalten der Gruppe A gelten das AKH Wien, das KH Hietzing, das KH Wilhelminenspital, das SMZ Ost Wien, SMZ Süd - Kaiser Franz Josef-Spital mit Preyer'schem Kinderspital, die KA Rudolfstiftung, das Otto Wagner Spital, das Hanusch Krankenhaus sowie das Krankenhaus Nord.
C:\Users\Felke-Mangi\Desktop\SKL Verhandlungen 2018 - Final-Versionen\Anlage I - HonVB - Sept 2018 - Sept 2019 - 30 08 2018.docx

5.1.2. Gruppe B: Für alle nicht unter Punkt 5.1.1. (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall **€ 201,10**

5.2. Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit **€ 72,10** verrechenbar.

5.3. Zentralpathologie

5.3.1. Histopathologische Untersuchungen

		01.09.2018 bis 30.09.2019
Gruppe I	histologisches Gutachten alle Untersuchungen außer in II und III angeführt	je € 162,50
Gruppe II	histologisches Gutachten Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt	je € 233,50
Gruppe III	histologisches Gutachten <ul style="list-style-type: none"> • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittunter- suchung • Schnittstufen bei Portio (inkl. Konus) und Prostatapräparaten • Immunhistochemie, Molekularpa- thologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatu- moren 	je € 385,90

Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.

5.3.2. Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen

	01.09.2018 bis 30.09.2019
bakteriologisches Gutachten 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 € 203,20

5.3.3. Zytodiagnostische Untersuchungen

	01.09.2018 bis 30.09.2019
Zytodiagnostisches Gutachten gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzytochemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock	insgesamt € 96,40

Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von **€ 416,40** verrechenbar.

5.4. Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren:

	01.09.2018 bis 30.09.2019
5.4.1. Diagnostik - Pro Fall sind folgende Höchstsätze verrechenbar	
Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie	€ 494,60
Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR	€ 714,00
Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B1.2. bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR	€ 797,20
5.4.2. Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar:	
Herz/Thorax	€ 125,90
Ultraschall	€ 125,90
Konventionelle Radiologie	€ 217,40
Computertomographie	€ 310,50
Magnetresonanz	€ 414,00
Diagnostische Angiographie	€ 424,30
Densitometrie nach DEXA-Methode	€ 71,10
CT im Rahmen eines PET (50% des CT-Einzelpreises)	€ 155,30
MR im Rahmen eines PET (50% des MR-Einzelpreises)	€ 207,00

5.5 Institut für Nuklearmedizin

	01.09.2018 bis 30.09.2019
a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall	€ 75,00
b) Schilddrüsenonographie und/oder Densitometrie nach Dexa-Methode pro Behandlungsfall	€ 210,90
c) Szintigraphien pro Behandlungsfall	€ 742,80
d) PET pro Behandlungsfall	€ 831,20

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.

Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Abschnitt B Pkt. 1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß a), b), c), d) ist in derartigen Fällen 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 28,6% 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 28,6% 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. definierte Leistungen wird in Höhe von 28,6% der für den Geburtshelfer verrechenbaren Honorare vergütet.

Bei unvorhergesehenem Umstieg von nicht operativer Entbindung auf operative Entbindung ist die peripartale Schmerzbehandlung mittels Epiduralkatheter zusätzlich zum Anästhesiehonorar verrechenbar, sofern das Setzen des Katheters in einem zeitlichen Abstand von mindestens 6 Stunden vor der operativen Entbindung erfolgt. Im Falle eines Umstiegs auf eine operative Entbindung begründet eine mehrmalige Medikamentenverabreichung bei liegendem Katheter kein zusätzliches Anästhesiehonorar.

6.5. Leistungen aus dem Operationsgruppenschema

6.5.1. Werden für den Behandlungsfall durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin neben Leistungen gemäß B 6.1. bis B 6.4. auch Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so sind für den Fachbereich Anästhesiologie und Intensivmedizin insgesamt maximal 2 Leistungen verrechenbar, wobei die höher bewertete Leistung zu 100% und die zweite Leistung zu 50% verrechenbar ist. Mehrere Anästhesieleistungen bei einem durchgehenden Narkosezeitraum werden als eine (1) Leistung gewertet.

6.5.2. Werden für den Behandlungsfall durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin mehrere Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so gilt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B 2.4. Weitere Leistungen durch den

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sind gemäß B 2.7. nicht verrechenbar (ausgenommen Sonderregelung Lokalanästhesie durch den Operateur).

6.5.3. Wird durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ein Fall operativ abgerechnet (d.h. eine operative Leistung wurde erbracht), so kann zusätzlich keine Intensivbehandlung mehr verrechnet werden.

6.6. Konsilien

Sofern für einen Behandlungsfall keine Leistungen gemäß B 6.1. bis B 6.5. und B 7. erbracht werden bzw. ausschließlich eine standby-Funktion geleistet wird, sind klinische Konsiliaruntersuchungen gemäß B 4. 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

01.09.2018 bis 30.09.2019

€ 210,10

verrechenbar. Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Punkt A 7.) und für die Punkte A 4. bis A 6. – 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. oder B 2. erbracht wurden.

7.4. Leistungen gemäß B 6.1. bis B 6.4 sind neben Leistungen gemäß B 7.2. verrechenbar.

7.5. Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gem. 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.

Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen gemäß A. 7. 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. max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.

8.2. Onkologische Strahlentherapie: alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten je getrennter Region* einmal verrechenbar. Bei Tumoren mit regionenüberschreitendem Wachstum kann einmal eine Pauschale gemäß B.8.2.1. bis B.8.2.3 verrechnet werden.

8.2.1. Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung:

2D/3D geplante Bestrahlung am Linearbeschleuniger (Definition gemäß LKF Katalog 2016). Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von € 1.453,00 verrechenbar.

= Basiswert

8.2.2. Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT):

Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik (IMRT, Definition gemäß LKF Katalog 2016) am Linearbeschleuniger

Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am

Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von € 2.325,00 verrechenbar.

= Basiswert x 1,6

8.2.3. Hypofraktionierte Hochpräzisionsbestrahlung (Stereotaxie)

Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis. Voraussetzungen: Stereotaxie durch Externes Koordinatensystem mittels IGRT oder Rahmen, IORT am Linearbeschleuniger mit Elektronen, Mindestfraktionsdosis 4 Gy Für die Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis ist ein Pauschalbetrag von € 2.615,00 verrechenbar.

= Basiswert x 1,8

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 8.2.1., 8.2.2., 8.2.3. ist ein Betrag in Höhe von € 291,00 verrechenbar (Dokumentation).

8.2.5. Brachytherapie ist gemäß Punkt B 2. (operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar. Brachytherapie ist nicht additiv zu Teletherapie gemäß 8.2.1., 8.2.2. und 8.2.3. verrechenbar.

8.3. Kombinierte Strahlen-Chemotherapie

8.3.1. Von einem Behandler durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß 8.2.1 bis 8.2.5. 50% der Honorare gemäß Punkt B.1.2., maximal

jedoch € 355,00 verrechenbar.

8.3.2 Von 2 Behandlern verschiedener Fachgruppen durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß Punkt 8.2.1. bis 8.2.5. die Honorare gemäß Punkt B.1.2. verrechenbar.

*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

8.4. 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

1.1. Honorare

1.1.1. Honorar für die Operation an einem Auge gemäß OP Gruppe IV (siehe auch Pkt. C.1.3.) **€ 1.489,50**

1.1.2. Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) **€ 195,00**

1.2. Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 172% des Honorars gem. Pkt. C.1.1.1. verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100 % der Beträge gem. Pkt. C.1.1.1. und C.1.1.2. verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind laut Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4. der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an 2 Augen als 2 Operationsgruppen gilt.

1.3. Mit den Honoraren gem. C. 1.1.1. bzw. C.1.2. sind mit Ausnahme des Anästhesiehonorars gem. Pkt. C. 1.1.2. - unabhängig von der Verweildauer - alle diese Vereinbarung umfassenden ärztlichen Leistungen abgegolten (Hauptbehandlerhonorare gem. B.1. und B.2, Konsilien und Physikalische Medizin gem. B. 4, Diagnostik gem. B.5., etc).

1.4. Sofern neben der Behandlung gem. C.1. weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt C.1.3. keine Anwendung.

1.5. In Abweichung zu Punkt C.1.3 kann in maximal 15% der Fälle pro Jahr für Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus über 0,75 Dioptrien ein Betrag in Höhe einer OP III (Position A 315) im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechnet werden.

1.6. Wird eine Cataract Operation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie mit Zusatzeingriffen wie z.B. Ablatiooperation Cerclage, Laser, Entfernung von epiretinalen Membranen, Entfernung von Glaskörpertrübungen und -blutungen) durchgeführt, so ist unter Bedachtnahme auf die maximale Verrechenbarkeit chirurgischer Eingriffe das Honorar gem. C. 1.1.1 und C. 1.1.2 nach B. 2.4. Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechenbar.

1.7. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Pkt. A.4. (Transferierung zwischen Krankenanstalten), A.5. (Wiederaufnahmen), A.6. (Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt) und A.7. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, außer der

Katarakthonorare zur Anwendung. Die Beträge gemäß Pkt 1.1. 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 gem. Pkt. B.2. 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 Facettendenerverierung 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 gem. 3.1. und 3.2. weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, finden Pkt. 3.1. und Pkt. 3.2. 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. Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange (gültig für Aufnahmen ab 01.09.2018 bis 30.11.2018)

4.1. Pauschalhonorar

	01.09.2018 bis 30.11.2018
Honorar	€ 427,00

Erfolgt eine entsprechend dokumentierte Anästhesie durch den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin bzw. eine histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie, erhalten die entsprechenden Fachärzte jeweils einen Anteil von 10% des Pauschalhonorars.

4.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. C 4.1. sind coloskopische Polypektomien einer oder mehrere Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP Gruppe IV (Y401 Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum).

4.3. Die Leistungen gem. Punkt C.4.1. und Punkt C.4.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt C.4.2.

4.3. Sofern neben der Behandlung gemäß Pkt. C 4.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gemäß Pkt. A.3.2 handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Pkt. 1.2. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Pkt. 4.1. als Pauschale keine Anwendung.

Die Abrechnung der diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision erfolgt gem. B.4. (Konsiliarleistungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

Die Abrechnung der Coloskopie mit Polypektomie mit Zange erfolgt gem. B.2. mit der Position Y302 (operative Fälle), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

4.5. Mit dem Pauschalbetrag gem. Pkt. C.4.1. sind – unabhängig von der Verweildauer – sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.

4.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gemäß Pkt. A.4., A.5. und A.6. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Pkt. C.4.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4.7. Der unter Pkt C 4.1. vereinbarte Pauschalbetrag versteht sich, ungeachtet eines allfälligen ISB, zweifelsfrei als Honorar für die ärztliche Leistung.

4.8. Die Regelungen gemäß Punkt C. 4. gelten für Aufnahmen bis einschließlich 30.11.2018. Für Aufnahmen ab 01.12.2018 ist zwischen den Vertragspartner eine gesonderte Vereinbarung zu treffen.

5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor

Verrechenbar sind ausschließlich Behandlungen/Untersuchungen in ortsgebundenen (fixe apparative Ausstattung) Schlaflabor-Einrichtungen unter Angabe der Zimmernummer – somit sind Behandlungen/Untersuchungen mittels mobiler (nicht ortsgebundener) Schlaflabor-Einrichtungen 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

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 453,20

(70 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar.

5.2. Für die Aufnahme zur CPAP–Ersteinstellung ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von.

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 323,70

(50 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar

5.3. Für die erste Nachkontrolle, die nach 2-6 Monaten durchgeführt wird, ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von

01.09.2018 bis 30.09.2019
€ 323,70

(50 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar.

5.4. Bei Durchführung der Punkte C 5.1. und C 5.2. in einem Aufenthalt sind die Beträge gemäß Punkt 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 Punkt C 5.1., C 5.2. und C.5.3.
- ohne CPAP maximal der Betrag gemäß Punkt 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 Änderungen 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.

7. Für eine externe oder intrakardial durchgeführte **Kardioversion** ist das konservative Honorar bzw. ein invasives Konsilium nach folgenden 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. Im Rahmen der bestehenden Honorarvereinbarung können für Leistungen der **Intensivblutbank** folgende Honorare verrechnet werden:

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

9. In Abweichung zum OP Schema 2006 Vers. 5.1. 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.

D Gültigkeit

Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.09. 2018 (Aufnahmetag) bis 30.09.2019. Für den Zeitraum 01.04.2018 bis 31.8.2018 gelten die Bestimmungen der bisherigen Honorarvereinbarung.

Wien, am 30.08.2018

Für die Ärztekammer für Wien

Für den Verband der
Versicherungsunternehmen
Österreichs
Sektion Krankenversicherung

Präsident
ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Dr. Peter Eichler MMag. Astrid Knitel

Für die Zahnärztekammer

Präsident
MR DDr. Claudius Ratschew