

Punkt	Bezeichnung original	HONORARE Wien 01. Februar 2025 bis 31. Jänner 2026	Finaler Punkt	Finale Bezeichnung	HONORARE Wien 01. Februar 2026 bis 31. Jänner 2027	Änderung	wenn Änderungen	Erklärungstext
						Anpassung Zeitraum		Zeitraum angepasst
A	Allgemeine Regelungen		A	Allgemeine Regelungen				
A.1	Honorare		A.1	Honorare				
A.1.1	Die Honorare sind so festgesetzt, dass sie auch im Fall von schwierigen und intensiven Behandlungen zu einer angemessenen Honorierung führen.		A.1.1	Die Honorare sind so festgesetzt, dass sie auch im Fall von schwierigen und intensiven Behandlungen zu einer angemessenen Honorierung führen.				
A.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.		A.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.				
A.2	Bettenführende Abteilung Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein Konsiliarfacharzt die Hauptverantwortung übernimmt, ist dieser anstelle des bettenführenden Abteilungsvorstandes honorarberechtigt.		A.2	Bettenführende Abteilung Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein Konsiliarfacharzt die Hauptverantwortung übernimmt, ist dieser anstelle des bettenführenden Abteilungsvorstandes honorarberechtigt.				
A.3	Definitionen		A.3	Definitionen				
A.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.		A.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.				
A.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.		A.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.				
A.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 Aufnahmezeitpunkt nicht zu diesen 14 Tagen mitgerechnet werden. Somit fällt jede Wiederaufnahme ab dem 15. Tag nach dem Entlassungstag nicht in diese Definition.		A.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 Aufnahmezeitpunkt nicht zu diesen 14 Tagen mitgerechnet werden. Somit fällt jede Wiederaufnahme ab dem 15. Tag nach dem Entlassungstag nicht in diese Definition.				
A.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).		A.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).				
A.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.		A.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.				
A.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 (Postoperative Nachbehandlung)) 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 Konsiliarität übersteigt.		A.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 (Postoperative Nachbehandlung)) 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 Konsiliarität übersteigt.				
A.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.		A.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.				
A.4	Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)		A.4	Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)				
A.4.1	Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Transferiertag 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.		A.4.1	Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Transferiertag 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.				
A.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.		A.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.				
A.4.3	Bei Transferierung zwischen zwei Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:		A.4.3	Bei Transferierung zwischen zwei Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:				
A.4.3.1	Konservative Honorare gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) sind je durchführender Krankenanstalt zu 90 % verrechenbar.		A.4.3.1	Konservative Honorare gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) sind je durchführender Krankenanstalt zu 90 % verrechenbar.				
A.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 Operatorhonorar.		A.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 Operatorhonorar.				
A.4.3.3	Die Honorare gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) bis B 4.4 (Neugeborenenuntersuchung) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.		A.4.3.3	Die Honorare gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) bis B 4.4 (Neugeborenenuntersuchung) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.				
A.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.		A.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.				
A.4.3.5	Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.		A.4.3.5	Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen) sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.				
A.4.3.6	Intensivbehandlungshonorare gemäß B 7.2 sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.		A.4.3.6	Intensivbehandlungshonorare gemäß B 7.2 sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.				
A.4.3.7	Pauschalierter Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzweites 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.		A.4.3.7	Pauschalierter Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzweites 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.				
A.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.		A.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.				
A.5	Wiederaufnahmen		A.5	Wiederaufnahmen				
A.5.1	Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen ¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien gelten die Bestimmungen gemäß A 4. (Transferierungen) analog pro Aufenthalt.		A.5.1	Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen ¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien gelten die Bestimmungen gemäß A 4. (Transferierungen) analog pro Aufenthalt.				
Fußzeile zu A.5.1	¹ Der Zeitraum wird zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag gerechnet, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet.		Fußzeile zu A.5.1	¹ Der Zeitraum wird zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag gerechnet, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet.				
A.5.2	Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten nicht als Akutaufnahme.		A.5.2	Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten nicht als Akutaufnahme.				
A.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.		A.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.				
A.6	Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt		A.6	Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt				
A.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.		A.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.				
A.6.2	Die Verrechnung erfolgt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. alle dafür relevanten Bestimmungen dieser Vereinbarung kommen zur Anwendung.		A.6.2	Die Verrechnung erfolgt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. alle dafür relevanten Bestimmungen dieser Vereinbarung kommen zur Anwendung.				
A.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).		A.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).				
A.7	Interdisziplinäre Behandlungen		A.7	Interdisziplinäre Behandlungen				
A.7.1	Allgemeines		A.7.1	Allgemeines				
A.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.		A.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.				
A.7.1.2	Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.		A.7.1.2	Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.				
A.7.1.3	Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B 2.5 (Postoperative Nachbehandlung)).		A.7.1.3	Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B 2.5 (Postoperative Nachbehandlung)).				
A.7.2	Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen Fallen mehrere konservative Behandlungen (gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) und B 1.2 (Mehrzweites 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 der konservative Behandlung der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.		A.7.2	Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen Fallen mehrere konservative Behandlungen (gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar)) 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 der konservative Behandlung der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.	Textänderung	Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen. Fallen mehrere konservative Behandlungen (gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar)) und B 1.2 (Mehrzweites 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 der konservative Behandlung der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.	Klarstellung	
A.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 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.		A.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 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.				

A 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.	A 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.			
A 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.	A 7.5	Operative und/oder konservative Behandlungen gemeinsam mit pauschalierten Leistungen Fallen bei einem Behandlungsfall Leistungen gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) 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.	Textänderung	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.	Klarstellung
A 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).	A 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).			
A 9.	Konsiliarleistungen	A 9.	Konsiliarleistungen			
A 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.	A 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, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.			
A 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.	A 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.			
A 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.	A 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.			
A 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 Aufnahmeaufnahme vorliegt. Weitere Konsilien von Ärzten mit internistischem Sonderfach gehen zu Lasten des Hauptbehandlers.	A 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 Aufnahmeaufnahme vorliegt. Weitere Konsilien von Ärzten mit internistischem Sonderfach gehen zu Lasten des Hauptbehandlers.			
A 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 Aufnahmeaufnahme sonst zuzurechnen wäre, so reduziert sich das operative bzw. konservative Honorar des Arztes für Allgemeinmedizin um diese Konsiliarhonorare.	A 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 Aufnahmeaufnahme sonst zuzurechnen wäre, so reduziert sich das operative bzw. konservative Honorar des Arztes für Allgemeinmedizin um diese Konsiliarhonorare.			
B	B Honorare	B	B Honorare			
B 1.	Konservative Behandlungsfälle	B 1.	Konservative Behandlungsfälle			
B 1.1	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 % € 1.707,00 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 01.01.2026 bis 31.01.2026 € 35,20 verrechenbar.	B 1.1	Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen: Tage 01.02.2026 bis 31.01.2027 1 45,38 % € 836,10 2 53,08 % € 977,90 3 68,46 % € 1.261,30 4 79,24 % € 1.459,90 5 89,62 % € 1.651,20 6 95,39 % € 1.757,50 7 100,00 % € 1.842,40 8 104,62 % € 1.927,50 9 109,23 % € 2.012,50 10 113,84 % € 2.097,40 11 118,47 % € 2.182,70 12 123,08 % € 2.267,60 13 127,70 % € 2.352,70 14 132,00 % € 2.432,00 Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag 01.01.2026 bis 31.01.2027 € 36,20 verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Konservatives Honorar. Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen: Tage 01.02.2026 bis 31.01.2027 1 45,38 % € 812,50 836,10 2 53,08 % € 950,40 977,90 3 68,46 % € 1.225,80 1.261,30 4 79,24 % € 1.418,80 1.459,90 5 89,62 % € 1.604,60 1.651,20 6 95,39 % € 1.707,00 1.757,50 7 100,00 % € 1.790,50 1.842,40 8 104,62 % € 1.873,20 1.927,50 9 109,23 % € 1.955,80 2.012,50 10 113,84 % € 2.038,30 2.097,40 11 118,47 % € 2.121,20 2.182,70 12 123,08 % € 2.203,70 2.267,60 13 127,70 % € 2.286,50 2.352,70 14 132,00 % € 2.363,50 2.432,00 Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag 01.01.2026 bis 31.01.2027 € 35,20 36,20 verrechenbar.	Valorisierung um 2,9%
B 1.2	Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und onkologische i.v. Antikörper-Therapie)	B 1.2	Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und onkologische i.v. Antikörper-Therapie)			
B 1.2.1	Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 296,90 verrechenbar.	B 1.2.1	Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 305,50 verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 305,50 verrechenbar.	Valorisierung um 2,9%
B 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.	B 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.	Textänderung	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.	fehlende Klammer
B 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.	B 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.			
B 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.	B 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.			
B 2.	Operative/interventionelle Behandlungsfälle	B 2.	Operative/interventionelle Behandlungsfälle			
B 2.1	Allgemeines	B 2.1	Allgemeines			
B 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 entsprechende analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogleistungen 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.	B 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. Analogleistungen 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.			
B 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 mitzuführenden 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.	B 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 mitzuführenden 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.			

B 2.2	<p>Operatives Honorar</p> <p>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</p>	B 2.2	<p>Operatives Honorar</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 OP-Gruppe I 25 % € 474,00 OP-Gruppe II 40 % € 752,90 OP-Gruppe III 60 % € 1.137,60 OP-Gruppe IV 100 % € 1.896,00 OP-Gruppe V 121 % € 2.297,60 OP-Gruppe VI 142 % € 2.683,60 OP-Gruppe VII 201 % € 3.820,10 OP-Gruppe VIII 281 % € 5.336,10</p>	Anpassung Zeitraum & Beträge	<p>Operatives Honorar</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 OP-Gruppe I 25 % € 460,70 474,00 OP-Gruppe II 40 % € 731,70 752,90 OP-Gruppe III 60 % € 1.105,60 1.137,60 OP-Gruppe IV 100 % € 1.842,60 1.896,00 OP-Gruppe V 121 % € 2.232,90 2.297,60 OP-Gruppe VI 142 % € 2.608,00 2.683,60 OP-Gruppe VII 201 % € 3.712,50 3.820,10 OP-Gruppe VIII 281 % € 5.185,80 5.336,10</p>	Valorisierung um 2,9%
B 2.3	<p>Operationsgruppenschema</p> <p>Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema gemäß Anlage II.</p> <p>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 Ärzteausbildungsordnung zur Durchführung berechtigt sind.</p> <p>Eine vom Operateur selber vorgenommene Lokalanästhesie ist in Höhe eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechenbar.</p> <p>Tropf- und Sprayanästhesien sowie Gelee und Einlagen getränkter Watte-bäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.</p> <p>Eine vom Operateur selber vorgenommene 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.</p>	B 2.3	<p>Operationsgruppenschema</p> <p>Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema gemäß Anlage II.</p> <p>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 Ärzteausbildungsordnung zur Durchführung berechtigt sind.</p> <p>Eine vom Operateur selber vorgenommene Lokalanästhesie ist in Höhe eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechenbar.</p> <p>Tropf- und Sprayanästhesien sowie Gelee und Einlagen getränkter Watte-bäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.</p> <p>Eine vom Operateur selber vorgenommene 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.</p>			
B 2.4	<p>Mehrfach – Operationsgruppenregelung</p> <p>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.</p>	B 2.4	<p>Mehrfach – Operationsgruppenregelung</p> <p>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.</p>			
B 2.5	<p>Postoperative (auch postinterventionelle) Nachbehandlung (Definition gemäß A 3.6 (Postoperative Nachbehandlung))</p> <p>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.</p>	B 2.5	<p>Postoperative (auch postinterventionelle) Nachbehandlung (Definition gemäß A 3.6 (Postoperative Nachbehandlung))</p> <p>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.</p>			
B 2.6	Bei Säuglingen (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) kann ein Zuschlag in Höhe von 30 % verrechnet werden.	B 2.6	Bei Säuglingen und Kleinkindern (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) kann ein Zuschlag in Höhe von 30 % verrechnet werden.	Textänderung	Bei Säuglingen und Kleinkindern (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) kann ein Zuschlag in Höhe von 30 % verrechnet werden.	Präzisierung Fachbegriff
B 2.7	Mit den Honoraren gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) sind Leistungen aller nach B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) ebenfalls abgegolten.	B 2.7	Mit den Honoraren gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) sind Leistungen aller nach B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B 2.1 (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) ebenfalls abgegolten.			
B 3.	Entbindung	B 3.	Entbindung			
B 3.1	Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Zange, Sectio, Vakuum, etc.) inkl. Dammnah 1. und 2. Grades und/oder Episiotomie und/oder Cervixriß ist eine Pauschale in Höhe von OP-Gruppe V plus 8,5 % Zuschlag (€ 2.422,50) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.	B 3.1	Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Zange, Sectio, Vakuum, etc.) inkl. Dammnah 1. und 2. Grades und/oder Episiotomie und/oder Cervixriß ist eine Pauschale in Höhe von OP-Gruppe V plus 8,5 % Zuschlag (€ 2.492,90) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.	Textänderung & Anpassung Betrag	Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Zange, Sectio, Vakuum, etc.) inkl. Dammnah 1. und 2. Grades und/oder Episiotomie und/oder Cervixriß ist eine Pauschale in Höhe von OP-Gruppe V plus 8,5 % Zuschlag (€ 2.422,50 2.492,90) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.	Einheitliche Schreibweise Valorisierung um 2,9%
B 3.2	Durch die Pauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Abteilung abgegolten.	B 3.2	Durch die Pauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Abteilung abgegolten.			
B 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.	B 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.			
B 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.	B 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.			
B 4.	Klinische Konsiliaruntersuchungen	B 4.	Klinische Konsiliaruntersuchungen			
B 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	B 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 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 134,40	Anpassung Zeitraum & Beträge	Klinische Konsilien Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen durch Ärzte, die nicht an der Abteilung tätig sind, an der der Patient untergebracht ist, beträgt 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 130,60 134,40	Valorisierung um 2,9%
B 4.2	Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastrosko pie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 391,60	B 4.2	Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastrosko pie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 403,00	Anpassung Zeitraum & Beträge	Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastrosko pie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 391,60 403,00	Valorisierung um 2,9%
B 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.	B 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.			
B 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.	B 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.			
B 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.	B 4.4	Neugeborenenuntersuchung Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Honorar von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 268,70 verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Neugeborenenuntersuchung Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Honorar von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 261,10 268,70 verrechenbar.	Valorisierung um 2,9%
B 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.	B 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.			
B 4.5.1	Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 301,40	B 4.5.1	Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 310,10	Anpassung Zeitraum & Beträge	Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 301,40 310,10	Valorisierung um 2,9%
B 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	B 4.5.2	Für weitere durch einen Facharzt für Physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistung pro Tag maximal ein Betrag in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 126,10	Anpassung Zeitraum & Beträge	Für weitere durch einen Facharzt für Physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistung pro Tag maximal ein Betrag in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 122,50 126,10	Valorisierung um 2,9%
B 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.	B 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 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 600,90 verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 584,00 600,90 verrechenbar.	Valorisierung um 2,9%
B 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	B 4.5.4	Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 126,10	Anpassung Zeitraum & Beträge	Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 122,50 126,10	Valorisierung um 2,9%
B 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.	B 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.			

<p>B 5. Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie Die Leistungen der Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten – „nbI“ (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.</p> <p>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) der Honorarvereinbarung.</p> <p>Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) ist in derartigen Fällen nicht möglich.</p> <p>Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:</p>	<p>B 5. Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie Die Leistungen der Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten – „nbI“ (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.</p> <p>Wird ein entsprechender Facharzt als einziger 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.</p> <p>Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) ist in derartigen Fällen nicht möglich.</p> <p>Bei einem interdisziplinären Behandlungsfall gemäß A 7. sind bei der Durchführung von OP-Gruppen I und II durch einen Radiologen zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 90 % und bei der Durchführung von OP-Gruppen III bis VIII durch einen Radiologen zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 75 % verrechenbar. In Fällen gemäß A 4.3 (Transferierung) sowie A 5.1 (Wiederaufnahme) ist der entsprechend reduzierte Betrag für diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 55 % verrechenbar.</p> <p>Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:</p>	<p>Textänderung</p> <p>Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie Die Leistungen der Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten – „nbI“ (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.</p> <p>Wird ein entsprechender Facharzt als einziger 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.</p> <p>Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) ist in derartigen Fällen nicht möglich.</p> <p>Bei einem interdisziplinären Behandlungsfall gemäß A 7. sind bei der Durchführung von OP-Gruppen I und II durch einen Radiologen zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 90 % und bei der Durchführung von OP-Gruppen III bis VIII durch einen Radiologen zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 75 % verrechenbar. In Fällen gemäß A 4.3 (Transferierung) sowie A 5.1 (Wiederaufnahme) ist der entsprechend reduzierte Betrag für diagnostische Leistungen gemäß B 5.4 zu 55 % verrechenbar.</p> <p>Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:</p>	<p>In Kraft für Aufnahmen ab 01.10.2025.</p> <p>Nun ist es möglich, dass die Fachgruppe Radiologie bei interdisziplinären Fällen zusätzlich die Diagnostik verrechnen kann:</p> <p>OP-Gruppen I und II zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen zu 90 %</p> <p>OP-Gruppen III bis VIII zusätzlich erbrachte diagnostische Leistungen zu 75 % verrechenbar.</p> <p>Bei Transferierungen sowie Wiederaufnahmen ist der entsprechend reduzierte Betrag für diagnostische Leistungen zu 55 % verrechenbar.</p>
<p>Fußzeile zu B 5.</p> <p>² Als maßvolle Relation wird ein Zielwert von 16 % dieser Fächer (nbI) 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.</p>	<p>Fußzeile zu B 5.</p> <p>² Als maßvolle Relation wird ein Zielwert von 16 % dieser Fächer (nbI) 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.</p>		
<p>B 5.1 Zentrallabor</p> <p>B 5.1.1 Gruppe A (gemäß Fußnote)³ bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2025 bis 31.01.2026 € 326,50</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten:</p> <p>a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organ Diagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunerologie</p>	<p>B 5.1 Zentrallabor</p> <p>B 5.1.1 Gruppe A (gemäß Fußnote)³ bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 336,00</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten:</p> <p>a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organ Diagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunerologie</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Gruppe A (gemäß Fußnote)³ bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 326,50 336,00</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten:</p> <p>a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organ Diagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunerologie</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.1.2 Gruppe B: Für alle nicht unter B 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2025 bis 31.01.2026 € 226,00</p>	<p>B 5.1.2 Gruppe B: Für alle nicht unter B 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 232,60</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Gruppe B: Für alle nicht unter B 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 226,00 232,60</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.2 Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit</p> <p>01.02.2025 bis 31.01.2026 € 81,10 verrechenbar.</p>	<p>B 5.2 Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 83,50 verrechenbar.</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 € 81,10 83,50 verrechenbar.</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.3 Zentralpathologie</p> <p>B 5.3.1 Histopathologische Untersuchungen</p> <p>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 Gruppe III histologisches Gutachten • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Porto (inkl. Konus) und Prostatapreparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren je € 476,50</p> <p>Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.</p>	<p>B 5.3 Zentralpathologie</p> <p>B 5.3.1 Histopathologische Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 Gruppe I histologisches Gutachten alle Untersuchungen außer in II und III angeführt je € 206,40 Gruppe II histologisches Gutachten Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt je € 296,80 Gruppe III histologisches Gutachten • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Porto (inkl. Konus) und Prostatapreparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren je € 490,30</p> <p>Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Histopathologische Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 Gruppe I histologisches Gutachten alle Untersuchungen außer in II und III angeführt je € 200,60 206,40 Gruppe II histologisches Gutachten Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt je € 288,40 296,80 Gruppe III histologisches Gutachten • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Porto (inkl. Konus) und Prostatapreparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren je € 476,50 490,30</p> <p>Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>Fußzeile zu B 5.1.1</p> <p>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 Hansch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.</p>	<p>Fußzeile zu B 5.1.1</p> <p>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 Hansch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.</p>	<p>Textänderung</p> <p>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 Ottakring mit Standort Penzing, das Hansch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.</p>	<p>Zusammenführung Klinik Ottakring und Klinik Penzing 2025</p>
<p>B 5.3.2 Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen</p> <p>01.02.2025 - 31.01.2026 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 Antibiogramm merstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung insgesamt € 251,00</p>	<p>B 5.3.2 Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 - 31.01.2027 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 Antibiogramm merstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung insgesamt € 258,30</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 - 31.01.2027 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 Antibiogramm merstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung insgesamt € 251,00 258,30</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.3.3 Zytodiagnostische Untersuchungen</p> <p>01.02.2025 bis 31.01.2026 Zytodiagnostisches Gutachten gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzyto chemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock insgesamt € 118,90</p> <p>Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 514,10 verrechenbar.</p>	<p>B 5.3.3 Zytodiagnostische Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 Zytodiagnostisches Gutachten gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzyto chemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock insgesamt € 122,30</p> <p>Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 529,10 verrechenbar.</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Zytodiagnostische Untersuchungen</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 Zytodiagnostisches Gutachten gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzyto chemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock insgesamt € 118,90 122,30</p> <p>Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 514,10 529,10 verrechenbar.</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.4 Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren</p> <p>B 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</p>	<p>B 5.4 Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren</p> <p>B 5.4.1 Diagnostik - Pro Fall sind folgende Höchstsätze verrechenbar: 01.02.2026 bis 31.01.2027 Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie € 628,50 Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR € 907,30 Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR € 1.013,10</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Diagnostik - Pro Fall sind folgende Höchstsätze verrechenbar: 01.02.2026 bis 31.01.2027 Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie € 610,80 628,50 Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR € 881,70 907,30 Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR € 984,50 1.013,10</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 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 Magnetresonananz € 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</p>	<p>B 5.4.2 Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar: 01.02.2026 bis 31.01.2027 Herz/Thorax € 159,90 Ultraschall € 159,90 Konventionelle Radiologie € 276,40 Computertomographie € 394,60 Magnetresonananz € 526,10 Diagnostische Angiographie € 539,20 Densitometrie nach DEXA-Methode € 90,20 CT im Rahmen eines PET (50% des CT-Einzelpreises) € 197,40 MR im Rahmen eines PET (50% des MR-Einzelpreises) € 263,10</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar: 01.02.2026 bis 31.01.2027 Herz/Thorax € 155,40 159,90 Ultraschall € 155,40 159,90 Konventionelle Radiologie € 268,60 276,40 Computertomographie € 383,50 394,60 Magnetresonananz € 511,30 526,10 Diagnostische Angiographie € 524,00 539,20 Densitometrie nach DEXA-Methode € 87,70 90,20 CT im Rahmen eines PET (50% des CT-Einzelpreises) € 191,80 197,40 MR im Rahmen eines PET (50% des MR-Einzelpreises) € 255,70 263,10</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 5.5 Institut für Nuklearmedizin</p> <p>01.02.2025 bis 31.01.2026 a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 92,60 b) Schilddrüsenonziographie und/oder Densitometrie nach DEXA-Methode pro Behandlungsfall € 260,50 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 917,40 d) PET pro Behandlungsfall € 1.026,40</p> <p>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.</p>	<p>B 5.5 Institut für Nuklearmedizin</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 95,30 b) Schilddrüsenonziographie und/oder Densitometrie nach DEXA-Methode pro Behandlungsfall € 268,10 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 944,00 d) PET pro Behandlungsfall € 1.056,20</p> <p>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.</p>	<p>Anpassung Zeitraum & Beträge</p> <p>Institut für Nuklearmedizin</p> <p>01.02.2026 bis 31.01.2027 a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 92,60 95,30 b) Schilddrüsenonziographie und/oder Densitometrie nach DEXA-Methode pro Behandlungsfall € 260,50 268,10 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 917,40 944,00 d) PET pro Behandlungsfall € 1.026,40 1.056,20</p> <p>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.</p>	<p>Valorisierung um 2,9%</p>
<p>B 6. Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin</p> <p>B 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.</p>	<p>B 6. Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin</p> <p>B 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.</p>		

B 6.2	Anästhesie für Leistungen, die nicht im Operationsgruppenschema enthalten sind. Das Honorar für die Anästhesieleistungen beträgt 29,18 % der OP-Gruppe II.	B 6.2	Anästhesie für Leistungen, die nicht im Operationsgruppenschema enthalten sind. Das Honorar für die Anästhesieleistungen beträgt 29,18 % der OP-Gruppe II.		
B 6.3	Vollnarkose, Regionalanästhesie und Sedoanalgesie sind pro durchgehendem Narkosezeitraum jeweils nicht additiv verrechenbar.	B 6.3	Vollnarkose, Regionalanästhesie und Sedoanalgesie sind pro durchgehendem Narkosezeitraum jeweils nicht additiv verrechenbar.		
B 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.	B 6.4	Anästhesie bei Entbindung Das Honorar für Anästhesien für unter B 3.1 (Entbindung) und B 3.4 (Entbindung) definierte Leistungen wird in Höhe von 29,18 % der Entbindungspauschale gemäß B 3.1 (Entbindung) vergütet.	Aufteilung in B 6.4 und B 6.5	
		B 6.5	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. (Konservatives Honorar) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) 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. (Konservatives Honorar) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar.	Aufteilung in B 6.4 und B 6.5	
B 7.	Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungs stationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004)	B 7.	Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungs stationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004)		
B 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.	B 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.		
B 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 Be-handlungen (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.	B 7.2	Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 271,30 verrechenbar. Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Be-handlungen (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.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 263,70 271,30 verrechenbar. Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Be-handlungen (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.
B 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.	B 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.		
B 7.4	Leistungen gemäß B 6.1 (Anästhesie OP-Gruppenschema) bis B 6.4 (Anästhesie Entbindungen) sind neben Leistungen gemäß B 7.2 verrechenbar.	B 7.4	Leistungen gemäß B 6.1 (Anästhesie OP-Gruppenschema) bis B 6.4 (Anästhesie Entbindungen) sind neben Leistungen gemäß B 7.2 verrechenbar.		
B 7.5	Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gemäß B 7.2) pro Aufenthalt limitiert.	B 7.5	Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gemäß B 7.2) pro Aufenthalt limitiert.		
B 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. (Konservatives Honorar). Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungsgemäß 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.	B 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. (Konservatives Honorar). Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungsgemäß 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.		
B 8.	Abteilungen/Institute für Strahlentherapie	B 8.	Abteilungen/Institute für Strahlentherapie		
B 8.1	Strahlentherapie gültiger Erkrankungen direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.	B 8.1	Strahlentherapie gültiger Erkrankungen direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.		
B 8.2	Onkologische Strahlentherapie alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus) je getrennter Region 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. Fußnote 4 zu B 8.2 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, Lumbogebietbereich, 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.	B 8.2	Onkologische Strahlentherapie alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus) je getrennter Region ¹ 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.		
B 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.	B 8.2.1	Konventionelle Strahlentherapie am Linearbeschleuniger (2D/3D geplante Bestrahlung) Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 1.876,70 = Basiswert verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Konventionelle Strahlentherapie am Linearbeschleuniger (2D/3D geplante Bestrahlung) Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 1.823,80 1.876,70 = Basiswert verrechenbar.
B 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.	B 8.2.2	Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT, VMAT, RapidArc) Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 3.002,70 = Basiswert x 1,6 verrechenbar.	Anpassung Zeitraum & Beträge	Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT, VMAT, RapidArc) Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 2.918,10 3.002,70 = Basiswert x 1,6 verrechenbar.
B 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.	B 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 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 3.378,10 = Basiswert x 1,8 verrechenbar. Für die Radiochirurgie sind damit alle Leistungen aller beteiligten Ärzte abgegolten.	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 3.282,80 3.378,10 = Basiswert x 1,8 verrechenbar. Für die Radiochirurgie sind damit alle Leistungen aller beteiligten Ärzte abgegolten.
B 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 € 365,30 3D-Bildsteuerung +image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), +ExacTrac, +oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT) und/oder Gating/Tracking	B 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): 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 375,90 3D-Bildsteuerung +image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), +ExacTrac, +oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT) und/oder Gating/Tracking	Anpassung Zeitraum & Beträge	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): 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 365,30 375,90 3D-Bildsteuerung +image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), +ExacTrac, +oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT) und/oder Gating/Tracking
B 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.	B 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.		
B 8.3	Kombinierte Strahlen-Chemotherapie	B 8.3	Kombinierte Strahlen-Chemotherapie		
B 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 (Mehrzelliges Behandlungskonzept), maximal jedoch drei (3) Behandlungstage gemäß B 1.2.1 zu 50 % verrechenbar. 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 445,40	B 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 (Mehrzelliges Behandlungskonzept), maximal jedoch drei (3) Behandlungstage gemäß B 1.2.1 zu 50 % verrechenbar. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 458,30	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 (Mehrzelliges Behandlungskonzept), maximal jedoch drei (3) Behandlungstage gemäß B 1.2.1 zu 50 % verrechenbar. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 445,40 458,30
B 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 (Mehrzelliges Behandlungskonzept) verrechenbar.	B 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 (Mehrzelliges Behandlungskonzept) verrechenbar.		
B 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)	B 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	C	Sonderregelungen		
C 1.	Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur	C 1.	Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur		
C 1.1	Honorare	C 1.1	Honorare		
C 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	C 1.1.1	Honorar für die Kataraktoperation an einem Auge gemäß OP-Gruppe IV (siehe auch C 1.3) 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 1.896,00	Textänderung & Anpassung Zeitraum & Betrag	Honorar für die Kataraktoperation an einem Auge gemäß OP-Gruppe IV (siehe auch C 1.3) 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 1.842,60 1.896,00
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 853,20	Anpassung Zeitraum & Beträge	Für zusätzliche Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus über 1 Dioptrien können 75 % einer OP-Gruppe III verrechnet werden. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 829,20 853,20

C 1.1.3	Anästhesieonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 245,60	C 1.1.3	Anästhesieonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 252,70	Anpassung Zeitraum & Beträge	Anästhesieonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) 01.02.2025 bis 31.01.2027 € 245,60 252,70	Valorisierung um 2,9%
C 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 (Anästhesieonorar) 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.	C 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 (Anästhesieonorar) 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.			
C 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 Pathologie etc.), etc.).	C 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.).			
C 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.	C 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.			
C 1.5	Wird eine Kataraktoperation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie (Glaskörperentfernung teilweise oder komplett) und/oder Re-Vitrektomie (Glaskörperentfernung) 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, und C.1.1.3 (Honorare) nach B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) verrechenbar.	C 1.5	Wird eine Kataraktoperation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie (Glaskörperentfernung teilweise oder komplett) und/oder Re-Vitrektomie (Glaskörperentfernung) 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, und C.1.1.3 (Honorare) nach B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) verrechenbar.			
C 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 Kataraktoperation zur Anwendung. Die Beträge gemäß C 1.1 (Honorare) sind demnach in vollem Ausmaß verrechenbar.	C 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 Kataraktoperation zur Anwendung. Die Beträge gemäß C 1.1 (Honorare) sind demnach in vollem Ausmaß verrechenbar.			
C 2. Diagnostischer Herzkatheter		C 2. Diagnostischer Herzkatheter				
C 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.	C 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.			
C 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.	C 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.			
C 3. Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren		C 3. Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren				
C 3.1	Irreversible permanente Facettendenerverung nach jeder Methode Mit dem Honorar der OP-Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.	C 3.1	Irreversible permanente Facettendenerverung nach jeder Methode Mit dem Honorar der OP-Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.	Textänderung	Irreversible permanente Facettendenerverung nach jeder Methode Mit dem Honorar der OP-Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.	Einheitliche Schreibweise
C 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.	C 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.	Textänderung	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.	Einheitliche Schreibweise
C 3.3	Der Abrechnung ist der OP-Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.	C 3.3	Der Abrechnung ist der OP-Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.	Textänderung	Der Abrechnung ist der OP-Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.	Einheitliche Schreibweise
C 3.4	Sofern neben den Behandlungen gemäß C 3.1 (Irreversible permanente Facettendenerverung) 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 Facettendenerverung) und C 3.2 (Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation) als Pauschalen keine Anwendung.	C 3.4	Sofern neben den Behandlungen gemäß C 3.1 (Irreversible permanente Facettendenerverung) 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 Facettendenerverung) und C 3.2 (Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation) als Pauschalen keine Anwendung.			
C 3.5	Facettengelenkinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.	C 3.5	Facettengelenkinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.			
C 3.6	Die Abrechnungsmodalitäten stationär notwendiger konservativer orthopädischer Schmerztherapien werden zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart.	C 3.6	Die Abrechnungsmodalitäten stationär notwendiger konservativer orthopädischer Schmerztherapien werden zwischen den Vertragspartnern gesondert vereinbart.			
C 4. Coloskopie		C 4. Coloskopie				
C 4.1	Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange	C 4.1	Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange			
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 450,30	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 31.01.2027 € 437,70 450,30	Valorisierung um 2,9%
C 4.1.2	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar). 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 130,60	C 4.1.2	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar). 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 134,40	Anpassung Zeitraum & Beträge	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar). 01.02.2025 bis 31.01.2027 € 130,60 134,40	Valorisierung um 2,9%
C 4.1.3	Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 48,30	C 4.1.3	Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 49,70	Anpassung Zeitraum & Beträge	Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie 01.02.2025 bis 31.01.2027 € 48,30 49,70	Valorisierung um 2,9%
C 4.1.4	Mit den Beträgen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.	C 4.1.4	Mit den Beträgen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) sind - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.			
C 4.2	Coloskopische Polypektomie eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge	C 4.2	Coloskopische Polypektomie eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge			
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 1.896,00	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 31.01.2027 € 1.842,60 1.896,00	Valorisierung um 2,9%
C 4.2.2	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmed. z. verrechenbar). 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 241,20	C 4.2.2	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmed. z. verrechenbar). 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 248,20	Anpassung Zeitraum & Beträge	Anästhesieonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmed. z. verrechenbar). 01.02.2025 bis 31.01.2027 € 241,20 248,20	Valorisierung um 2,9%
C 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	C 4.2.3	Honorar für eine Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie in Höhe von 10 % der OP-Gruppe IV. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 189,60	Anpassung Zeitraum & Beträge	Honorar für eine Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie in Höhe von 10 % der OP-Gruppe IV. 01.02.2025 bis 31.01.2027 € 184,30 189,60	Valorisierung um 2,9%
C 4.2.4	Für elektive Aufnahmen zur Durchführung von coloskopischen Polypektomien mit Schlinge sind mit den Beträgen gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie) - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.	C 4.2.4	Für elektive Aufnahmen zur Durchführung von coloskopischen Polypektomien mit Schlinge sind mit den Beträgen gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie) - unabhängig von der Verweildauer - sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.			
C 4.3	4.3Die Leistungen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) und C 4.2 (Coloskopische Polypektomie) sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie).	C 4.3	4.3Die Leistungen gemäß C 4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) und C 4.2 (Coloskopische Polypektomie) sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie).			
C 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. <u>Es gilt:</u>	C 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. <u>Es gilt:</u>			
C 4.4.1	Die Abrechnung einer diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision erfolgt gemäß B 4, (Klinische Konsiliaruntersuchungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.	C 4.4.1	Die Abrechnung einer diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexcision erfolgt gemäß B 4, (Klinische Konsiliaruntersuchungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.			
C 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.	C 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.	Textänderung	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.	Einheitliche Schreibweise
C 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 Polypektomie) erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie).	C 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 Polypektomie) erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C 4.2 (Coloskopische Polypektomie).			
C 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 Coloskopieonorare 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.	C 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 Coloskopieonorare 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.			
C 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.	C 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.			
C 5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor		C 5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor				
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 585,30	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 31.01.2027 € 568,80 585,30	Valorisierung um 2,9%
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 418,10	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 31.01.2027 € 406,30 418,10	Valorisierung um 2,9%
C 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	C 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. 01.02.2026 bis 31.01.2027 € 418,10	Anpassung Zeitraum & Beträge	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 31.01.2027 € 406,30 418,10	Valorisierung um 2,9%
C 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.	C 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.			
C 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.	C 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.			
C 5.6	Eine Verrechnung ist überdies nur möglich, wenn die notwendigen spezifischen Voruntersuchungen ambulant erfolgt sind.	C 5.6	Eine Verrechnung ist überdies nur möglich, wenn die notwendigen spezifischen Voruntersuchungen ambulant erfolgt sind.			
C 5.7	Pro Patient ist eine weitere Schlafabordiagnostik/-therapie nur bei wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes verrechenbar.	C 5.7	Pro Patient ist eine weitere Schlafabordiagnostik/-therapie nur bei wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes verrechenbar.			

C 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).	C 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).		
C 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.	C 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.		
C 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.	C 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.		
C 9.	Blepharochalasis (B19) In Abweichung zum OP-Schema 2025 Vers. 1.0. (Anlage II) kann für die Operation der Blepharochalasis an beiden Augen (Pos. I 319) in einem Aufenthalt die Operation des zweiten Auges zu 50 % verrechnet werden.	C 9.	Blepharochalasis (I 319) In Abweichung zum OP-Schema 2025 Vers. 1.0. (Anlage II) kann für die Operation der Blepharochalasis an beiden Augen (Pos. I 319) in einem Aufenthalt die Operation des zweiten Auges zu 50 % verrechnet werden.		
C 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.	C 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.		
C 11.	Traumazentrum Wien 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.	C 11.	Traumazentrum Wien Anstelle der Honorare gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.) ist pro Aufenthalt ein Pauschalbetrag von € 125,00 verrechenbar, sofern zumindest eine (1) radiologische Leistung erbracht wurde. Abweichend von A 4.3.4 ist diese Pauschale auch bei Transferierungen zu 100 % verrechenbar.	Anpassung Betrag	Anstelle der Honorare gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.) ist pro Aufenthalt ein Pauschalbetrag von € 121,50 125,00 verrechenbar, sofern zumindest eine (1) radiologische Leistung erbracht wurde. Abweichend von A 4.3.4 ist diese Pauschale auch bei Transferierungen zu 100 % verrechenbar.
C 11.2	Folgende Punkte dieser Vereinbarung sind auf das Traumazentrum Wien nicht anwendbar: • A 4.3.7 (Transferierung Entbindungspauschale), • B 1.2 (mehrzeiliges Behandlungskonzept bei Tumortherapie), • 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.	C 11.2	Folgende Punkte dieser Vereinbarung sind auf das Traumazentrum Wien nicht anwendbar: • A 4.3.7 (Transferierung Entbindungspauschale), • B 1.2 (mehrzeiliges Behandlungskonzept bei Tumortherapie), • 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.		
C 12.	Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)	C 12.	Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)		
C 12.1	Null-Tagesaufenthalt auf einer ZNA-Station	C 12.1	Null-Tagesaufenthalt auf einer ZNA-Station		
C 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.	C 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.		
C 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.	C 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.		
C 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 abgehenden Krankenanstalt verrechenbar; bei der aufnehmenden KA kommen die Kürzungen gemäß der Transferbestimmungen nicht zur Anwendung.	C 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 abgehenden Krankenanstalt verrechenbar; bei der aufnehmenden KA kommen die Kürzungen gemäß der Transferbestimmungen nicht zur Anwendung.		
C 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.	C 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.		
C 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.	C 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.		
C 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.	C 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.		
C 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).	C 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).		
C 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 (mit Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).	C 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 (mit Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).		
C 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.	C 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.		
C 12.3	Für Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin kommt C 6. (Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin) zur Anwendung.	C 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 Präsident OMR Dr. Johannes Steinhart Für den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs Sektion Krankenversicherung Dr. Peter Eichler MMag.a Astrid Kritel Für die Zahnärztekammer Präsident Dr. Stephen Weinländer, MBA	D	Gültigkeit Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.02.2026 (Aufnahmetag) bis 31.01.2027. Wien, am 01.02.2026 Für die Ärztekammer für Wien Präsident OMR Dr. Johannes Steinhart Für den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs Sektion Krankenversicherung Dr. Peter Eichler MMag.a Astrid Kritel Für die Zahnärztekammer Präsident Dr. Stephen Weinländer, MBA	Anpassung Zeitraum	Gültigkeit Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.02.2026 (Aufnahmetag) bis 31.01.2027. Wien, am 17.01.2025 01.02.2026 Für die Ärztekammer für Wien Präsident OMR Dr. Johannes Steinhart Für den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs Sektion Krankenversicherung Dr. Peter Eichler MMag.a Astrid Kritel Für die Zahnärztekammer Präsident Dr. Stephen Weinländer, MBA