

Punkt	Bezeichnung original	Finaler Punkt	Finale Bezeichnung	Änderung	wenn Änderungen	Erklärungstext
	HONORARE Wien 01. Februar 2023 bis 31. Jänner 2024		HONORARE Wien 01. Februar 2025 bis 31. Jänner 2026	keine Änderung		
				Datum		
<b>A</b>	<b>Allgemeine Regelungen</b>	<b>A</b>	<b>Allgemeine Regelungen</b>	keine Änderung		
<b>A.1.</b>	<b>Honorare</b>	<b>A.1.</b>	<b>Honorare</b>	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
<b>A.2.</b>	<b>Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein Konsiliarfacharzt die Hauptverantwortung übernimmt, ist dieser anstelle des bettenführenden Abteilungsvorstandes honorarberechtigt.</b>	<b>A.2.</b>	<b>Bettenführende Abteilung</b> Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein Konsiliarfacharzt die Hauptverantwortung übernimmt, ist dieser anstelle des bettenführenden Abteilungsvorstandes honorarberechtigt.	Titel hinzugefügt		
<b>A.3.</b>	<b>Definitionen</b>	<b>A.3.</b>	<b>Definitionen</b>	keine Änderung		
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.	Formatierung		
A.3.2	Akutaufnahme Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus, die erst durch eine unmittelbar vor der Aufnahme im Krankenhaus in Erscheinung getretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich ist und unmittelbar vor der Hospitalisierung erstmals diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes erforderlich wird. Bei diesen Aufnahmen erfolgen die Einweisung und der Transport bzw. die Fahrt ins Krankenhaus unmittelbar im Anschluss an eine ambulante Behandlung bzw. unmittelbar nach Konsultation eines ärztlichen Notdienstes. Die Akutaufnahme erfolgt ausschließlich auf Grund der medizinischen Notwendigkeit und ist unabhängig von der Tageszeit. Zeitlich planbare Aufnahmen fallen aus abrechnungstechnischer Sicht nicht unter den Begriff „Akutaufnahme“. Aufnahmen, die länger als 24 Stunden im Vorhinein geplant sind, fallen keinesfalls unter den Begriff „Akutaufnahme“.	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.	Formatierung, Textänderung	Akutaufnahme Unter Akutaufnahme versteht man eine stationäre Aufnahme <b>im Krankenhaus in der Krankenanstalt</b> , die <b>erst</b> durch eine unmittelbar vor der Aufnahme <b>im Krankenhaus in der Krankenanstalt</b> in Erscheinung getretene oder <b>erstmalig diagnostizierte</b> Verschlechterung des Gesundheitszustandes <b>oder durch eine unmittelbar vor der Hospitalisierung erstmals diagnostizierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes</b> erforderlich wird. <b>Bei diesen Aufnahmen erfolgen die Einweisung und der Transport bzw. die Fahrt ins Krankenhaus unmittelbar im Anschluss an eine ambulante Behandlung bzw. unmittelbar nach Konsultation eines ärztlichen Notdienstes.</b> <b>Zeitlich planbare Aufnahmen fallen aus abrechnungstechnischer Sicht nicht unter den Begriff „Akutaufnahme“.</b> <b>Aufnahmen, die länger als 24 Stunden im Vorhinein geplant sind, fallen keinesfalls unter den Begriff</b>	Klarstellung
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 gem. A 3.2 (Akutaufnahme) in derselben oder einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien verursacht wird. Gemäß dieser Definition gilt eine Akutaufnahme innerhalb von 14 Tagen nicht als Wiederaufnahme. Der Zeitraum von 14 Tagen wird ermittelt indem der Entlassungstag und der Aufnahmetag nicht zu diesen 14 Tagen mitgerechnet werden. Somit fällt jede Wiederaufnahme ab dem 15. Tag nach dem Entlassungstag nicht in diese Definition.	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 Aufnahmetag nicht zu diesen 14 Tagen mitgerechnet werden. Somit fällt jede Wiederaufnahme ab dem 15. Tag nach dem Entlassungstag nicht in diese Definition.	Formatierung		
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).	Formatierung		
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.	Formatierung		
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 Konsiliaritätigkeit 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 Konsiliaritätigkeit übersteigt.	Formatierung		
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.	Formatierung		
<b>A.4.</b>	<b>Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)</b>	<b>A.4.</b>	<b>Transferierung zwischen Krankenanstalten (innerhalb des Bundeslandes Wien)</b>	keine Änderung		
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 gem. Pkt. B.4.2 verrechenbar. Dies unter der Voraussetzung, dass es sich um eine Akutaufnahme gehandelt hat und kein Rücktransfer in die Krankenanstalt erfolgt.	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.	Formatierung		
A.4.2	Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A 7., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B 2.4, etc.) sind anwendbar.	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.	keine Änderung		
A.4.3	Bei Transferierung zwischen 2 Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:	A.4.3	Bei Transferierung zwischen zwei Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:	Formatierung		
A.4.3.1	Konservative Honorare gemäß B 1.1 und B.1.2 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.	keine Änderung		
A.4.3.2	Operative Honorare gemäß B.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar. Anmerkung: das verrechenbare Anästhesiehonorar bemisst sich am verrechenbaren Operationshonorar.	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 Operationshonorar.	keine Änderung		
A.4.3.3	Die Honorare gemäß B.4.1 bis B.4.4 (Konsilien) 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.	keine Änderung		
A.4.3.4	Die Honorare gemäß B. 4.5 und B.5. (Labormedizin, Radiologie, Phys. Medizin, Nuklearmedizin und Pathologie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55% verrechenbar.	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.	keine Änderung		
A.4.3.5	Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A 7. 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.	keine Änderung		
A.4.3.6	Intensivbehandlungshonorare gem. 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.	Formatierung		
A.4.3.7	Die Entbindungspauschale gem. B.3. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Pkt. B.1. oder B.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 90% verrechenbar.	A.4.3.7	Pauschalierte Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), B 3. (Entbindungspauschale), B 8.2.1 bis B 8.2.4 (Strahlentherapie) und C. (Sonderregelungen) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.  Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) oder B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 90% verrechenbar.	Formatierung, Textänderung	Pauschalierte Leistungen gemäß B 1.2 (mehrzeitiges Behandlungskonzept), B.3. (Entbindungspauschale) B 8.2.1 bis B 8.2.4 (Strahlentherapie) und C. (Sonderregelungen) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.  <b>Die Entbindungspauschale gem. B.3. ist zu 100% verrechenbar.</b> Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Pkt. B.1. oder B.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 90% verrechenbar.	Klarstellung
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 Punkt A 4.3 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.	keine Änderung		
<b>A.5.</b>	<b>Wiederaufnahmen</b>	<b>A.5.</b>	<b>Wiederaufnahmen</b>	keine Änderung		
A.5.1	Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen <sup>1</sup> (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Wien gelten die Bestimmungen gem. Punkt A 4. analog pro Aufenthalt.  <sup>1</sup> Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet.	A.5.1	Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen <sup>1</sup> (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.  <sup>1</sup> Der Zeitraum wird zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag gerechnet, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet.	Formatierung		
A.5.2	Abweichend zu Punkt A 4.3.3 gilt für die Honorare gem. Punkt B 4.1 bis B 4.4 (Konsilien) bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt 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.5.2	Abweichend zu 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.	Formatierung	Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten nicht als Akutaufnahme.	Klarstellung
<b>A.6.</b>	<b>Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt</b>	<b>A.6.</b>	<b>Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt</b>	keine Änderung		
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.	keine Änderung		

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.	keine Änderung		
A.6.3	Erfolgt während des Behandlungsfalles eine Verlegung in oder aus einer Organisationseinheit, für die eine Sondervereinbarung (Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativ-Einheit) gültig ist, kommen für diesen Behandlungsteil die Regelungen dieser Sondervereinbarung zur Anwendung. Für den übrigen Aufenthalt gelten die Regelungen gemäß Punkt 6.2	A.6.3	Erfolgt während des Behandlungsfalles eine Verlegung in oder aus einer 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).	Formatierung		
<b>A.7.</b>	<b>Interdisziplinäre Behandlungen</b>	<b>A.7.</b>	<b>Interdisziplinäre Behandlungen</b>	keine Änderung		
A.7.1	Allgemeines	A.7.1	Allgemeines	keine Änderung		
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 unter verschiedenen 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 unter verschiedenen Fachrichtungen.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
A.7.1.3	Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B 2.5).	A.7.1.3	Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B 2.5 (Postoperative Nachbehandlung)).	keine Änderung		
A.7.2	<u>Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen.</u>  Fallen mehrere konservative Behandlungen (gem. Punkt B 1.1 und B.1.2) an verschiedenen Abteilungen anderer Fachrichtung bzw. von Ärzten mit anderer Fachrichtung bei einem (1) Behandlungsfall an, so ist für jede Fachrichtung ein Honorar von 90% des jeweils individuell verrechenbaren Honorars verrechenbar. Wird bei einem (1) Behandlungsfall der konservative Behandlung der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtbehandlungsdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.	A.7.2	<u>Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen.</u>  Fallen mehrere konservative Behandlungen (gemäß B 1.1 (Konservatives Honorar) und B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept)) an verschiedenen Abteilungen anderer Fachrichtung bzw. von Ärzten mit anderer Fachrichtung bei einem (1) Behandlungsfall an, so ist für jede Fachrichtung ein Honorar von 90% des jeweils individuell verrechenbaren Honorars verrechenbar. Wird bei einem (1) Behandlungsfall der konservative Behandlung der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtbehandlungsdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.	keine Änderung		
A.7.3	<u>Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen.</u>  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 gem. Punkt B 2.2 verrechenbar. D.h. in diesen Fällen tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung (die bei Tätigwerden lediglich einer (1) chirurgischen Fachrichtung zum Tragen kommt) außer Kraft.	A.7.3	<u>Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen.</u>  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.	Textänderung	<u>Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen.</u>  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), <b>insgesamt jedoch maximal vier (4)</b> Eingriffe zu je 90% der entsprechenden OP-Gruppe gemäß <b>Punkt B 2.2</b> verrechenbar. D.h. in diesen Fällen tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung (die bei Tätigwerden lediglich einer (1) chirurgischen Fachrichtung zum Tragen kommt) außer Kraft.	Die Menge an Fachrichtungen wurde aufgehoben. Es können jetzt z.B. 4 Fachgruppen mit je 2 Eingriffen verrechnet werden (Polytrauma).
A.7.4	<u>Operative und konservative Behandlungen.</u>  Fallen bei einem (1) Behandlungsfall mindestens eine (1) operative und mindestens eine (1) konservative Behandlung an, so ist/sind für die operative(n) Behandlung(en) jeweils 90% der jeweiligen OP-Gruppe gem. Punkt B 2.2 und für jede konservative Fachrichtung 90% des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gem. Pkt. B. 1.1 und B.1.2 verrechenbar. Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gem. Punkt A.7.3 kommen zur Anwendung.	A.7.4	<u>Operative und konservative Behandlungen.</u>  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 und B 1.2 verrechenbar. Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gemäß A 7.3 kommen zur Anwendung.	keine Änderung		
		A.7.5	<u>Operative und/oder konservative Behandlungen gemeinsam mit pauschalieren Leistungen</u>  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 pauschalieren Leistungen gemäß B 1.2 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), B 3. (Entbindungspauschale), C (Sonderregelungen) an, so sind die pauschalieren 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.	Ergänzung	<u>Operative und/oder konservative Behandlungen gemeinsam mit pauschalieren Leistungen</u>  Fallen bei einem Behandlungsfall Leistungen gemäß B 1.1, B 1.2 und/oder B 2, gleichzeitig mit pauschalieren Leistungen gemäß B 1.2 (mehrzeitiges Behandlungskonzept), B 3. (Entbindungspauschale), C (Sonderregelungen) an, so sind die pauschalieren Leistungen zu 100% verrechenbar. Die Honorare für Behandlungen gemäß B 1.1, B 1.2 und B 2. unterliegen den Kürzungsregelungen gemäß B 7.1 bis B 7.4.	Klarstellung
<b>A.8.</b>	<b>Additivfächer entsprechend ÄAO 2006</b> 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).	<b>A.8.</b>	<b>Additivfächer entsprechend ÄAO 2006</b> 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).	keine Änderung		
<b>A.9.</b>	<b>Konsiliarleistungen</b>	<b>A.9.</b>	<b>Konsiliarleistungen</b>	keine Änderung		
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 oder nicht zur Untersuchung/Behandlung des die Hospitalisierung begründenden Krankheitsgeschehen zählen, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.	keine Änderung		
A.9.2	Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen gemäß B 4.5 oder B 5. abgeboten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Radiologie, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).	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) abgeboten werden, sind keine Konsilien verrechenbar.	keine Änderung		
A.9.3	<u>Konsilien zulasten des Hauptbehandlers.</u>  Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er hätte durchführen dürfen, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgeboten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.	A.9.3	<u>Konsilien zulasten des Hauptbehandlers.</u>  Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er hätte durchführen dürfen, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgeboten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.	keine Änderung		
A.9.4	<u>Konsilien durch Ärzte eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches (gem. Punkt A 8.)</u>  Ist der Versicherte an einer internen (medizinischen) Abteilung eines Krankenhauses mit mehreren internen (medizinischen) Abteilungen aufgenommen und sind Konsilien durch Ärzte anderer internistischer Additiv- bzw. Sonderfächer notwendig, so können abweichend von Punkt A 8. pro Behandlungsfall zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar insgesamt maximal zwei (2) Konsilien von Ärzten eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches zum Tarif gemäß B 4.1 verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B 4.2 Diese beiden Konsilien aus internistischen Sonderfächern sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn der Hauptbehandler nicht in anderen Behandlungsfällen in den gleichen Sonderfächern selbst als Konsiliararzt tätig wird.  Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen aus dem Gebiet der gastroenterologischen Endoskopie beträgt 100% des Honorars für Konsilien mit einer invasiven Sonderleistung, wenn  a) der Versicherte an einer Abteilung aufgenommen ist, an der diese Untersuchungen nicht durchgeführt werden oder b) von einem Belegarzt aufgenommen wird, der diese Untersuchungen nicht selbst durchführen darf, und c) keine gastrointestinale Aufnahmediagnose vorliegt.  Weitere Konsilien von Ärzten mit internistischem Sonderfach gehen zu Lasten des Hauptbehandlers.	A.9.4	<u>Konsilien durch Ärzte eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches (gemäß A 8. (Additivfächer entsprechend ÄAO 2006))</u>  Ist der Versicherte an einer internen (medizinischen) Abteilung eines Krankenhauses mit mehreren internen (medizinischen) Abteilungen aufgenommen und sind Konsilien durch Ärzte anderer internistischer Additiv- bzw. Sonderfächer notwendig, so können abweichend von Punkt A 8. (Additivfächer entsprechend ÄAO 2006) pro Behandlungsfall zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar insgesamt maximal zwei (2) Konsilien von Ärzten eines anderen internistischen Additiv- bzw. Sonderfaches zum Tarif gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung). Diese beiden Konsilien aus internistischen Sonderfächern sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn der Hauptbehandler nicht in anderen Behandlungsfällen in den gleichen Sonderfächern selbst als Konsiliararzt tätig wird.  Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen aus dem Gebiet der gastroenterologischen Endoskopie beträgt 100% des Honorars für Konsilien mit einer invasiven Sonderleistung, wenn  a) der Versicherte an einer Abteilung aufgenommen ist, an der diese Untersuchungen nicht durchgeführt werden oder b) von einem Belegarzt aufgenommen wird, der diese Untersuchungen nicht selbst durchführen darf, und c) keine gastrointestinale Aufnahmediagnose vorliegt.  Weitere Konsilien von Ärzten mit internistischem Sonderfach gehen zu Lasten des Hauptbehandlers.	Formatierung		
A.9.5	<u>Konsilien bei Aufnahmen durch Allgemeinmediziner</u>  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 abgeboten. Werden diese Konsilien von Fachärzten durchgeführt, zu deren Fachgebiet die Behandlung auf Grund der Aufnahmediagnose sonst zuzurechnen wäre, so reduziert sich das operative bzw. konservative Honorar des Arztes für Allgemeinmedizin um diese Konsiliarhonorare.	A.9.5	<u>Konsilien bei Aufnahmen durch Allgemeinmediziner</u>  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 abgeboten. Werden diese Konsilien von Fachärzten durchgeführt, zu deren Fachgebiet die Behandlung auf Grund der Aufnahmediagnose sonst zuzurechnen wäre, so reduziert sich das operative bzw. konservative Honorar des Arztes für Allgemeinmedizin um diese Konsiliarhonorare.	keine Änderung		
<b>B</b>	<b>Honorare</b>	<b>B</b>	<b>Honorare</b>	keine Änderung		
<b>B.1.</b>	<b>Konservative Behandlungsfälle</b>	<b>B.1.</b>	<b>Konservative Behandlungsfälle</b>	keine Änderung		

B.1.1	<u>Konservatives Honorar</u> Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen: Tage 01.02.2023 bis 31.01.2024 1 45,38% € 796,60 2 53,08% € 931,80 3 68,46% € 1.201,70 4 79,24% € 1.391,00 5 89,62% € 1.573,20 6 95,39% € 1.674,50 <b>7 100,00% € 1.755,40</b> 8 104,62% € 1.836,50 9 109,23% € 1.917,40 10 113,84% € 1.998,30 11 118,47% € 2.079,60 12 123,08% € 2.160,50 13 127,70% € 2.241,60 14 132,00% € 2.317,10  Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag  01.01.2024 bis 31.01.2025 €34,50  verrechenbar.	B.1.1	<u>Konservatives Honorar</u> Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen: Tage <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> <b>1 45,38 % € 812,50</b> <b>2 53,08 % € 950,40</b> <b>3 68,46 % € 1.225,80</b> <b>4 79,24 % € 1.418,80</b> <b>5 89,62 % € 1.604,60</b> <b>6 95,39 % € 1.707,00</b> <b>7 100,00 % € 1.790,50</b> <b>8 104,62 % € 1.873,20</b> <b>9 109,23 % € 1.955,80</b> <b>10 113,84 % € 2.038,30</b> <b>11 118,47 % € 2.121,20</b> <b>12 123,08 % € 2.203,70</b> <b>13 127,70 % € 2.286,50</b> <b>14 132,00 % € 2.363,50</b>  Ab dem 15. Tag sind für jeden weiteren Tag  01.01.2025 bis 31.01.2026 € <b>35,20</b>  verrechenbar.	Betrag, Datum		
B.1.2	<u>Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und onkologische i.v. Antikörper-Therapie)</u>	B.1.2	<u>Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und onkologische i.v. Antikörper-Therapie)</u>	keine Änderung		
B.1.2.1	Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von € 274,60 verrechenbar.	B.1.2.1	Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig (stationär bzw. tagesklinisch) ein Honorar von € <b>296,90</b> verrechenbar.	Klarstellung		<b>Mehrzeitiges Behandlungskonzept</b> Die vertragliche Regelung gemäß Pkt. B.1.2. (Mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie) der geltenden Honorarvereinbarung sieht eine verweildauerunabhängige Bezahlung mit dem Betrag gem. B.1.2.1. für Behandlungstage vor, an welchen eine intravenöse Verabreichung von onkologischer Zytostatika- oder Antikörpertherapie erfolgt. Eine allfällige Bezahlung medizinisch notwendiger, begleitender Infusionstherapien mit dem Honorar gemäß B.1.2.1. an Tagen ohne Verabreichung onkologischer Zytostatika oder Antikörper, ist mit entsprechender Dokumentation über Art, Indikation und Zeitpunkt der Medikation und ihrer Verabreichung im Einzelfall und dabei im Hinblick auf eine Ausnahme rechtfertigende Sonderumstände zu prüfen.
B.1.2.2	Die Fächer Radiologie gem. Pkt. B 5.4, Labor gem. Pkt. B 5.1, Blutgruppenserologie gem. Pkt. B 5.2, Nuklearmedizin gem. Pkt. B 5.5, Pathologie gem. Pkt. B 5.3 und Physikalische Medizin gem. Pkt. B 4.5 sind innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten einmal verrechenbar. Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt innerhalb des Zeitraumes von drei Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus) unter Berücksichtigung der relevanten Bestimmungen über die maximale Verrechenbarkeit von Leistungen.	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.	keine Änderung		
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 bei Tumortherapie) 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 bei Tumortherapie) abgerechnet werden, nicht zur Anwendung.	keine Änderung		
B.1.3	Mit den Honoraren gemäß B 1. sind Leistungen aller nach B 1. abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 1. verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B. 1. ebenfalls abgegolten.	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.	keine Änderung		
B.2.	<u>Operative/interventionelle Behandlungsfälle</u>	B.2.	<u>Operative/interventionelle Behandlungsfälle</u>	keine Änderung		
B.2.1	<u>Allgemeines</u>	B.2.1	<u>Allgemeines</u>	keine Änderung		
B.2.1.1	Ein operativer Fall liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im OP-Schema 2006 Vers.5.1 (Anlage II) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogestufungen 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. Analogestufungen 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.	OP-GS		
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 mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt B 2.1.1 außer Kraft und der Fall ist gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) abrechenbar.	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 mitzuliefernden medizinischen Unterlagen eindeutig zu dokumentieren. Liegt der Behandlungsschwerpunkt in der konservativen Behandlung, so tritt Punkt B 2.1.1 außer Kraft und der Fall ist gemäß B 1. (Konservative Behandlungsfälle) abrechenbar.	Formatierung		
B.2.2	<u>Operatives Honorar</u> 01.02.2023 bis 31.01.2024 OP-Gruppe I 25% € 433,90 OP-Gruppe II 39% € 676,80 OP-Gruppe III 60% € 1.041,30 <b>OP-Gruppe IV 100% € 1.735,50</b> OP-Gruppe V 119% € 2.065,20 OP-Gruppe VI 139% € 2.412,30 OP-Gruppe VII 196% € 3.401,60 OP-Gruppe VIII 270% € 4.685,90	B.2.2	<u>Operatives Honorar</u> <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> <b>OP-Gruppe I 25% € 460,70</b> <b>OP-Gruppe II 39% € 731,70</b> <b>OP-Gruppe III 60% € 1.105,60</b> <b>OP-Gruppe IV 100% € 1.842,60</b> <b>OP-Gruppe V 119% € 2.232,90</b> <b>OP-Gruppe VI 139% € 2.608,00</b> <b>OP-Gruppe VII 196% € 3.712,50</b> <b>OP-Gruppe VIII 270% € 5.185,80</b>	Betrag, Datum		
B.2.3	<u>Operationsgruppenschema</u> Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema gemäß Anlage II.  Bei diesem Schema handelt es sich um eine Auflistung, wobei die Abbildung einer OP-Position nicht automatisch eine stationäre Notwendigkeit begründet. Operative Teilschritte, die keinen eigenständigen Charakter haben und nur dazu dienen, das Ziel des Eingriffes zu erreichen, sind mit der OP-Gruppe des Eingriffes abgegolten, d.h. Zugangswege und obligate integrale Teilschritte der Operation sind nicht gesondert verrechenbar, sofern sie nicht im Text der OP-Position gesondert ausgewiesen sind. Sofern keine gesonderten OP-Methoden im OP-Gruppen-Schema angeführt sind, ist in der OP-Position die Durchführung nach jeder Methode beinhaltet. Die Eingriffe sind von all jenen Ärzten abrechenbar, die gemäß Ärztegesetz und Ärzteausbildungsordnung zur Durchführung berechtigt sind.  Eine vom Operateur selber vorgenommene Lokalanästhesie ist in Höhe eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 verrechenbar.  Tropf- und Spryanästhesien sowie Gelee und Einlagen getränkter Watte-bäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.  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 verrechenbar.	B.2.3	<u>Operationsgruppenschema</u> Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema gemäß Anlage II.  Bei diesem Schema handelt es sich um eine Auflistung, wobei die Abbildung einer OP-Position nicht automatisch eine stationäre Notwendigkeit begründet. Operative Teilschritte, die keinen eigenständigen Charakter haben und nur dazu dienen, das Ziel des Eingriffes zu erreichen, sind mit der OP-Gruppe des Eingriffes abgegolten, d.h. Zugangswege und obligate integrale Teilschritte der Operation sind nicht gesondert verrechenbar, sofern sie nicht im Text der OP-Position gesondert ausgewiesen sind. Sofern keine gesonderten OP-Methoden im OP-Gruppen-Schema angeführt sind, ist in der OP-Position die Durchführung nach jeder Methode beinhaltet. Die Eingriffe sind von all jenen Ärzten abrechenbar, die gemäß Ärztegesetz und Ärzteausbildungsordnung zur Durchführung berechtigt sind.  Eine vom Operateur selber vorgenommene Lokalanästhesie ist in Höhe eines klinischen Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) verrechenbar.  Tropf- und Spryanästhesien sowie Gelee und Einlagen getränkter Watte-bäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.  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.	keine Änderung		
B.2.4	<u>Mehrfach – Operationsgruppenregelung</u> 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 zur Anwendung.	B.2.4	<u>Mehrfach – Operationsgruppenregelung</u> 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.	keine Änderung		
B.2.5	<u>Postoperative (auch postinterventionelle ) Nachbehandlung (Definition gemäß A.3.6)</u> 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.	B.2.5	<u>Postoperative (auch postinterventionelle) Nachbehandlung (Definition gemäß A 3.6 (Postoperative Nachbehandlung))</u> 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.	keine Änderung		
B.2.6	Bei Säuglingen (bis zu einem Jahr) kann eine Höherreihung um eine Operationsgruppe erfolgen. Bei Durchführung einer OP Gruppe VIII kann ein Zuschlag in Höhe von 12,5% verrechnet werden.	B.2.6	Bei Säuglingen (bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres) kann ein Zuschlag in Höhe von 30 % verrechnet werden.	Textänderung	Bei Säuglingen (bis zur <b>Vollendung des zweiten einem Lebensjahres</b> ) kann <b>eine Höherreihung um eine Operationsgruppe erfolgen. Bei Durchführung einer OP-Gruppe VIII kann ein Zuschlag in Höhe von 12,5% ein Zuschlag in Höhe von 30 %</b> verrechnet werden.	Statt einer Höherreihung um eine OP-Gruppe bei Kindern im 1. Lebensjahr kann nun bei allen Kindern von 0 - 1,99 Jahre ein fixer Zuschlag von 30% verrechnet werden.
B.2.7	Mit den Honoraren gemäß B 2.1 sind Leistungen aller nach B 2.1 abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 2.1 verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B 2.1 ebenfalls abgegolten.	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.	keine Änderung		
B.3.	<u>Entbindung</u>	B.3.	<u>Entbindung</u>	keine Änderung		

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 7,5 % Zuschlag (€ 2.220,10) 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 (€ 2.422,50) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.	% , Betrag		Zuschlag um 1% erhöht
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.	keine Änderung		
B.3.3	Wird die postpartale Behandlung nicht vom Hauptbehandler oder durch die Abteilung, an der die Patientin entbunden hat, durchgeführt, ist kein zusätzliches Honorar verrechenbar. Das gleiche gilt, wenn bei einer Transferierung aus nicht medizinisch notwendigen Gründen die postpartale Behandlung in einer anderen Krankenhaus erfolgt. Erfolgt diese Transferierung aus medizinisch indizierten Gründen, gilt Pkt. 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 Krankenhaus erfolgt. Erfolgt diese Transferierung aus medizinisch indizierten Gründen, gilt Punkt A 4.3.7.	Textänderung	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 Krankenhaus erfolgt. Erfolgt diese Transferierung aus medizinisch indizierten Gründen, gilt Punkt A 4.3.7.	Klarstellung
		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.	Ergänzung	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. verrechnet werden.	neues Zugeständnis seitens der Vus.
B.4.	<b>Klinische Konsiliaruntersuchungen</b>	B.4.	<b>Klinische Konsiliaruntersuchungen</b>	keine Änderung		
B.4.1	<u>Klinische Konsilien</u> Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen durch Ärzte, die nicht an der Abteilung tätig sind, an der der Patient untergebracht ist, beträgt  01.02.2023 bis 31.01.2024 €120,80	B.4.1	<u>Klinische Konsilien</u> 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	Betrag		
B.4.2	<u>Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung</u> Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastrokopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt  01.02.2023 bis 31.01.2024 €362,20	B.4.2	<u>Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung</u> Das Honorar pro Konsilium mit einer invasiven Sonderleistung (Gastrokopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie die transoesophageale Echokardiographie) beträgt  01.02.2025 bis 31.01.2026 € 391,60	Betrag		
B.4.3	<u>Maximale Verrechenbarkeit</u> Insgesamt sind pro Fachrichtung und Behandlungsfall sowie bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenhaus gem. Punkt A 5.2 höchstens 3 Konsilien aus B 4.1 und B 4.2 verrechenbar.	B.4.3	<u>Maximale Verrechenbarkeit</u> Insgesamt sind pro Fachrichtung und Behandlungsfall sowie bei Wiederaufnahmen in derselben Krankenhaus gemäß A 5.2 höchstens drei (3) Konsilien aus B 4.1 (Klinische Konsilien) und B 4.2 (Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung) verrechenbar.	keine Änderung		
B.4.3.1	Für Ärzte desselben internistischen Additiv- bzw. Sonderfachs ist pro Tag maximal ein (1) Konsilium gemäß B.4.1 oder B.4.2 verrechenbar. Ausgenommen davon sind nicht geplante Konsiliarleistungen, die aufgrund eines akuten Ereignisses erforderlich werden.	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.	Textänderung	Für Ärzte desselben internistischen Additiv- bzw. Sonderfachs ist pro Tag maximal ein (1) Konsilium gemäß B 4.1 oder B 4.2 verrechenbar. <b>Ausgenommen davon sind</b> Nicht geplante Konsiliarleistungen, die aufgrund eines akuten Ereignisses am selben Tag erforderlich werden, sind zusätzlich unabhängig von deren zeitlicher Abfolge verrechenbar.	Klarstellung
B.4.4	<u>Neugeborenenuntersuchung</u> Für die Untersuchung, Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Honorar von  01.01.2024 bis 31.01.2025 €256,00  verrechenbar.	B.4.4	<u>Neugeborenenuntersuchung</u> 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.	Betrag		Agenda 2025
B.4.5	<u>Physikalische Medizin</u> 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	<u>Physikalische Medizin</u> 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.	keine Änderung		
B.4.5.1	Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin: €278,80	B.4.5.1	Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin  01.02.2025 bis 31.01.2026 € 301,40	Betrag		
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 € 113,30	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	Betrag		
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 € 540,10 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  01.02.2025 bis 31.01.2026 € 584,00  verrechenbar.	Betrag		
B.4.5.4	Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von € 113,30.	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	Betrag		
		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) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 4. (Klinische Konsiliaruntersuchungen) ist in derartigen Fällen nicht möglich.	Ergänzung	Wird der Facharzt für physikalische Medizin als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. bzw. B 2. unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 4. ist in derartigen Fällen nicht möglich.	Klarstellung
B.5	<b>Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten (Labor, Blutgruppenserologie, Pathologie, Nuklearmedizin, Radiologie)</b>  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 Relation <sup>2</sup> zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bildet, so fern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife. Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:	B.5	<b>Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie</b> 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 Relation <sup>2</sup> zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2. (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bildet, sofern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife.  Wird ein entsprechender Facharzt als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. (Konservative behandlungsfälle) bzw. B 2. (Operative/interventionelle Behandlungsfälle) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie, Nuklearmedizin und Radiologie) ist in derartigen Fällen nicht möglich.  Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:	Textänderung	Fachärzte <del>in nichtbettenführenden Instituten</del> (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 Relation <sup>2</sup> zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bildet, sofern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife.  Wird ein entsprechender Facharzt als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. bzw. B 2. unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 5. ist in derartigen Fällen nicht möglich.  Nachstehende vom jeweiligen Facharzt persönlich erbrachte und dokumentierte Leistungen sind wie folgt verrechenbar:	Klarstellung
Fußzeile zu 5.	<sup>2</sup> 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.	Fußzeile zu 5.	<sup>2</sup> 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.	keine Änderung		
B.5.1	Zentrallabor	B.5.1	Zentrallabor	keine Änderung		

B.5.1.1	Gruppe A (gemäß Fußnote) <sup>3</sup> : bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall € 302,00 Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den Gebieten: a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organdiagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunserologie abgegolten.	B.5.1.1	Gruppe A (gemäß Fußnote) <sup>3</sup> : bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 326,50  Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten: a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organdiagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunserologie	Betrag	Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den nachstehenden Gebieten abgegolten: a) Gerinnung b) Hämatologie c) Proteinuntersuchungen/Immunologie d) Endokrinologie/Stoffwechsel e) Organdiagnostik f) Infektions- und/oder Autoimmunserologie <b>abgegolten:</b>	
B.5.1.2	Gruppe B: Für alle nicht unter Punkt 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall € 209,10	B.5.1.2	Gruppe B: Für alle nicht unter B 5.1.1 (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten: bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 226,00	Betrag		
B.5.2	Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit € 79,50 verrechenbar.	B.5.2	Blutgruppenserologische Untersuchungen sind vom Zentrallabor und von der Blutbank (nicht bettenführende Abteilungen) für Häuser der Gruppe A pro Fall mit <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 81,10	Formatierung, Betrag		
B.5.3	Zentralpathologie	B.5.3	Zentralpathologie	keine Änderung		
B.5.3.1	Histopathologische Untersuchungen  <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> Gruppe I <b>histologisches Gutachten</b> alle Untersuchungen außer in II und III angeführt je € 185,60 Gruppe II <b>histologisches Gutachten</b> Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt je € 266,70 Gruppe III <b>histologisches Gutachten</b> • 6 oder mehr Blöcke • Intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Portio (inkl. Konus) und Prostatapreparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren je € 440,80  <small>Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.</small>	B.5.3.1	Histopathologische Untersuchungen  <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> Gruppe I <b>histologisches Gutachten</b> alle Untersuchungen außer in II und III angeführt je € 200,60 Gruppe II <b>histologisches Gutachten</b> Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt je € 288,40 Gruppe III <b>histologisches Gutachten</b> • 6 oder mehr Blöcke • Intraoperative Gefrierschnittuntersuchung • Schnittstufen bei Portio (inkl. Konus) und Prostatapreparaten • Immunhistochemie, Molekularpathologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatumoren je € 476,50  <small>Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.</small>	Betrag		Agenda 2025
Fußzeile zu 5.1.1	<sup>3</sup> Als Krankenanstalten der Gruppe A gelten das Universitätsklinikum AKH Wien, die Klinik Hietzing, die Klinik Ottakring, die Klinik Donaustadt, die Klinik Favoriten, die Klinik Landstraße, die Klinik Penzing, das Hanusch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.	Fußzeile zu 5.1.1	<sup>3</sup> Als Krankenanstalten der Gruppe A gelten das Universitätsklinikum AKH Wien, die Klinik Hietzing, die Klinik Ottakring, die Klinik Donaustadt, die Klinik Favoriten, die Klinik Landstraße, die Klinik Penzing, das Hanusch Krankenhaus sowie die Klinik Floridsdorf.	keine Änderung		
B.5.3.2	Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen  <b>01.02.2023 - 31.01.2024</b> <b>bakteriologisches Gutachten</b> aerobe und/oder anaerobe Kultur, parasitologische Untersuchung ohne Anreicherungsverfahren, serologische Untersuchungen (ausgenommen Screening-Untersuchungen von HIV, Hepatitis und Lues), parasitologische Anreicherungsverfahren, Kultur- und Antibiogramm herstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung insgesamt € 232,20	B.5.3.2	Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen  <b>01.02.2025 - 31.01.2026</b> <b>Bakteriologisches Gutachten</b> aerobe und/oder anaerobe Kultur, parasitologische Untersuchung ohne Anreicherungsverfahren, serologische Untersuchungen (ausgenommen Screening-Untersuchungen von HIV, Hepatitis und Lues), parasitologische Anreicherungsverfahren, Kultur- und Antibiogramm herstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung insgesamt € 251,00	Betrag		
B.5.3.3	Zytodiagnostische Untersuchungen  <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> <b>Zytodiagnostisches Gutachten</b> gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzyto chemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock insgesamt € 110,00  Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von € 475,60 verrechenbar.	B.5.3.3	Zytodiagnostische Untersuchungen  <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> <b>Zytodiagnostisches Gutachten</b> gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzyto chemischer und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock insgesamt € 118,90  Insgesamt ist pro Fall für histopathologische, mikrobiologische, zytodiagnostische und serologische Untersuchungen ein Höchstsatz von € 514,10 verrechenbar.	Betrag		
B.5.4	Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren	B.5.4	Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren	keine Änderung		
B.5.4.1	<b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> Diagnostik - Pro Fall sind folgende <b>Höchstsätze</b> verrechenbar Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie € 564,90 Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR € 815,50 Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B 1.2. bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR € 910,60	B.5.4.1	Diagnostik - Pro Fall sind folgende <b>Höchstsätze</b> verrechenbar: <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> 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	Formatierung, Betrag		
B.5.4.2	Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende <b>Einzelpreise</b> verrechenbar: Herz/Thorax € 143,80 Ultraschall € 143,80 Konventionelle Radiologie € 248,40 Computertomographie € 354,70 Magnetresonanztomographie € 472,90 Diagnostische Angiographie € 484,60 Densitometrie nach DEXA-Methode € 81,10 CT im Rahmen eines PET (50% des CT-Einzelpreises) € 177,40 MR im Rahmen eines PET (50% des MR-Einzelpreises) € 236,50	B.5.4.2	Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende <b>Einzelpreise</b> verrechenbar: <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> Herz/Thorax € 155,40 Ultraschall € 155,40 Konventionelle Radiologie € 268,60 Computertomographie € 383,50 Magnetresonanztomographie € 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	Formatierung, Betrag		
B.5.5	Institut für Nuklearmedizin  <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 85,70 b) Schilddrüsenonographie und/oder Densitometrie nach Dexa-Methode pro Behandlungsfall € 240,90 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 848,50 d) PET pro Behandlungsfall € 949,30  Werden – in Fortführung der bisherigen Regelung – bei einem Behandlungsfall zwei oder mehrere Leistungen aus den oben genannten Positionen (a bis d) erbracht, ist die Position mit dem höchsten Betrag verrechenbar. Eine additive/kumulative Verrechnung der Positionen ist nicht möglich.  Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Abschnitt B Pkt. 1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß a), b), c), d) ist in derartigen Fällen nicht möglich.	B.5.5	Institut für Nuklearmedizin  <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 92,60 b) Schilddrüsenonographie und/oder Densitometrie nach Dexa-Methode pro Behandlungsfall € 260,50 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 917,40 d) PET pro Behandlungsfall € 1.026,40  Werden – in Fortführung der bisherigen Regelung – bei einem Behandlungsfall zwei oder mehrere Leistungen aus den oben genannten Positionen (a bis d) erbracht, ist die Position mit dem höchsten Betrag verrechenbar. Eine additive/kumulative Verrechnung der Positionen ist nicht möglich.  <b>Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Abschnitt B Pkt. 1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß a), b), c), d) ist in derartigen Fällen nicht möglich.</b>	Textänderung, Betrag	Institut für Nuklearmedizin  <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall € 92,60 b) Schilddrüsenonographie und/oder Densitometrie nach Dexa-Methode pro Behandlungsfall € 260,50 c) Szintigraphien pro Behandlungsfall € 917,30 d) PET pro Behandlungsfall € 1.026,30  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.  <b>Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Abschnitt B Pkt. 1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß a), b), c), d) ist in derartigen Fällen nicht möglich.</b>	Klarstellung
B.6	Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	B.6	Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	keine Änderung		
B.6.1	Anästhesie für Leistungen aus dem Operationsgruppenschema Das Honorar für Anästhesieleistungen (Vollnarkosen, Regionalanästhesien, Sedoanalgesien) beträgt 29,00% des verrechenbaren OP-Honorars, wobei sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung zur Anwendung gelangen.	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.	%		Zuschlag um 0,18% erhöht
B.6.2	Anästhesie für Leistungen, die nicht im Operationsgruppenschema enthalten sind Das Honorar für die Anästhesieleistungen beträgt 29,00% 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.	%		Zuschlag um 0,18% erhöht
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.	keine Änderung		

B.6.4	<u>Anästhesie bei Entbindung</u> Das Honorar für Anästhesien für unter B 3. definierte Leistungen wird in Höhe von 29,00% der für den Geburtshelfer verrechenbaren Honorare vergütet.  Bei unvorhergesehenem Umstieg von nicht operativer Entbindung auf operative Entbindung ist die peripartale Schmerzbehandlung mittels Epiduralanästhesie zusätzlich zum Anästhesiehonorar verrechenbar, sofern das Setzen des Katheters in einem zeitlichen Abstand von mindestens 6 Stunden vor der operativen Entbindung erfolgt. Im Falle eines Umstiegs auf eine operative Entbindung begründet eine mehrmalige Medikamentenverabreichung bei liegendem Katheter kein zusätzliches Anästhesiehonorar.	B.6.4	<u>Anästhesie bei Entbindung</u> 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.  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.	Textänderung	<u>Anästhesie bei Entbindung</u> Das Honorar für Anästhesien für unter B 3.1 und B 3.4 definierte Leistungen wird in Höhe von 29,18 % der <del>für den Geburtshelfer verrechenbaren Honorare</del> Entbindungspauschale vergütet.  <del>Bei unvorhergesehenem Umstieg von nicht operativer Entbindung auf operative Entbindung ist die peripartale Schmerzbehandlung mittels Epiduralanästhesie zusätzlich zum Anästhesiehonorar verrechenbar, sofern das Setzen des Katheters in einem zeitlichen Abstand von mindestens 6 Stunden vor der operativen Entbindung erfolgt. Im Falle eines Umstiegs auf eine operative Entbindung begründet eine mehrmalige Medikamentenverabreichung bei liegendem Katheter kein zusätzliches Anästhesiehonorar.</del>  Werden Honorare gemäß B 6.1. bis B 6.4. verrechnet, ist kein weiteres Honorar (ausgenommen B 7.) verrechenbar.  Wird ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin als Hauptbehandler tätig, so erfolgt die Honorierung als Behandlungsfall gemäß B 1. bzw. B 2. unter Berücksichtigung der allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß B 6. ist in derartigen Fällen nicht möglich; Leistungen gemäß B 7. sind anstelle des Hauptbehandlerhonorars gemäß B 1. bzw. B 2. verrechenbar.	Klarstellung
B.6.5	<u>Leistungen aus dem Operationsgruppenschema</u>			Streichung		alle Einzelleistungen der Anästhesie sind in die 0,18 %-ige Erhöhung inkludiert und sind als solche nicht mehr abrechenbar
B.6.5.1	Werden für den Behandlungsfall durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin neben Leistungen gemäß B 6.1 bis B 6.4 auch Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so sind für den Fachbereich Anästhesiologie und Intensivmedizin insgesamt maximal 2 Leistungen verrechenbar, wobei die höher bewertete Leistung zu 100% und die zweite Leistung zu 50% verrechenbar ist. Mehrere Anästhesieleistungen bei einem durchgehenden Narkosezeitraum werden als eine (1) Leistung erwartet.			Streichung		alle Einzelleistungen der Anästhesie sind in die 0,18 %-ige Erhöhung inkludiert und sind als solche nicht mehr abrechenbar
B.6.5.2	Werden für den Behandlungsfall durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin mehrere Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so gilt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4. Weitere Leistungen durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sind gemäß B.2.7 nicht verrechenbar (ausgenommen Sonderregelung Lokalanästhesie durch dem Operateur).			Streichung		alle Einzelleistungen der Anästhesie sind in die 0,18 %-ige Erhöhung inkludiert und sind als solche nicht mehr abrechenbar
B.6.5.3	Wird durch den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ein Fall operativ abgerechnet (d.h. eine operative Leistung wurde erbracht), so kann zusätzlich keine Intensivbehandlung mehr verrechnet werden.			Streichung		alle Einzelleistungen der Anästhesie sind in die 0,18 %-ige Erhöhung inkludiert und sind als solche nicht mehr abrechenbar
B.6.6	<u>Konsilien</u> Sofern für einen Behandlungsfall keine Leistungen gemäß B 6.1. bis B 6.5. und B 7. erbracht werden bzw. ausschließlich eine standby-Funktion geleistet wird, sind klinische Konsiliaruntersuchungen gemäß B 4. verrechenbar.			Streichung		alle Einzelleistungen der Anästhesie sind in die 0,18 %-ige Erhöhung inkludiert und sind als solche nicht mehr abrechenbar
B.7.	<u>Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungsstationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004)</u>	B.7.	<u>Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungsstationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2004)</u>	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
B.7.2	Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag  <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 243,90 verrechenbar. Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Punkt A 7.) und für die Punkte A 4. bis A 6. – mit Ausnahme von Punkt A 6.1 - kommen nicht zur Anwendung.	B.7.2	Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag  <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 263,70 verrechenbar.  Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Punkt A 7. (Interdisziplinäre Behandlungen)) und für die Punkte A 4. (Transferierung) bis A 6. (Verlegungen) – mit Ausnahme von Punkt A 6.1 - kommen nicht zur Anwendung.	Betrag, Datum		
B.7.3	Leistungen gemäß B 7.2 sind nicht verrechenbar, wenn durch dieselbe Fachrichtung Leistungen gemäß B 1. oder B 2. 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.	keine Änderung		
B.7.4	Leistungen gemäß B.6.1 bis B.6.4 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.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
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.  Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungsgemäß A 7. 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.	keine Änderung		
B.8.	<u>Abteilungen/Institute für Strahlentherapie</u>	B.8.	<u>Abteilungen/Institute für Strahlentherapie</u>	keine Änderung		
B.8.1	<u>Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen</u> : direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gemäß B.4.1max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.	B.8.1	<u>Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen</u> direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gemäß B 4.1 (Klinische Konsilien) max. 3x pro Behandlungszyklus verrechenbar.	Formatierung		
B.8.2	<u>Onkologische Strahlentherapie</u> : alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten je getrennter Region* einmal verrechenbar. Bei Tumoren mit Regionen überschreitendem Wachstum kann einmal eine Pauschale gemäß B.8.2.1 bis B.8.2.3 verrechnet werden.	B.8.2	<u>Onkologische Strahlentherapie</u> 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.	Formatierung, Textänderung	<u>Onkologische Strahlentherapie</u> 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 <b>einmal</b> nur eine (1) Pauschale gemäß B 8.2.1 bis B 8.2.3 verrechnet werden.	Klarstellung
	*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, Lum boglutealbereich, 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.	Fußnote 4	4 Als getrennte Regionen werden definiert: Schädeldecke, Stirn, Ohr links, Ohr rechts, Auge links, Auge rechts, Nase, Jochbein, Mund, Kiefer (mandibulär), Hals, linke Schulter plus Axilla, Rechte Schulter plus Axilla, rechte Mamma, linke Mamma, linker Brustkorb, rechter Brustkorb, Rücken, Lumboglutealbereich, Niere links, Niere rechts, Hüfte links, Hüfte rechts, Herz, Lunge, Oberbauch links, Oberbauch rechts, Unterbauch links, Unterbauch rechts, Genitalregion, Oberschenkel links, Oberschenkel rechts, Knie links, Knie rechts, Unterschenkel links, Unterschenkel rechts, Fuß links, Fuß rechts, Oberarm links, Oberarm rechts, Ellbogen links, Ellbogen rechts, Unterarm links, Unterarm rechts, Hand links, Hand rechts.	Textänderung	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, Lum boglutealbereich, Niere links, Niere rechts, Hüfte links, Hüfte rechts, Herz, <b>Lunge</b> -Meidastinum, 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.	Präzisierung
B.8.2.1	<u>Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung</u> : 2D/3D geplante Bestrahlung am Linearbeschleuniger (Definition gemäß LKF Katalog 2016). Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von € 1.686,80 verrechenbar. = Basiswert	B.8.2.1	Konventionelle Strahlentherapie am Linearbeschleuniger (2D/3D geplante Bestrahlung) Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 1.823,80 = Basiswert verrechenbar.	Formatierung, Betrag	Konventionelle <del>Linearbeschleunigerbehandlung</del> : Strahlentherapie am <b>Linearbeschleuniger</b> (2D/3D geplante Bestrahlung) <del>am Linearbeschleuniger (Definition gemäß LKF-Katalog-2016)</del> – Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 1.686,80 = Basiswert verrechenbar.	
B.8.2.2	<u>Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT)</u> : Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik (IMRT, Definition gemäß LKF Katalog 2016) am Linearbeschleuniger. Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von € 2.698,90 verrechenbar. = Basiswert x 1,6	B.8.2.2	Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT, VMAT, RapidArc) Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 2.918,10 = Basiswert x 1,6 verrechenbar.	Textänderung, Betrag	Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT, <b>VMAT, RapidArc</b> ): <del>Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik (IMRT, VMAT, RapidArc-Definition gemäß LKF-Katalog 2016) am Linearbeschleuniger</del> – Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 2.698,90 = Basiswert x 1,6 verrechenbar.	Präzisierung aufgrund medizinischer Fortschritt

B.8.2.3	<b>Hypofraktionierte Hochpräzisionsbestrahlung (Stereotaxie)</b> Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis. Voraussetzungen: Stereotaxie durch Externes Koordinatensystem mittels IGRT oder Rahmen, IORT am Linearbeschleuniger mit Elektronen, Mindestfraktionsdosis 4 Gy Für die Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis ist ein Pauschalbetrag von € 3.036,20 verrechenbar. = Basiswert x 1,8 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 <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 3.282,80 = Basiswert x 1,8 verrechenbar. Für die Radiochirurgie sind damit alle Leistungen aller beteiligten Ärzte abgegolten.	Textänderung, Betrag	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. <b>durch Externes Koordinatensystem mittels IGRT oder Rahmen, IORT am Linearbeschleuniger mit Elektronen, Mindestfraktionsdosis 4 Gy.</b> Für die Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis ist ein Pauschalbetrag von <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 3.036,20 = Basiswert x 1,8 verrechenbar. Für die Radiochirurgie sind damit alle Leistungen aller beteiligten Ärzte abgegolten.	Präzisierung aufgrund medizinischer Fortschritt
B.8.2.4	<b>Zuschlag für 3D-Bildsteuerung und/oder für Gating/Tracking</b> Additiv zu den Honoraren gemäß B 8.2.1, B 8.2.2, B 8.2.3 ist ein Betrag in Höhe von € 337,80 verrechenbar (Dokumentation).	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): <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 365,90 3D-Bildsteuerung •image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), •ExactTrac, •oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT)) und/oder Gating/Tracking	Formatierung, Textänderung	<b>Zuschlag für 3D-Bildsteuerung und/oder für Gating/Tracking</b> Additiv zu den Honoraren gemäß B 8.2.1, B 8.2.2, B 8.2.3 verrechenbar (Dokumentation): <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> <b>ist ein Betrag in Höhe von € 337,80 verrechenbar (Dokumentation);</b> 3D-Bildsteuerung •image guidance/image guided Radiotherapie (IGRT) mittels cone-beam-CT (CBCT), •ExactTrac, •oder Oberflächenscanner (surface-scanner, SGRT)) und/oder Gating/Tracking	Präzisierung aufgrund medizinischer Fortschritt
B.8.2.5	<b>Brachytherapie</b> ist gemäß Punkt B 2. (operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar. Brachytherapie ist nicht additiv zu Teletherapie gemäß B 8.2.1, B 8.2.2 und B 8.2.3 verrechenbar.	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.	Textänderung	Brachytherapie ist gemäß <b>Punkt B 2.</b> (operative/interventionelle Behandlungsfälle) verrechenbar. Brachytherapie ist nicht <b>nur</b> additiv zu Teletherapie gemäß B 8.2.1, B 8.2.2 und B 8.2.3 verrechenbar, <b>wenn die Brachytherapie im Rahmen eines eigenen Aufenthaltes erfolgt.</b>	Die Brachytherapie ist im Rahmen eines eigenen Aufenthaltes verrechenbar
<b>B.8.3</b>	<b>Kombinierte Strahlen-Chemotherapie</b>	<b>B.8.3</b>	<b>Kombinierte Strahlen-Chemotherapie</b>	keine Änderung		
B.8.3.1	Von <u>einem</u> Behandler durchgeführt, es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B 8.2.1 bis B 8.2.5 50% der Honorare gemäß Punkt B 1.2, maximal jedoch € 411,90 (3 Behandlungstage gem. B. 1.2.1 zu 50%) verrechenbar.	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 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept), maximal je-doch drei (3) Behandlungstage gemäß B 1.2.1 zu 50 % verrechenbar. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 445,40	Formatierung, Betrag		
B.8.3.2	Von <u>2</u> Behandlern verschiedener Fachgruppen durchgeführt, es sind zusätzlich zum Honorar gemäß Punkt B 8.2.1 bis B 8.2.5 die Honorare gemäß Punkt B 1.2 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 (Mehrzeitiges Behandlungskonzept) verrechenbar.	Formatierung		
B.8.4	<b>Auslösend für Honorarlegung:</b> • 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 • <b>Fälligkeit des Honorars bei dokumentiertem Abschluss der Behandlung (Arztbrief)</b>	B.8.4	<b>Auslösend für Honorarlegung</b> • 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 • <b>Fälligkeit des Honorars bei dokumentiertem Abschluss der Behandlung (Arztbrief)</b>	keine Änderung		Angenda 2025
<b>C</b>	<b>Sonderregelungen</b>	<b>C</b>	<b>Sonderregelungen</b>	keine Änderung		
<b>C.1.</b>	<b>Kataraktoperation mit Linsenimplantation</b>	<b>C.1.</b>	<b>Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur</b>	Textänderung	Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur	Zusammenführung
C.1.1	Honorare	C.1.1	Honorare	Formatierung		
C.1.1.1	Honorar für die Operation an einem Auge gemäß OP Gruppe IV (siehe auch Pkt. C.1.3) € 1.735,50	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	Betrag	Honorar für die Kataraktoperation an einem Auge gemäß OP Gruppe IV (siehe auch C 1.3) 01.02.2025 bis 31.01.2026 € 1.842,40	
		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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 829,20	Ergänzung, Betrag	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 € 829,10	Erhöhung auf 1 Dioptrie Limitierung auf 15% fällt weg
C.1.1.2	Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) € 227,20	C.1.1.3	Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar) <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 245,60	Betrag		
C.1.2	Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 175% des Honorars gem. Pkt. C.1.1.1 verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100% der Beträge gem. Pkt. C.1.1.1 und C.1.1.2 verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind laut Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4 der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an 2 Augen als 2 Operationsgruppen gilt.	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 (Anästhesiehonorar) verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind gemäß B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an zwei (2) Augen als zwei (2) Operationsgruppen gilt.	Textänderung	Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 175% des Honorars gemäß C 1.1.1 verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100% der Beträge gemäß C 1.1.1 und C 1.1.3 verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind <b>laut Mehrfachoperationsgruppenregelung</b> gemäß B 2.4 (Mehrfachoperationsgruppenregelung) der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an zwei (2) Augen als zwei (2) Operationsgruppen gilt.	Klarstellung
C.1.3	Mit den Honoraren gem. C. 1.1.1 bzw. C.1.2 sind mit Ausnahme des Anästhesiehonorars gem. Pkt. C. 1.1.2 - unabhängig von der Verweildauer - alle diese Vereinbarung umfassenden ärztlichen Leistungen abgegolten (Haupt behandlerhonorare gem. B.1. und B.2, Konsilien und Physikalische Medizin gem. B. 4, Diagnostik gem. B.5., 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.).	Textänderung	Mit den Honoraren gemäß C 1.1. bzw. C 1.2 sind <b>mit Ausnahme des Anästhesiehonorars gem. Pkt. C.1.1.2-</b> unabhängig von der Verweildauer - alle diese Vereinbarung umfassenden ärztlichen Leistungen abgegolten (Hauptbehandlerhonorare gemäß B 1. und B 2, Konsilien und Physikalische Medizin gemäß B 4., Diagnostik gemäß B.5., etc.).	Klarstellung: unabhängig davon ob C.1.1 und C.1.1.2 verrechnet werden, insgesamt nur einmal Anästhesieleistung in einem Aufenthalt verrechenbar.
C.1.4	Sofern neben der Behandlung gem. C. 1. weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Punkt C.1.3 keine Anwendung.	C.1.4	Sofern neben der Behandlung gemäß C 1. (Kataraktoperation mit Linsenimplantation und allfälliger Astigmatismuskorrektur) weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet C 1.3 keine Anwendung.	Formatierung		
C.1.5	In Abweichung zu Punkt C.1.3 kann in maximal 15% der Fälle pro Jahr für Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus über 0,75 Dioptrien ein Betrag in Höhe einer OP III (Position A 315) im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechnet werden.			Streichung		Erläuterung siehe C 1.1.2 neu
C.1.6	Wird eine Cataract Operation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vit rektomie mit Zusatzeingriffen wie z.B. Ablatiooperation Cerclage, Laser, Entfernung von epiretinalen Membranen, Entfernung von Glaskörpertrübungen und -blutungen) durchgeführt, so ist unter Bedachtnahme auf die maximale Verrechenbarkeit chirurgischer Eingriffe das Honorar gem. C. 1.1.1 und C. 1.1.2 nach B. 2.4 Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechenbar.	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 Glaskörperaum 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.	Textänderung	Wird eine <b>Cataract-Operation</b> 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 Glaskörperaum 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 nach B 2.4 <b>Mehrfachoperationsgruppenregelung</b> (Mehrfachoperationsgruppenregelung) verrechenbar.	
C.1.7	Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Pkt. A.4. (Transferierung zwischen Krankenanstalten), A.5. (Wiederaufnahmen), A.6. (Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt) und A.7. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, außer der Kataraktoperation zur Anwendung. Die Beträge gemäß Pkt 1.1 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.	keine Änderung		
<b>C.2.</b>	<b>Diagnostischer Herzkatheter</b>	<b>C.2.</b>	<b>Diagnostischer Herzkatheter</b>	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
C.2.2	Die Folgeeingriffe sind gem. Pkt. B.2. 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.	keine Änderung		
<b>C.3.</b>	<b>Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren</b>	<b>C.3.</b>	<b>Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren</b>	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
C.3.4	Sofern neben den Behandlungen gem. 3.1 und 3.2 weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, finden Pkt. 3.1 und Pkt. 3.2 als Pauschalen keine Anwendung.	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.	Formatierung		

C.3.5	Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.	C.3.5	Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
<b>C.4. Coloskopie</b>		<b>C.4. Coloskopie</b>		keine Änderung		
C.4.1	<b>Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange</b>	C.4.1	<b>Elektive diagnostische Coloskopie (inklusive allfälliger Biopsien) mit und ohne Polypektomie mit Zange</b>	Formatierung		
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 <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 412,20	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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 437,70	Betrag		
C.4.1.2	Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar) € 81,50	C.4.1.2	Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar). <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 130,60	Betrag		
C.4.1.3	Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie € 45,60	C.4.1.3	Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 48,30	Betrag		
C.4.1.4	Mit den Beträgen gemäß Pkt. C.4.1 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.	Formatierung		
<b>C.4.2 Coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge</b>		<b>C.4.2 Coloskopische Polypektomien eines oder mehrerer Polypen mit Schlinge</b>		Formatierung		
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 <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 1.735,50	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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 1.842,60	Betrag		
C.4.2.2	Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar) € 236,50	C.4.2.2	Anästhesiehonorar (nur für den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar). <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 241,20	Betrag		
C.4.2.3	4.2.3 Honorar für eine Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie in Höhe von 10% der OP-Gruppe IV <b>01.02.2024 bis 31.01.2025</b> € 180,70	C.4.2.3	Honorar für eine Histo-pathologische Untersuchung durch einen FA für Pathologie in Höhe von 10 % der OP-Gruppe IV. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 184,30	Betrag		
C.4.2.4	Für elektive Aufnahmen zur Durchführung von coloskopischen Polypektomien mit Schlinge sind mit den Beträgen gemäß C.4.2 – 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 Polypektomien) – unabhängig von der Verweildauer – sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.	keine Änderung		
C.4.3	Die Leistungen gem. Punkt C.4.1 und Punkt C.4.2 sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt C.4.2	C.4.3	4.3 Die Leistungen gemäß C.4.1 (Elektive diagnostische Coloskopie) und C.4.2 (Coloskopische Polypektomien) sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C.4.2 (Coloskopische Polypektomien).	Formatierung		
C.4.4	Sofern neben der Behandlung gemäß Pkt. C.4.1 weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gemäß Pkt. A.3.2 handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Pkt. 1.2 der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Pkt. C.4.1 keine Anwendung. Es gilt:	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. Es gilt:	Formatierung		
C.4.4.1	Die Abrechnung einer diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexzision erfolgt gem. B.4. (Konsiliarleistungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.	C.4.4.1	Die Abrechnung einer diagnostischen Coloskopie mit/ohne Probeexzision erfolgt gemäß B.4. (Klinische Konsiliaruntersuchungen), wobei sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.	keine Änderung		
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 gem. Pkt. B.2. (operative Fälle), 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.	keine Änderung		
C.4.4.3	Werden in einem Aufenthalt Leistungen gem. C.4.4.1 oder C.4.4.2 neben Leistungen gem. C.4.2 erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. C.4.2	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 Polypektomien) erbracht, erfolgt die Verrechnung gemäß C.4.2 (Coloskopische Polypektomien).	keine Änderung		
C.4.5	Klarstellung: Auch die Bestimmungen gemäß Pkt. A.4. (Transferierung zwischen Krankenanstalten), A.5. (Wiederaufnahmen), A.6. (Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt und A.7. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, ausgenommen die Coloskopiehonorare gem. C.4.1 und C.4.2, zur Anwendung. Die Beträge gem. Pkt. 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 Coloskopiehonorare 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.	keine Änderung		
C.4.6	Die OP-Position Y 302 Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) einer oder mehrerer Polypen mit der Zange (inkl. Fotodokumentation 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.	Textänderung	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.	Klarstellung
<b>C.5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor</b>		<b>C.5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor</b>		keine Änderung		
	Verrechenbar sind ausschließlich Behandlungen/Untersuchungen in ortsgebundenen (fixe apparative Ausstattung) Schlaflabor-Einrichtungen unter Angabe der Zimmernummer – somit sind Behandlungen/Untersuchungen mittels mobiler (nicht ortsgebundener) Schlaflabor-Einrichtungen von der Verrechenbarkeit ausgenommen.		Verrechenbar sind ausschließlich Behandlungen/Untersuchungen in ortsgebundenen (fixe apparative Ausstattung) Schlaflaboreinrichtungen unter Angabe der Zimmernummer – somit sind Behandlungen/Untersuchungen mittels mobiler (nicht ortsgebundener) Schlaflaboreinrichtungen von der Verrechenbarkeit ausgenommen.			
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 <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 526,10 (70 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar.	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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 568,80	Betrag		
C.5.2	Für die Aufnahme zur CPAP-Ersteinstellung ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von. <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 375,80 (50 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar	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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 406,30	Formatierung, Betrag		
C.5.3	Für die erste Nachkontrolle, die nach 2-6 Monaten durchgeführt wird, ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von <b>01.02.2023 bis 31.01.2024</b> € 375,80 (50 % des konservativen Honorars für 1 Tag gem. B.1.1) verrechenbar.	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. <b>01.02.2025 bis 31.01.2026</b> € 406,30	Formatierung, Betrag		
C.5.4	Bei Durchführung der Punkte C.5.1 und C.5.2 in einem Aufenthalt sind die Beträge gemäß Punkt C.5.1 und C.5.2 additiv verrechenbar.	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	keine Änderung		
C.5.5	Insgesamt sind daher für komplett überwachte Polysomnographien • mit CPAP maximal die Summe der Beträge gemäß Punkt C.5.1, C.5.2 und C.5.3 • ohne CPAP maximal der Betrag gemäß Punkt C.5.1 verrechenbar.	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.	keine Änderung		
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.	keine Änderung		
C.5.7	Pro Patient ist eine weitere Schlaflabor diagnostik/ -therapie nur bei wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes verrechenbar.	C.5.7	Pro Patient ist eine weitere Schlaflabor diagnostik/ -therapie nur bei wesentlicher Änderung des Gesundheitszustandes verrechenbar.	keine Änderung		
<b>C.6. Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin</b>		<b>C.6. Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin</b>		keine Änderung		
	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.		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).			
<b>C.7.</b>		<b>C.7.</b>		keine Änderung		
	Für eine externe oder intrakardial durchgeführte <b>Kardioversion</b> 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 es sich um verschiedene Krankheitsgeschehen (z.B.: gastrointestinale Aufnahmediagnose) handelt, ist ein invasives Konsilium additiv verrechenbar.		Für eine externe oder intrakardial durchgeführte <b>Kardioversion</b> 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 es sich um verschiedene Krankheitsgeschehen (z.B.: gastrointestinale Aufnahmediagnose) handelt, ist ein invasives Konsilium additiv verrechenbar.			

C.8.	Im Rahmen der bestehenden Honorarvereinbarung können für Leistungen der <b>Intensivblutbank</b> folgende Honorare verrechnet werden:  • Für autologe Knochenmarksentnahme/Stammzellapherese - das Konsiliarhonorar für höchstens 3 invasive Konsilien und zusätzlich Blutgruppenserologie.  • Für Leucapherese bzw. Plasmapherese/Plasmaaustausch - das Konsiliarhonorar für höchstens 3 Konsilien und zusätzlich Blutgruppenserologie.	C.8.	<b>Intensivblutbank</b> 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.	Textänderung	<b>Intensivblutbank</b> 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.	Titel hinzugefügt
C.9.	In Abweichung zum OP Schema 2006 Vers. 5.1 kann für die Operation der Blepharochalasis an beiden Augen (Pos. I 319) in einem Aufenthalt die Operation des zweiten Auges zu 50% verrechnet werden.	C.9.	<b>Blepharochalasis (I319)</b> 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.	Textänderung, OP-GS	<b>Blepharochalasis (I319)</b> In Abweichung zum <b>OP Schema 2025 Vers. 1.0.</b> kann für die Operation der Blepharochalasis an beiden Augen (Pos. I 319) in einem Aufenthalt die Operation des zweiten Auges zu 50 % verrechnet werden.	Titel hinzugefügt
C.10.	<b>Krankenhauszusammenlegungen</b> 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.	<b>Krankenhauszusammenlegungen</b> 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.	keine Änderung		
C.11.	<b>Traumazentrum Wien</b>	C.11.	<b>Traumazentrum Wien</b>	keine Änderung		
C.11.1	Anstelle der Honorare gemäß Punkt B.5. ist pro Aufenthalt ein Pauschalbetrag von € <b>112,40</b> verrechenbar, sofern zumindest eine (1) radiologische Leistung erbracht wurde. Abweichend von Punkt A.4.3.4. ist diese Pauschale auch bei Transferierungen zu 100% verrechenbar.	C.11.1	Anstelle der Honorare gemäß B 5. (Fachärzte für Labor, Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Pathologie etc.) ist pro Aufenthalt ein Pauschalbetrag von € <b>121,50</b> verrechenbar, sofern zumindest eine (1) radiologische Leistung erbracht wurde. Abweichend von A 4.3.4 ist diese Pauschale auch bei Transferierungen zu 100 % verrechenbar.	Formatierung, Betrag		
C.11.2	Folgende Punkte dieser Vereinbarung sind auf das Traumazentrum Wien nicht anwendbar:  A.4.3.7 (Transferierung Entbindungspauschale), B.1.2 (mehrzeitiges Behandlungskonzept bei Tumortherapie), B.3. (Entbindung), B.4.4 (Neugeborenenuntersuchung), B.4.5 (Physikalische Medizin), B.6.4 (Anästhesie bei Entbindung), B.8. (Strahlentherapie).  Von den Sonderregelungen gemäß Punkt C.1. bis C.10. kommt nur der Punkt C.3. (Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren) 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 (mehrzeitiges 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.	Formatierung		
C.12.	<b>Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)</b>	C.12.	<b>Zentrale Notaufnahme-Stationen (ZNA)</b>	keine Änderung		
C.12.1	Null-Tagesaufenthalt auf einer ZNA-Station	C.12.1	Null-Tagesaufenthalt auf einer ZNA-Station	Formatierung		
C.12.1.1	<u>Aufnahme und Entlassung am selben Tag ohne Transferierung oder Verlegung:</u> Für stationär ersetzende Behandlungen ist ein Honorar in Höhe eines (1) klinischen Konsiliums verrechenbar.	C.12.1.1	<u>Aufnahme und Entlassung am selben Tag ohne Transferierung oder Verlegung:</u> Für stationär ersetzende Behandlungen ist ein Honorar in Höhe eines (1) klinischen Konsiliums verrechenbar.	keine Änderung		
C.12.1.2	<u>Aufnahme auf einer ZNA und Verlegung auf eine andere Abteilung derselben Krankenanstalt noch am Aufnahmetag:</u> Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe eines (1) invasiven Konsiliums mit Anrechnung auf die Höchstanzahl der Konsilien gem. Pkt. B.4.3 verrechenbar.	C.12.1.2	<u>Aufnahme auf einer ZNA und Verlegung auf eine andere Abteilung derselben Krankenanstalt noch am Aufnahmetag:</u> 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.	Formatierung		
C.12.1.3	<u>Aufnahme und Transferierung von der ZNA in eine andere Krankenanstalt noch am Aufnahmetag:</u> 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	<u>Aufnahme und Transferierung von der ZNA in eine andere Krankenanstalt noch am Aufnahmetag:</u> 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.	Formatierung		
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.	Formatierung		
C.12.2.1	<u>Aufnahme und Behandlung mit einer (1) Übernachtung auf einer ZNA und anschließender Entlassung:</u> Für die ZNA sind entweder 50% eines konservativen Honorars für zwei Tage oder bei Behandlungen gem. Pkt. B.2. - das jeweilige operative Honorar verrechenbar.	C.12.2.1	<u>Aufnahme und Behandlung mit einer (1) Übernachtung auf einer ZNA und anschließender Entlassung</u> 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.	Formatierung		
C.12.2.2	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Entlassung:</u> Für die ZNA sind entweder ein konservatives Honorar für zwei Tage oder - bei Behandlungen gem. Pkt. B.2. -- das jeweilige operative Honorar verrechenbar.	C.12.2.2	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Entlassung</u> 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.	Formatierung		
C.12.2.3	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit einer (1) Übernachtung und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung:</u> 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 gem. Pkt. B.4.3). Ab dem Verlegungstag erfolgt die Verrechnung als üblicher Abrechnungsfall durch die übernehmende Fachabteilung (mit Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).	C.12.2.3	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit einer (1) Übernachtung und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung</u> 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).	Formatierung		
C.12.2.4	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung:</u> 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 gem. Pkt. B.4.3). Ab dem Verlegungstag erfolgt die Verrechnung als üblicher Abrechnungsfall durch die übernehmende Fachabteilung (unter: Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).	C.12.2.4	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit zwei Übernachtungen und anschließender Verlegung innerhalb derselben Krankenanstalt auf eine Fachabteilung</u> Für die ZNA ist ein Honorar in Höhe von zwei (2) invasiven Konsilien verrechenbar (unter Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums auf die Gesamtzahl der verrechenbaren Konsilien gemäß B 4.3 (Maximale Verrechenbarkeit)). Ab dem Verlegungstag erfolgt die Verrechnung als üblicher Abrechnungsfall durch die übernehmende Fachabteilung (unter: Anrechnung eines (1) invasiven Konsiliums).	Formatierung		
C.12.2.5	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit ein oder zwei Übernachtungen mit anschließender Transferierung in eine andere Krankenanstalt:</u> 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 Pkt. A.4.3. für beide Aufenthalte zur Anwendung.	C.12.2.5	<u>Aufnahme und Behandlung auf einer ZNA mit ein oder zwei Übernachtungen mit anschließender Transferierung in eine andere Krankenanstalt</u> 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.	Formatierung		
C.12.3	Für Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin kommt Pkt C.6. zur Anwendung.	C.12.3	Für Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin kommt C 6. (Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin) zur Anwendung.	Formatierung		
C.13.	<b>Glaukomchirurgie</b> In Abweichung zum OP-Schema 2006 Vers 5.1. gelten für die nachstehend angeführten Eingriffe der Glaukomchirurgie folgende OP-Positionen:			Streichung		jetzt mit OP-GS Gruppe A verrechenbar
C.13.1	Für die <b>Mikrochirurgische Revisionsoperation/Sickerkissenrevision mit Skleralnah</b> die Position <b>A 511</b>			Streichung		jetzt mit A 511 verrechenbar
C.13.2	Für die <b>Mikrochirurgische Revisionsoperation/Sickerkissenrevision ohne Skleralnah</b> die Position <b>A 411</b>			Streichung		jetzt mit A 411 verrechenbar
C.13.3	Für die <b>Mikrochirurgische Glaukomchirurgie (ab externo), z.B. Preserflo Microshunt</b> die Position <b>A 412</b>			Streichung		jetzt mit A 412 verrechenbar
C.13.4	Für die <b>Minimal Invasive Glaucoma Surgery (MIGS)(ab interno)</b>			Streichung		jetzt mit OP-GS Gruppe A verrechenbar
C.13.4.1	<u>Operationen am Schlemmschen Kanal</u> (natürlicher Abflusskanal des Auges, der in die Venen führt): Goniotomie, iStent, ab-interno Kanalplastik, Trabektom, Trabekulektomie ab interno mit dem Kahook Messer <u>Ableitung in den Ziliarkörper:</u> Cypass, iStent supra die Position <b>A 413</b>			Streichung		jetzt mit A 413 verrechenbar
C.13.4.2	<u>Ableitung unter die Bindehaut: XEN Gel Stent</u> die Position <b>A 414</b>			Streichung		jetzt mit A 414 verrechenbar
D	<b>Gültigkeit</b> Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.02.2023 (Aufnahmetag) bis 31.01.2024. Für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.01.2023 haben die Vertragsparteien die Verlängerung der Anlage I zur Direktverrechnungsvereinbarung vom 07.12.2021 vereinbart.  Wien, am XX.XX.20XX  Für die Ärztekammer für Wien Präsident OMR Dr. Johannes Steinhart  Für den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs Sektion Krankenversicherung Dr. Peter EichlerMMag.a Astrid Knitel  Für die Zahnärztekammer Präsident Dr. Stephen Weiglöder, MBA	D	<b>Gültigkeit</b> Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.02.2025 (Aufnahmetag) bis 31.01.2026.  Wien, am XX.XX.20XX  Für die Ärztekammer für Wien Präsident OMR Dr. Johannes Steinhart  Für den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs Sektion Krankenversicherung Dr. Peter Eichler MMag.a Astrid Knitel  Für die Zahnärztekammer Präsident Dr. Stephen Weinländer, MBA	Formatierung		