

HONORARE

Wien

01. April 2017 bis 31.März 2018

A Allgemeine Regelungen

1. Honorare

1.1. Die Honorare sind so festgesetzt, dass sie auch im Fall von schwierigen und intensiven Behandlungen zu einer leistungsgerechten Honorierung führen.

1.2. Die Honorare ergeben sich in operativen Fällen nach der Art und Schwere der durchgeführten operativen Eingriffe (Operationsgruppenschema), für konservative Fälle nach der Dauer der Behandlung. Von einer Differenzierung der einzelnen Fachgebiete der Medizin wird Abstand genommen.

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

3. Definitionen

3.1. Behandlungsfall

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

3.2. Akutaufnahme

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

Bei diesen Aufnahmen erfolgt 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“.

4. Transferierung zwischen Krankenanstalten und Weiterbehandlungen/ Wiederaufnahmen in einer anderen Krankenanstalt (innerhalb Wiens)

4.1. Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Transfertag nur von der übernehmenden Krankenanstalt verrechenbar.

4.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A.6., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.3., etc.) sind anwendbar.

4.3. Bei **Transfers** zwischen 2 Krankenanstalten oder bei **Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen** innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen), gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:

4.3.1. Konservative Honorare gemäß B.1. sind je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar.

4.3.2. Operative Honorare gemäß B.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar. Anmerkung: das verrechenbare Anästhesiehonorar bemisst sich am verrechenbaren Operationshonorar.

4.3.3. Die Honorare gemäß B.4.1. bis B.4.5. (Konsilien) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.

4.3.4. Die Honorare gemäß B. 4.6. und B.5. (Labormedizin, Radiologie, Phys. Medizin, Nuklearmedizin und Pathologie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55 % verrechenbar.

4.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A.6. sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar.

4.3.6. Intensivbehandlungshonorare gem. B. 7.1. sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

4.3.7. Die Entbindungspauschale gem. B.3. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Pkt. B.1. oder B.2. in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 90% verrechenbar.

4.4. Abweichend von der Regelung gemäß Pkt. A 4.3.2. gelten für nachstehende Eingriffe bei **Weiterbehandlungen innerhalb von 12 Monaten folgende** Sonderregelungen, wobei auch die Regelung gemäß A Pkt. 4.3.4. für diesen Zeitraum anwendbar ist:

4.4.1. Biopsien oder Tumorteilentfernungen

¹ Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet
C:\Users\M.Chalupsky\Desktop\Anhänge\Honorarvereinbarung (Anlage I) gültig ab 1.4.2017.docx

Der Abrechnung ist der Histologiebefund beizulegen. Ist dieser negativ, wird der Eingriff zu 100% vergütet. Fehlt der Histologiebefund oder ist er positiv und ein weiterer Eingriff innerhalb der genannten Frist medizinisch indiziert, ist die Biopsie oder Tumoreilntfernung mit 70% zu vergüten. Die Operationshonorare für die Folgeeingriffe sind gemäß Pkt. B.2.3. (Mehrfachoperationsgruppenregelung) verrechenbar.

4.4.2. **Mammaaufbau nach Carzinomoperationen**

Die Mammaaufbauplastik wird zu 100% vergütet. Sollten innerhalb von 12 Monaten weitere Eingriffe medizinisch indiziert sein, so sind maximal zwei weitere Eingriffe zu jeweils 70% verrechenbar.

4.4.3. **Varizen**

Werden Varizen in mehreren Aufenthalten innerhalb von 12 Monaten ab Behandlungsbeginn an einem oder beiden Beinen operiert (ausgenommen Rezidive), dann sind maximal 2 Operationsgruppen verrechenbar, die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe zu 70%.

5. **Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt und Weiterbehandlungen/ Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt**

5.1. Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Verlegungstag nur von der übernehmenden Abteilung verrechenbar. Erfolgen Aufnahme und Entlassung auf/aus eine(r) Intensivbehandlungseinheit (ICU) am selben Tag, so ist dieser Tag nur von dieser Intensivbehandlungseinheit (ICU) verrechenbar.

5.2. Bei **Verlegungen innerhalb einer (1) Krankenanstalt** erfolgt die Verrechnung als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A.6., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4., Nachbehandlungen gemäß B.2.2. etc.) sind anwendbar.

5.3. Bei **Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen** innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen² (ausgenommen Akutaufnahmen), gelten folgende Regelungen pro Aufenthalt:

5.3.1. Konservative Honorare gemäß B.1. sind je Aufenthalt zu 90 % verrechenbar.

5.3.2. Operative Honorare gemäß B.2. sind je Aufenthalt zu 90% verrechenbar.

5.3.3. Die Honorare gemäß B.4.1. bis B.4.5. (Konsilien) sind je Aufenthalt zu 100% verrechenbar, wobei die Regelung gemäß B.4.4. (max. 3 Konsilien pro Fach für Erst -und Folgeaufenthalte) zur Anwendung kommt. Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

² Der Zeitraum wird gerechnet zwischen Entlassungs- und Wiederaufnahmetag, d.h. Entlassungs- und Wiederaufnahmetag werden nicht mitgerechnet

5.3.4. Die Honorare gemäß B.4.6. und B.5. (Labormedizin, Radiologie, Phys. Medizin, Nuklearmedizin und Pathologie) sind je Aufenthalt zu 55% verrechenbar.

5.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A.6. sind die gültig ermittelten Honorare je Aufenthalt zu 90% verrechenbar.

5.3.6. Intensivbehandlungshonorare gem. B.7.1. sind je Aufenthalt zu 100% verrechenbar.

5.3.7. Die Regelungen gem. A 4.4. sind auch bei Weiterbehandlungen in derselben Krankenanstalt anzuwenden.

6. Interdisziplinäre Behandlungen

6.1. Allgemeines

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

6.1.2. Konsilien sind nicht Gegenstand der Regelungen über interdisziplinäre Behandlungen.

6.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (siehe B.2.2.).

6.2. Mehrere konservative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

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

6.3. Mehrere operative Behandlungen

Das operative Behandlungshonorar ist gemäß B.2. (operative Behandlungsfälle) verrechenbar. Fallen mehrere operative Behandlungen bei einem (1) Behandlungsfall an, tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung gemäß B.2.3. in Kraft.

6.4. Operative und konservative Behandlungen

6.4.1. Fällt eine (1) operative und eine (1) konservative Behandlung unterschiedlicher Fachrichtungen bei einem Behandlungsfall an, so ist für jede Fachrichtung ein Honorar von 90% des jeweils individuell verrechenbaren Honorars verrechenbar.

6.4.2. Fallen bei dieser interdisziplinären Konstellation neben einer oder mehrerer operativen Behandlung(en) mehrere konservative Behandlungen anderer Fachrichtungen bei einem (1) Behandlungsfall an, gilt zur Ermittlung des konservativen Gesamthonorars A 6.2., bei mehreren operativen Behandlungen gilt zur Ermittlung des operativen Gesamthonorars A. 6.3. Das so ermittelte konservative bzw. operative Honorar ist zu jeweils 90% verrechenbar.

7. Additivfächer

Additivfächer gelten nicht als eigene Fachrichtung.

8. Konsiliarleistungen

8.1. 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.

Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen gemäß B.4.6. oder B.5. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Radiologie, Labor, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pathologie, etc.).

8.2. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

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

8.3 Konsilien bei Aufnahmen durch Allgemeinmediziner

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

B Honorare

1. Konservative Behandlungsfälle

1.1. Honorare für konservative Leistungen

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

Tage		01.04.2017 bis 31.03.2018
1	€	631,00
2	€	738,00
3	€	951,90
4	€	1.101,70
5	€	1.246,10
6	€	1.326,30
7	€	1.390,40
8	€	1.454,60
9	€	1.518,70
10	€	1.582,80
11	€	1.647,20
12	€	1.711,30
13	€	1.775,50

Das Honorar für jeden weiteren Aufenthaltstag wird mit

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 28,50

verrechnet.

1.2 Mehrzeitiges Behandlungskonzept (z.B. zyklische onkologische Therapie)

Pro Tag ist ein Behandlungshonorar in der Höhe von

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 236,50

verrechenbar.

Geplante stationäre Wiederaufnahmen bei derartigen Behandlungskonzepten innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten werden für 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.4.6. als durchgehender Behandlungsfall verrechnet.

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

2. Operative/interventionelle Behandlungsfälle

Ein operativer Behandlungsfall liegt dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie ein operativer Eingriff vorgenommen wird.

Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn eine im Operationsgruppenschema 2006 Version 3.2 (Anlage II) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogeeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu regeln.

2.1. Honorar für operative Leistungen

			01.04.2017 bis 31.03.2018
OP-Gruppe	I	€	363,60
OP-Gruppe	II	€	566,90
OP-Gruppe	III	€	901,50
OP-Gruppe	IV	€	1.454,60
OP-Gruppe	V	€	1.730,50
OP-Gruppe	VI	€	2.021,40
OP-Gruppe	VII	€	2.851,60
OP-Gruppe	VIII	€	3.927,40

Die Einstufung der operativen Leistungen erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Version 3.2 (Anlage II).

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

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

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

2.2. Nachbehandlung

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

2.3. Mehrfach-Operationsgruppenregelung

2.3.1. Bei einem (1) Behandlungsfall sind für alle beteiligten Operateure (unabhängig von der Fachrichtung) insgesamt maximal zwei Operationsgruppen verrechenbar (ausgenommen Behandlungsfälle gemäß B.2.3.2.). Dabei ist die höhere Operationsgruppe zu 100 % und die zweite Operationsgruppe zu 70 % verrechenbar.

2.3.2. Wenn während eines Aufenthaltes mehr als zwei Eingriffe deshalb von Ärzten verschiedener Fachrichtung durchgeführt werden, weil auf Grund der

Sonderfachbeschränkung gemäß Ärztegesetz ein Arzt nicht alle Eingriffe selbst durchführen darf, so sind pro Fachrichtung maximal zwei (2), insgesamt jedoch maximal vier (4) Eingriffe verrechenbar.

Die beiden weiteren Eingriffe sind zu je 70 % der jeweiligen OP Gruppe verrechenbar.

2.4. Bei Säuglingen (bis zu einem Jahr) kann eine Höherreihung um eine Operationsgruppe erfolgen.

2.5. Mit den Honoraren gemäß B. 2.1 sind Leistungen aller nach B. 2.1 abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B. 2.1 verrechnenden Ärzte sind mit den Honoraren gemäß B. 2.1 ebenfalls abgegolten.

3. Entbindung

3.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Zange, Sectio, Vakuum, etc.) inkl. Dammschnitt 1. und 2. Grades und/oder Episiotomie und/oder Cervixriß ist eine Pauschale in Höhe von OP Gruppe V plus 7,5 % Zuschlag (€ 1.860,30) verrechenbar. Ein weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß den jeweiligen Regelungen für operative Eingriffe als Zweiteingriff abzurechnen.

3.2. Durch die Pauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Abteilung abgegolten.

3.3. Wird die postpartale Behandlung nicht vom Hauptbehandler oder durch die Abteilung, an der die Patientin entbunden hat, durchgeführt, ist kein zusätzliches Honorar verrechenbar. Das gleiche gilt, wenn bei einer Transferierung aus nicht medizinisch notwendigen Gründen die postpartale Behandlung in einer anderen Krankenanstalt erfolgt. Erfolgt diese Transferierung aus medizinisch indizierten Gründen, gilt Pkt. A.4.3.7.

4. Klinische Konsiliaruntersuchungen

4.1. Klinische Konsilien

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

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 99,60

4.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

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

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 310,20

4.3. Konsilien durch Ärzte eines anderen internistischen Additivfaches

Ist der Versicherte an einer internen (medizinischen) Abteilung eines Krankenhauses mit mehreren internen (medizinischen) Abteilungen aufgenommen und sind Konsilien durch Additivfächer eines anderen internistischen Additivfaches notwendig, so kann abweichend von A.7. pro Behandlungsfall zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar ein (1) Konsilium zum Tarif gem. B 4.1. verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B.4.2.

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

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

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

4.4. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fachrichtung und Behandlungsfall sowie bei Weiterbehandlungen gem. Punkt A 5.2.b) (Weiterbehandlung in derselben Krankenanstalt) für Erst- und Folgeaufenthalt(e) höchstens 3 Konsilien aus B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.5. Neugeborenenuntersuchung

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

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 203,40

verrechenbar.

4.6. Physikalische Medizin:

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

4.6.1. Erste Konsultation: durch einen Facharzt für Physikalische Medizin:
€ 243,50

4.6.2. Für weitere durch einen Facharzt für Physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistung pro Tag maximal ein Betrag in Höhe von
€ 95,00

4.6.3. 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 **€ 461,20** verrechenbar.

Bei Langzeitaufenthalten erhöht sich ab dem 20. Aufenthaltstag der Höchstsatz um einen Betrag in Höhe von **€ 95,00**.

5. Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten (Labor, Blutgruppenserologie, Pathologie, Nuklearmedizin, Radiologie)

Die Leistungen der Fachärzte in nichtbettenführenden Instituten – „nbl“ (Labor, Blutgruppenserologie, Pathologie, Nuklearmedizin, Radiologie – ausgenommen interventionelle Radiologie) müssen vom Hauptbehandler angeordnet sein und in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Behandlungsgeschehen stehen. Die diesbezüglichen Honorare sollen in einer maßvollen Relation³ zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Bei mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B.1.2. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar. Die Grundlage für die Detailhonorare bilden, sofern in den einzelnen Abschnitten nicht ausdrücklich definiert, die von den einzelnen Fachgruppen erarbeiteten Empfehlungstarife.

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

5.1. Zentrallabor

5.1.1. Gruppe A: Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten⁴:

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

Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen aus den Gebieten:

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

5.1.2. Gruppe B: Für alle nicht unter Pkt 5.1.1. (Gruppe A) angeführten Krankenanstalten:

bei Inanspruchnahme pro Behandlungsfall **€ 201,10**

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

5.3. Zentralpathologie

³ Als maßvolle Relation wird ein Zielwert von 16 % dieser Fächer (nbl) am Gesamthonorarvolumen vereinbart, wobei die Relationen zwischen den Fächern unter Berücksichtigung einer angemessenen Schwankungsbreite unverändert bleiben. Bei Erreichen des Zielwertes gilt, dass die Honorare dieser Fachärzte im selben Ausmaß wie alle restlichen Honorare steigen und jedenfalls bis 31.12. 2024 nicht mehr abgesenkt werden. Diese Zusicherung gilt unter der Voraussetzung eines Abschlusses einer neuen Honorarvereinbarung bzw. vorbehaltlich allfälliger Änderungen der Gesetzeslage, wobei neue medizinische Entwicklungen während dieser Zeit berücksichtigt werden müssen.

⁴ Als Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten im Sinne dieser Vereinbarung gelten das AKH Wien, das KH Hietzing, das KH Wilhelminenspital, das SMZ Ost Wien, SMZ Süd - Kaiser Franz Josef-Spital mit Preyer'schem Kinderspital, die KA Rudolfstiftung, das Otto Wagner Spital, das Hanusch Krankenhaus sowie das Krankenhaus Nord.

5.3.1. Histopathologische Untersuchungen

		01.04.2017 bis 31.03.2018
Gruppe I	histologisches Gutachten alle Untersuchungen außer in II und III angeführt	je € 162,50
Gruppe II	histologisches Gutachten Biopsie ohne Untersuchung wie unter III angeführt	je € 233,50
Gruppe III	histologisches Gutachten <ul style="list-style-type: none"> • 6 oder mehr Blöcke • intraoperative Gefrierschnittunter- suchung • Schnittstufen bei Portio (inkl. Konus) und Prostatapräparaten • Immunhistochemie, Molekularpa- thologie bei Lymphomen und bei anderer mit Standardfärbung nicht diagnostizierbaren Läsionen • Hormonrezeptoren bei Mammatu- moren 	je € 385,90

Die 3 Gruppen können nicht additiv verrechnet werden.

5.3.2. Mikrobiologische (bakteriolog., parasitolog.) Untersuchungen

	01.04.2017 bis 31.03.2018
bakteriologisches Gutachten aerobe und/oder anaerobe Kultur, parasitologische Untersuchung ohne Anreicherungsverfahren, serologische Untersuchungen (ausgenommen Screening-Untersuchungen von HIV, Hepatitis und Lues), parasitologische Anreicherungsverfahren, Kultur- und Antibiogrammerstellung, Tbc-Kultur, molekularbiologische Untersuchung	insgesamt € 203,20

5.3.3. Zytodiagnostische Untersuchungen

	01.04.2017 bis 31.03.2018
Zytodiagnostisches Gutachten gynäkologische Zytologie, extragenitale Zytologie, zytologisches Gutachten mittels immunzytochemi- scher und/oder molekularpathologischer Untersuchung, Zellblock	insgesamt € 96,40

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

5.4. Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren:

	01.04.2017 bis 31.03.2018
5.4.1. Diagnostik - Pro Fall sind folgende Höchstsätze verrechenbar	
Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie	€ 494,60
Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR	€ 714,00
Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B1.2. bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR	€ 797,20
5.4.2. Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar:	
Herz/Thorax	€ 125,90
Ultraschall	€ 125,90
Konventionelle Radiologie	€ 217,40
Computertomographie	€ 310,50
Magnetresonanz	€ 414,00
Diagnostische Angiographie	€ 424,30
Densitometrie nach DEXA-Methode	€ 71,10

5.5 Institut für Nuklearmedizin

	01.04.2017 bis 31.03.2018
a) jegliche in vitro Funktionsdiagnostik pro Behandlungsfall	€ 83,00
b) Schilddrüsen-sonographie und/oder Densito-metrie nach Dexa-Methode pro Behandlungsfall	€ 210,90
c) Szintigraphien pro Behandlungsfall	€ 669,80
d) PET pro Behandlungsfall	€ 831,20

Im Honorar der Position d) sind die Untersuchungen gem. a), b) und c) inkludiert;
 Im Honorar der Position c) sind die Untersuchungen gem. a) und b) inkludiert;
 Im Honorar der Position b) sind die Untersuchungen gem. a) inkludiert.

Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Abschnitt B Pkt. 1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A.) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß a), b), c), d) ist in derartigen Fällen nicht möglich.

6. Abteilung / Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

6.1. Anästhesie bei Leistungen aus dem OP-Schema

Das Honorar für Narkosen (Vollnarkosen, Regionalanästhesien, Sedoanalgesien) beträgt 28 % des verrechenbaren OP-Honorars, wobei sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung zur Anwendung gelangen.

6.2. Anästhesie bei Leistungen, die nicht im OP-Schema enthalten sind

Das Honorar für Anästhesieleistungen beträgt 28 % der OP-Gruppe II.

6.3. Vollnarkose, Regionalanästhesie und Sedoanalgesie sind pro einzeitigem operativem Vorgehen nicht additiv verrechenbar.

6.4. Anästhesie bei Entbindung

Das Honorar für Anästhesien für unter B 3. definierte Leistungen wird in Höhe von 28 % der für den Geburtshelfer verrechenbaren Honorare vergütet.

Bei unvorhergesehenem Umstieg von nicht operativer Entbindung auf operative Entbindung ist die peripartale Schmerzbehandlung mittels Epiduralkatheter zusätzlich zum Anästhesiehonorar verrechenbar, sofern das Setzen des Katheters in einem zeitlichen Abstand von mindestens 6 Stunden vor der operativen Entbindung erfolgt.

6.5. Leistungen aus dem Operationsgruppenschema

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

6.5.2. Werden für den Behandlungsfall durch den FA für Anästhesie und Intensivmedizin mehrere Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so gilt die Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B. 2.3. Weitere Leistungen durch den FA für Anästhesie und Intensivmedizin sind gemäß B. 2.5. nicht verrechenbar (ausgenommen Sonderregelung Lokalanästhesie durch den Operateur).

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

6.6. Konsilien

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

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

- 7.1. Für Intensivbehandlungen sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen pro Tag

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 205,40

verrechenbar. Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Pkt. A. 6.) und für die Punkte A. 4. und A.5. – mit Ausnahme von Pkt. A. 5.1. - kommen nicht zur Anwendung.

- 7.2. Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gemäß B.7.1) pro Aufenthalt limitiert.
- 7.3. Leistungen gemäß B.6.1. bis B.6.4 sind neben Leistungen gemäß B. 7.1. verrechenbar.
- 7.4. Für Aufenthalte an behördlich genehmigten Intensivüberwachungseinheiten (IMCU) der Stufe 0 laut LKF-Modell 2004 erfolgt die Honorierung nach dem Schema der konservativen Behandlungsfälle gemäß B. 1.

Ist die Verlegung an die IMCU mit einem Fachrichtungswechsel verbunden, so kommen die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen gemäß A. 6. zur Anwendung.

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

- 7.5. Leistungen gemäß B 7.1. sind nicht verrechenbar, wenn durch dieselbe Fachrichtung Leistungen gemäß B. 1. oder B. 2. erbracht wurden.
- 7.6. 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.

8. Abteilungen/Institute für Strahlentherapie

- 8.1. Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen: direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag **eines Konsiliums gem. B.4.1.** max. 3 x pro Behandlungsfall verrechenbar.

- 8.2. Onkologische Strahlentherapie im Zusammenhang mit chirurgischem Geschehen - adjuvante (postoperative) und neoadjuvante (präoperative): Teletherapie ist mit einem Pauschalhonorar von

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 1.061,10

innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten je Region verrechenbar.

- 8.3. Onkologische Strahlentherapie im Zusammenhang mit chirurgischem Geschehen – adjuvante (postoperative) und neoadjuvante (präoperative): Brachytherapie ist gemäß B.2. (operative/interventionelle Behandlungsfälle) einmal innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten je Region verrechenbar. B. 8.3. ist nicht additiv zu B. 8.2. verrechenbar.

- 8.4. Definitive onkologische Strahlentherapie (inklusive Brachytherapie) an klinisch nachgewiesenen Tumoren anstelle einer Radikaloperation: Pauschale von

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 2.417,20

innerhalb einer Zeitraumes von drei Monaten je Region verrechenbar.

- 8.5. Kombinierte Strahlen – Chemotherapie:

- von einem Behandler durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B 8.2. bis B 8.4. 50% der Honorare gemäß B 1.2., max. jedoch

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 352,80

verrechenbar.

- von zwei Behandlern verschiedener Fachrichtungen durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B 8.2. bis B 8.4. die Honorare gemäß B 1.2. verrechenbar.

- 8.6. Aufnahmen mit strahlentherapeutischen Behandlungen gemäß B.8.1. bis B.8.5. unterliegen nicht den Kürzungsregelungen gem. Pkt. A.4. und A.5., d.h. derartige Aufenthalte sind vertragstechnisch analog den Regelungen zur Akutaufnahme gemäß Pkt. A.4.3. und. A.5.3. zu behandeln.

- 8.7. Durch diese Honorare sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Krankenhausabteilung sowie anderer Abteilungen der gleichen Fachrichtung abgegolten.

C Sonderregelungen

1. Cataractoperation mit Linsenimplantation

1.1. Honorare

1.1.1. Pauschalhonorar für die Operation an einem Auge (siehe auch Pkt. C.1.3.)

€ 1.475,00

1.1.2. Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar)

€ 195,00

1.2. Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 170 % des Pauschalbetrages gem. Pkt. C.1.1.1. verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100 % der Pauschalbeträge 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.2.5. der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an 2 Augen als 2 Operationsgruppen gilt.

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

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

1.5. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gem. Pkt. A.4. (Transfer, Weiterbehandlung/Wiederaufnahme in einer anderen Krankenanstalt), A.5. (Verlegung, Weiterbehandlung/Wiederaufnahme in derselben Krankenanstalt) und A.6. (interdisziplinäre Behandlungen) kommen grundsätzlich für alle Leistungen, außer der Cataractpauschale, zur Anwendung. Die Pauschalbeträge gemäß Pkt 1.1. sind demnach in vollem Ausmaß verrechenbar

2. Diagnostischer Herzkatheter

2.1. In Fällen, die präoperativ mittels Herzkatheter abgeklärt werden müssen, bzw. in jenen Fällen, bei denen sich aufgrund der Herzkatheteruntersuchung die Indikation zur Operation ergibt, ist zusätzlich für die Diagnostik mittels Herzkatheter 100% der OP-Gruppe V verrechenbar.

2.2. Die Folgeeingriffe sind gem. Pkt. B.2. abrechenbar, wobei die Herzkatheteruntersuchung im selben Aufenthalt oder innerhalb von 14 Tagen verrechnungstechnisch unberücksichtigt bleibt.

3. Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren

- 3.1. Irreversible permanente Facettendenerverierung nach jeder Methode:
Mit dem Honorar der OP Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzte abgegolten.
- 3.2. Epidurale und Spinale „Single Shot“ Applikation:
Mit dem Honorar der OP Gruppe II (V 203) sind alle Leistungen (auch Mehrfachinterventionen) aller am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzte abgegolten.
- 3.3. Der Abrechnung ist der OP Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.
- 3.4. Sofern neben den Behandlungen gem. 3.1. und 3.2. weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Punkt 1.2. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, finden Pkt. 3.1. und Pkt. 3.2. als Pauschalen keine Anwendung.
- 3.5. Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen.
- 3.6. Über den Punkt C.3. wird bis Ende 2013 eine neue Regelung zwischen der Ärztekammer für Wien und dem Versicherungsverband Österreich ausverhandelt werden.

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

4.1. Pauschalhonorar

	01.04.2017 bis 31.03.2018
Honorar	€ 427,00

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

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

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

4.4. 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. 4.1. als Pauschale keine Anwendung.

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

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

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

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

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

5. Elektive Aufnahmen ins Schlaflabor

Von der ÄK wird bis Ende 2013 eine Definition für anerkannte Untersuchungseinheiten (Goldstandard) vorgeschlagen und mit dem VVO abgestimmt werden, wobei ab diesem Zeitpunkt gemeinsam definierte mobile Einrichtungen von der Verrechenbarkeit ausgenommen sind.

5.1. Für Diagnostik und Therapie (unabhängig von Behandlungsdauer und ev. mehrmaliger Aufnahme) ist ein Pauschalbetrag (inkludiert Diagnostik und Konsilien) in der Höhe von

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 441,70

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

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

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 315,50

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

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

01.04.2017 bis 31.03.2018
€ 315,50

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

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

5.5. Insgesamt sind daher für komplett überwachte Polysomnographien

- mit CPAP maximal die Summe der Beträge gemäß Punkt C 5.1., C 5.2. und C.5.3.
- ohne CPAP maximal der Betrag gemäß Punkt C 5.1. verrechenbar.

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

6. Aufnahmen in die Universitätsklinik für Notfallmedizin

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

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

Bei längerer Verweildauer an der Universitätsklinik für Notfallmedizin erfolgt die Honorierung gemäß B. 1.

7. Bei der **intraoperativen Strahlentherapie** erfolgt eine Entscheidung über die Honorierung im Einzelfall.

8. Für eine externe oder intrakardial durchgeführte **Kardioversion** ist das konservative Honorar bzw. ein invasives Konsilium nach folgenden Regelungen verrechenbar:

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

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

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

10. Krankenhauszusammenlegungen

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

D Gültigkeit

Diese Honorarvereinbarung hat Gültigkeit für Aufenthalte ab 01.04.2017 (Aufnahmetag) bis 31.03.2018.

Wien, am 01.03.2017

Für die Ärztekammer für Wien

Für den Verband der
Versicherungsunternehmen
Österreichs
Sektion Krankenversicherung

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

Dr. Peter Eichler MMag. Astrid Knitel

Für die Zahnärztekammer

Präsident
MR DDr. Claudius Ratschew