

Honorarvereinbarung

zwischen der

Ärzttekammer für Niederösterreich

und dem

**Verband der Versicherungsunternehmen
Österreichs**

A. Allgemeine Regelungen

1. Maximalhonorare

1.1. Bis zu den vereinbarten Maximalhonoraren kann der Arzt sein Honorar nach freiem Ermessen bzw. nach Maßgabe der Empfehlungstarife der einzelnen Fachgruppen festsetzen. Die Maximalhonorare sind so festgesetzt, dass sie auch im Fall von schwierigen und intensiven Behandlungen zu einer leistungsgerechten Honorierung führen.

1.2. Die Honorar-Maxima 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. Übernahme der Hauptverantwortung

Wenn anstelle eines bettenführenden Abteilungsvorstandes ein ständiger Konsiliarfacharzt bzw. ein nicht bettenführender Facharzt die Behandlung übernimmt, erfolgt unter Wahrung des Anspruches der nachgeordneten Ärzte gemäß § 45 NÖ KAG eine Aufteilung des Honorars von 70:30 zugunsten des Konsiliarfacharztes bzw. des nicht bettenführenden Facharztes.

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 in der Krankenanstalt, die durch eine vor der Aufnahme im KH in Erscheinung getretene oder 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. Entbindungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft gelten im Sinne dieser Vereinbarung nicht als Akutaufnahme.

4. Transferierung (innerhalb des Bundeslandes Niederösterreich)¹

- 4.1. Bei tageweise verrechenbaren Honoraren ist der Transfertag nur von der übernehmenden Krankenanstalt verrechenbar. In jenen Fällen, bei denen nach diagnostischen Abklärungen (Maßnahmen) noch am Tag der Aufnahme eine Transferierung in eine andere Krankenanstalt stattfindet, ist von der abgebenden Krankenanstalt ein Honorar in Höhe eines invasiven Konsiliums gem. Pkt. B.4.2. verrechenbar. Dies unter der Voraussetzung, dass es sich um eine Akutaufnahme gehandelt hat und kein Rücktransfer in die Krankenanstalt erfolgt.
- 4.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A.7., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.3., etc.) sind anwendbar.
- 4.3. Bei Transferierungen zwischen zwei Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:
 - 4.3.1. Konservative Honorare gemäß Pkt. B.1.1. sind je durchführender Krankenanstalt zu 84% verrechenbar. Die Honorare gem. B.1.2. (zytostatische onkologische i.v. Therapie und i.v. Antikörper-Therapie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.
 - 4.3.2. Operative Honorare gemäß B.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 84% verrechenbar. Anmerkung: das verrechenbare Anästhesiehonorar bemisst sich am verrechenbaren Operationshonorar.
 - 4.3.3. Die Honorare gemäß B.4.1. bis B.4.4. (Konsilien) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.
 - 4.3.4. Die Honorare gemäß B. 4.5. (Physikalische Medizin) und B.5. (Labor, Pathologie, Nuklearmedizin, Radiologie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55 % verrechenbar.
 - 4.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A.7. sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.
 - 4.3.6. Intensivbehandlungshonorare gem. B. 8.2. sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.
 - 4.3.7. Die Entbindungspauschale gem. B.3. ist zu 100% verrechenbar. Erfolgt nach der Entbindung eine medizinisch indizierte Transferierung in eine andere Krankenanstalt, sind die Honorare gem. Pkt. B.1. oder B.2.

¹ Bei Transfers innerhalb von Verbänden ist die Aufnahmezahl entscheidend. Sobald mehr als eine Aufnahmezahl vergeben wird, sind die Transferregelungen anwendbar.

in der aufnehmenden Krankenanstalt zu 100% und die Entbindungspauschale in der abgebenden Krankenanstalt nur zu 84% verrechenbar.

- 4.4. Erfolgt die Transferierung in eine Krankenanstalt, in der die Behandlung nach einer bestehenden Sondervereinbarung (Akutgeriatrie, Remobilisation, Nachsorge, Palliativ-Einheiten) durchgeführt und abgerechnet wird, gelten die Regelungen gemäß Punkt A 4.3. weder für die abgebende noch für die übernehmende Krankenanstalt.

5. Wiederaufnahmen

5.1. Bei Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 10 Tagen² (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Niederösterreich gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.4. analog pro Aufenthalt.

5.2. Abweichend zu Punkt A.4.3.4. 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. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte). Die Konsiliarhonorare sind darüber hinaus nur dann verrechenbar, wenn vom selben Behandler keine Hauptbehandlungshonorare im Zuge dieser Aufenthalte verrechnet wurden.

6. Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt

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

6.2. Die Verrechnung erfolgt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. A.7., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß Punkt B.2.3., Nachbehandlungen gem. Punkt A.2.4., etc.) sind anwendbar.

6.3. Erfolgt während des Behandlungsfalles eine Verlegung in oder aus eine(r) Organisationseinheit, für die eine Sondervereinbarung (Akutgeriatrie, Remobilisation, Nachsorge, Palliativ-Einheit) gültig ist, kommen für diesen Behandlungsteil die Regelungen dieser Sondervereinbarung zur Anwendung.

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

7. Interdisziplinäre Behandlungen

7.1. Allgemeines

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

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

7.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (Pkt. B.2.4.) sowie Intensivbehandlungen (vgl. Punkt B 8.2).

7.2. 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, ist für jede Fachrichtung ein Betrag in Höhe von 75% des jeweils individuell vorgesehenen Honorars verrechenbar. Wird bei einem (1) Behandlungsfall die konservative Behandlung der Fachrichtung A nach einem Fachrichtungswechsel wieder von der Fachrichtung A fortgesetzt, dann ist abrechnungstechnisch für die Gesamtbehandlungsdauer der Fachrichtung A von einer durchgehenden Behandlung auszugehen.

7.3. Mehrere operative Behandlungen unterschiedlicher Fachrichtungen

Werden bei einem Behandlungsfall mehrere Eingriffe deshalb von Ärzten verschiedener Fachrichtungen durchgeführt, weil auf Grund der Sonderfachbeschränkung gemäß ÄrzteG 1998 ein Arzt nicht alle Eingriffe selbst durchführen darf, so sind pro Fachrichtung maximal zwei (2), insgesamt jedoch maximal vier (4) Operationsgruppen zu je 90% der entsprechenden OP-Gruppe gem. Pkt. B.2.2. verrechenbar. D.h. in diesen Fällen tritt die Mehrfach-Operationsgruppenregelung (die bei Tätigwerden lediglich einer (1) chirurgischen Fachrichtung zum Tragen kommt) außer Kraft.

7.4. Operative und konservative Behandlungen

Fallen bei einem (1) Behandlungsfall mindestens eine (1) operative und mindestens eine (1) konservative Behandlung an, so ist/sind für die operative(n) Behandlung(en) jeweils 90% der jeweiligen OP-Gruppe gem. Pkt. B. 2.2. und für jede konservative Fachrichtung 75% des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gem. Pkt. B.1.1. verrechenbar. Die Beschränkungen für verrechenbare operative Behandlungen – pro Fachrichtung maximal 2 Eingriffe, bei mehreren Fachrichtungen gem. Pkt. A.7.3. max. 4 Eingriffe – bleiben aufrecht.

8. Additivfächer entsprechend ÄAO 2006

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

9. Konsiliarleistungen

9.1. Definition

Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar am Patienten vorgenommene Untersuchungen/Behandlungen, die von Ärzten 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 Präventiv-Charakter haben.

9.2. Für Ärzte jener Fächer, deren Leistungen gemäß B.5. abgegolten werden, sind keine Konsilien verrechenbar (Labor, Nuklearmedizin, Pathologie, Röntgen, etc.).

9.3. Konsilien zulasten des Hauptbehandlers

Werden Konsilien von einem Hauptbehandler angefordert, die er im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt, so werden diese Konsilien gemäß den Regelungen über Konsiliarhonorare abgegolten, reduzieren aber im selben Maße das operative bzw. konservative Honorar des Hauptbehandlers.

9.4. Konsilien durch Ärzte eines anderen internistischen Additivfaches gem. A.8.

Ist der Versicherte an einer internen (medizinischen) Abteilung eines Krankenhauses mit mehreren internen (medizinischen) Abteilungen aufgenommen und sind Konsilien durch Fachärzte eines anderen internistischen Additivfaches notwendig, so kann abweichend von A.8. pro Aufenthalt 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 und
- keine gastrointestinale Aufnahmediagnose vorliegt.

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

10. VPI- und Schwellenwertregelung für den Zeitraum 01.01.2025 bis 31.12.2025

Als Basis dient der von der Statistik Austria veröffentlichte VPI 2015. Sofern dieser nicht mehr verlautbart wird, einer an dessen Stelle tretender oder vergleichbarer Index. Grundlage für die Valorisierung der mit „VPI“ gekennzeichneten Positionen ist die Veränderung des vorläufigen VPI Juli des laufenden Jahres zu VPI Juli des Vorjahres (arithmetisch gerundet auf eine Nachkommastelle). Beispiel zur Berechnung

anhand der Veränderung des Juli-VPI 2019 zu Juli-VPI 2020: Der Juli-VPI 2020 (108,2) wird durch den Juli VPI 2019 (106,4) dividiert und davon 1 subtrahiert. Daraus resultiert ein Wert von 0,01692 welcher nach Umformung (Multiplikation mit 100) 1,692 ergibt, d.h. der errechnete VPI, nach arithmetischer Rundung auf eine Nachkommastelle, entspricht damit 1,7%. Ist die Veränderung VPI Juli des laufenden Jahres zu VPI Juli des Vorjahres kleiner als 0% oder weist die Veränderung VPI Juli des laufenden Jahres zu VPI Juli des Vorjahres (Prozentsatz gerundet auf 1 Nachkommastelle) einen Wert von höher als 5,5% aus, sind zwischen den Vertragspartnern umgehend (jedenfalls im Oktober 2022) Gespräche aufzunehmen. Verlaufen im Fall des Überschreitens der 5,5% Grenze diese Gespräche ohne Einigung, so wird als Wert für den anzuwendenden VPI 5,5 % angesetzt. Im Fall des Unterschreitens der 0% Grenze wird als Wert für den anzuwendenden VPI 0% angesetzt.

„VPI +1,5%“ steht im Folgenden als Abkürzung für die Veränderung Juli-VPI 202x zu Juli-VPI 202x plus 1,5%-Punkte, z.B. bei VPI 1,6%: Ausgangsbetrag*(1+0,016+0,015). VPI*0,75“ steht im Folgenden als Abkürzung für die Veränderung Juli-VPI 202x zu Juli-VPI 202x mal 0,75%-Punkte, z.B. bei VPI 1,6%: Ausgangsbetrag*(1+0,016*0,75).

B. Honorare

1. Konservative Fälle

1.1. Maximalhonorar für konservative Behandlungen

Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer nach Kalendertagen bemessen und beträgt nachfolgender Tabelle:

			01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
1 Tag	43,00%	€	464,00	498,80	513,20
2 Tage	53,00%	€	571,90	614,80	632,60
3 Tage	71,00%	€	766,20	823,60	847,50
4 Tage	81,00%	€	874,10	939,60	966,80
5 Tage	90,00%	€	971,20	1.044,00	1.074,20
6 Tage	95,00%	€	1.025,10	1.102,00	1.133,90
7 Tage	100,00%	€	1.079,10	1.160,00	1.193,60
8 Tage	105,00%	€	1.133,10	1.218,00	1.253,30
9 Tage	110,00%	€	1.187,00	1.276,00	1.313,00
10 Tage	115,00%	€	1.241,00	1.334,00	1.372,60
11 Tage	120,00%	€	1.294,90	1.392,00	1.432,30
12 Tage	125,00%	€	1.348,90	1.450,00	1.492,00
13 Tage	130,00%	€	1.402,80	1.508,00	1.551,70
14 Tage	135,00%	€	1.456,80	1.566,00	1.611,40

Ab dem 15. Tag beträgt das Honorar für jeden weiteren Tag **€ 42,90** (01.01.2024 bis 31.12.2024) (3,70 % des kons. Honorars für 7 Tage) bzw. **€ 44,20** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

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

- 1.2.1. Pro Behandlungstag ist verweildauerunabhängig ein Honorar von **€ 198,30** (01.01.2024 – 31.12.2024) bzw. **€ 204,10** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.
- 1.2.2. Die diagnostisch technischen Honorare gemäß B.5. sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten 1 x verrechenbar. Die Rechnungslegung erfolgt für jeden Aufenthalt innerhalb des Zeitraumes von drei Monaten (gerechnet ab dem ersten Tag des Behandlungszyklus) unter Berücksichtigung der relevanten Bestimmungen über die maximale Verrechenbarkeit von Leistungen.
- 1.3. Mit den Honoraren gemäß B 1. sind mit Ausnahme der Laborleistungen gemäß B.5.1.3. Leistungen aller nach B 1. abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung angehören, wie die gemäß B 1. verrechnenden Ärzte, sind mit den Honoraren gemäß B. 1. ebenfalls abgegolten.

2. Operative Fälle

2.1. Allgemeines

2.1.1. Ein operativer Eingriff liegt definitionsgemäß dann vor, wenn zur Diagnostik und/oder zur Therapie eine im Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1. (Anlage VI) enthaltene oder entsprechend analoge operative Leistung vorgenommen wird. Analogieeinstufungen sind dem Grunde und der Höhe nach einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu regeln. Für operative Fälle steht ausschließlich das Honorar für operative Behandlungen zur Verfügung. Eine wahlweise Verrechnung operativer Fälle mit dem Honorar für konservative Behandlungen ist nicht möglich.

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung als auch ein operativer Eingriff der Operationsgruppen 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. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt B.1.1. abrechenbar.

2.2. Maximalhonorar für operative Eingriffe

				01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
OP Gruppe	I	20%	€	253,30	271,50	279,40
OP Gruppe	II	40%	€	506,60	543,00	558,80
OP Gruppe	III	60%	€	759,80	814,60	838,20
OP Gruppe	IV	100%	€	1.266,40	1.357,60	1.397,00
OP Gruppe	V	140%	€	1.773,00	1.900,60	1.955,80
OP Gruppe	VI	190%	€	2.406,20	2.579,40	2.654,30
OP Gruppe	VII	240%	€	3.039,40	3.258,20	3.352,80
OP Gruppe	VIII	320%	€	4.052,50	4.344,30	4.470,40

Die Einstufung der operativen Eingriffe erfolgt nach dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1.

2.3. Mehrfachoperationsgruppenregelung

Werden von 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 70 % verrechenbar. Werden bei einem Behandlungsfall mehr als eine chirurgische Fachrichtung tätig, liegt definitionsgemäß eine interdisziplinäre Behandlung vor und es gelangt Pkt. A.7.3. zur Anwendung.

2.4. Postoperative Behandlung

2.4.1. Postoperative Nachbehandlung innerhalb einer Krankenanstalt

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung des Patienten (ausgenommen Intensivtherapie) nicht vom Operateur oder durch die Abteilung, an der der Patient operiert wurde, durchgeführt, erfolgt eine Aufteilung des OP-Honorars im Verhältnis 70:30 zugunsten des Operateurs.

2.4.2. Postoperative Nachbehandlung zwischen zwei Krankenanstalten

Die Aufteilung gem. Punkt 2.4.1. gilt ebenfalls, wenn die Nachbehandlung im Zuge einer Transferierung in einer anderen Krankenanstalt erfolgt. In diesen Fällen gelangen die Kürzungsregelungen des operativen Honorars gem. Punkt A 4.3.2. nicht zur Anwendung.

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. Entbindungen

3.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vakuumgeburt, etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt 1. und 2. Grades und/oder Naht eines Cervixrisses ist eine Pauschale in Höhe von **€ 1.904,10** (01.01.2024 bis 31.12.2024) bzw. **€ 1.959,30** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

3.2. Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. B.2.3. als Zweiteingriff verrechenbar.

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.

3.4. Durch diese Entbindungspauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Krankenhausabteilung abgegolten.

4. Konsiliarleistungen

4.1. Klinische Konsilien

Das Honorar für klinische Konsiliaruntersuchungen durch Ärzte, die nicht an der Abteilung tätig sind, an der der Patient liegt, beträgt max. **€ 88,80** (01.01.2024 bis 31.12.2024) **€ 91,40** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

4.2. Klinische Konsilien mit invasiver Sonderleistung

Das Honorar pro klinischem Konsilium mit invasiver Sonderleistung (Gastroskopie, Coloskopie, Rektoskopie, Sigmoidoskopie, Cystoskopie und diagnostische Bronchoskopie inkl. allfälliger Biopsien sowie transoesophageale Echokardiographie) beträgt max. bzw. **€ 222,90** (01.01.2024 bis 31.12.2024) bzw. **€ 229,40** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

4.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fach und Behandlungsfall sowie bei Wiederaufnahmen gem. Pkt. A.5.2 (Wiederaufnahme in der selben Krankenanstalt) für Erst- und Folgeaufenthalt(e) höchstens 3 Konsilien gemäß B.4.1. und B.4.2. verrechenbar.

4.4. Neugeborenenuntersuchung

Für Untersuchungen (beinhaltet u.a. verpflichtend Hörscreening und Hüftultraschall), Impfung und Kontrolle eines Neugeborenen ist an Stelle der Honorierung für klinische Konsilien ein Maximalhonorar von **€ 305,20** (01.01.2024 bis 31.12.2024) **€ 314,10** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

4.5. Physikalische Medizin

Bei einer dem Bedarf entsprechenden Indikation

4.5.1. Erstkonsultation durch FA für Physikalische Medizin **€ 245,50** (01.01.2024 bis 31.12.2024) bzw. **€ 252,60** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

4.5.2. Für weitere durch einen Facharzt für physikalische Medizin erbrachte und dokumentierte ärztliche Leistungen, pro Tag max. **€ 88,80** (01.01.2024 bis 31.12.2024) **€ 91,40** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

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

4.5.4. Insgesamt ist pro Fall ein Höchstsatz von **€ 423,10** (01.01.2024 bis 31.12.2024) **€ 435,40** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

5. Institute

Die Leistungen der folgenden Fächer (Institute) müssen vom Hauptbehandler angeordnet sein und im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Behandlungsgeschehen stehen. Bei mehrzeitigem Behandlungskonzept gem. Pkt. B.1.2. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar.

5.1. Labor

	Einteilung	Krankenanstalten	01.01.2023 bis 31.12.2023 pro Fall maximal	01.01.2024 bis 31.12.2024 pro Fall maximal	01.01.2025 bis 31.12.2025 pro Fall max. VPI Juli
5.1.1.	Institute für Laboratoriumsmedizin mit Spezialdiagnostik und nachgeordneten Ärztinnen/Ärzten bzw. Labor mit laborfachärztlichen Institutsleiter am Standort	UK St. Pölten LK Wr. Neustadt LK Mistelbach-Gänserndorf LK Amstetten/Mauer UK Krems	€ 148,00	€ 158,70	€ 163,30
5.1.2.	Labor mit laborfachärztlicher Leitung durch 5.1.1. (regionaler Verbund)	LK Baden LK Hohegg LK Mödling LK Neunkirchen LK Hainburg LK Hollabrunn LK Korneuburg LK Stockerau LK Klosterneuburg LK Lilienfeld UK Tulln	€ 21,00	€ 23,00	€ 23,70
5.1.3.	Labor ohne laborfachärztlichen Leiter	LK Melk LK Scheibbs LK Waidhofen/Ybbs LK Allentsteig LK Gmünd LK HornLK Waidhofen/Thaya LK Zwettl	€ 21,00	23,00	€ 23,70

Die Sätze (inklusive allfälliger Fremdleistungen) haben Gültigkeit pro Krankenanstalt, in welcher der Patient aufgenommen und behandelt wird.

5.2. Pathologie, pro Fall maximal **218,60** (01.01.2024 bis 31.12.2024) bzw. **€ 224,90** (01.01.2025 bis 31.12.2025).

5.3. Nuklearmedizin

	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
a) Schilddrüsen- und Knochenstoffwechselfpauschale	€ 320,30	€ 343,40	€ 353,40
b) Szintigraphien und/oder PET pro Behandlungsfall	€ 575,00	€ 616,40	€ 634,30
Werden bei einem Behandlungsfall zwei oder mehrere Leistungen aus den oben genannten Positionen (a und b) erbracht, ist die Position mit dem höchsten Betrag verrechenbar. Eine additive/kumulative Verrechnung der Positionen ist nicht möglich.			

5.4. Radiologie

5.4.1. Diagnostik

	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 Bis 31.12.2025 VPI Juli
pro Fall maximal	€ 286,20	€ 306,80	€ 315,70
wenn auch CT bis	€ 407,30	€ 436,60	€ 449,30
wenn auch eine der folgenden Spezialuntersuchungen: MRT, Angiographie, Phlebographie, Arthrographie, Myelographie, Enteroklysma, Fistel oder Gangfüllung bis	€ 544,90	€ 584,10	€ 601,00

5.4.2. Interventionelle Radiologie

Die Verrechnung erfolgt wie operative Fälle auf Basis des Operationsgruppenschemas 2006 Vers. 5.1.

6. Strahlentherapie

6.1. Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen:

Direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind mit dem Betrag eines Konsiliums gem. Pkt. B. 4.1., max. 3 x pro Aufenthalt, verrechenbar.

6.2. Onkologische Strahlentherapie: alle Leistungen sind innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten je getrennter Region* einmal verrechenbar. Bei regionenüberschreitendem Wachstum eines Primär- oder Rezidivtumors, der mit einer (1) Geräteeinstellung bestrahlbar ist, wird die Pauschale gemäß 6.2.1. bis 6.2.3 nur einmal verrechnet.

6.2.1. Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung:

2D/3D geplante Bestrahlung am Linearbeschleuniger (Definition gemäß LKF Katalog 2016). Für die konventionelle Behandlung mittels Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von **€ 1.555,80** (01.01.2024 bis 31.12.2024) (=Basiswert) bzw. **€ 1.600,90** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

6.2.2. Intensitätsmodulierte Linearbeschleunigerbehandlung (IMRT):

Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik (IMRT, Definition gemäß LKF Katalog 2016) am Linearbeschleuniger. Für die Bestrahlung mittels intensitätsmodulierter Technik am Linearbeschleuniger ist ein Pauschalhonorar in Höhe von **€ 2.489,30** (01.01.2024 bis 31.12.2024) (= Basiswert x 1,6) bzw. **€ 2.561,40** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

6.2.3. Hypofraktionierte Hochpräzisionsbestrahlung (Stereotaxie)

Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis. Voraussetzungen: Stereotaxie durch Externes Koordinatensystem mittels IGRT oder Rahmen, IORT am Linearbeschleuniger mit Elektronen, Mindestfraktionsdosis 4 Gy

Für die Bestrahlung in einer oder wenigen Sitzungen mit sehr hoher Einzeldosis ist ein Pauschalbetrag von **€ 2.800,40** (01.01.2024 bis 31.12.2024) (= Basiswert x 1,8) bzw. **€ 2.881,60** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

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

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

Additiv zu den Honoraren gemäß 6.2.1., 6.2.2., 6.2.3. ist ein Betrag in Höhe von **€ 252,00** (gesamte Laufzeit) verrechenbar (Dokumentation).

6.3. Kombinierte Strahlen-Chemotherapie

6.3.1. Von einem Behandler durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß 6.2.1 bis 6.2.5. 50% der Honorare gemäß Punkt B.1.2., maximal jedoch **€ 297,50** (entspricht drei Behandlungstagen) (01.01.2024 bis 31.12.2024) bzw. **€ 306,20** (01.01.2025 bis 31.12.2025) verrechenbar.

6.3.2. Von 2 Behandlern verschiedener Fachgruppen durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß Punkt 6.2.1. bis 6.2.5. die Honorare gemäß Punkt B.1.2. verrechenbar.

6.4. Auslösend für Honorarlegung:

-) Dokumentiertes Erstgespräch mit dem Abteilungsleiter/behandelndem FA für Radioonkologie (Indikation, Aufklärung, Planung)

-) Anspruch auf Pauschale mit Durchführung der 1. Bestrahlung

-) Fälligkeit des Honorars bei dokumentiertem Abschluss der Behandlung (Arztbrief)

Die Honorare gemäß B 6.2. bis B 6.3. sind dann verrechenbar, wenn die Behandlung im Sonderklassensetting stationär bzw. stationär ersetzend erfolgt.

* Als getrennte Regionen werden definiert: Schädeldecke, Stirn, Ohr links, Ohr rechts, Auge links, Auge rechts, Nase, Joch-bein, 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

7. Anästhesie (nur für den Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar)

7.1 Anästhesie bei Eingriffen aus dem OP Schema 2006 Vers.5.1.

Narkosen (Vollnarkose, Regionalanästhesien, Sedoanalgesien, Analgosedierungen): 100%-ige Ankoppelung des Anästhesiehonorares an die vertragsgemäß verrechenbaren OP-Honorare mit einem Anteil von 31%.

7.2 Anästhesien für Leistungen, die nicht im OP Schema 2006 Vers.5.1 enthalten sind (diagnostische / therapeutische Eingriffe wie CT, MRI, Angiographie, Endoskopie, Elektrokampftherapie, Kardioversion): Das Honorar für die Anästhesie beträgt 31% der OP-Gruppe II.

7.3 Vollnarkosen, Regionalanästhesie, Sedoanalgesie und Analgosedierung sind pro durchgehenden Anästhesiezeitraum jeweils nicht additiv verrechenbar.

7.4. Anästhesie bei Entbindungen

7.4.1. Anästhesien aller Art bei Entbindungen gemäß B 3.1 werden mit 31% der Entbindungspauschale vergütet.

7.4.2. Anästhesien für einen (1) weiteren operativen Eingriff im Rahmen einer Entbindung: Das Anästhesiehonorar beträgt 31% vom Operationshonorar, welches gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung als Zweiteingriff ermittelt wird.

7.5. Leistungen aus dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1

Werden durch den Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin Leistungen aus dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1 erbracht, so gelten die Bestimmungen gemäß Punkt B.2. (operative Behandlungsfälle).

7.6. Verrechenbarkeit mehrerer Leistungen

7.6.1. Anästhesieleistungen für einen durchgehenden Anästhesiezeitraum gelten als eine (1) Leistung.

7.6.2. Werden bei einem (1) Aufenthalt Leistungen gem. Pkt. B.7.1. und/oder Pkt. B.7.2. und/oder Pkt. B.7.4. erbracht, sind maximal zwei Leistungen zu 100 % verrechenbar.

7.6.3. Werden bei einem (1) Aufenthalt neben Leistungen gem. Punkt B.7.5. auch Leistungen Pkt. B.7.1. bis Pkt. B.7.4. erbracht, sind insgesamt maximal 2 Leistungen verrechenbar, wobei die höherwertige Leistung zu 100 % und die zweite Leistung zu 50 % verrechenbar ist.

7.7. Konsilien

Sofern für einen Aufenthalt keine Leistungen gemäß B.7.1. bis B.7.5. erbracht werden bzw. ausschließlich eine stand-by-Funktion, die medizinisch begründet sein muss, geleistet wird, sind klinische Konsiliaruntersuchungen gemäß B 4.1. verrechenbar.

8. Honorierung Intensivmedizin

8.1. Voraussetzung für die haus- und honorarseitige Vergütung von Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungseinheiten (ICU) ist, dass die Sonderklasse auf der ICU eine den gesetzlichen Bestimmungen (§ 33 Abs 1 NÖ-KAG) entsprechende Differenzierung zur Allgemeinen Gebührenklasse aufweisen muss.

8.2. Für Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungseinheiten (ICU) ab Stufe 1 gemäß zum Vertragsabschluss gültigem LKF-Modell sind pro Tag **€ 211,00** (01.01.2024 – 31.12.2024) bzw. **€ 217,10** (01.01.2025 bis 31.12.2025) für Intensivmediziner aller Fachgruppen verrechenbar.

Die Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen gem. Pkt. A.7. kommen nicht zur Anwendung (vgl. Punkt A 7.1.3).

Dieser Tagsatz ist nur dann verrechenbar, wenn eine Intensivbehandlung von mehr als 24 Stunden erforderlich ist.

8.3. Das Intensivbehandlungshonorar ist mit **€ 2.954,30** (01.01.2024 – 31.12.2024) bzw. **€ 3.039,70** (01.01.2025 bis 31.12.2025) mit 14 Tage pro Aufenthalt limitiert.

8.4. 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.

C. Sonderregelungen

1. Cataractoperation mit Linsenimplantation

1.1. Honorar

1.1.1. Pauschalhonorar

	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
für die Operation an einem Auge	€ 1.266,40	€ 1.357,60	€ 1.397,00

1.1.2. Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin verrechenbar **€ 144,00** (01.01.2024-31.12.2024) bzw. **€ 148,20** (01.01.2025 bis 31.12.2025) oder Lokalanästhesie durch den Operateur in Höhe eines Konsiliums

1.1.3. Technische Pauschale, sofern zumindest eine weitere medizinische Leistung erbracht wird (nicht vom Operateur verrechenbar) **€ 55,00** (gesamte Laufzeit)

1.2. Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 170 % des Pauschalbetrages verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100 % des Pauschalbetrages 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 gelten.

1.3. Mit den Pauschalhonoraren gem. C. 1.1. sind - 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., Anästhesiehonorare gem. B.7., etc.).

1.4. Werden in einem Aufenthalt Eingriffe sowohl gem. C.1. als auch gem. C.2. durchgeführt, ist zu den Pauschalhonoraren gem. C.1. kein weiteres Honorar verrechenbar.

1.5. In Abweichung zu Punkt C.1.3 kann in maximal 35% der Fälle pro Jahr für Astigmatismus reduzierende Maßnahmen (Keratotomie, Laser und torische Linsen) bei Hornhautastigmatismus über 0,75 Dioptrien ein Betrag in Höhe einer OP III (Position A 315) im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechnet werden.

1.6. Wird eine Cataract Operation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie mit allfälligen 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 gem. Punkt 2.3. Mehrfachoperationsgruppenregelung das Pauschalhonorar gem. Punkt C.1.1.1. zu 50 % verrechenbar.

2. CT-gezielte Infiltrationen

2.1. Für Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen besteht keine stationäre Notwendigkeit.

2.2. Irreversible permanente Facettendenerverung nach jeder Methode: Mit dem Honorar der OP Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsfall beteiligten Ärzte abgegolten.

2.3. 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.

2.4. Der Abrechnung ist der OP Bericht mit exakter Beschreibung der Lokalisation und des Ablaufs der durchgeführten Interventionen beizulegen.

3. Diagnostische Coloskopie und gastrointestinale endoskopische Polypektomie(n)

3.1. Diagnostische Coloskopie (inkl. allfälliger Biopsien ohne Polypektomie(n))

	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
Honorar	€ 289,20	€ 310,90	€ 319,90

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.

3.2. Gastrointestinale Endoskopie mit Abtragung eines oder mehrerer Polypen (methodenunabhängig, inkl. allfälliger Biopsien)

In Abänderung der Bestimmungen des OP Schemas 2006 Vers. 5.1 (Positionen Y302 und Y401), wird festgelegt, dass für die Durchführung einer endoskopischen Abtragung eines oder mehrerer Polypen im Gastrointestinaltrakt (inkl. allfälliger Biopsien) – unabhängig von der Abtragungsmethode – der folgende Pauschalbetrag zur Abrechnung gelangt:

	01.01.2023 bis 31.12.2023	01.01.2024 bis 31.12.2024	01.01.2025 bis 31.12.2025 VPI Juli
Honorar	€ 948,40	€ 1.019,50	€ 1.049,10

Zur Klarstellung wird festgehalten, dass zur Verrechnung von C.3.2. der histologisch gesicherte Nachweis eines Polypen notwendig ist.

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.

3.3. Sofern neben den Behandlungen gem. C.3.1. oder C.3.2. weitere Leistungen erbracht werden, oder es sich um Akutaufnahmen gem. Punkt A.3.2. handelt, welche für sich genommen die medizinische Notwendigkeit einer stat. Behandlung begründen, findet C.3.1. bzw. C.3.2. als Pauschale keine Anwendung.

Anstatt dessen erfolgt die Abrechnung wie folgt:

Die Abrechnung der diagnostischen Coloskopien mit/ohne Probeexcisionen erfolgt gem. Punkt B.4.2. (Konsiliarleistungen mit invasiver Sonderleistung), wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen.

Die Abrechnung von gastrointestinalen Endoskopien mit einer oder mehrerer Polypektomien (inkl. allfälliger Biopsien) erfolgt gem. B.2., nach dem gültigen OP Schema 2006 Vers. 5.1 methodenabhängig, wobei stets sämtliche Vertragsbestimmungen zur Anwendung gelangen. Klargestellt wird, dass bei kombinierter Zangen- und Schlingenabtragung mehrerer Polypen im Rahmen eines (1) endoskopischen Eingriffs nur die höherwertige OP-Gruppe zur Abrechnung gelangt.

3.4. Bei Durchführung einer Gastroskopie und einer Coloskopie gem. C.3.2., ist das Honorar gem. C.3.2. zu 110% verrechenbar.

3.5. Leistungen gem. C.3.1. und C.3.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht erfolgt die Verrechnung gem. Punkt C.3.2.

3.6. Die Bestimmungen gem. Punkt A.4. bis Punkt A.7. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. C.3.1. bzw. C.3.2. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

4. Ergänzungen zum OP-Schema 2006 5.1

4.1. Endoskopische Vollwandresektion

Für die Durchführung der gastrointestinalen Vollwandresektionen kann die Position Y 402 (*endoskopische Mukosaresektion- Ösophagus, Magen, Duodenum, Colon, Ileum*) verrechnet werden.

4.2. Lymphovenöse Umleitung

In Ergänzung zum OP-Schema 2006 5.1. gilt die Position H 503 (lymphovenöse Anastomosen) je Extremität.

5. Glaukomchirurgie

In Abweichung zum OP-Schema 2006 Vers 5.1. gelten für die nachstehend angeführten Eingriffe der Glaukomchirurgie folgende OP-Positionen:

5.1. Für die Mikrochirurgische Revisionsoperation/Sickerkissenrevision mit Skleralnaht die Position A 511

5.2. Für die Mikrochirurgische Revisionsoperation/Sickerkissenrevision ohne Skleralnaht die Position A 411

5.3. Für die Mikrochirurgische Glaukomchirurgie (ab externo), z.B. Preserflo Microshunt die Position **A 412**

5.4. Für die Minimal Invasive Glaucoma Surgery (MIGS) (ab interno)

5.4.1. Operationen am Schlemmschen Kanal (natürlicher Abflusskanal des Auges, der in die Venen führt): Goniotomie, iStent, ab-interno Kanaloplastik, Trabektom, Trabekulektomie ab interno mit dem Kahook Messer

Ableitung in den Ziliarkörper: Cypass, iStent supra die Position **A 413**

5.4.2. Ableitung unter die Bindehaut: **XEN Gel Stent die Position **A 414****

6. Lokalanästhesie durch Operateur

Eine vom Operateur vorgenommene Lokalanästhesie ist zusätzlich zum OP-Honorar in Höhe eines Konsiliums gem. Pkt. B.4.1. verrechenbar.

Tropf- und Sprayanästhesien sowie Einlagen getränkter Wattebäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung. Die Bestimmungen gemäß Pkt. A.4., A.5. und A.6. kommen zur Anwendung.

7. Rechnungslegung

OP-Bericht bzw. Arztbrief ist automatisch jeder Rechnung beizulegen.

8. BVAEB Regelung

Von den operativen Honoraren werden 40%, von den konservativen Honoraren 20% und von den technischen Honoraren 50% von den Honoraren dieser Vereinbarung in Abzug gebracht.

Der BVAEB Abzug ist bei Entbindungen analog operative Fälle, bei Konsilien und der physikalischen Therapie analog konservative Fälle zu rechnen.

Die BVAEB Regelung gilt derzeit auch für die KFA Baden für Aufenthalte in den Krankenhäusern Baden, Wr. Neustadt, Mödling und St. Pölten.

D. Schlussbestimmungen

1. Diese Honorarvereinbarung tritt mit 01.01.2024 (Aufnahmedatum) in Kraft und gilt bis 31.12.2025.

2. Diese Honorarvereinbarung gilt für die nachgenannten Versicherungsunternehmen:

- Allianz-Elementar Versicherung AG
1100 Wien, Wiedner Gürtel 9-13
- AWP Health & Life SA – Irish Branch (Mitgliederverzeichnis VVO = Allianz Care)
15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland
(Sofern EDIVKA³ voll funktionstüchtig realisiert ist. Bestehende, aufrechte Verträge bleiben unberührt.)
- DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
1010 Wien, Schottenring 15
- ERGO Versicherung AG
1110 Wien, Businesspark Marximum / Objekt 3 Modecenterstraße 17
- Generali Versicherung AG
1011 Wien, Landskronngasse 1 – 3
- Grazer Wechselseitige Versicherung AG
8010 Graz, Herrengasse 18 – 20
- Merkur Versicherung AG
8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84
- MuKi Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
4820 Bad Ischl, Wirerstraße 10
- UNIQA Österreich Versicherungen AG
1029 Wien, Untere Donaustraße 21
- WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group
1010 Wien, Schottenring 30, Ringturm

³ Die Datenkommunikation über EDIVKA muss tatsächlich funktionieren (Vgl. auch DVVB Pkt. 5.9). Diese umfasst einerseits den Bereich der Kostenübernahme (EDIKOST) und den Bereich der Abrechnung (EDILEIST) andererseits.

Wien am 29.11.2024

Für die **ÄK Niederösterreich**

Für den **Verband der Versicherungsunter-
nehmen Österreichs**
Sektion Krankenversicherung

Der **Leiter des Referates für
Primärärzte**
Prim. Dr. Harald Penz


Dr. Peter Eichler


MMag. Astrid Knitel



Der **Kurienobmann der angestellten Ärzte**
VP OA Dr. Wolfgang Walentich, MSc



Der **Präsident**
Dr. Harald Schlögel

