

HONORARVEREINBARUNG

zwischen der

Ärzttekammer für Oberösterreich

und dem

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs
für die in Punkt D 2 genannten die Krankenversicherung betreibenden
Versicherungsunternehmen

über die Festsetzung der Arzthonorare im Falle einer Kostengarantie

Geltungszeitraum 01.07.2016 (Aufnahmedatum) bis 31.03.2020

A. ALLGEMEINE REGELUNGEN

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.

2. Die Honorarmaxima ergeben sich in operativen Fällen nach der Art und Schwere der durchgeführten operativen Eingriffe (Operationsgruppenschema), für konservative Fälle nach der Dauer der Behandlung.

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

4. Definitionen

4.1. Behandlungsfall

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

4.2. 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.

5. Transferierung (innerhalb des Bundeslandes Oberösterreich)

5.1. 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.

5.2. Die Honorarverrechnung erfolgt pro Krankenanstalt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gemäß A.8., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4., etc.) sind anwendbar.

5.3. Bei Transferierungen zwischen 2 Krankenanstalten gelten folgende Regelungen pro Krankenanstalt:

5.3.1. Konservative Honorare gemäß B.1.1. sind je durchführender Krankenanstalt zu 90% verrechenbar. Die Honorare gem. B.1.2. (zytostatische onkologische i.v. Therapie und i.v. Antikörper-Therapie) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

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

5.3.3. Die Honorare gemäß B.4.1. bis B.4.4. (Konsilien) sind je durchführender Krankenanstalt zu 100 % verrechenbar.

5.3.4. Die Honorare gemäß B. 4.5. (Physikalische Medizin) und B.5. (Labor, Pathologie, Hygiene und Mikrobiologie, Isotopen, Radiologie und andere bildgebende Verfahren) sind je durchführender Krankenanstalt zu 55 % verrechenbar.

5.3.5. Bei interdisziplinären Behandlungsfällen gemäß A.8. sind die gültig ermittelten Honorare je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

5.3.6. Intensivbehandlungshonorare gem. B. 8.1. sind je durchführender Krankenanstalt zu 100% verrechenbar.

5.3.7. 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 80% verrechenbar.

5.4. Sobald ein Transfer in eine oder von einer AGR- und/oder Palliativabteilung mit bestehenden Sondervereinbarungen erfolgt, gelangen die Transferbestimmungen (Kürzungsregelungen) in beiden Krankenanstalten nicht zur Anwendung.

6. Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen

6.1. Bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen¹ (ausgenommen Akutaufnahmen) sowohl in derselben als auch in einer anderen Krankenanstalt innerhalb des Bundeslandes Oberösterreich gelten die Bestimmungen gem. Punkt A.5. pro Aufenthalt analog.

6.2. Abweichend zu Punkt A.5.3.3. gilt für die Honorare gem. Punkt B.4.1. bis B.4.4. (Konsilien) bei Weiterbehandlungen/Wiederaufnahmen in derselben Krankenanstalt die Regelung gemäß Punkt B. 4.3. (maximal 3 Konsilien pro Fach für Erst- und Folgeaufenthalte).

7. Verlegungen innerhalb einer Krankenanstalt

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

7.2. Die Verrechnung erfolgt als ein (1) Behandlungsfall, d.h. sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung (Interdisziplinäre Behandlungsfälle gem. A.8., Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß Punkt B.2.4., Nachbehandlungen gem. Punkt A.8.5., etc.) sind anwendbar.

7.3. Erfolgt innerhalb der Krankenanstalt die Verlegung in oder aus einer Organisationseinheit, für die eine Sondervereinbarung (z.B. AG/R, Nachsorge) gültig ist, ist diese anzuwenden, wobei für den Behandlungsteil in der anderen Organisationseinheit die Bestimmungen gemäß Punkt 7.1. und 7.2 gelten.

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

8. Interdisziplinäre Behandlungen

8.1. Allgemeines

8.1.1. 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.

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

8.1.3. Ausgenommen von den interdisziplinären Regelungen ist die nicht vom Operateur durchgeführte konservative Nachbehandlung (Pkt. A.8.5), Anästhesieleistungen gem. Pkt. B.7. und Intensivbehandlungen gem. Punkt B.8.1. (ICU).

8.2. 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 90% 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.

8.3. 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) 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.

8.4. 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 90% des jeweils vorgesehenen konservativen Honorars gem. Pkt. B.1.1. verrechenbar.

Die Regelungen über die Beschränkungen operativer Behandlungen gem. Punkt A.8.3. kommen zur Anwendung.

8.5. Postoperative Behandlung

Wird die zur Operation gehörige Nachbehandlung des Patienten (ausgenommen Intensivtherapie) nicht vom Operateur oder durch die Abteilung, an der der Patient operiert wurde, durchgeführt, ist das OP-Honorar zugunsten des Nachbehandlers oder der nachbehandelnden Abteilung zu kürzen.

9. Additivfächer 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).

10. Konsiliarleistungen

10.1. Definition

Als Konsiliarleistungen im Sinne dieser Vereinbarung verstehen sich unmittelbar¹ 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 gehören, jedoch der Untersuchung/Behandlung von Symptomen dienen, aber nicht primär Präventivcharakter haben.

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

10.3. Der Hauptbehandler kann kein abrechnungsfähiges Konsilium einer anderen Abteilung/Fachrichtung anfordern, wenn er die gleiche Leistung im selben oder in anderen Fällen als Konsiliarleistung für eine andere Abteilung/Fachrichtung erbringt.

10.4. Konsilien durch Allgemeinmediziner sind zu Lasten des Hauptbehandlungshonorars abzurechnen.

10.5. Konsilien durch Ärzte eines Additivfaches

10.5.1. 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 Fachärzte eines anderen internistischen Additivfaches notwendig, so kann abweichend von A.9. 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 Hauptbehandlungshonorars.

¹ Für in der Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus Linz tätige Fachärzte für Neurochirurgie ist ein (1) neurochirurgisches Konsil pro Aufenthalt auch dann verrechenbar, wenn die Untersuchung/Behandlung nicht unmittelbar am Patienten durchgeführt wird, sondern relevante Befunde in die Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus Linz geschickt und dort beurteilt werden. Voraussetzung für die Verrechenbarkeit dieser Konsiliartätigkeit ist die automatische Übermittlung des Konsiliarbefundes mit den Abrechnungsunterlagen.

10.5.2. Konsilien durch den Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Kinderkardiologie in der Kepler Universitätsklinik Med Campus IV Linz

Ist das versicherte Kind auf der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde und/oder auf der Abteilung für Neonatologie aufgenommen, kann abweichend von Punkt A.9. zusätzlich zum Hauptbehandlungshonorar vom Kinderkardiologen ein (1) Konsilium zum Tarif gem. B 4.1. pro Aufenthalt verrechnet werden. Dieser Betrag gilt auch für Konsilien gemäß B.4.2.

Weitere Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde gehen zu Lasten des Hauptbehandlungshonorars.

10.6. Ist der Hauptbehandler Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, so können von einem Facharzt für Psychiatrie (und Neurologie) psychiatrische Konsilien verrechnet werden. Ist der Hauptbehandler Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, so können von einem Facharzt für Neurologie (und Psychiatrie) neurologische Konsilien verrechnet werden.

11. Altersabschläge

- 01.07.2016 – 31.12.2016: Für Patienten Jahrgang 1951 und älter („Senioren“) gelten die in der Honorarvereinbarung ausgewiesenen Seniorentarife.
- 01.01.2017 – 31.12.2017: Für Patienten Jahrgang 1952 und älter („Senioren“) gelten die in der Honorarvereinbarung ausgewiesenen Seniorentarife.
- 01.01.2018 – 31.03.2018: Für Patienten Jahrgang 1953 und älter („Senioren“) gelten die in der Honorarvereinbarung ausgewiesenen Seniorentarife.
- Ab 01.04.2018 wird ein einheitlicher Tarif ausgewiesen, d.h. die Unterscheidung in „Junioren“ und „Senioren“ entfällt.

B. HONORARE

1. Konservative Fälle

1.1. Das konservative Honorar für stationäre Aufenthalte wird nach der Aufenthaltsdauer bemessen.

		01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
		Junioren	Senioren	altersunabhängig
1 Tag	35%	€ 343,80	337,40	349,50
2 Tage	50%	€ 491,10	482,00	499,40
3 Tage	60%	€ 589,30	578,30	599,20
4 Tage	70%	€ 687,50	674,70	699,10
5 Tage	80%	€ 785,80	771,10	799,00
6 Tage	90%	€ 884,00	867,50	898,80
7 Tage	100%	€ 982,20	963,90	998,70
8 Tage	105%	€ 1.031,30	1.012,10	1.048,60
9 Tage	110%	€ 1.080,40	1.060,30	1.098,60
10 Tage	115%	€ 1.129,50	1.108,50	1.148,50
11 Tage	120%	€ 1.178,60	1.156,70	1.198,40
12 Tage	125%	€ 1.227,80	1.204,90	1.248,40
13 Tage	130%	€ 1.276,90	1.253,10	1.298,30
14 Tage	135%	€ 1.326,00	1.301,30	1.348,20
ab dem 15. Tag je Tag	3%	€ 29,50	28,90	30,00

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

1.2.1. Geplante stationäre Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraums von 3 Monaten werden als durchgehender Behandlungsfall verrechnet, wobei pro Behandlungstag ein Honorar von € 187,00 (01.07.2016 bis 31.03.2020) verrechenbar ist und auch tagesklinisch durchgeführte Behandlungen als 1-Tages Aufenthalt anerkannt werden.

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 Punkt B.1. sind Leistungen aller gem. Punkt B.1. abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung wie die gemäß Punkt B.1. abrechnenden Ärzte angehören, sind mit den Honoraren gemäß Punkt B.1. ebenfalls abgegolten. Allfällige Sonderregelungen bleiben davon unberührt.

2. Operative Fälle

2.1. Allgemeines

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

2.1.2. Wird durch den selben Hauptbehandler sowohl eine länger dauernde konservative Behandlung als auch ein operativer Eingriff der 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.2.1.1. außer Kraft und der Fall ist gem. Punkt B.1.1. abrechenbar.

2.2. Maximalhonorar für operative Eingriffe gemäß folgender Tabellen:

OP-Gruppe			01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
			Junioren	Senioren	altersunabhängig
I	20%	€	206,50	202,60	210,00
II	40%	€	413,00	405,30	419,90
III	60%	€	619,40	607,90	629,90
IV	100%	€	1.032,40	1.013,20	1.049,80
V	140%	€	1.445,40	1.418,50	1.469,70
VI	195%	€	2.013,20	1.975,70	2.047,10
VII	235%	€	2.426,10	2.381,00	2.467,00
VIII	325%	€	3.355,30	3.292,90	3.411,90

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

2.4. Mehrfachoperationsgruppenregelung

2.4.1. 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.8.3. zur Anwendung.

Bei polytraumatisierten Patienten sind dann mehr als 2 OP Gruppen durch einen Arzt einer (1) Fachrichtung verrechenbar, wenn die Eingriffe nicht in derselben Region stattfinden. In diesem Fall werden maximal 4 OP Gruppen anerkannt, wobei die höchste OP Gruppe zu 100%, und die weiteren OP Gruppen zu 70 % der jeweiligen OP Gruppe verrechenbar sind.

- 2.5. Für dringende Operationen an Sonn- oder Feiertagen oder während der Nacht (20:00 bis 07:00) erhöhen sich die Operationshonorare um 25%, wobei für die Verrechenbarkeit des Zuschlages maßgeblich ist, dass die überwiegende Operationsdauer in den als Nacht definierten Zeitraum fällt. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.
- 2.6. Mit den Honoraren gemäß Punkt B.2.2. sind Leistungen aller gem. Punkt B.2.2. abrechnenden Ärzte abgegolten. Leistungen von Ärzten, die der gleichen Fachrichtung wie die gemäß Punkt B.2.2. abrechnenden Ärzte angehören, sind mit den Honoraren gemäß Punkt B.2.2. ebenfalls abgegolten. Allfällige Sonderregelungen bleiben davon unberührt.

3. Entbindungen

- 3.1. Für Entbindungen aller Art (Spontangeburt, Sectio, Zangengeburt, Vacuumgeburt, Mehrlingsgeburt, etc.) inklusive Episiotomie und Dammschnitt und/oder Naht eines Cervixrisses ist ein **Pauschale** in Höhe von

01.07.2016 bis 31.03.2018	01.04.2018 bis 31.03.2020
€ 1.101,10	€ 1.189,20

- 3.2. Für Entbindungen an **Sonn- oder Feiertagen** oder während der Nacht (21:00 bis 08:00) erhöht sich das Entbindungspauschale um 10%, wobei der Zeitpunkt der Entbindung für die Verrechenbarkeit des Zuschlages maßgeblich ist. Dieser Zuschlag kann nur einmal verrechnet werden.
- 3.3. Ein (1) weiterer operativer Eingriff im Rahmen einer Entbindung ist gemäß der Mehrfachoperationsgruppenregelung gem. Pkt. B.2.4. als Zweiteingriff verrechenbar.
- 3.4. Wird die postpartale Behandlung (ausgenommen Behandlungen gem. Pkt. B.8. Intensivmedizin) nicht vom Hauptbehandler oder durch die Abteilung, an der die Patientin entbunden hat, durchgeführt, ist kein zusätzliches Honorar verrechenbar.
- 3.5. Durch diese Entbindungspauschale sind die Leistungen aller Ärzte der in Anspruch genommenen Krankenhausabteilung abgegolten, sofern nicht andere Punkte dieser Honorarvereinbarung ausdrücklich zusätzliche Verrechnungen erlauben.

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.

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 60,30	€ 59,20	€ 61,30

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, endobronchiale Untersuchungen mit Gewebsgewinnung, transoesophageale Echokardiographie und Endosonographien des oberen Gastrointestinaltraktes sowie des unteren Gastrointestinaltraktes bei Rectumcarcinom) beträgt max.

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 180,90	€ 177,60	€ 184,00

4.3. Maximale Verrechenbarkeit

Insgesamt sind pro Fach und Fall höchstens 3 Konsilien gemäß Pkt. 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

01.07.2016 bis 31.03.2020	01.04.2018 bis 31.03.2020
€ 235,80	€ 239,80

verrechenbar.

4.5. Physikalische Medizin

Der Hauptbehandler muss die physikalische Medizin anfordern (Zuweisung mit Begründung zu jenem Facharzt, der zur Ausübung der physikalischen Medizin berechtigt ist und die Leitung der Physikalischen Therapie in der jeweiligen Krankenanstalt innehat). Diese muss in unmittelbarem Zusammenhang mit dem die Hospitalisierung begründeten Krankheitsgeschehen stehen sowie ausführlich dokumentiert werden.

In den Sätzen inkludiert sind Anamnese, jede Art der Untersuchung, Therapiemanagement, ärztliches Gespräch, alle diagnostischen, apparativen und therapeutischen ärztlichen Leistungen.

Wenn in einem Krankenhaus der Gruppe 2 die Leitung der Physikalischen Therapie durch einen Facharzt für PMR übernommen wird, kann dieser ab unten angeführtem Umstellungsstichtag das Honorar der Gruppe 1 verrechnen. Gleichzeitig wird der Tarif für die KH der Gruppe 2 kostenneutral abgesenkt. Die Berechnungen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern abgestimmt und haben Gültigkeit ab dem auf die Einigung folgenden Stichtag, das ist jeweils der 1.1. und 1.7. eines Jahres.

Sollte aufgrund der Umstellungen ein aufkommensneutraler Ausgleich durch entsprechende Absenkung des Tarifes der Gruppe 2 KH nicht mehr möglich sein, ist zur Erzielung der Aufkommensneutralität auch der Tarif der Gruppe 1 KH heranzuziehen.

Wenn in einem Krankenhaus der Gruppe 1 die Leitung der Physikalischen Therapie durch einen Facharzt für PMR wegfällt, kann ab oben angeführtem Umstellungsstichtag nur mehr das Honorar der Gruppe 2 verrechnet werden. Gleichzeitig wird der Tarif der Gruppe 1 kostenneutral angehoben. Die Berechnungen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern abgestimmt und haben Gültigkeit ab dem auf die Einigung folgenden Stichtag.

4.5.1. Gruppe 1 (Kepler Universitätsklinik Med Campus III Linz, Elisabethinen, Barmherzige Schwestern Linz, Barmherzige Schwestern Ried, Barmherzige Brüder Linz, Klinikum Wels-Grieskirchen, Salzkammergutklinikum, Steyr, Kirchdorf). Im Kepler Universitätsklinik Med Campus IV (bislang Sonderregelung gem. Pkt. C. 3.) sind physikalische Behandlungen für Aufnahmen ab 01.09.2017 und im Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus (bislang Gruppe 2 gem. Pkt. B.4.5.2) ab 01.01.2018, nach den Tarifen der Gruppe 1 abrechenbar.

4.5.1.1. Erste Konsultation

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 194,40	€ 190,10	€ 194,50

4.5.1.2. für weitere erbrachte und dokumentierte Leistungen pro Tag max.

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 59,40	€ 58,10	€ 59,50

4.5.1.3. Insgesamt ist pro Fall max. ein Höchstsatz von

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 343,00	€ 335,40	€ 343,30

verrechenbar.

4.5.2. Gruppe 2 (KH Freistadt, KH Rohrbach, KH Schärding, Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus Linz und Kreuzschwestern Sierning). Der Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus scheidet mit Stichtag 01.01.2018 aus der Gruppe 2 aus (Abrechnung gemäß Punkt B.4.5.1.).

4.5.2.1. Erste Konsultation

01.07.2016 bis 31.12.2017		01.01.2018 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 155,60	€ 152,10	€ 73,10	€ 71,50	€ 74,00

5. Institute

Die Honorare für Leistungen der folgenden Fächer (Institute) müssen vom Hauptbehandler angeordnet sein, im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen und in einer maßvollen Relation zu den Honoraren der bettenführenden Abteilungen stehen. Für diese Fachgruppen sind Konsilien gemäß Pkt.4 nicht verrechenbar. Bei mehrzeitigem Behandlungskonzept gem. Pkt. B.1.2. sind die jeweiligen Höchstsätze innerhalb von drei Monaten nur einmal verrechenbar.

5.1. Labor und Blutgruppenserologie, bei Inanspruchnahme derartiger Leistungen pro Fall:

Wenn in einem KH der Gruppe II ein Facharzt für Medizinische und Chemische Labordiagnostik die Leitung des Laborinstituts hauptberuflich (Vollzeitvertrag) übernimmt, kann dieser ab unten angeführtem Umstellungsstichtag das Honorar der Gruppe I verrechnen. Gleichzeitig wird der Tarif für die KH der Gruppe II kostenneutral abgesenkt. Die Berechnungen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern abgestimmt und haben Gültigkeit ab dem auf die Einigung folgenden Stichtag, das ist jeweils der 1.1. und 1.7. eines Jahres.

Sollte aufgrund der Umstellungen ein aufkommensneutraler Ausgleich durch entsprechende Absenkung des Tarifes der Gruppe 2 KH nicht mehr möglich sein, ist zur Erzielung der Aufkommensneutralität auch der Tarif der Gruppe 1 KH heranzuziehen.

5.1.1. Labor Gruppe I (siehe Punkt C 4)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 169,10	€ 165,40	€ 171,20

5.1.2. Blutgruppenserologie Gruppe I (siehe Punkt C 4)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 40,70	€ 39,80	€ 41,20

5.1.3. Labor Gruppe II (siehe Punkt C 4)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 76,80	€ 75,10	€ 77,70

5.1.4. Blutgruppenserologie Gruppe II (siehe Punkt C 4)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 19,70	€ 19,30	€ 20,00

5.2. Pathologie, bei Inanspruchnahme derartiger Leistungen pro Fall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 175,70	€ 171,80	€ 177,80

5.3. Hygiene und Mikrobiologie, bei Inanspruchnahme derartiger Leistungen pro Fall

Gruppe I a (Krankenhaus der Elisabethinen Linz)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 155,50	€ 152,00	€ 157,30

Gruppe Ib (Klinikum Wels -Grieskirchen)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 105,10	€ 102,80	€ 106,40

Gruppe II (alle anderen KH)

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 81,70	€ 79,90	€ 82,70

5.4. Institut für Isotopendiagnostik und Isotopentherapie

5.4.1. für die Densitometrie nach der Dexamethode ist ein klinisches Konsilium verrechenbar.

5.4.2. jegliche in vitro Funktionsdiagnostik, pro Behandlungsfall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 78,70	€ 76,90	€ 79,60

5.4.3. Schilddrüsenonographien, pro Behandlungsfall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 91,00	€ 89,00	€ 92,10

5.4.4. Szintigraphien, pro Behandlungsfall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 386,30	€ 377,70	€ 390,90

5.4.5. PET, SPECT-CT, pro Behandlungsfall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 479,30	€ 468,60	€ 485,00

Im Honorar der Position 5.4.5. sind die Untersuchungen gem. 5.4.1. bis 5.4.4. inkludiert;

Im Honorar der Position 5.4.4. sind die Untersuchungen gem. 5.4.1. bis 5.4.3. inkludiert;

Im Honorar der Position 5.4.3. sind die Untersuchungen gem. 5.4.1. und 5.4.2. inkludiert.

Wird der Nuklearmediziner als Hauptbehandler auf einer Bettenstation tätig, so erfolgt die Honorierung als konservativer Behandlungsfall (Pkt. B.1.) unter Berücksichtigung der Allgemeinen Regelungen (Abschnitt A) der Honorarvereinbarung. Die zusätzliche Verrechnung von Leistungen gemäß 5.4.1. bis 5.4.5. ist in derartigen Fällen nicht möglich.

5.5. Institut für Radiologie und andere bildgebende Verfahren

5.5.1. Diagnostik

Pro Fall sind max. folgende Höchstsätze verrechenbar:

Diagnostik ohne CT, MR oder Angiographie

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 291,60	€ 285,10	€ 295,10

Wenn auch Angiographie und/oder CT und/oder MR

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 549,00	€ 536,70	€ 555,50

Wenn auch Mehrfachangiographie, sowie bei onkologischen Patienten mit mehrzeitigen Behandlungskonzepten gemäß B1.2. bei Mehrfach-CT oder Mehrfach-MR

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 604,20	€ 590,70	€ 611,40

Innerhalb dieser Höchstsätze sind folgende Einzelpreise verrechenbar:

- Herz/Thorax

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 74,70	€ 73,10	€ 75,70

= Ultraschall

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 96,10	€ 94,00	€ 97,30

- Konventionelle Radiologie

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 138,80	€ 135,70	€ 140,40

- Computertomographie

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 216,80	€ 212,00	€ 219,40

- Magnetresonanz

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 289,40	€ 283,00	€ 292,90

- Diagnostische Angiographie

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 296,80	€ 290,20	€ 300,40

- für die Densitometrie nach der Dexamethode ist ein klinisches Konsilium verrechenbar

5.5.2. Interventionelle Radiologie

Die Verrechnung erfolgt wie operative Fälle auf Basis des Operationsgruppenschemas 2006 Vers. 5.1, die unmittelbar für die Intervention notwendigen bildgebenden Verfahren sind nicht zusätzlich verrechenbar.

6. Strahlentherapie - Radioonkologie

6.1. Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen:

Für direkt am Patienten erbrachte Leistungen sind

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 60,30	€ 59,20	€ 61,30

max. 3 x pro Behandlungsfall verrechenbar.

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

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 1.082,70	€ 1.062,50	€ 1.100,80

innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten verrechenbar.

6.3. Onkologische Strahlentherapie im Zusammenhang mit chirurgischem Geschehen – adjuvante (postoperative) und neoadjuvante (präoperative) **Brachytherapie** ist gemäß B.2. (operative-interventionelle Behandlungsfälle) 1 x innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten verrechenbar.

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

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 2.491,90	€ 2.445,50	€ 2.533,50

innerhalb einer Zeitraumes von 3 Monaten verrechenbar.

6.5. Kombinierte Strahlen – Tumorthherapie (zytostatische onkologische i.v. Therapie und i.v. Antikörper-Therapie):

6.5.1. von einem Behandler durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B.6.2. bzw. B.6.4. 50 % der Honorare gemäß B.1.2. max. jedoch

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 321,50	€ 315,50	€ 326,90

verrechenbar.

6.5.2. von zwei Behandlern verschiedener Fachgruppen durchgeführt: es sind zusätzlich zum Honorar gemäß B.6.2 bzw. B.6.4 die Honorare gemäß B. 1.2 verrechenbar.

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

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

7.1. Anästhesie bei Leistungen aus dem OP-Schema

Das Honorar für Narkosen (Vollnarkosen, Regionalanästhesien, Sedoanalgesien) beträgt 34 % des gesamten verrechenbaren OP-Honorars, wobei sämtliche Bestimmungen dieser Vereinbarung zur Anwendung gelangen.

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

Das Honorar für Anästhesieleistungen beträgt 34 % der OP-Gruppe II.

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

7.4. Anästhesie bei Entbindung

Das Honorar für Anästhesien für unter Pkt. B 3. definierte Leistungen wird mit 34 % der für den Geburtshelfer verrechenbaren Honorare vergütet.

7.5. Leistungen aus dem Operationsgruppenschema

Werden durch den FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin Leistungen aus dem OP-Schema erbracht, so gelten die Bestimmungen gem. Pkt 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 Aufenthalt Leistungen gem. Pkt. B. 7.1. und/oder Pkt. B.7.2. und/oder Pkt. B. 7.4. erbracht, so sind maximal 2 Leistungen zu 100 % verrechenbar.

7.6.3. Werden durch einen Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin neben Leistungen gemäß Pkt. B. 7.1. bis B.7.4. 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% verrechenbar ist und die zweite Leistung zu 50% verrechenbar ist.

7.7. Konsilien

Sofern für einen Behandlungsfall keine Leistungen gemäß Pkt. B.7.1. bis B.7.5. und Pkt. B 8. erbracht werden bzw. ausschließlich eine standby-Funktion, die medizinisch begründet werden muss, geleistet wird, sind klinische Konsiliaruntersuchungen gemäß Pkt. B 4. verrechenbar.

7.8. Die allgemeinen Regelungen gemäß Pkt. A.8. (Interdisziplinäre Behandlungen) kommen nicht zur Anwendung. Klargestellt wird, dass bei der Bemessung des 34%igen Anteils das gemäß den Bestimmungen dieser Vereinbarung jeweils verrechenbare Operationshonorar maßgeblich ist.

8. Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungsstationen (ICU ab Stufe 1 lt. LKF-Modell 2011) und Aufenthalte auf behördlich genehmigten Intensivüberwachungseinheiten (IMCU der Stufe 0 lt. LKF Modell 2011)

8.1. Für Intensivbehandlungen an behördlich genehmigten Intensivbehandlungseinheiten (ICU) ab Stufe 1 laut LKF-Modell 2011 sind von Intensivmedizinern aller Fachgruppen folgende **Beträge** pro Tag verrechenbar:

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 244,50	€ 239,90	€ 248,60

Die allgemeinen Regelungen für interdisziplinäre Behandlungen (Pkt. A. 8.) und für die Punkte A. 4. bis A.7. kommen nicht zur Anwendung. Dieser Tagsatz ist nur dann verrechenbar, wenn eine Intensivbehandlung von mehr als 20 Stunden erforderlich ist.

8.2. Das Intensivbehandlungshonorar ist mit 21 Tagen (gemäß Pkt. B.8.1) pro Aufenthalt limitiert.

8.3. Leistungen gemäß Pkt. B.7. sind neben Leistungen gemäß Pkt. B. 8.1. verrechenbar.

8.4. Für Aufenthalte auf behördlich genehmigten Intensivüberwachungseinheiten (IMCU) der Stufe 0 laut LKF-Modell 2011 erfolgt die Honorierung nach dem Schema der konservativen Behandlungsfälle gemäß Pkt. 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.

8.5. Allgemeine Voraussetzungen für die Verrechenbarkeit

8.5.1. Definition

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.

8.5.2. Verrechenbarkeit von Leistungen bei ausschließlichem Intensivaufenthalt

Intensivbehandlungen, bei welchen vor oder nach der Behandlung auf der Intensivstation kein Aufenthalt in einem Sonderklassezimmer erfolgt ist, d.h. in jenen Fällen bei denen ein Patient direkt auf der Intensivstation aufgenommen wird und verstirbt, gelangen unter folgenden Voraussetzungen Intensivbehandlungshonorare zur Verrechnung:

- a) der Angehörige hat den Wunsch der Aufnahme als Sonderklassepatient auf der Intensivstation schriftlich bestätigt und
- b) die Krankenanstalt teilt dem Krankenversicherer beim Ansuchen um Kostenübernahme mit, welches Zimmer (inklusive Bekanntgabe der Zimmernummer) für den Patienten reserviert wird.

9. Aufnahmen auf Stroke-Units

Bei Aufnahmen auf eine krankenanstaltenrechtlich bewilligte Stroke-Unit (siehe Liste) ist der Aufnahmetag mit dem Betrag gem. B.8.1. (Intensivbehandlungen) verrechenbar. Ab dem 2. Tag erfolgt die Abrechnung gem. B.1.1. (konservative Honorare), beginnend mit dem Honorar des 1. Tages.

C. Sonderregelungen

1. Cataractoperation mit Linsenimplantation

1.1. Honorare

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

01.07.2016 bis 31.03.2020
€ 1.086,00

1.1.2. Anästhesiehonorar (nur für Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin verrechenbar) in Höhe von

01.07.2016 bis 31.03.2020
€ 155,00

1.2. Werden beide Augen während eines (1) stationären Aufenthaltes operiert, so sind 170% der Pauschalbeträge gem. Pkt. C.1.1. verrechenbar, werden die beiden Augen in getrennten Aufenthalten operiert, dann sind je Auge 100 % der Pauschalbeträge gem. Pkt. C.1.1. verrechenbar. Allfällige weitere medizinisch notwendige operative Eingriffe während des stationären Aufenthaltes sind laut Mehrfachoperationsgruppenregelung gemäß B.2.4. der Honorarvereinbarung verrechenbar, wobei die Operation an 2 Augen als 2 Operationsgruppen gilt.

1.3. Mit dem Pauschalhonorar gem. C. 1.1.1. 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. 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.

1.5. Wird eine Cataract Operation zusätzlich zur Position A 808 (Parsplana-Vitrektomie mit **und ohne**² Zusatzeingriffe 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 2.4. Mehrfachoperationsgruppenregelung das Pauschalhonorar gem. Punkt C.1.1.1. zu 50 % verrechenbar.

2. Intravitreale okuläre Medikamentengabe

2.1. Intravitreale okuläre Medikamentengaben sind im Allgemeinen ambulant durchführbar. Bei Vorliegen einer der nachstehend genannten und entsprechend dokumentierten medizinischen Indikationen wird die stationäre Durchführung verrechnungstechnisch anerkannt.

- a) schlechter Visus am Partnerauge unter 0,5
- b) Blutungsgefahr bei Patienten, die blutverdünnende Medikamente einnehmen (Marcoumar, Sintrom, o.ä.)
- c) Glaucom in der Anamnese
- d) Immunschwäche bei diagnostizierter Autoimmunerkrankung

² Die Abweichung vom OP-Text des OP-Schemas beinhaltet lediglich eine Klarstellung.

2.2. Pro durchgeführter intravitrealer Injektion ist ein Pauschalbetrag von

01.07.2016 bis 31.03.2020
€ 254,67

maximal jedoch pro Kalenderjahr und Auge ein Betrag von

01.07.2016 bis 31.03.2020
€ 764,01

verrechenbar.

2.3. Die Honorarlimitierung hat keinen Einfluss auf den Sonderklassestatus des Versicherten, d.h. die Behandlungen während eines (1) Kalenderjahres haben, sofern der Versicherte dies wünscht, auch dann als Sonderklassepatient zu erfolgen, wenn das Honorarlimit gem. C.2.2. pro Auge bereits überschritten ist.

2.4. Die Beträge gemäß Pkt. C.2. verstehen sich als Pauschalen, d.h. alle diese Vereinbarung umfassende ärztlichen Leistungen sind damit abgegolten (Hauptbehandlerhonorare gem. Pkt. B.1. und B.2., Konsilien und Physikalische Medizin gem. Pkt. B.4., Diagnostik gem. Pkt. B.5., Anästhesiehonorare gem. Pkt. B.7., etc.)

2.5. Die angeführten Pauschalen sind als konservatives Honorar zu behandeln.

3. Physikalische Therapie durch den Nichtphysikalisten

Sofern namentlich angeführte Ärzte nicht als Hauptbehandler auftreten, ist physikalische Therapie 3x pro Fall wie folgt verrechenbar:

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 28,60	€ 27,90	€ 28,90

- Krankenhaus St. Josef Braunau Prim.OA Dr.Schöppl
 - Kepler Universitätsklinik Med Campus IV Linz Prof.Dr.Schmitt
- Diese Regelung tritt ab 01.09.2017 ersatzlos für den Kepler Universitätsklinik Med Campus IV Linz außer Kraft (Abrechnung gemäß Pkt. B.4.5.1.)

4. Labor und Blutgruppenserologie

Die Gruppen I und II gemäß Pkt.B.5.1. umfassen folgende Krankenhäuser:

Gruppe I:

- Kepler Universitätsklinik Med Campus III Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus Linz

- Kepler Universitätsklinik Med Campus IV Linz
- LKH Steyr
- LKH Vöcklabruck (Klinikum Salzkammergut)
- Klinikum Wels-Grieskirchen

Gruppe II:

- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- LKH Freistadt
- LKH Rohrbach
- LKH Schärding
- LKH Kirchdorf
- Krankenhaus St. Josef Braunau
- Kreuzschwestern Sierning
- LKH Bad Ischl (Klinikum Salzkammergut)
- LKH Gmunden (Klinikum Salzkammergut)

5. Ultraschall durch Internisten

Internisten können für (durch andere Abteilungen, auch andere internistische Abteilungen) zugewiesenen Ultraschall auf den Punkt B.5.5.Radiologie Position „Ultraschall“ zugreifen.

6. Schlaflabor

Verrechenbar an folgenden definierten Untersuchungseinheiten:

Pneumologisch/neurologische Schlaflabore:

- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Kepler Universitätsklinik Med Campus III Linz
- Kepler Universitätsklinik Neuromed Campus Linz
- Klinikum Wels-Grieskirchen
- LKH Steyr
- LKH Vöcklabruck
- Krankenhaus St. Josef Braunau

Pädiatrische Schlaflabore:

- Kepler Universitätsklinik Med Campus IV
- Klinikum Wels-Grieskirchen

Neue Schlaflabore erhalten die Verrechnungsberechtigung, wenn sie eine Zertifizierung/Akkreditierung bei der Österreichischen Gesellschaft für Schlafmedizin vorweisen.

6.1. Für Diagnostik und Therapie (unabhängig von Behandlungsdauer und ev. mehrmaliger Aufnahmen) ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 299,38	€ 286,21	€ 299,40

verrechenbar.

6.2. Für die Aufnahme zur CPAP - Ersteinstellung ist ein Pauschalbetrag in der Höhe von

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 299,38	€ 286,21	€ 299,40

verrechenbar.

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

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 299,38	€ 286,21	€ 299,40

verrechenbar.

6.4. Bei Durchführung der Punkte C.6.1. und C. 6.2. in einem Aufenthalt sind die Punkte C. 6.1. und C. 6.2. **additiv** verrechenbar.

6.5. Insgesamt sind daher für komplette überwachte Polysomnographien **mit CPAP** maximal

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 898,14	€ 858,62	€ 898,20

ohne CPAP maximal

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 299,38	€ 286,21	€ 299,40

verrechenbar.

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

6.6. Sollten weitere Aufnahmen in ein Schlaflabor geplant werden, ist die medizinische Notwendigkeit maßgebend, welche vorab mit dem jeweiligen Versicherungsunternehmen entsprechend abzuklären ist. Ist nach Meinung des Krankenversicherers die medizinische Notwendigkeit nicht gegeben, können die Kosten des Schlaflabors dem Patienten in Rechnung gestellt werden, sofern sich dieser im Vorhinein mit der Kostenverrechnung an ihn einverstanden erklärt hat und er über den Sachverhalt seitens des behandelnden Arztes in objektiver Art und Weise informiert wurde.

6.7. Mit den Pauschalhonoraren gem. C. 6 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).

7. Radiosynoviorthese (RSO)

Die RSO-Therapie an den großen Gelenken der unteren Extremitäten (Hüfte, Kniegelenk, Sprunggelenk) ist nach den konservativen Ansätzen verrechenbar. Darüber hinaus können keine weiteren Honorare verrechnet werden.

Die RSO-Therapie an kleinen Gelenken bzw. an Gelenken der oberen Extremitäten ist keine stationär notwendige Therapiemaßnahme und wird von der PKV folglich aus den stationären Tarifen nicht bezahlt.

8. Behandlungen auf Kinderurologie und Kinderchirurgie

Die Abteilung für Kinderurologie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz (Univ.-Doz. Prim. Dr. Oswald) und die Abteilung für Kinderchirurgie in der Kepler Universitätsklinik Med Campus IV Linz (Prim. Dr. Pumberger) können für Operationen bei Kindern bis 14 Jahre ab OP-Gruppe IV einen Zuschlag von 20% verrechnen.

9. DEXA-Methode

Die Verrechenbarkeit der Knochendichtemessung nach der DEXA-Methode ist für Nuklearmediziner und Radiologen unter Pkt. B.5.4.1. und B.5.5.1. geregelt. Sofern Ärzte anderer Fachrichtungen diese Leistung durchführen und nicht Hauptbehandler sind, ist die Knochendichtemessung im Rahmen eines Konsiliums verrechenbar.

10. Infiltrationsbehandlungen unter Anwendung bildgebender Verfahren

10.1 Irreversible permanente Facettendenerverierung nach jeder Methode

Mit dem Honorar der OP Gruppe III (V 301) sind alle Leistungen aller am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzte abgegolten.

10.2. 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.

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

10.4. Sofern neben den Behandlungen gem. Pkt C.10.1. und Pkt C.10.2. weitere Leistungen erbracht werden, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, finden Pkt. C 10.1. und Pkt. C10.2. als Pauschalen keine Anwendung.

10.5. Facettengelenksinfiltrationen, ISG Infiltrationen und periradikuläre Infiltrationen sind im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen per se keine stationär notwendigen Heilbehandlungen. Werden diese Infiltrationen konsiliariter während einer stationär notwendigen Heilbehandlung durchgeführt, ist pro Infiltration ein Betrag in Höhe von

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 180,90	€ 177,60	€ 184,00

verrechenbar, maximal jedoch zwei Infiltrationen pro Aufenthalt.

11. Synovektomie

gilt als integraler Bestandteil der Endoprothesenoperation und ist neben der Pauschalabgeltung der OP-Gruppe für die Endoprothese nicht zusätzlich verrechenbar.

Bei histologisch gesicherter primär chronischer Polyarthrit (PCP) oder bei postinfektiöser Synovitis ist die Synovektomie zusätzlich verrechenbar.

12. Stationäre Nachsorge von onkologischen Patienten ist innerhalb von 24 Monaten nach Abschluss der Erst- oder Rezidivbehandlung zwei Mal auch ohne akuten Anlass verrechenbar. Darüber hinausgehende Fälle sind nur mit ausführlicher Begründung verrechenbar.

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

13.1. Pauschalhonorar

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 320,40	€ 314,40	€ 325,70

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.

13.2. Ausgenommen von der Pauschale gem. Pkt. C 13.1. sind coloskopische Polypektomien einer oder mehrere Polypen mit Schlinge. Die Abrechnung dieser erfolgt gemäß OP Gruppe IV [Y401 Endoskopische Polypektomie (starr, flexibel) einer oder mehrerer Polypen mit der Schlinge (inkl. Fotodokumentation und Histologie) Ösophagus, Magen, Duodenum, Ileum, Colon, Sigmoid, Rectum].

13.3. Die Leistungen gem. Punkt C.13.1. und Punkt C.13.2. sind nicht additiv verrechenbar. Werden beide Leistungen in einem Aufenthalt erbracht, erfolgt die Verrechnung gem. Punkt C.13.2.

13.4. Sofern neben der Behandlung gemäß Pkt. C 13.1. weitere Leistungen erbracht werden oder es sich um eine Akutaufnahme gemäß Pkt. A.4.2 handelt, die die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung gemäß Pkt. 1.2. der Direktverrechnungsvereinbarung begründen, findet Pkt. 13.1. 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.

13.5. Mit dem Pauschalbetrag gem. Pkt. C.13.1. sind – unabhängig von der Verweildauer – sämtliche Honorare aller tätigen Ärzte abgegolten.

13.6. Klarstellung und spezielle Regelung: Auch die Bestimmungen gemäß Pkt. A.5. und A.6. kommen grundsätzlich zur Anwendung, wobei jedoch der Pauschalbetrag gem. Pkt. C.13.1. in vollem Ausmaß verrechenbar ist.

14. 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 Spryanästhesien sowie Einlagen getränkter Wattebäusche gelten nicht als Lokalanästhesie im Sinne dieser Vereinbarung.

15. Ergänzungen zur Anlage IV (Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1.)

15.1. Endobronchiale Biopsien

Folgende Positionen aus dem Operationsgruppenschema 2006 Vers. 5.1 können als Analogiepositionen zur Verrechnung der endobronchialen Biopsien herangezogen werden:

X 315 perkutane MR- oder CT- Biopsie (ausgenommen Niere, NN, Lunge)
für endobronchiale Biopsien von Lymphknoten oder Gewebegewinnung, ausgenommen Lunge

X 404 Ultraschall-, CT- und MR-gezielte perkutane Biopsie der Niere, NN und Lunge
für endobronchiale Biopsien von Lungengewebe

15.2. Operation B 517: Hochfrequenzablation der Nierenarteriennerven beidseits bei Bluthochdruck (inkl. etwaige Herzkatheter-Untersuchung im gleichen Aufenthalt)

Abweichend zum Text des gültigen Operationsgruppenschemas kann die Position

J 502 Herzkatheter ohne Intervention (auch inkl. Rechtsherzkatheter)

zusätzlich im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechnet werden, wenn eine entsprechende Symptomatik besteht und/oder bei Vorliegen von objektiven Befunden (EKG, Ergometrie, Szintigrafie, Coronar-CT) mit Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit.

15.3. Operation T 618: Retroperitoneale Tumore (Sarkome)

Abweichend zum Text des gültigen Operationsgruppenschemas können, mit Ausnahme der Adnex Tumore, retroperitoneale Tumore, auch wenn es sich nicht um Sarkome handelt, mit der Position T618 verrechnet werden.

15.4. Operation T615: Cholecystektomie

Bei Lebersegmentresektionen, bei welchen das 4. Segment betroffen ist (T816 Hemihepatektomie, Segmentresektion 1 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 8), ist die Cholecystektomie gemäß Präambel des gültigen Operationsgruppenschemas integraler Bestandteil der Operation und kann daher nicht als Zweiteingriff verrechnet werden. Bei allen anderen Leberresektionen ist die Cholecystektomie als Zweiteingriff im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung verrechenbar.

15.5 Operation A 808: Mit dieser Position ist auch die alleinige Parsplana-Vitrektomie verrechenbar.

15.6 Operation T 308: Implantatsetzung zur Kontinenzhaltung im analen Sphincterbereich.

15.7 Operation T 427: Sanierung einer Analfistel ohne Verschiebelappenplastik

16. HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie)

Für HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie) kann im Rahmen der Mehrfachoperationsgruppenregelung ein Betrag in der Höhe einer Operationsgruppe V verrechnet werden.

17. Lebervenendruckmessung

Das konservative Hauptbehandlungshonorar für die Durchführung einer medizinisch stationär notwendigen Lebervenendruckmessung beträgt - unabhängig von der Verweildauer -

01.07.2016 bis 31.03.2018		01.04.2018 bis 31.03.2020
Junioren	Senioren	altersunabhängig
€ 813,60	€ 798,50	€ 827,20

Sämtliche Vertragsbestimmungen der **DVVB** (insbesondere Pkt. 1.2. stationäre Notwendigkeit, 4.2. Ausnahmen Alkoholmissbrauch etc.) und **vorliegender Anlage I HonorarVB** (Kürzungsregelung gem. Abschnitt A etc.) kommen zur Anwendung.

D. GÜLTIGKEIT

1. Diese Honorarvereinbarung tritt mit 01.07.2016 (Aufnahmedatum) in Kraft und gilt bis 31.03.2020. Für den Zeitraum 01.04.2016 bis 30.06.2016 wurde ein Moratorium (bislang gültige Sätze und Bestimmungen) vereinbart.
2. Diese Honorarvereinbarung gilt für die nachgenannten Versicherungsunternehmen:
 - Allianz-Elementar Versicherung AG
 - DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
 - Generali Versicherung AG
 - Merkur Versicherung AG
 - MuKi Versicherung auf Gegenseitigkeit
 - UNIQA Österreich Versicherungen AG
 - WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group

Linz/Wien am 30.01.2018

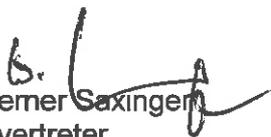
Ärztelkammer
für Oberösterreich



Dr. Peter Niedermoser
Präsident



VP Dr. Harald Mayer
Kurienobmann angestellte Ärzte



Prim. Dr. Werner Saxinger
Primärärztevertreter

Verband der Versicherungsunternehmen
Österreichs
Sektion Krankenversicherung



Dr. Peter Eichler



MMag. Astrid Knitel

