

Zusatzvereinbarung 2021/2022

zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994, der zwischen der Ärztekammer für Burgenland (kurz: Ärztekammer) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits abgeschlossen wurde.

I. Gültigkeit

Diese Zusatzvereinbarung gilt für das Vertragsverhältnis der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, zu der Österreichischen Gesundheitskasse.

Mit dieser Zusatzvereinbarung wird die Honorarordnung mit Stand 31. Dezember 2020 für den Zeitraum 1. Jänner 2021 bis 31. Dezember 2022 verlängert, soweit im Folgenden keine Änderungen vereinbart werden.

Sämtliche Bestimmungen des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 sowie die Zusatzvereinbarungen und Zusatzprotokolle zu diesem Gesamtvertrag bleiben unverändert in Geltung, soweit keine abweichenden Regelungen in der Zusatzvereinbarung 2021/2022 getroffen werden.

II. Honorarwertsicherungsvereinbarung

Die Honorarwertsicherungsvereinbarung gemäß Punkt II. der Zusatzvereinbarung 2003 wird durch folgende Honorarwertsicherungsvereinbarung ersetzt:

1. Präambel

1.1 Auf Basis des gemäß der Vereinbarung über die Berechnungsmethode eines jährlichen Automatikfaktors vom 29.7.1991 (kurz: Honorarautomatikvereinbarung) jährlich vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (kurz: DVSV) berechneten und bekannt gegebenen Honorarautomatikfaktors wird folgendes Modell einer Honorarwertsicherung vereinbart. Grundvoraussetzung ist die Führung der Honorarverhandlungen im Nachhinein nach Vorliegen sämtlicher Berechnungsunterlagen.

2. Begriffsdefinitionen

Honorarsumme: im Kalenderjahr angewiesene Honorare inklusive eventueller Honorarnachzahlungen für das betreffende Kalenderjahr und inklusive dem Sozialversicherungsanteil am Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst, exklusive MUKI-Pass-Honorare, VU-Honorare, und Honorare für Hauskrankenpflege.

Berechnungsjahr: volles Kalenderjahr, für das die Tarifierung berechnet wird

Basisjahr: volles Kalenderjahr, das vor dem Berechnungsjahr liegt

Honorarautomatikfaktor: der jeweils für das Berechnungsjahr vom DVSV berechnete und bekannt gegebene Honorarautomatikfaktor

bereinigter Honorarautomatikfaktor: der jeweilige Honorarautomatikfaktor, vermindert um im Berechnungsjahr bereits wirksame Tarifierpassungen und Honorarbestandteile, bezüglich derer eine Anrechnung auf die Honorarautomatik vereinbart wurde

Tarifierpassungsfaktor: jener Faktor, der sich aufgrund der Berechnungsparameter nach Punkt 3. ergibt und um den die tatsächliche Erhöhung für das Berechnungsjahr erfolgt

3. Berechnungsparameter

3.1 Der Tarifierpassungsfaktor beträgt mindestens 60% des bereinigten Honorarautomatikfaktors.

3.2 Der Tarifierpassungsfaktor erhöht sich auf mehr als 60% des bereinigten Honorarautomatikfaktors, wenn die Summe aus dem Steigerungssatz der Honorarsumme vom Basisjahr zum Berechnungsjahr und 60% des bereinigten Honorarautomatikfaktors den Steigerungssatz der Beitragseinnahmen der ÖGK (gesamt) vom Basisjahr zum Berechnungsjahr unterschreitet. Der Tarifierpassungsfaktor erhöht sich diesfalls um die Differenz zwischen diesen beiden Prozentsätzen, beträgt aber maximal 100% des bereinigten Honorarautomatikfaktors.

4. Tarifierpassung

4.1 Für das Berechnungsjahr wird sich der aufgrund des Tarifierpassungsfaktors ergebende Erhöhungsbetrag für das Berechnungsjahr in Form einer einmaligen Nachzahlung ausgeschüttet.

4.2 Bezüglich der Fortwirkung des Erhöhungsbetrages ab dem 1.1. des Folgejahres wird eine gesonderte Vereinbarung geschlossen. Kommt eine solche bis zum 31.12. des Folgejahres nicht zustande, erfolgt eine lineare Erhöhung der Tarife um den Tarifierpassungsfaktor. Von dieser Tarifierhebung ausgenommen sind folgende Leistungspositionen der Honorarordnung:

Pos. 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“

Pos. 550 bis 559 - Vorsorgeuntersuchungen

Pos. 951 bis 973 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

5. Wirksamkeit der Vereinbarung

5.1 Diese Honorarwertsicherungsvereinbarung tritt mit 1.1.2021 in Kraft.

5.2 Sollten während der Wirksamkeit der gegenständlichen Vereinbarung gesetzliche Regelungen in Kraft treten, die dazu in Widerspruch stehen, ist die Vereinbarung umgehend anzupassen, um einen gesetzeskonformen Zustand herzustellen.

5.3 Die Honorarwertsicherungsvereinbarung wird für den Zeitraum 1.1.2021 bis 31.12.2022 außer Kraft gesetzt.

III. Honorarregelung 2021

1. Die Honorarerhöhung für alle Vertragsärzte beträgt für 2021 **2,85 %** der Vertragshonorarsumme 2019 exklusive Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Leistungen (€ 60.659.760,28).
Der Erhöhungsbetrag für 2021 beträgt € 1.728.803,17.
Der Basisbetrag 2021 beträgt € 62.388.563,45.
2. Die Honorarerhöhung für 2021 (€ 1.728.803,17) erfolgt in Form einer Pauschalzahlung.
3. Der Aufwand für die in der gesamtvertraglichen Vereinbarung 2021 unter Punkt A. für den Zeitraum 1.1.2021 bis 30.6.2021 vereinbarten Limitlockerungen in Höhe von € 623.212,38 werden als Einmalzahlung ohne Anrechnung auf die Pauschalzahlung gemäß Z.2 gewährt.

IV. Honorarregelung 2022

1. Unter der Annahme eines auf Basis der Honorarwertsicherungsvereinbarung gemäß Punkt II. erwarteten Tarifierhöhungsfaktors für 2022 von **2,09%** wird der Basisbetrag 2021 gemäß Punkt III.1. in diesem Ausmaß erhöht.
Der Erhöhungsbetrag für 2022 beträgt € 1.303.920,98.
Der Basisbetrag 2022 beträgt € 63.692.484,43
2. Die tarifwirksame Umsetzung der Erhöhungsbeträge 2021 und 2022, insgesamt € 3.032.724,15 oder 5% der Honorarsumme 2019 exkl. Vorsorgeuntersuchung und Mutter-Kind-Pass-Leistungen erfolgt mit 1.1.2022 gemäß Punkt XVIII.
3. Die im Rahmen der Gelder aus den Heilmittelvereinbarungen als Pilotprojekt eingeführten und finanzierten Leistungen – Pos. 402 „Langzeit-EKG“, Pos. 409 „24 Stunden-Blutdruckmonitoring“, Pos. 794 „D-Dimer-Schnelltest mittels Streifen“, Pos. 795 „D-Dimer-Schnelltest mittels Gerät“ sowie Öffnung der Pos. 480 „MMSE“ für die Allgemeinmediziner – werden mit Wirksamkeit 1.1.2022 ohne Anrechnung auf die vereinbarte Honorarerhöhung in die Regelfinanzierung aufgenommen.

V. Ausgleich 2023

1. Wird im Jahr 2022 der angenommene Wert von 2,09% durch den tatsächlichen Tarifierhöhungsfaktor 2022 über- oder unterschritten, erfolgt ein entsprechender Ausgleich im Kalenderjahr 2023, jedoch maximal 0,59% in beide Richtungen.
2. Bei Unterschreitung erfolgt bei Anwendung der Honorarwertsicherungsvereinbarung im Jahr 2023 ein Abzug vom TAF 2023 im Ausmaß der Differenz zwischen dem tatsächlichen TAF 2022 und den angenommenen 2,09%, maximal jedoch um 0,59%. Bei Vereinbarung

einer anderen Tarifierhöhung für 2023 erfolgt der Abzug im selben Ausmaß vom vereinbarten Erhöhungsprozentsatz.

3. Bei Überschreitung erfolgt eine pauschale Nachzahlung für 2022 im Ausmaß der Differenz zwischen dem tatsächlichen TAF 2022 und den angenommenen 2,09%, maximal jedoch um 0,59% auf Basis des Basisbetrages 2021 in Höhe von € 62.388.563,45. Bei Vereinbarung einer anderen Tarifierhöhung für 2023 erfolgt eine Erhöhung im selben Ausmaß additiv zum vereinbarten Erhöhungsprozentsatz.

VI. Übernahme Fremdpatienten durch unbesetzte Plan-Stellen

Durch eine nicht nahtlos mögliche Nachbesetzung einer ausgeschriebenen Vertragsarztstelle werden umliegende Vertragsärzte Anlaufstelle für Patienten der vakanten Vertragsarztstelle. Diese Regelung soll den Mehraufwand für den Arzt honorieren und die Patientenversorgung sicherstellen. Sie gilt nicht, wenn eine Vertragsarztstelle einvernehmlich von Ärztekammer und Kasse verlegt wurde.

Werden mehr als 20 Patienten der vakanten Planstelle übernommen, können alle Patienten ab dem 1. Fall mit der Scheinart 8 in der EDV-Abrechnung erfasst werden (sofern kein Vertreterfall). Hinsichtlich der e-card wird ein Regelfall gesteckt, damit der „Fall“ blockiert ist. Diese Patienten werden nach der höchsten Grundvergütungsstaffel vergütet. Bei den Positionslimitierungen werden die neuen Patienten entsprechend angerechnet und erhöhen somit die Berechnungsgrundlage für die Limitierungen. Die ÖGK wird jährlich im Nachhinein diese Regelungen bei den betreffenden Ärzten überprüfen und gegebenenfalls Einbehalte (Abzug der Differenz zu normalem Fall) durchführen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Die Stelle wurde ausgeschrieben, es wurde jedoch kein Interessent dafür gefunden bzw. kann die Besetzung nicht zeitgerecht erfolgen - die zu kompensierende Stelle muss mindestens ein ganzes Quartal unbesetzt sein.
- Die Vertragsarztordination, welche Patienten der zu kompensierenden Stelle übernimmt, ist bei Allgemeinmedizinern in der betreffenden Gemeinde oder in einer angrenzenden Gemeinde angesiedelt (bei Statutarstädten gilt der Ausschreibungsbereich bzw. ein von Kasse und Ärztekammer definierter Bereich zB im Umkreis von 10 km), bei Fachärzten im betreffenden Bezirk bei zumindest zwei Planstellen im Bezirk oder in einem angrenzenden Bezirk bei nur einer Planstelle im Bezirk. Die Regelung kann gleichzeitig von mehreren Ordinationen in Anspruch genommen werden.
- Die übernehmende Ordination weist in der betroffenen Abrechnungsperiode hinsichtlich der Scheinpauschale ein Überschreiten der 1. Grundvergütungsstaffel auf.
- Die übernehmende Ordination übernimmt zumindest mehr als 20 Patienten der ausgefallenen Ordination.
- Spätestens mit Abgabe der Abrechnung muss einmalig formlos per Mail oder Fax der ÖGK Burgenland bekannt gegeben werden, dass die Regelung in Anspruch genommen wird – eine rückwirkende Anerkennung ist nicht möglich.

Die Regelung gilt für die Dauer der nicht besetzten Quartale.

VII. Sonn- und Feiertagsdienst

Der Sonn- und Feiertagsdienst wird bis zur Implementierung eines alternativen Modells weitergeführt. Sämtliche Bestimmungen der Gesamtvertraglichen Vereinbarung 2021 zu Punkt D. I. und II. werden bis zu diesem Zeitpunkt verlängert. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Verrechnung des Sonn- und Feiertagsdienstes (Pos. 009) nicht mehr möglich, das entsprechende Honorarvolumen steht damit nicht mehr zur Verfügung.

VIII. Heilmittelvereinbarung

1. Heilmittelvereinbarung 2021

1.1 Intention der Heilmittelvereinbarung zwischen der Ärztekammer für Burgenland und der ÖGK ist eine Steigerung der Effizienz der limitiert verfügbaren Mittel im Heilmittelbereich.

1.2 Die HM-Vereinbarung 2021 bezieht sich insbesondere auf die alters- und geschlechtsstandardisierte Kostenentwicklung der Medikamentenverordnungen pro Anspruchsberechtigtem der ÖGK-B im Vergleich zum Vorjahr und der Differenz zur Entwicklung der ÖGK gesamt. Zielsetzung der HM-Vereinbarung 2021 ist eine geringere absolute Kostensteigerung pro Anspruchsberechtigtem für die ÖGK-B im Vergleich zur ÖGK gesamt. Die Hälfte einer erzielten niedrigeren Kostenentwicklung pro Anspruchsberechtigtem bei der ÖGK-B im Vergleich zur ÖGK wird für Strukturverbesserungen, die gemeinsam zwischen Kammer und ÖGK festzulegen sind, im burgenländischen Gesundheitswesen aufgewendet. Damit soll die Heilmittelvereinbarung einen Beitrag zur Optimierung der Ressourcenallokation im Heilmittelbereich liefern.

Beispielrechnungen zum Rechenzugang:

	Kosten pro Anspruchsberechtigte, alters- und geschlechtsstandardisiert		
	2020, 1. Halbjahr	2021, 1. Halbjahr	Steigerung
ÖGK	188,16	197,27	9,11
ÖGK-B	192,48	199,49	7,01

Bei 216.159 Anspruchsberechtigten der ÖGK-B im 1. Halbjahr 2021 und einer um 2,10 Euro niedrigeren Kostensteigerung würde das zu einem Investitionsvolumen von 226.966,95 Euro führen (= 2,10 x 216.159 / 2).

1.3 Zielsetzung ist die Steigerung des Verordnungsanteils von Antidiabetika exkl. Insuline des Gelben Bereichs, die nicht der vorherigen Bewilligungspflicht unterliegen. Damit sollte sich einerseits der Anteil der notwendigen ABS-Bewilligungsanträge reduzieren und andererseits sind die dokumentationspflichtigen Re2-Präparate durch Preismodellvereinbarungen des DVSV kostengünstiger

Der Verordnungsanteil der dokumentationspflichtigen Re2-Präparate stieg im Jahr 2020 um ca. 1 %-Punkt pro Quartal und lag im 4. Quartal 2020 bei 61,0 % (nach 56,6 % im 1. Quartal 2020). Eine Steigerung des Verordnungsanteils der Re2-Präparate an den Antidiabetika exkl. Insuline des Gelben Bereichs auf absolut über 62,5 % und in der Folge um weitere 2,5 %-Punkte bei quartalsbezogener Berechnung wird mit € 10.000,00 pro Zielerreichungsschritt honoriert: Für das Quartal, in dem erstmalig der Anteil von 62,5 % überschritten wird, stehen € 10.000,00 zur Verfügung; im Quartal mit erstmaliger Überschreitung des 65,0 % Anteils

stehen € 20.000,00 zur Verfügung; im Quartal mit erstmaliger Überschreitung des 67,5 % Anteils stehen € 30.000,00 zur Verfügung usw.

Die Zielerreichung der Punkte 1.2 und 1.3 wird unabhängig voneinander bewertet.

2. Heilmittelvereinbarung 2022

2.1 Intention der Heilmittelvereinbarung zwischen der Ärztekammer für Burgenland und der ÖGK ist eine Steigerung der Effizienz der limitiert verfügbaren Mittel im Heilmittelbereich.

2.2 Die HM-Vereinbarung 2022 bezieht sich insbesondere auf die alters- und geschlechtsstandardisierte Kostenentwicklung der Medikamentenverordnungen pro Anspruchsberechtigtem der ÖGK-B im Vergleich zum Vorjahr und der Differenz zur Entwicklung der ÖGK gesamt. Zielsetzung der HM-Vereinbarung 2022 ist eine geringere absolute Kostensteigerung pro Anspruchsberechtigtem für die ÖGK-B im Vergleich zur ÖGK gesamt. Die Hälfte einer erzielten niedrigeren Kostenentwicklung pro Anspruchsberechtigtem bei der ÖGK-B im Vergleich zur ÖGK wird für Strukturverbesserungen, die gemeinsam zwischen Kammer und ÖGK festzulegen sind, im burgenländischen Gesundheitswesen angewendet. Damit soll die Heilmittelvereinbarung einen Beitrag zur Optimierung der Ressourcenallokation im Heilmittelbereich liefern.

Beispielrechnungen zum Rechenzugang:

	Kosten pro Anspruchsberechtigte, alters- und geschlechtsstandardisiert		Steigerung
	2021	2022	
ÖGK	373,58	395,71	22,13
ÖGK-B	384,16	403,30	19,14

Bei 217.166 Anspruchsberechtigten der ÖGK-B im Jahr 2021 und einer um 2,99 Euro niedrigeren Kostensteigerung würde das zu einem Investitionsvolumen von 324.410,82 Euro führen (= $2,99 \times 217.166 / 2$).

2.3 Zielsetzung ist die Steigerung des Verordnungsanteils von Antidiabetika exkl. Insuline des Gelben Bereichs, die nicht der vorherigen Bewilligungspflicht unterliegen. Damit sollte sich einerseits der Anteil der notwendigen ABS-Bewilligungsanträge reduzieren und andererseits sind die dokumentationspflichtigen Re2-Präparate durch Preismodellvereinbarungen des DVSV kostengünstiger

Der Verordnungsanteil der dokumentationspflichtigen Re2-Präparate stieg im Jahr 2021 um ca. 1 %-Punkte pro Quartal und lag im 4. Quartal 2021 bei 65,2 % (nach 61,0 % im 1. Quartal 2021). Eine Steigerung der Verordnungsanteils der Re2-Präparate an den Antidiabetika exkl. Insuline des Gelben Bereichs auf absolut über 67,5 % und in der Folge um weitere 2,5 %-Punkte bei quartalsbezogener Berechnung wird mit € 10.000,00 pro Zielerreichungsschritt honoriert: Für das Quartal, in dem erstmalig der Anteil von 67,5 % überschritten wird, stehen € 10.000,00 zur Verfügung; im Quartal mit erstmaliger Überschreitung des 70,0 % Anteils stehen € 20.000,00 zur Verfügung; im Quartal mit erstmaliger Überschreitung des 72,5 % Anteils stehen € 30.000,00 zur Verfügung usw.

Die Zielerreichung der Punkte 2.2 und 2.3 wird unabhängig voneinander bewertet.

IX. Limitaussetzung 2020

Abweichend von den Bestimmungen der Honorarordnung wird folgendes vereinbart:

1. Für den Zeitraum 11.3.2020 bis 31.12.2020 sind die Positionen
 - 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag“
 - 018 „Heilmittelberatungsgespräch“
 - 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“
 - 019a „Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“
 - 316 „Urodynamisches diagnostisches und therapeutisches Gespräch bei Patientinnen/Patienten mit bestehender Harninkontinenz gemäß Erstattungskodex (ATC-Gruppe G04BD) verordnet werden, wobei die Leistung die Anleitung für das Durchführen eines Miktionsprotokolls inklusive Dokumentation und Auswertung des Protokolls inkludiert“
 - 432 „Psychotherapeutische Sitzung“
 - 435 „Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle“
 - 4320 „Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch (min. 10 Minuten)“
 - 4321 „Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch (min. 15 Minuten)“
 - 4322 „Psychiatrisch-psychosomatisches Gespräch (min. 10 Minuten)“
 - 4350 „Außenanamnese für gesondert gelagerte psychiatrische Fälle“

gemeinsam mit der Pos. 015a „Ordnation unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel“ verrechenbar, sofern die Verrechnungsvoraussetzungen der einzelnen Positionen erfüllt sind.
Erfolgt der Erstkontakt im Quartal telefonisch entsprechend den Anforderungen der Pos. 015a, ist die Pos. 015a mit der Grundvergütung verrechenbar.
2. Für den Zeitraum 11.3.2020 bis 31.12.2020 werden für die Positionen
 - 014 „Ärztlicher Koordinierungszuschlag“
 - 018 „Heilmittelberatungsgespräch“
 - 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“
 - 019a „Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch“
 - 015a „Ordnation unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel“

die Verrechnungslimite der Honorarordnung ausgesetzt.

X. Maßnahmenpaket für Long-Covid-Patienten- bzw. Verdachtsfälle bei Vertragsärzten

Im Zeitraum 1.7.2022 bis 30.6.2023 sind im Zusammenhang mit der Abklärung bzw. der Behandlung der Long-Covid-Patienten bzw. –Verdachtsfällen folgende Leistungspositionen zusätzlich verrechenbar:

1. Pos. 019-LC „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“
 - Verrechenbar für Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde einmal pro Patient mit Long-Covid-Verdacht ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung zum unlimitierten Tarif der Pos. 019. Eine für den Patienten am selben Tag erbrachte therapeutische Aussprache ist neben der Pos. 019-LC im Rahmen der bestehenden Limitierung verrechenbar.

- Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einmal pro Patient mit Long-Covid-Verdacht ab der 5. Woche nach der nachgewiesenen Covid-Erkrankung zum unlimitierten Tarif der Pos. 019, sofern der Patient im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird. In vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Pos. 019-LC möglich.

2. Pos. 160-LC „Endoskopie der oberen Luftwege“
Pos. 175-LC „Audiometrie, Sprach und Tonaudiometrie“
Pos. 181-LC „Tympanometrie“

Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten einmal pro Patient mit Long-Covidverdacht ab der 5. Woche der nachgewiesenen Covid-Erkrankung zum unlimitierten Tarif der Pos. 160, 175 bzw. 181, sofern der Patient im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird. In vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Pos. 160-LC, 175-LC und 181-LC möglich.

3. Pos. 402-LC „Langzeit-EKG“
Pos. 409-LC „24-Stunden Blutdruckmonitoring“
Pos. 411-LC „Echokardiographie einschließlich Dopplersonographie“

Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Innere Medizin einmal pro Patient mit Long-Covidverdacht ab der 5. Woche der nachgewiesenen Covid-Erkrankung zum unlimitierten Tarif der Pos. 402, 409 bzw. 411, sofern der Patient im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird. In vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Pos. 402-LC, 409-LC und 411-LC möglich.

4. Pos. 415-LC „Bodyplethysmographie“
Pos. 419-LC „Blutgasanalyse“
Pos. 420-LC „Spirographische Untersuchung (...)“
Pos. 423-LC „Atemwiderstandsmessung“

Verrechenbar für Vertragsfachärzte für Lungenheilkunde einmal pro Patient mit Long-Covidverdacht ab der 5. Woche der nachgewiesenen Covid-Erkrankung zum unlimitierten Tarif der Pos. 415, 419, 420 und 423, sofern der Patient im Zusammenhang mit Long-Covid oder zur Abklärung eines Long-Covid-Verdachts durch einen Arzt für Allgemeinmedizin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zugewiesen wird. In vom Zuweiser begründeten Fällen ist auch eine mehrfache Verrechnung der Pos. 415-LC, 419-LC, 420-LC und 423-LC möglich.

XI. Stellenplan

Gemäß § 3 des Gesamtvertrages sowie dem Anhang zu § 3 wird folgende Änderung des Stellenplans vereinbart:

1. Im Verwaltungsbezirk Güssing wird eine Vertragsfacharztstelle für Psychiatrie geschaffen. Die Besetzung ist mit 1.7.2022 vorgesehen.
2. Die derzeit von Dr. Erich Monz besetzte Planstelle für Psychiatrie wird nach dessen Vertragsrücklegung als Planstelle für Neurologie ausgeschrieben.
3. In 2421 Kittsee – Bezirk Neusiedl/See – wird eine zweite Vertragsarztstelle für Allgemeinmedizin geschaffen. Die beiden Planstellen werden zu einer originären Gruppenpraxis gemäß § 3 Z.2 Gruppenpraxis-Gesamtvertrag zusammengeführt.

XII. Tarifierpassung VU-Colonoskopie; Gynäkologische VU

Die Tarifvalorisierung der Pos. 543 „Gynäkologische Untersuchung“, Pos. 546 „VU-Vollständige Koloskopie“ und 547 „VU-Unvollständige Koloskopie“ erfolgt ab 1.1.2022 automatisiert im Ausmaß des vereinbarten Honorarerhöhungsprozentsatzes um 1 Jahr zeitversetzt (Erhöhung 2022 im Ausmaß des Erhöhungsprozentsatzes 2021, Erhöhung 2023 im Ausmaß des Erhöhungsprozentsatzes 2022, usw.), sofern die Gesamtvertragsparteien nichts Anderes vereinbaren.

XIII. Primärversorgungseinheiten (PVE)

Die Gesamtvertragsparteien vereinbaren die verbindliche Aufnahme von Gesprächen für eine Honorierungsvereinbarung für Primärversorgungseinheiten (zB Modell Vorarlberg). Die Honorierung der ärztlichen Hilfe soll entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 342b Abs. 3 ASVG) durch eine kontaktunabhängige Grundpauschale, eine kontaktabhängige Fallpauschale und einzelne Einzelleistungspositionen (zB Visite; Substitution, ...) erfolgen.

XIV. Labor Gespräche

Die Gesamtvertragsparteien treten in Gespräche über die Beendigung des Eigenlabors und die Definition des bei den Vertragsärzten verbleibenden Akutlabors.

XV. Radiologie Gespräche

Die Gesamtvertragsparteien treten in Gespräche über Maßnahmen zur Abfederung von Frequenzsteigerungen im Bereich der konventionellen Radiologie.

XVI. Kündigungsverzicht

Die Gesamtvertragsparteien vereinbaren einen Kündigungsverzicht bis 31.12.2022. Frühest möglicher Kündigungstermin gemäß § 43 Abs. 1 Gesamtvertrag ist unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist der 30.6.2023.

XVII. Änderung der Honorarordnung

1. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2022 wird die Honorierung der Grundleistungsvergütung wie folgt vereinbart:

Ärzte für Allgemeinmedizin

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	850	22,14
Staffel 2	1.000	21,84
Staffel 3	1.250	21,54
Staffel 4	1.500	21,34
Staffel 5	1.700	21,14
Staffel 6	darüber	20,94

Fachärzte für Lungenkrankheiten

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	500	27,13
Staffel 2	700	26,53
Staffel 3	900	26,13
Staffel 4	950	25,13
Staffel 5	1.000	24,63
Staffel 6	darüber	24,13

Fachärzte für Augenheilkunde

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	1.300	20,94
Staffel 2	1.500	20,44
Staffel 3	1.800	19,94
Staffel 4	2.100	19,74
Staffel 5	2.300	19,34
Staffel 6	darüber	18,74

Fachärzte für Chirurgie

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	400	32,52
Staffel 2	600	32,02
Staffel 3	700	31,52
Staffel 4	800	31,02
Staffel 5	900	30,52
Staffel 6	darüber	30,02

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	900	19,24
Staffel 2	1.200	18,84
Staffel 3	1.500	18,29
Staffel 4	1.800	17,79
Staffel 5	2.100	17,04
Staffel 6	darüber	16,34

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	800	21,23
Staffel 2	1.100	20,23
Staffel 3	1.400	19,13
Staffel 4	1.500	18,23
Staffel 5	1.600	18,23
Staffel 6	darüber	17,53

Fachärzte für Innere Medizin

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	700	32,56
Staffel 2	750	32,13
Staffel 3	850	30,99
Staffel 4	900	30,66
Staffel 5	1.000	29,94
Staffel 6	darüber	28,78

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	700	32,71
Staffel 2	900	32,51
Staffel 3	1.100	32,31
Staffel 4	1.300	32,11
Staffel 5	1.500	31,91
Staffel 6	darüber	31,71

Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	800	20,86
Staffel 2	1.000	20,36
Staffel 3	1.150	19,36
Staffel 4	1.350	18,96
Staffel 5	1.600	18,36
Staffel 6	darüber	18,26

Fachärzte für Orthopädie

	bis Fälle (ÖGK):	€
Staffel 1	800	24,71
Staffel 2	1.300	24,21
Staffel 3	1.450	23,71
Staffel 4	1.550	23,31
Staffel 5	1.750	22,71
Staffel 6	darüber	21,71

Fachärzte für Neurologie

	bis Fälle (ÖGK):	€
--	------------------	---

Staffel 1	400	25,65
Staffel 2	750	24,65
Staffel 3	850	23,65
Staffel 4	950	23,15
Staffel 5	1.050	22,15
Staffel 6	darüber	21,65

Fachärzte für Psychiatrie

bis Fälle (ÖGK): €

Staffel 1	400	25,74
Staffel 2	750	24,74
Staffel 3	850	23,74
Staffel 4	950	23,24
Staffel 5	1.050	22,24
Staffel 6	darüber	21,74

Fachärzte für Urologie

bis Fälle (ÖGK): €

Staffel 1	800	23,17
Staffel 2	900	22,97
Staffel 3	1.000	22,47
Staffel 4	1.200	21,97
Staffel 5	1.300	21,67
Staffel 6	darüber	21,47

Fachärzte für Unfallchirurgie

bis Fälle (ÖGK): €

Staffel 1	400	30,23
Staffel 2	600	29,73
Staffel 3	700	29,23
Staffel 4	800	28,73
Staffel 5	900	28,23
Staffel 6	darüber	27,73

2. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2022 treten folgende Änderungen für alle betroffenen Vertragsarztgruppen in Kraft:

„Vertretung wegen Nichterreichbarkeit des Hausarztes“

Tarifierhebung von € 17,00 auf € 19,00

„Erste-Hilfe-Vergütung“

Tarifierhebung von € 17,00 auf € 19,00

Akutordination - Pauschale - Pos 992

Tarifierhebung von € 513,53 auf € 525,58

Akutordination – Visitenarzt – Pos 993

Tarifierhebung von € 513,53 auf € 525,58

3. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2022 treten folgende Änderungen für Vorsorgeuntersuchungen in Kraft

Vorsorgeuntersuchungen

- Pos 543 Gynäkologische Untersuchung*
Tarifanhebung von € 33,00 auf € 33,94
- Pos 546 VU-Vollständige Koloskopie*
Tarifanhebung von € 235,00 auf € 241,70
- Pos 547 VU-Unvollständige Koloskopie*
Tarifanhebung von € 157,00 auf € 161,47
- Pos 9544 Mammographie im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes (BKFP)
Tarifanhebung von € 101,04 auf € 105,78
- Pos 9545 Sonographie der Mamma im Rahmen des BKFP (z.B. ReScreen), je Seite
Tarifanhebung von € 11,89 auf € 12,44
- *) Tarifvalorisierung erfolgt automatisiert im Ausmaß des vereinbarten Honorarerhöhungsprozentsatzes um 1 Jahr zeitversetzt (Erhöhung 2022 im Ausmaß des Erhöhungsprozentsatzes 2021, Erhöhung 2023 im Ausmaß des Erhöhungsprozentsatzes 2022, usw.)

4. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2022 treten folgende Änderungen für die Vertragsärzte für Radiologie in Kraft:

Organtarife:

Schädel:

- Pos. 1001 „Schädel“
Tarifanhebung von € 25,50 auf € 26,69
- Pos. 1002 „Schädel nach Trauma (inkl. eventl. Zusatzaufnahmen)“
Tarifanhebung von € 40,93 auf € 42,83
- Pos. 1003 „Gesichtsschädel“
Tarifanhebung von € 19,12 auf € 20,01
- Pos. 1004 „Schädelbasis“
Tarifanhebung von € 29,90 auf € 31,29
- Pos. 1005 „Sella“
Tarifanhebung von € 13,43 auf € 14,05
- Pos. 1006 „Schläfenbein, pro Seite (S.S.M)“
Tarifanhebung von € 64,68 auf € 67,69

Pos. 1007 „Nasennebenhöhlen“
Tarifanhebung von € 33,87 auf € 35,44

Pos. 1008 „Nasenbein“
Tarifanhebung von € 22,31 auf € 23,35

Pos. 1009 „Kiefergelenk, pro Seite“
Tarifanhebung von € 23,68 auf € 24,78

Pos. 1010 „Oberkiefer, pro Seite“
Tarifanhebung von € 24,82 auf € 25,97

Pos. 1011 „Unterkiefer, pro Seite“
Tarifanhebung von € 23,65 auf € 24,75

Pos. 1012 „Zahnpanoramaröntgen“
Tarifanhebung von € 25,17 auf € 26,34

Wirbelsäule, knöch. Thorax (ohne Schultergürtel):

Pos. 2001 „Halswirbelsäule – ap, seitlich und peroral“
Tarifanhebung von € 33,87 auf € 33,44

Pos. 2002 „Foramina Intervertebralia“
Tarifanhebung von € 23,65 auf € 24,75

Pos. 2003 „Foramina Intervertebralia“
Tarifanhebung von € 50,17 auf € 52,50

Pos. 2004 „Brustwirbelsäule – ap, seitlich“
Tarifanhebung von € 27,04 auf € 28,30

Pos. 2005 „Wirbelsäulenübergänge, einzelne Abschnitte (z.B. Lumbosacraler Übergang)“
Tarifanhebung von € 26,48 auf € 27,71

Pos. 2006 „Lendenwirbelsäule – ap, seitlich“
Tarifanhebung von € 27,04 auf € 28,30

Pos. 2007 „Lendenwirbelsäule – Schrägaufnahmen“
Tarifanhebung von € 27,13 auf € 28,39

Pos. 2008 „Lendenwirbelsäule – mit Funktionsaufnahmen“
Tarifanhebung von € 27,13 auf € 28,39

Pos. 2009 „Lendenwirbelsäule ap, seitlich und Kreuzbein und Steißbein“
Tarifanhebung von € 28,87 auf € 30,21

- Pos. 2010 „Kreuz- und Steißbein“
Tarifanhebung von € 25,50 auf € 26,69
- Pos. 2011 „Wirbelsäule, Ganzaufnahme stehend, ap oder seitlich unter Verwendung der Formate 30/90 bzw. 30/120“
Tarifanhebung von € 61,28 auf € 64,13
- Pos. 2012 „Einzelner Wirbelsäulenabschnitt, 2. Ebene“
Tarifanhebung von € 25,42 auf € 26,60
- Pos. 2013 „Rippen, einseitig“
Tarifanhebung von € 31,30 auf € 32,76
- Pos. 2014 „Rippen, beidseitig“
Tarifanhebung von € 51,34 auf € 53,73
- Pos. 2015 „Sternum“
Tarifanhebung von € 28,59 auf € 29,92

Schulter- und Beckengürtel, Extremitäten:

- Pos. 3001 „Clavicula, einseitig“
Tarifanhebung von € 20,42 auf € 21,37
- Pos. 3002 „Clavicula, beidseitig“
Tarifanhebung von € 40,77 auf € 42,67
- Pos. 3003 „Scapula, einseitig“
Tarifanhebung von € 26,55 auf € 27,78
- Pos. 3004 „Scapula, beidseitig“
Tarifanhebung von € 43,53 auf € 45,55
- Pos. 3005 „1 Oberarm“
Tarifanhebung von € 27,04 auf € 28,30
- Pos. 3006 „beide Oberarme“
Tarifanhebung von € 53,89 auf € 56,40
- Pos. 3007 „1 Unterarm“
Tarifanhebung von € 21,19 auf € 22,18
- Pos. 3008 „beide Unterarme“
Tarifanhebung von € 37,82 auf € 39,58
- Pos. 3009 „1 Hand und Handgelenke“
Tarifanhebung von € 24,74 auf € 25,89

- Pos. 3010 *„beide Hände und Handgelenke“*
Tarifanhebung von € 42,68 auf € 44,66
- Pos. 3011 *„Handwurzelgelenke einseitig“*
Tarifanhebung von € 23,30 auf € 24,38
- Pos. 3012 *„Handwurzelgelenke beidseitig“*
Tarifanhebung von € 42,95 auf € 44,95
- Pos. 3013 *„Navicularserie nach Trauma“*
Tarifanhebung von € 31,56 auf € 33,03
- Pos. 3014 *„ein Finger oder eine Zehe“*
Tarifanhebung von € 19,61 auf € 20,52
- Pos. 3015 *„ein Oberschenkel“*
Tarifanhebung von € 27,04 auf € 28,30
- Pos. 3016 *„beide Oberschenkel“*
Tarifanhebung von € 53,77 auf € 56,27
- Pos. 3017 *„1 Unterschenkel“*
Tarifanhebung von € 32,77 auf € 34,29
- Pos. 3018 *„beide Unterschenkel“*
Tarifanhebung von € 63,22 auf € 66,16
- Pos. 3019 *„1 Fuß“*
Tarifanhebung von € 29,10 auf € 30,45
- Pos. 3020 *„beide Füße“*
Tarifanhebung von € 49,17 auf € 51,46
- Pos. 3021 *„Vorfuß oder Fußwurzel einseitig“*
Tarifanhebung von € 23,65 auf € 24,75
- Pos. 3022 *„Vorfuß oder Fußwurzel beidseitig“*
Tarifanhebung von € 41,08 auf € 42,99
- Pos. 3023 *„1 Calcaneus“*
Tarifanhebung von € 22,67 auf € 23,72
- Pos. 3024 *„beide Calcanei“*
Tarifanhebung von € 41,63 auf € 43,57
- Pos. 3025 *„1 untere Extremität, Ganzaufnahme, stehend“*
Tarifanhebung von € 49,18 auf € 51,47

- Pos. 3026 „*beide untere Extremitäten, Ganzaufnahme stehend*“
Tarifanhebung von € 93,65 auf € 98,00
- Pos. 3027 „*Sternoclaviculargelenk, einseitig*“
Tarifanhebung von € 24,82 auf € 25,97
- Pos. 3028 „*Sternoclaviculargelenk, beidseitig*“
Tarifanhebung von € 36,74 auf € 38,45
- Pos. 3029 „*1 Schultergelenk*“
Tarifanhebung von € 23,65 auf € 24,75
- Pos. 3030 „*beide Schultergelenke*“
Tarifanhebung von € 46,80 auf € 48,98
- Pos. 3031 „*Schultergelenk mit Spezialaufnahme (z.B. AC-Gelenk, Outlet-Aufnahmen,...)*“
Tarifanhebung von € 33,87 auf € 35,44
- Pos. 3032 „*1 Ellbogen*“
Tarifanhebung von € 23,37 auf € 24,46
- Pos. 3033 „*beide Ellbögen*“
Tarifanhebung von € 46,18 auf € 48,33
- Pos. 3034 „*Beckenübersicht, ap*“
Tarifanhebung von € 18,05 auf € 18,89
- Pos. 3035 „*Hüftgelenke, ap/ax einseitig*“
Tarifanhebung von € 25,50 auf € 26,69
- Pos. 3036 „*Hüftgelenke, ap/ax beidseitig*“
Tarifanhebung von € 41,74 auf € 43,68
- Pos. 3037 „*Hüftgelenk axial, einseitig*“
Tarifanhebung von € 14,87 auf € 15,56
- Pos. 3038 „*Hüftgelenk axial, beidseitig*“
Tarifanhebung von € 26,33 auf € 27,55
- Pos. 3039 „*Sacroiliacalgelenk (Kreuz-, Darmbein)*“
Tarifanhebung von € 14,35 auf € 15,02
- Pos. 3040 „*1 Kniegelenk*“
Tarifanhebung von € 26,01 auf € 27,22
- Pos. 3041 „*beide Kniegelenke*“
Tarifanhebung von € 49,36 auf € 51,66

- Pos. 3042 *„Kniegelenk, Tunnelaufnahme“*
 Tarifierhebung von € 13,43 auf € 14,05
- Pos. 3043 *„1 Kniegelenk mit Patella, tangential“*
 Tarifierhebung von € 36,07 auf € 37,75
- Pos. 3044 *„beide Kniegelenke mit Patella, tangential“*
 Tarifierhebung von € 58,89 auf € 61,63
- Pos. 3045 *„1 Kniegelenk mit Patella, Defileeaufnahme“*
 Tarifierhebung von € 36,00 auf € 37,67
- Pos. 3046 *„beide Kniegelenke mit Patella, Defileeaufnahme“*
 Tarifierhebung von € 59,26 auf € 62,02
- Pos. 3047 *„1 Sprunggelenk“*
 Tarifierhebung von € 22,90 auf € 23,96
- Pos. 3048 *„beide Sprunggelenke“*
 Tarifierhebung von € 38,10 auf € 39,87
- Pos. 3049 *„Gehaltene Sprunggelenksaufnahme“*
 Tarifierhebung von € 13,43 auf € 14,05

Halsorgane, Herz und Lunge:

- Pos. 4001 *„Herz – Lunge, bis voll 8. Lebensjahr“*
 Tarifierhebung von € 33,95 auf € 35,53
- Pos. 4002 *„Herz – Lunge, ab 9. Lebensjahr“*
 Tarifierhebung von € 38,22 auf € 40,00
- Pos. 4003 *„Halsorgane“*
 Tarifierhebung von € 37,59 auf € 39,34

Magen-Darmtrakt:

- Pos. 5001 *„Abdomen, nativ“*
 Tarifierhebung von € 18,05 auf € 18,89
- Pos. 5002 *„Ösophagus“*
 Tarifierhebung von € 49,23 auf € 51,52
- Pos. 5003 *„Ösophagus und Schluckakt“*
 Tarifierhebung von € 79,95 auf € 83,67
- Pos. 5004 *„Zuschlag zu Position 5003 (Ösophagus und Schluckakt) für Dokumentation mittels Mittelformatkamera od. Videokamera“*
 Tarifierhebung von € 16,37 auf € 17,13

Pos. 5005 „Magen – Duodenum, Doppelkontrast“
Tarifanhebung von € 79,38 auf € 83,07

Pos. 5006 „Dünndarmpassage, in Monokontrast“
Tarifanhebung von € 85,33 auf € 89,30

Pos. 5007 „Dünndarmpassage, in Monokontrast und Pneumocolon“
Tarifanhebung von € 138,83 auf € 145,29

Pos. 5008 „Dünndarmpassage, in Doppelkontrast“
Tarifanhebung von € 115,68 auf € 121,06

Pos. 5009 „Irrigoskopie, in Doppelkontrast“
Tarifanhebung von € 119,07 auf € 124,61

Gallentrakt:

Pos. 6001 „I. v. Cholangiographie, einschl. Nativaufnahme“
Tarifanhebung von € 68,95 auf € 72,16

Harntrakt:

Pos. 7001 „Harntrakt, Nativaufnahme“
Tarifanhebung von € 18,05 auf € 18,89

Pos. 7002 „Cystographie, einschl. Nativaufnahmen“
Tarifanhebung von € 96,37 auf € 100,85

Pos. 7003 „retrograde Cystourethrographie“
Tarifanhebung von € 109,75 auf € 114,85

Pos. 7004 „Miktionscystourethrographie“
Tarifanhebung von € 98,23 auf € 102,80

Pos. 7005 „I. v. / Inf. Pyelographie, einschl. Nativaufnahme und Schichtaufnahmen und eventueller Postmiktionsaufnahme (inkl. allfälliger nachträgl. Cystographie)“
Tarifanhebung von € 105,44 auf € 110,34

Spezialuntersuchungen (ohne Tomographie):

Pos. 8000 „Mammographie inkl. notwendiger Sonographie, pro Seite“
Tarifanhebung von € 52,24 auf € 54,67

Pos. 8001 „Mammographie bds. inkl. notwendiger Sonographie“
Tarifanhebung von € 102,04 auf € 106,78

Pos. 8002 „Galaktographie (Zuschlag zu Mammo)“
Tarifanhebung von € 23,65 auf € 24,75

- Pos. 8003 „*Hystero-Salpinographie*“
 Tarifierhebung von € 72,20 auf € 75,56
- Pos. 8004 „*Arthrographie eines Gelenkes*“
 Tarifierhebung von € 96,99 auf € 101,50
- Pos. 8005 „*Sialographie, einschl. Nativaufnahme*“
 Tarifierhebung von € 147,47 auf € 154,33
- Pos. 8006 „*Phlebographie, obere Extremität, pro Seite*“
 Tarifierhebung von € 117,09 auf € 122,53
- Pos. 8007 „*Phlebographie, untere Extremität, pro Seite*“
 Tarifierhebung von € 81,28 auf € 85,06
- Pos. 8008 „*Fistelfüllung*“
 Tarifierhebung von € 147,52 auf € 154,38
- Pos. 8009 „*Fremdkörperlagerung*“
 Tarifierhebung von € 59,45 auf € 62,21
- Pos. 9544 „*Mammographie im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes (BKFP)*“
 Tarifierhebung von € 101,04 auf € 105,78
- Pos. 9545 „*Sonographie der Mamma im Rahmen des BKFP (z.B. ReScreen), je Seite*“
 Tarifierhebung von € 11,89 auf € 12,44

Sonographie

- Pos. 9578 „*Sonographie der oberfl. Raumforderungen*“
 Tarifierhebung von € 12,97 auf € 13,57
- Pos. 9579 „*Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)*“
 Tarifierhebung von € 19,91 auf € 20,84
- Pos. 9580 „*Oberbauch (Leber, Gallenwege, Gallenblase, Pankreas, Milz)*“
 Tarifierhebung von € 33,14 auf € 34,68
- Pos. 9581 „*Nieren und Retroperitoneum*“
 Tarifierhebung von € 27,04 auf € 28,30
- Pos. 9582 „*Unterbauch*“
 Tarifierhebung von € 22,53 auf € 23,58
- Pos. 9583 „*Ein Organ*“
 Tarifierhebung von € 20,61 auf € 21,57

- Pos. 9584 „Sonographie bei Schwangerschaft“
 Tarifierhebung von € 17,77 auf € 18,60
- Pos. 9585 „Farbduplex-Sonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems“
 Tarifierhebung von € 49,93 auf € 52,25
- Pos. 9586 „Farbduplex-Sonographie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose der tiefen Vene“
 Tarifierhebung von € 43,78 auf € 45,82
- Pos. 9587 „Farbduplex-Sonographie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Doppelsonographiebefundes“
 Tarifierhebung von € 43,78 auf € 45,82
- Pos. 9588 „Sonographie der Schilddrüse und erforderlichenfalls der Nebenschilddrüse“
 Tarifierhebung von € 18,98 auf € 19,86
- Pos. 9589 „Sonographie der Mamma, je Seite“
 Tarifierhebung von € 11,89 auf € 12,44
- Pos. 9598 „Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)“
 Tarifierhebung von € 26,37 auf € 27,60
- Pos. 9599 „Sonographie der Axilla oder der Leiste“
 Tarifierhebung von € 15,33 auf € 16,04

5. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2022 treten folgende Änderungen im Rahmen von Therapie Aktiv DMP DM2 für Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte für Innere Medizin in Kraft (siehe Vereinbarung DMP „Therapie Aktiv“):

- Pos. 641 „Erstbetreuung DMP DM2“
 Tarifierhebung von € 56,41 auf € 59,25
- Pos. 642 „Weiterbetreuung DMP DM2“
 Tarifierhebung von € 29,82 auf € 31,33
- Pos. 645 „Feedback-Gespräch DMP DM2“
 Tarifierhebung von € 43,57 auf € 45,7

6. Alle übrigen Leistungspositionen und Bestimmungen der Honorarordnung bleiben unverändert aufrecht.

XVIII. Geltungsbereich des Gesamtvertrags

§ 2 wird wie folgt geändert:

„Dieser Gesamtvertrag gilt für die österreichische Gesundheitskasse.“

Wien, am 24.1.2023

Für die Österreichische Gesundheitskasse

Der leitende Angestellte



Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



Der Vorsitzende des Verwaltungsrates



KommR Matthias Krenn

Ärztelkammer für Burgenland

Der Kurienobmann:



Dr. Michael SCHRIEFL



Der Präsident:



Dr. Christian Toth

