

3. Zusatzprotokoll

zum Gesamtvertrag vom 01.01.2020

Abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen andererseits in der Fassung des 2 Zusatzprotokolls.

I.

In der Honorarordnung werden folgende Änderungen vorgenommen:

„9.	<i>Wegegebühren</i>	
9a	ein Doppelkilometer bei Tag	Euro 2,03
9b	ein Doppelkilometer bei Nacht	Euro 3,05"
„9.2	<i>Heilmittelberatungsgespräch</i>	
	HMG Heilmittelberatungsgespräch	Euro 12,20

Verrechenbar für Gespräche mit folgenden Themen:

- Polypharmakologie mit dem Ziel, Interaktionen zu vermeiden (Durchforsten von Medikamentenlisten)*
- Überwachung der Heilmittelversorgung des Patienten mit dem Ziel, unnötige Heilmittelverordnungen zu vermeiden (weil der Patient über ein entsprechendes Heilmittel mit dieser Indikation Bereits verfügt)*
- Ein- und Umstellung auf Generika in jenen Fällen, in denen Überzeugungsarbeit geleistet werden muss*
- Empfehlung von heilmitteleretzenden Maßnahmen inklusive Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen)*

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Radiologie, physikalische Medizin und Labormedizin) berechtigt.*
- Das Heilmittelberatungsgespräch kann von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin in höchstens 12% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum, von Vertragsfachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie in höchstens 9% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum und von allen anderen abrechnungsberechtigten Vertragsfachärzten in höchstens 7% der Behandlungsfälle pro Abrechnungszeitraum abgerechnet werden.*
- Das Heilmittelberatungsgespräch ist gleichzeitig mit der Pos.-Nr. 1j verrechenbar.*
- Das Heilmittelberatungsgespräch ist neben der Pos.-Nr. TA nicht gleichzeitig verrechenbar.*
- Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 und 10 Minuten zu dauern. Der Vertragsarzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (lit. a bis d) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren."*

„2. PS *Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch*..... Euro 24,40

Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch beinhaltet eine ärztliche Intervention zur Herstellung und Aufarbeitung psychosomatischer Zusammenhänge unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion. Es dient einerseits der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (z.B. Psychosomatosen,

Schmerzen ohne körperliches Substrat) und andererseits der Behandlung dieser mittels verbaler Intervention.

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- a) Zur Verrechnung sind alle Vertragsärzte (mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, für Radiologie und für physikalische Medizin) berechtigt, denen von der Österreichischen Ärztekammer das ÖÄK-Diplom psychosomatische Medizin verliehen wurde.
- b) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist als Einzelgespräch persönlich zu führen und dauert im Allgemeinen 20 Minuten.
- c) Das psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräch ist in der Ordination tunlichst außerhalb der Ordinationszeiten zu führen.
- d) Der Vertragsarzt hat die ätiologischen Zusammenhänge des psychosomatischen Krankheitszustandes schriftlich zu vermerken.
- e) Innerhalb eines Quartals ist eine Grundleistung nur mit dem jeweils ersten psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgespräch am gleichen Tag gemeinsam verrechenbar, außer bei Vorliegen einer weiteren ärztlichen Leistung unter anderer Diagnose.
- f) Eine gleichzeitige Verrechnung des psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs mit den Positionen 36a, 36c, 36d, 36e, 36f des Abschnittes A. IX. der Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte ist innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- g) Die Position psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch ist von den Vertragsärzten in höchstens 30 % der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar."

„40.	Diagnostik		
40a	Ausführliche diagnostische Erstuntersuchung	.....	Euro 185,17
	Einmalig pro Behandlungszyklus verrechenbar		
40b	Kinderjugendpsychiatrischer Status/entwicklungspsychopathologische Diagnostik	.....	46,56
40c	Diagnostische Außenanamnese	.....
40d	Ausführliche diagnostische Außenanamnese	.....	34,92
40e	Neurologischer Status	.....	46,56
40f	Entwicklungsneurologischer Status	.....	29,63
	2x pro Jahr (0-6 Jahren), 1x pro Jahr ab dem 6. Lebensjahr		68,78
40g	Anwendung und Auswertung stand. Erhebungsinstrumente	.....	68,78
40h	Somatischer Status	.....	11,64
40i	Somatogramm	.....	11,64
	Bei jedem Kontakt		
40j	Interaktionsdiagnostik (incl. Video)	.....	370,33
	1x/Diagnose; max. 10 % der Patienten		
40k	Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	.....	185,17
	2x/Diagnose/max. alle 2 Jahre; max. 10% der Patienten		
41.	Behandlung		
41a	Verlaufsbehandlung – Regelbehandlung mit Dokument	.....	69,83
41b	Kinder- und jugendpsychiatrische Krisenbehandlung	.....	185,17
	bei max. 10% der Patienten		
41c	Psychoedukation bei Patienten (Eltern und Patient)	.....	34,92
42.	Vernetzungsleistung		
42a	Koordination bei Patienten	.....	23,28
42b	Koordinationstreffen (Helferkonferenz)	.....	185,17
	1x pro Jahr; max. 20% der Patienten		
42c	Ausführlicher Befundbericht (Anamnese, Status, Diagnose, Behandlungsplan)	.....	46,56
	1x pro Jahr		
42d	Kurzbefund mit multiaxialen Diagnose und Behandlungsplan	.....	11,64"

„C. Physikalische Behandlung durch Fachärzte für physikalische Medizin

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Wenn der Patient zur physikalischen Therapie zugewiesen wird, kann eine erste Untersuchung nach Pos. Nr. E 12 bzw. E 3 verrechnet werden. Bei Beendigung der jeweiligen Behandlung kann eine Schlussordination nach Pos. Nr. E 3 verrechnet werden.

Pos. Nr.		Euro
TP	Tagsatzpauschale einmal pro Patient und Tag verrechenbar	32,87

Erfolgt die Verabreichung der als an einem Tag zu erbringenden Leistung aufgesplittert auf mehrere Termine, ist nur eine Tagsatzpauschale verrechenbar.

In der Abrechnung sind neben der Tagsatzpauschale auch die durchgeführten Einzelleistungen unter Angabe der Positionsnummern anzuführen.

Die Tagsatzpauschale umfasst folgende Leistungen:

Pos. Nr.		Zeit (Min.)	Therapeut
Gruppe 1 – Teilmassage			
PM1	Manuelle Teilmassage Teilkörper	10	MM, HM, MTF, PT
PM2	Druckstrahlmassage zB Unterwasser- oder Überwasserdruckstrahlmassage (Hydrojet oder gleichwertig)	10-12	MM, HM, MTF, PT
PM3	Manuelle Druck/Triggerpunktmassage Der Ausbildungsnachweis ist der SVS vorzulegen.	10	MM, HM, MTF, PT
Gruppe 2 – Bewegungstherapien und medizinische Trainingstherapie			
PB1	Bewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB2	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT
PB3	Bewegungstherapie/Gruppe (max. 12 Personen)	60	PT
PB4	Bewegungstherapie/Einzel	20	PT
PB5	Unterwasserbewegungstherapie/Einzel	30	PT
PB6	Unterwasserbewegungstherapie/Gruppe (max. 8 Personen)	30	PT
PB7	Krafttraining/MAT Gruppe (max. 12 Personen) Gerätemindeststandard: Mindestens 6 Geräte aus den folgenden Bereichen, die jedenfalls abgedeckt werden müssen: zB Streckkraft der WS/Beugekraft der WS/Training der angrenzenden Muskelgruppen, Oberkörper, Arm-, Schulterfix. zB Legpress, Hüft Abd- u. Adduktoren, zB Rowing. Seilzüge sind nur zur Unterstützung des Gerätemindeststandards geeignet.	20-30	PT, SpoWi, MTF
PB8	Sensomotoriktraining/Einzel apparativ zB Galileo, Zeptor, MFT	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB9	Sensomotoriktraining/Gruppe (max. 12 Personen)	8-10	PT, SpoWi, MTF
PB10	Entspannungstraining/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, Psy, ET
PB11	Allgemeine Bewegungsübungen/Einzel	30	PT, SpoWi, ET
PB12	Allgemeine Bewegungsübungen/Gruppe (max. 12 Personen)	30	PT, SpoWi, ET
PB13	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Einzel (zB Laufband, Fahrrad, Stepper)	30	PT, SpoWi
PB14	Unterwasser Bewegungstraining mit Gerät/Gruppe (max. 8 Personen) zB Stepper	30	PT, SpoWi
PB15	Antigravitationstraining/Einzel	20-30	PT, SpoWi
PB16	Assessment funktionell – maximal viermal pro Tag	15	PT, SpoWi, MTF, ET, Psy
P4651	Extensionsbehandlung manuell	15	
P4611	Heilgymnastik/Bewegungstherapie zur postoperativen Mobilisierung	15	

P90V Heilgymnastik Gruppe pro Person 20
P4631 Zuschlag für Hausbesuch

Die Unterwasserheilgymnastik (PB5, PB6, BP13 und BP14) kann nur dann verrechnet werden, wenn ein Therapiebecken mit 10 m² Wasseroberfläche, mit einer Wassertiefe von 1,10 m bis 1,30 m und einer Wassertemperatur von mindestens 29°C, vorhanden ist und der SVS laufend Gutachten nach dem Bäderhygienegesetz vorgelegt werden.

Gruppe 3 – Thermotherapie

PT1	Wärmetherapie trocken	10	MM, HM, MTF, PT
PT2	Wärmetherapie feucht	15	MM, HM, MTF, PT
PT3	Lokale Kältetherapie	10	MM, HM, MTF, PT
PT4	Hochfrequenztherapie (zB Kurzwelle, Mikrowelle und Dezimeterwelle)	10	MM, HM, MTF, PT

Gruppe 4 – Elektrotherapie

PE1	Niederfrequenzstromtherapie (zB Zellenbad, Iontophorese, Impulsgalvanisation, Schwellstrom, Exponentialstrom, Frequenzmodulation, Galvanisation, neo- u. diadynamische Ströme)	10	MM, HM, MTF, PT
PE2	Mittelfrequenzstromtherapie (zB Interferenz)	10	MM, HM, MTF, PT
P4717	Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung kombiniert		

Gruppe 5 – Ultraschalltherapie

PU1	Ultraschalltherapie (Richtwert pro Sitzung)	5	MM, HM, MTF, PT
-----	---------------------------------------------	---	-----------------

Gruppe 6 – Hydrophysikalische Therapie

PH1	Medizinalbad (zB CO ² Bad, Moorschwebstoffbad)	15	MM, HM, MTF, PT
-----	-----------------------------------------------------------	----	-----------------

Gruppe 7 – Sonstige Therapie

P4652	Extensionsbehandlung mechanisch und/oder mit automatischen Geräten	15	
P90L	Glisson- oder Extensionsbett		
P4720	Inhalationstherapie (ohne Medikament)		
P90M	Aerosolinhalation (ohne Medikament)		

Für Leistungen der physikalischen Therapie sind die Kosten der notwendigen Medikamente und Ähnliches mit der Tagsatzpauschale abgegolten, sodass diese weder verordnet noch als Ordinationsbedarf angefordert werden dürfen.

Im Einzelfall können die an Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe delegierten ärztlichen Handlungen auch vom Arzt oder gemäß den berufsrechtlichen Erfordernissen durch Auszubildende selbst erbracht und abgerechnet werden. Alle angeführten Leistungen sind optional zu verstehen. Die berufsrechtlichen Erfordernisse sind im Sinne des Patientenschutzes hierbei streng auszulegen.

Abkürzungsschlüssel für die Bezeichnung der Berufsqualifikation:

PT	Physiotherapeut
ET	Ergotherapeut
MTF	Medizinisch-Technischer Fachdienst
MM	Medizinischer Masseur
HM	Heilmasseur
SpoWi	Sportwissenschaftler
Psy	Psychotherapeut, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe

II.

Der Anhang zur Honorarordnung, mit dem nach § 28 Abs. 3 des Gesamtvertrages der Geldwert des einzelnen Punktes vereinbart wird, wird wie folgt geändert:

Punktwertänderungen für GSVG-Anspruchsberechtigte

Abschnitte der Honorarordnung	2022	2024
A. I (ohne 1j)	€ 0,7624	€ 0,7624
A. I 1j	€ 0,7624	€ 0,7624
A. II TA	€ 0,7624	€ 0,7624
A. III bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,7624	€ 0,7624
A. VIII (34a bis 34f)	€ 0,5692	€ 0,5692
A. IX (35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,6997	€ 0,6997
A. Xb	€ 1,5561	€ 1,5561
A. XI	€ 0,5692	€ 0,5692
A. XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5692	€ 0,5692
Ergometrische Untersuchung	€ 0,5304	€ 0,5304
A. XIII	€ 0,5088	€ 0,5088
A. XIV	€ 1,7768 ¹⁾	€ 1,7768 ¹⁾
B. Operationen	€ 0,7378	€ 0,7378
D. Labor	€ 1,2372	€ 1,2372
E. (R1a-R2e)	€ 0,6588	€ 0,6588
E. (R3a-R5b)	€ 0,5255	€ 0,5255
E. (ohne R1a-R5b)	€ 0,5778	€ 0,5778

- 1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 01.01.2022 folgende Ausnahmen:
- a) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 4.20, 5.03, 7.02, 12.93 und 15.01 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - b) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 3.15, 3.16, 4.07, 4.08, 4.09, 4.20, 7.02 und 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - c) Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D.
 - d) Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - e) Wird die Pos.Nr. 1.01 von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - f) Wird die Pos.Nr. 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.
 - g) Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt der Laborpunktwert nach Abschnitt D. zur Anwendung.

Punktwertänderungen für BSVG-Anspruchsberechtigte

Abschnitte der Honorarordnung	2022	2024
A. I (ohne 1j)	€ 0,7624	€ 0,7624
A. I 1j	€ 0,7624	€ 0,7624
A. II TA	€ 0,7624	€ 0,7624
A. III bis X (ohne 34a bis 34f, 35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,7624	€ 0,7624
A. VIII (34a bis 34f)	€ 0,5692	€ 0,5692
A. IX (35b, 35e, 35f, 35g und 36a bis 36f)	€ 0,6997	€ 0,6997
A. Xb	€ 1,5561	€ 1,5561
A. XI	€ 0,5692	€ 0,5692
A. XII Sonographische Untersuchungen	€ 0,5692	€ 0,5692
Ergometrische Untersuchung	€ 0,5304	€ 0,5304
A. XIII	€ 0,5088	€ 0,5088
A. XIV	€ 1,7768 ¹⁾	€ 1,7768 ¹⁾
B. Operationen	€ 0,7378	€ 0,7378
D. Labor	€ 0,7805	€ 1,2372
E. (R1a-R2e)	€ 0,6588	€ 0,6588
E. (R3a-R5b)	€ 0,5255	€ 0,5255
E. (ohne R1a-R5b)	€ 0,5778	€ 0,5778

- 1) für nachstehende Pos. Nrn. und Fachgebiete gelten ab 01.01.2022 folgende Ausnahmen:
- a) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 4.20, 5.03, 7.02, 12.93 und 15.01 von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - b) Werden die Pos.Nrn. 1.01, 3.05, 3.15, 3.16, 4.07, 4.08, 4.09, 4.20, 7.02 und 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - c) Werden die Pos.Nrn. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93 von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - d) Werden die Pos.Nrn. 1.01 und 4.20 von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - e) Wird die Pos.Nr. 1.01 von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - f) Wird die Pos.Nr. 15.01 von Angehörigen des Fachgebietes Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.
 - g) Werden die Pos.Nrn. 12.01, 12.07 oder 12.12 in der eigenen Ordination erbracht, gelangt ein Laborpunktwert von € 1,2372 zur Anwendung.

III.

Die Punkte I. und II. dieses Zusatzprotokolls treten mit 01.01.2022 in Kraft.

IV.

Die Gültigkeit von Punkt V. Abs. 1 der Brief-Gegenbrief-Vereinbarung vom 02.07.2020 wird bis 31.12.2024 verlängert.

Wien, am 10.01.2022

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

Obmann



Präsident

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Der leitende Angestellte

Der Obmann