

Gebührenfrei gem. § 110 ASVG

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2018

zum Gesamtvertrag vom 1. August 1972

abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger einerseits und der Ärztekammer für Kärnten andererseits.

Die Tarife werden ab 1.1.2018 um 2% erhöht.

Nicht erhöht wird der Punktwert für Laboruntersuchungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und für die allgemeinen Fachärzte. Nicht erhöht wird auch der Tarif für die Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik und für die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Gegenstand des Übereinkommens

- 1) Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2018
- 2) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2018

II.

Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2018

§ 4 Abs 1 neu:

Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und den Versicherungsträgern auf der Homepage der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.

§ 44 neu:

Das Zusatzübereinkommen 2018 tritt mit 1.1.2018 in Kraft.

Zusatz- und Ergänzungsbestimmungen

Zu § 4 Abs 1 des Gesamtvertrages:

Ein Bewerber muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Staatsbürgerschaft eines EWR-Staates oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft
- Diplom der Österr. Ärztekammer über Zuerkennung des Arztes für Allgemeinmedizin oder des ausgeschriebenen Facharztes bzw. eine gleichwertige Bescheinigung (§§ 4, 7 und 8 ÄG)

Die Vergabe der Kassenarztstelle erfolgt nach den zwischen Kasse und Kammer vereinbarten Reihungsrichtlinien. Für die Beurteilung der Bewerbung werden alle Unterlagen und Nachweise berücksichtigt, die bis zum Bewerbungsstichtag (Ende der Ausschreibungsfrist) eingelangt sind.

Mitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben dem Bewerbungsformular einen Lebenslauf sowie Nachweise über Mutterschutz-, Karenz- und Präsenzdienstzeiten beizulegen.

Nichtmitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben folgende Nachweise dem Bewerbungsformular beizulegen:

Promotionsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, Diplom(e), Lebenslauf, Nachweise über die berufliche Erfahrung (Dienstbestätigung, Zeugnisse, Bestätigung der beruflichen Interessensvertretung über die Eintragung in der Ärzteliste als Praxisvertreter, niedergelassener oder angestellter Arzt, Nachweise über Mutterschutz-, Karenz- sowie Präsenzdienstzeiten).

III.
Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2018

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2018.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktwert für die Ordination beträgt:
ab 1.1.2018 € 3,4193
6. **Neu ab 1.1.2018:**
Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** und den **Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde** bis zum 1.100 Fall mit **8,5 Punkten**, bei den anderen **Vertragsfachärzten** mit **8 Punkten** und ab dem 1.101 Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt. Die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) wird unabhängig von der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich 4 Punkten pro Fall und Quartal begrenzt.
Die Begrenzung der aufgrund von erbrachten Ordinationsleistungen zu honorierenden Punkte ergibt sich aus der Gesamtsumme der durchschnittlich pro Fall verrechenbaren Ordinationspunkte.
8. **Neu ab 1.1.2018:**
Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** und den **Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde** bis zum 125. Fall mit **8,5 Punkten**, bei den anderen **Vertragsfachärzten mit 8 Punkten** und ab dem 126. Fall mit 3 Punkten begrenzt. Die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen wird mit durchschnittlich 4 Punkten pro Fall und Quartal begrenzt.

II. Bereitschaftsdienstzulage

Im Abs. 2 wird der Betrag für die 24-Stunden-Einheit auf € 238,76 geändert.
Im Abs. 7 wird der Betrag für eine Diensteinheit auf € 540,80 geändert.

III. Weggebühren

2. Abs. 1:

Der Betrag ändert sich ab 1.1.2018 auf € 4,98.

3. a) Abs. 1:

Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2018 um 2 %.

3. b) Abs. 1:

Doppelkilometer Tag: € 2,27

Doppelkilometer Nacht: € 3,42

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2018 wird die Geltung des gegenständlichen Gesamtvertrages einschließlich der Honorarordnung auf unbestimmte Zeit verlängert.

C. Tarife

Alle im Folgenden angeführten Änderungen, Einführungen und Bewertungen von Tarifen treten mit 1.1.2018 in Kraft.

C. I.

Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. 3:

Der Punktwert für Einzelleistungen beträgt € 0,3928

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 3,16	
1b	Nachtordination	€ 17,47	Zwischen 19.00 und 7.00 Uhr – nicht zugleich mit einer Ordination TP 1, 3, 6 verrechenbar

1c	Zuschlag für eine Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	€ 2,19	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 32,27	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 35,85	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 42,85	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 65,40	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 35,33	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 13,21, jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,63	Werden zur gleichen Zeit weitere im selben Haushalt (Internaten, Heimen, Schulen, Ferienanlagen und dgl.) anwesende Personen besucht, so kann für diese nur 2d verrechnet werden.
2e	Tagvisite bei den Krankheiten Karzinom, Polyarthrit, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 32,27	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 32,27	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 31,92	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 43,11	

Anmerkung 1) bleibt gleich.

Anmerkung 2) bleibt gleich.

C. II.

Allgemeine Einzelleistungen

7. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 15,07	AM/I K/A G/U D/H L/N P/O UC/PH NC	Verrechenbar 1 x pro Fall und Quartal; für AM in höchstens 6 %, für I in höchstens 6 %, für K in höchstens 10 %, für A in höchstens 5 %, für G in höchstens 6 %, für U in höchstens 8 %, für D in höchstens 3 %, für H in höchstens 4 %, für L in höchstens 5 %, für N in höchstens 3 %, für P in höchstens 3 %, für O in höchstens 8 %, für UC in höchstens 8 %, für PH in höchstens 6 % und für NC in höchstens 6 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)

Anmerkung 1) Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Augenheilkunde, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Lungenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Physikalische Medizin und Neurochirurgie 1x pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen.

Erläuterungen: bleiben gleich

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
5	Heilmittelberatungsgespräch	€ 10,13		1) 2)

Anmerkung 1) bleibt gleich

Anmerkung 2) bleibt gleich

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
7	Niere Schützen	€ 10,25	AM	Identifizierung von RisikopatientInnen und Dokumentation; Limit in höchstens 5% der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle); nur verrechenbar zwischen dem vollendeten 40. und dem vollendeten 65. Lebensjahr und pro Patient und Kalenderjahr einmal jährlich

Anmerkung:

Bei PatientInnen im Alter von 40 bis 65 Jahren, bei denen mindestens einer der folgenden Risikoparameter vorliegt, sollte ein jährliches Screening auf eine eventuelle Einschränkung der Nierenfunktion durchgeführt werden:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes Mellitus
- Adipositas (BMI > 30)
- Terminale Niereninsuffizienz in der Familie

Für das Screening ist die Bestimmung von zwei Laborparametern notwendig:

1. Kreatinin/eGFR aus dem Blut
2. Quantitative Albuminausscheidung aus dem Spontanharn (Albumin-Kreatinin-Quotient im Harn)

Überweisungsschema:

GFR ml/min/1,73m ²	Albuminurie mg/g	A1 < 30	A2 30-300	A3 > 300
	G1/2 ≥ 60		1x jährlich Laborcheck (s.o.) durch AllgemeinmedizinerIn Risikofaktorenoptimierung	GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin
G3 30 - 59		GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	GFR stabil: ad InternistIn 2x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	Check durch Fachärzte für Innere Medizin
G4 20 - 29		Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung
G4/5 < 20		Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
8	Neue Leistung ab 1.1.2018: Substitutionsgespräch	€ 25,00	AM/P	Höchstens 5 Mal pro Fall und Quartal verrechenbar

Anmerkung:

Abrechnungsberechtigt sind die gem. Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 487/2009) berechtigten Ärzte. Die Absolvierung der Fortbildungsveranstaltung ist Voraussetzung für die Verrechnungsmöglichkeit. Es darf lediglich die Weiterbehandlung (§2 Abs 1a Weiterbildungsverordnung orale Substitution) der PatientInnen erfolgen.

Die Verrechnung einer Ordination am selben Tag ist nur dann zulässig, wenn aufgrund eines anderen Krankheitsbildes eine ärztliche Behandlung des Patienten notwendig ist.

V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12f	Punkteerhöhung ab 1.1.2018: Kolposkopie	23	G	

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
4g	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	€ 12,79	G	Verrechenbar 1x pro Fall und Quartal; Inhalte des Beratungsgespräches sind insbesondere die Aufklärung über Prophylaxe von Infektionen-STDs (z.B. HIV, HPV, Hep.B...), Menstruationshygiene, Verhütungsmöglichkeiten zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften, Psychische Veränderungen in der Pubertät. Das Beratungsgespräch ist zu dokumentieren.

VIII. Leistungen aus dem Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
24h	Punktezahlerhöhung ab 1.1.2018: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	188	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

IX. Leistungen aus dem Fachgebiet Psychiatrie/Neurologie

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
24h	Punktezahlerhöhung ab 1.1.2018: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	188	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
32b	Echokardiographie	150	I	Höchstens in 11 % der Fälle verrechenbar, Ausbildungsnachweis erforderlich; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie: unlimitiert ab 1.4.2018 für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen Indikationsstelle</u>
32d	Zuschlag für Doppler	€ 14,62	I	Nur gemeinsam mit Pos. 32b und in höchstens 11 % der Fälle verrechenbar; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie: unlimitiert ab 1.4.2018 nur</u>

				gemeinsam mit Pos. 32b für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen Indikationsstelle
--	--	--	--	--

Erläuterungen bleiben unverändert

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
32kb	Kontrastmittel- echokardiographie	150	I	Nur von Fachärzten für <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> verrechenbar
32sb	Stress- Echokardiographie	150	I	Nur von Fachärzten für <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> verrechenbar
24o	24-Stunden Blutdruckmonitoring	€ 33,66	I	Fachärzte für Innere Medizin in 5 % der Fälle verrechenbar; Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20 % der Fälle verrechenbar;
24r	24-Stunden EKG	€ 44,11	I	Fachärzte für Innere Medizin in 5 % der Fälle verrechenbar; Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20 % der Fälle verrechenbar; Mehrtages-EKG nur von FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie nach Vorliegen folgender Indikationen verrechenbar: Vertigo, Synkope, V.A. Supraventrikuläre Extrasystole, Ventrikuläre Extrasystolen, Supraventrikuläre Tachykardie, Ventrikuläre Tachykardie, intermittierendes Vorhofflimmern, V.a. schrittmacherpflichtige Rhythmusstörungen

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
20k	Fachgruppenerweiterung ab 1.4.2018: D-Dimere	€ 21,07	L/I	In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar
35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	€ 59,11		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
4c	Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe; pro suspekter Läsion	€ 3,03	D	Verrechenbar höchstens in 13 % der Fälle. Maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr

XIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
4k	Zuschlag für eingehende Beratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 20,74	K	In 5 % der Fälle verrechenbar bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis
32k	Pädiatrische Echokardiographie inkl. Doppler	€ 79,02	K	In 5 % der Fälle verrechenbar 1)

1) Anmerkungen zur pädiatrischen Echokardiographie: bleiben gleich

C. II.

Tarif für medizinisch-chemische Laboratoriumsuntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die hierfür nicht ausschließlich oder zusätzlich in Vertrag genommen wurden

Abs. 2:

Der Punktwert für Laboruntersuchungen beträgt einheitlich für die Ärzte für Allgemeinmedizin und für die Fachärzte

€ 0,23

Blutgerinnung zur Antikoagulantienkontrolle

Pos.Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
25n ****	Prothorminzeit-Bestimmung INR	€ 4,60	AM/I/K	Von AM in höchstens 5%, von I in höchstens 3% und von K in höchstens 1% der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle) verrechenbar. Diese Position ist nicht gleichzeitig mit der Pos.Nr. 52n und ausschließlich zur Blutgerinnungskontrolle für die Antikoagulantientherapie und für die OP-Tauglichkeitsuntersuchung verrechenbar.

Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die Nummerierung zu den Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte wird in chronologischer Reihenfolge korrigiert (1-5).

C. III.

Tarif für Physio-Behandlungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe	Anmerkung
90b	Wärmelampe	€ 1,11		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,58		
90d	Galvanisation	€ 1,97		
90e	Schwellstrom	€ 2,73		
90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 3,03		
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 4,06		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,73		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 3,03		
90j	Hochfrequenzströme	€ 3,03		

	(Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)			
90k	Ultraschall *)	€ 3,38	PH/O/ UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthritits, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,38		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,27		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 1,97		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 10,15	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- packung) *)	€ 7,64	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel*)	€ 10,55	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe*) pro Person	€ 5,19	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 10,15	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 15,09	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe*) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 3,03	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 20,25	PH	Bei den Indikationen: Lymphstau nach Tumoren, chron. Erysipel, chron. Lymphoedem nach Varicen, Morbus Sudeck verrechenbar

C. IV.

Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie

Allgemeine Bestimmungen

Abs. 9:

Der Punktwert beträgt ab 1.1.2018 € 0,3301.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 74,36	Mit diesem Tarif sind das Honorar und sämtliche Unkosten abgegolten. Die Mindestzahl der erforderlichen Leistungen wird mit einer Durchleuchtung, zwei Aufnahmen 9 x 12 und einer mit 18 x 24 cm festgelegt.
30b	Mammographie	€ 84,01	wie bisher
30c	Mammographie einer Brust	€ 42,01	wie bisher

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 5,65
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 8,20
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 13,83
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 5,65
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 12,46

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
6	9 x 12	€ 4,78
7	13 x 18	€ 6,09
8	18 x 24	€ 7,58
9	15 x 40	€ 8,55
10	24 x 30	€ 9,40
11	30 x 40	€ 12,25
12	35 x 35	€ 13,67
13	35 x 43	€ 14,48
14a für den ersten Zahnfilm		€ 2,77
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 1,81

Röntgentherapie

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serienpausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten €
	Tarifgruppe II:					
17p	Tendinitis	4 – 6	4	3	76,8	€ 21,75
	Tarifgruppe III:					
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 26,72
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 26,72
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 26,72
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 26,72
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 26,72
18ab	Schweißdrüsenentzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 26,72

C. V.

Tarif für Röntgenleistungen der Fachärzte anderer Sparten und der Ärzte für Allgemeinmedizin

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	€
70	Ersthonorar	€ 10,33
71	Zweithonorar	€ 7,01

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 5,65

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
82	9 x 12	€ 3,45
83	13 x 18	€ 4,41
84	18 x 24	€ 7,12
85	15 x 40	€ 6,18
86	24 x 30	€ 9,40
87	30 x 40	€ 12,25
88	35 x 35	€ 13,67
80	35 x 43	€ 14,48

C. VI.

Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

(4):

Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten oder aus einem Organtarif. Die Unkosten sind für § 2 Kassenfälle (einschließlich SVB) für Radiologen mit höchstens € 2.393,05 für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.538,72 pro Quartal limitiert.

Ab 1.1.2015 wird das Unkosten-Limit für die radiologischen Gruppenpraxen jeweils pro Gesellschafter gerechnet.

(5):

Internisten, Gynäkologen, Urologen und Fachärzte für Kinderheilkunde mit Voraussetzung für die Verrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik dürfen an Radiologen nicht zur Ultraschalldiagnostik zuweisen.

(6) Tarife für die Ultraschalldiagnostik (Sonographie):

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Unkosten €	Fachgruppe/ Anmerkung
SO1	Sonographie des Oberbauches komplett: (Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas, Milz)	€ 27,43	€ 34,29	RÖ//C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar.
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 22,90	€ 28,73	RÖ/I Von Internisten in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
MS3	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 30,96		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 30,96		RÖ/G
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 30,96		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 32,34		G In höchstens 27 % der Fälle verrechenbar

SO5	Urologische Sonographie einschl. Befunderstellung und Dokumentation. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren- u. Retroperitoneum b) Blase, Prostata u. kleines Becken c) Skrotum	Honorar einschl. Unkosten € 20,13		U In höchstens 50 % der Fälle, nicht mehr als 2 Untersuchungsfelder pro Tag/pro Patient verrechenbar
SO6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitoneum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 41,92		K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 30,28		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 37,06		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 19,78		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar.
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 11,59		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostatasonographie	Honorar einschl. Unkosten € 30,77		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie-Ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 8,76		RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 51,16		RÖ//I/N/P Von I in höchstens 3 % der Fälle, von P in höchstens 6 % der Fälle und von N in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie:</u> unlimitiert ab 1.4.2018 für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen

SO15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	Honorar einschl. Unkosten € 9,52		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Fachgruppenerweiterung ab 1.4.2018: Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 12,65		RÖ/Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar.
SO 17	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen).	Honorar einschl. Unkosten € 32,24		RÖ In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar. Die gleichzeitige Verrechnung der Position SO 16 im gleichen Untersuchungsfeld ist ausgeschlossen.

C. VII.

Operationstarife für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die Operationstarife werden ab 1.1.2018 um 2 % angehoben.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 34,51 € erhöhen sich ab 1.1.2018 auf 35,20 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 17,30 € erhöhen sich ab 1.1.2018 auf 17,65 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 69,11 € erhöhen sich ab 1.1.2018 auf 70,49 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 119,12 € erhöhen sich ab 1.1.2018 auf 121,50 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 213,00 € erhöhen sich ab 1.1.2018 auf 217,26 €.

C. VIII.

Wundversorgung

1. Akute (Primäre) Wundversorgung:

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
400	Erstversorgung: Wundinspektion, Wundreinigung, Wundversorgung bei Bedarf mit Wundverschluss, Verbandanlage	35,17 €	AM C UC O D K	pro Ereignis nur einmal verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹ ;
401	Kleinchirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden - Wundgröße bis zu 5cm - Excision von abgestorbenen oder geschädigten Gewebe	29,53 €	AM C UC O D K	Zuschlagsposition: Nur in Kombination mit der Positionsnummer 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹ ;
402	Chirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße größer 5 cm – Excision von abgestorbenen oder geschädigten Gewebe	47,53 €	AM C UC O D	Zuschlagsposition: Nur in Kombination mit der Positionsnummer 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹ ;
403	Großchirurgischer Eingriff (chirurgische Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße größer 10 cm – Excision von abgestorbenen oder geschädigten Gewebe	71,40 €	AM C UC O D	Zuschlagsposition: Nur in Kombination mit der Positionsnummer 400 verrechenbar, pro Region und Tag einmal verrechenbar (Obere und Untere Extremitäten je Seite, Kopf, Rumpf) ¹ ;

1. Nachbehandlung von Wunden (akute Verletzungen und Operationswunden):

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
410	Nachbehandlung von akuten Wunden inkl. Wundheilungsstörung	18,45 €		Maximal 5x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar,

¹ Obere Extremität (Hand, Unterarm und Oberarm); Untere Extremität (Vorfuß, Unterschenkel, Oberschenkel): pro Extremität verrechenbar.

	Fakultativer Leistungsinhalt: Wundinspektion, Wundreinigung, Entfernung von Naht und/oder Klammern und/oder Drainagen, Verbandwechsel			bei Vorliegen einer medizinischen Begründung kann diese Position nach vorheriger Genehmigung durch die KGKK über das Maß der angeführten Einschränkung verrechnet werden
--	--	--	--	--

2. Chronische (Tertiäre) Wundversorgung:

Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom, PAVK und Wunden, die trotz kausaler und sachgerechter lokaler Behandlung innerhalb von 12 Wochen keine eindeutige Heilungstendenz zeigen.

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
420	Wundmanagement: Erhebung des Wundstatus, Dokumentation inkl. Fotodokumentation und Planung der weiteren Versorgung	15,75 €	AM C D	Maximal 3 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar, diese Position ist nur nach ent- sprechendem Nachweis über die Fortbildung: „Grundprinzipien in der Versorgung chronischer Wunden – Wege aus dem Verbandstoff Dschungel“ möglich; Auf Anfrage oder bei einer nachträglichen Kontrolle ist die Dokumentation an die KGKK zu übermitteln,
421	Chronische Wundversorgung: Wundinspektion, chirurgische Wundtoilette, Wundreinigung, Verbandsanlage und/oder Verbandswechsel	35,41 €	AM C D	Maximal 6 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar bei Vor- liegen einer medizinischen Begründung kann diese Position nach vorheriger Genehmigung durch die KGKK über das Maß der angeführten Ein- schränkung verrechnet werden

Klagenfurt, 16. Februar 2018

Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:

(Dr. Wilhelm Kerber)



Die Präsidentin:

(Dr. Petra Preiss)

Für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:

Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

Dr. Johann Lintner
Direktor



Dr. Alexander Diach
Verbandsvorsitzender

Für die Kärntner Gebietskrankenkasse:



Georg Steiner, MBA
Obmann