

Gebührenfrei gem. § 110 ASVG

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2017

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 1.1.2017 um 0,7 % 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.

Gegenstand des Übereinkommens

- 1) Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2017
- 2) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2017

II.

Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2017

§ 2 neu:

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

1. Kärntner Gebietskrankenkasse
2. Sozialversicherungsanstalt der Bauern

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

§ 44 neu:

Das Zusatzübereinkommen 2017 tritt mit 1.1.2017 in Kraft.

III.

Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2017

A. Allgemeine Bestimmungen

X. Arzneimitteldialog und Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen

Ziele

Ziel ist, die jährlichen Zuwächse im Medikamentenaufwand zu reduzieren. Durch gemeinsame Maßnahmen (Öffentlichkeitsarbeit, Informationsveranstaltungen für Ärzte und Versicherte usw.) soll ein bewusster und sparsamer Umgang mit Medikamenten erreicht werden, ohne dass es zu qualitativen Verschlechterungen in der Versorgung der Patienten kommt. Diese Ziele sollen insbesondere durch eine ökonomische Auswahl der Arzneyspezialitäten sowie durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und durch Steigerung des Einsatzes kostengünstiger Alternativen erreicht werden.

Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass im Bereich der Heilmittel Einsparpotential gegeben ist. Zur Erreichung der oben angeführten Ziele werden der Arzneimitteldialog und die Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen im Gesamtvertrag vereinbart.

A) Arzneimitteldialog

1. Ökonomiesteuerungsgruppe

Die bereits etablierte Ökonomiesteuerungsgruppe wird beibehalten. Sie setzt sich aus Mitgliedern der Kammer und Kasse zusammen. Sie wird einmal im Quartal zusammentreffen. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es,

- ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) mittels BIG (Datawarehouse beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und anderen Instrumenten durchzuführen,
- die Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt unter verstärkter Berücksichtigung der ökonomischen Verschreibweise zu beobachten,
- heilmittelökonomische Themen aufzugreifen,
- sowie für die Zielerreichung geeignete Steuerungsinstrumente den maßgeblichen Gremien der Kasse und der Kammer vorzuschlagen und deren Umsetzung einzuleiten und zu überwachen.

2. Fortbildungen

Kammer und Kasse werden gemeinsam für einzelne Fachgruppen und sprengelweise Ärzte für Allgemeinmedizin in regelmäßigen Abständen heilmittelökonomische Fortbildungen veranstalten. Die Kasse wird für diese Veranstaltungen geeignetes Zahlenmaterial zur Verfügung stellen, welche in der jeweiligen Fachgruppe von ökonomischem Interesse bzw. statistisch auffallend sind. Die Kammer wird dafür Sorge tragen, dass diese Fortbildungsveranstaltungen auf das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer angerechnet werden. Ebenso wird in regelmäßigen Abständen eine von der Kammer approbierte Fortbildungsveranstaltung mit einem Experten als Referenten zu einem Schwerpunkt durchgeführt, die Kostenaufteilung wird einvernehmlich zwischen der Kammer und Kasse geregelt.

3. Information

Die Kasse versendet in regelmäßigen Abständen an alle Vertragsärzte Informationen, welche die Vertragsärzte bei der praktischen Umsetzung der RÖV unterstützen und ihnen als Hilfestellung dienen.

4. Medikamentenpass

Der Medikamentenpass mit der Hülle für e-card und Pass wird weiterhin als Instrument gegen die unbeabsichtigte Polypharmakotherapie eingesetzt und den Ärzten von der Kammer und der Kasse zur Verfügung gestellt. Die Kosten für den Medikamentenpass mit Hülle werden jeweils zur Hälfte von der Kasse und von der Kammer übernommen. Ziel des Medikamentenpasses ist es auch, die Information über die Medikation zwischen den Schnittstellen zu verbessern und damit die Arzneimitteltherapie zu optimieren.

B) Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen

In Entsprechung des § 21 Abs. 2 des Gesamtvertrages liegt der Schwerpunkt im Jahr 2017 insbesondere auf Präparaten in den nachfolgend angeführten ATC-Gruppen:

- C (Cardiovaskuläres System): ACE-Hemmer, ATII-Antagonisten und Statine
- B (Blut und Blut bildende Organe): DOAC
- N (Nervensystem): Antidepressiva, Antipsychotika

C) Verordnungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte

Ärzte, welche unökonomisch verordnen, werden durch Mitglieder der Ökonomiesteuerungsgruppe kontaktiert.

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2017.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktwert für die Ordination beträgt:
ab 1.1.2017 € 3,3523
6. **Neu ab 1.1.2017:**
Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** bis zum 1.100 Fall (Staffel 1) mit **8,25 Punkten**, bei den **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 1.1.2017:**
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** bis zum 125. Fall mit **8,25 Punkten**, bei den **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 € 234,08 geändert.
Im Abs. 7 wird der Betrag für eine Dienst Einheit auf € 530,20 geändert.

III. Weggebühren

2. Abs. 1:

Der Betrag ändert sich ab 1.1.2017 auf € 4,88.

3. a) Abs. 1:

Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2017 um 0,7 %.

3. b) Abs. 1:

Doppelkilometer Tag: € 2,23

Doppelkilometer Nacht: € 3,35

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2017 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 1.1.2017 in Kraft.

C. I.

Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. 3:

Der Punktwert für Einzelleistungen beträgt € 0,3851

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 3,10	
1b	Nachtordination	€ 17,13	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	€ 2,15	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 31,64	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 35,15	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 42,01	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 64,12	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 34,64	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 12,95, jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,52	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)	€ 31,64	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 31,64	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 31,29	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 42,26	

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	Fachgruppenerweiterung und Limiterhöhungen ab 1.1.2017 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 14,77	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	€ 9,93		1) 2)

Anmerkung 1) bleibt gleich

Anmerkung 2) bleibt gleich

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
7	Neue Leistung ab 1.1.2017: Niere Schützen	10,05 €	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 stabil: ad Internistin 1x jährliche Kontrolle
G3 30 - 59	GFR stabil: ad Internistin 1x jährliche Kontrolle	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	GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	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	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung

IV. Leistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie

1. Wundversorgung – ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
15b	Ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar: Wundnaht bei Verletzungen	35		
16f	Ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar: Definitive Versorgung einer schweren Verbrennung 2. od. 3. Grades, Ausdehnung mind. zwei Handflächen groß	40		Mit Abtragung der Blasen und Verband

8. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
30i	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Komplette Koloskopie einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie 1)	450	C/I	Dokumentation der Leistung inkl. Beschreibung der Bauhin'schen Klappe erforderlich

1) Anmerkung bleibt gleich

V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4g	Neue Leistung ab 1.1.2017: Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	€ 12,54	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
19g	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	94	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	167	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	N	Höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar; 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
15g	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 15 Minuten Dauer	47	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

19g	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	94	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Punkteerhöhung ab 1.1.2017: Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	167	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	P	Höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar; nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

Erläuterungen bleiben gleich

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
32b	Limiterhöhung ab 1.1.2017: Echokardiographie	150	I	Höchstens in 11 % der Fälle verrechenbar, Ausbildungsnachweis erforderlich
32d	Limiterhöhung ab 1.1.2017: Zuschlag für Doppler	€ 14,33	I	Nur gemeinsam mit Pos. 32b und in höchstens 11 % der Fälle verrechenbar

Erläuterungen bleiben unverändert

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
20k	D-Dimere	€ 20,66	L	In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar
35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	€ 57,95		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	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	€ 2,97	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	Fach- gruppe	Anmerkung
4k	Zuschlag für eingehende Bratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 20,33	K	In 5 % der Fälle verrechenbar bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis
32k	Pädiatrische Echokardiographie inkl. Doppler	€ 77,47	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 ****	Prothrominzeit-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	€ 1,09		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,55		
90d	Galvanisation	€ 1,93		
90e	Schwellstrom	€ 2,68		
90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation,	€ 2,97		

	alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)			
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 3,98		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,68		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 2,97		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 2,97		
90k	Ultraschall *)	€ 3,31	PH/O/ UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthrit, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,31		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,23		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 1,93		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 9,95	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- packung) *)	€ 7,49	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel*)	€ 10,34	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe*) pro Person	€ 5,09	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 9,95	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 14,79	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe*) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 2,97	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 19,85	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 1.1.2017 € 0,3236.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 72,90	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	€ 82,36	wie bisher
30c	Mammographie einer Brust	€ 41,19	wie bisher

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 5,54
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 8,04
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 13,56
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 5,54
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 12,22

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
6	9 x 12	€ 4,69
7	13 x 18	€ 5,97
8	18 x 24	€ 7,43
9	15 x 40	€ 8,38
10	24 x 30	€ 9,22
11	30 x 40	€ 12,01
12	35 x 35	€ 13,40
13	35 x 43	€ 14,20
14a für den ersten Zahnfilm		€ 2,72
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 1,77

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	€ 21,32
	Tarifgruppe III:					
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 26,20
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 26,20
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 26,20
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 26,20
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 26,20
18ab	Schweißdrüsenentzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 26,20

C. V.

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

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	€
70	Ersthonorar	€ 10,13
71	Zweithonorar	€ 6,87

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 5,54

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
82	9 x 12	€ 3,38
83	13 x 18	€ 4,32
84	18 x 24	€ 6,98
85	15 x 40	€ 6,06
86	24 x 30	€ 9,22
87	30 x 40	€ 12,01
88	35 x 35	€ 13,40
80	35 x 43	€ 14,20

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 € 2.346,13 für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.508,55 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)	€ 26,89	€ 33,62	RÖ//C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar.
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 22,45	€ 28,17	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 € 30,35		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 30,35		RÖ/G
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 30,35		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 31,71		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 € 19,74		U In höchstens 50 % der Fälle, nicht mehr als 2 Untersuchungsfeld er pro Tag/pro Patient verrechenbar
SO6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitoneum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 41,10		K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 29,69		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP- Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 36,33		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 19,39		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar.
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 11,36		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostatasonographie	Honorar einschl. Unkosten € 30,17		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie- Ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 8,59		RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis- Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 50,16		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

SO15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	Honorar einschl. Unkosten € 9,33		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Limiterhöhung ab 1.1.2017: Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 12,40		RÖ In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar.
SO 17	Limiterhöhung ab 1.1.2017: Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen).	Honorar einschl. Unkosten € 31,61		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 1.1.2017 um 0,7 % angehoben.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 34,27 € erhöhen sich ab 1.1.2017 auf 34,51 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 17,18 € erhöhen sich ab 1.1.2017 auf 17,30 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 68,63 € erhöhen sich ab 1.1.2017 auf 69,11 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 118,29 € erhöhen sich ab 1.1.2017 auf 119,12 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 211,52 € erhöhen sich ab 1.1.2017 auf 213,00 €.

I. Augenheilkunde

Folgende Positionen werden geändert:

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
107	Einseitige Sondierung und Spülung der Tränenwege	€ 34,51		Neu ab 1.1.2017: nicht gleichzeitig mit der Positionsnummer 122 verrechenbar
122	Texterweiterung ab 1.1.2017: Strikturspaltung der Tränenwege	€ 69,11	A	Neu ab 1.1.2017: nicht gleichzeitig mit der Positionsnummer 107 verrechenbar

II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
162	Ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar: Excision kleinerer Wunden (Wundtoilette)	€ 34,27	H/O/AM/UC/C
182	Ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar: Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verl. ist anzugeben)	€ 68,63	
212	Ab 1.1.2017 nicht mehr verrechenbar: Excision gr. Wunden und Wundversorgung (Ausdehnung der Verletzung ist anzugeben)	€ 118,29	C/O/D/UC

C. VIII.

Wundversorgung - neuer Leistungskatalog ab 1.1.2017

1. Akute (Primäre) Wundversorgung:

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
400	Erstversorgung: Wundinspektion, Wundreinigung, Wundversorgung bei Bedarf mit Wundverschluss, Verbandanlage	34,48 €	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	28,95 €	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	46,60 €	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	70,00 €	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):

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

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
410	Nachbehandlung von akuten Wunden inkl. Wundheilungsstörung Fakultativer Leistungsinhalt: Wundinspektion, Wundreinigung, Entfernung von Naht und/oder Klammern und/oder Drainagen, Verbandwechsel	18,09 €		Maximal 5x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar, 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	15,44 €	AM C D	Maximal 3 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar, diese Position ist nur nach entsprechendem 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 Verbandwechsel	34,72 €	AM C D	Maximal 6 x pro Fall, Ereignis und Quartal verrechenbar bei Vorliegen einer medizinischen Begründung kann diese Position nach vorheriger Genehmigung durch die KGKK über das Maß der angeführten Einschränkung verrechnet werden

Klagenfurt, 4. April 2017

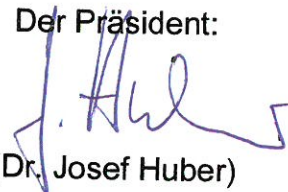
Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:


(Dr. Gert Wiegele)



Der Präsident:


(Dr. Josef Huber)

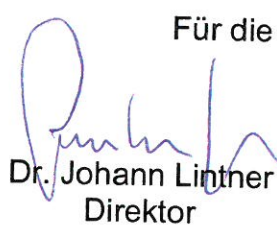
Für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:


L. Blach
Verbandspräsident




Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

Für die Kärntner Gebietskrankenkasse:


Dr. Johann Lintner
Direktor




Georg Steiner, MBA
Obmann