

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2012

zum Gesamtvertrag zum 1. August 1972

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

I. Gegenstand des Übereinkommens

- 1) Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2012
- 2) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2012
- 3) Änderungen des Gesamtvertrages, der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2013

II. Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2012

§ 3 Abs. 4:

Im 2. Satz entfällt der Ausdruck „bis 31.12.2010“.

§ 3a entfällt.

§ 16 neu:

Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem von der Kammer eingerichteten Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst verpflichtet. Ist ein solcher eingerichtet, ist der Versicherungsträger von der Diensteinteilung zu verständigen.

§ 18

Abs. 1, 1. Satz neu:

Für Versicherte anderer Gebiets- und Betriebskrankenkassen übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen,(wie bisher).

§ 21 Abs. 2 neu:

Der Vertragsarzt wird bei der Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die Bestimmungen der Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) in der jeweils geltenden Fassung beachten. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance wird der Vertragsarzt unter mehreren therapeutisch gleich geeigneten Heilmitteln das kostengünstigste verordnen. Ob im konkreten Behandlungsfall ein wirkstoffgleiches, wirkstoffähnliches Heilmittel oder ein Biosimilar geeignet sind, entscheidet (solange keine anderslautende Vereinbarung

zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer besteht) der behandelnde Vertragsarzt. Dies gilt vor allem bei Neueinstellungen, grundsätzlich auch bei Folgeverordnungen. Nicht betroffen davon sind die Verordnungen von Heilmitteln im Vertretungsfall.

Abs. 2a neu:

Um die Regelungen des Abs. 2 einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein Ökotool mit den regelmäßigen Updates über die Ärztesoftware oder eine Webversion zur Verfügung, um laufende Änderungen des Heilmittelmarktes zu berücksichtigen. Die Vertragsärzte werden dieses Instrument bei der Verordnung ihrer Heilmittel entsprechend dem Abs. 2 verwenden. Vertragsärzte mit Ärztesoftware haben das Ökotool, soweit technisch möglich, spätestens mit 1.4.2012 in diese zu integrieren.

Abs. 2b neu:

Die Ärztekammer für Kärnten und die KGKK informieren gemeinsam die Krankenanstalten im Bundesland Kärnten über diese Vereinbarung.

Abs. 2c neu:

Der SV-ärztliche Dienst der KGKK ist bei Bewilligungsansuchen von Patienten und Patientinnen an diese Vereinbarung gebunden.

Abs. 7 wird ergänzt:

Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1, 2, 2a, 3 und 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus erstandenen Schadens findet § 36 Anwendung.

§ 24 Abs. 2 neu:

Alle Vertragsärzte mit Vertragsbeginn ab dem 1. Jänner 2012 haben Krankenstandsmeldungen elektronisch mittels des über das e-card-System angebotenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungsservice (AUM) zu erstatten.

Ab 1. Jänner 2015 sind alle Vertragsärzte (also auch diejenigen mit einem Vertragsbeginn vor 1.1.2012) dazu verpflichtet, die Krankenstandsmeldungen ausschließlich auf elektronischem Weg unter Verwendung des e-AUM-Systems des Hauptverbandes durchzuführen. Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse sind Ausnahmeregelungen (z.B. wenige AU-Meldungen; kurz vor der Pensionierung oder nachvollziehbare Gründe für die Nichtanwendung der e-AUM) möglich.

Folgende Felder sind vom Vertrags(fach)arzt verpflichtend zu befüllen:

1. SVNr. (falls nicht durch Stecken der e-card ohnehin erfasst)
2. Zuständiger KV-Träger (falls nicht automatisch ermittelt bzw. Patient nur Meldung an bestimmten KV-Träger wünscht)
3. EKVK-Daten (falls es sich um Patienten handelt, die den Arzt aufgrund eines Anspruches gemäß diesbezüglichen rechtlichen Bestimmungen mittels EKVK in Anspruch nehmen)
4. Arbeitsunfähig von
5. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit bei Kurzkrankenständen bis 14 Tagen. Die Felder „voraussichtliches Ende der AU“ und „wiederbestellt am“ sind bis auf weiteres nicht zu befüllen.
6. Behandlungsbeginn
7. Rückdatierungsgrund (falls Rückdatierung erfolgt)
8. Diagnose (im Klartext oder in ICD 10 Codierung)

9. Bettruhe
10. Berufskrankheit
11. Stromunfall
12. Ereignis (Zusatzdiagnose)
13. Besonderer Erkrankungstyp
14. Abweichende Ausgehzeit von bis (falls Ausgehzeit bewilligt wird)

Für den Fall von Releaseänderungen, die zusätzliche, vom Vertragsarzt verpflichtend und händisch zu befüllende Datenfelder vorsehen, wird das Einvernehmen zwischen der Kammer und Versicherungsträger hergestellt.

Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopfersorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das Gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folgen der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z.B. Verkehrsunfall) besteht.

§ 24 Abs. 3:

Im letzten Satz wird das Wort „voraussichtlichen“ gestrichen.

§ 42 Abs. 1:

Der letzte Satz entfällt.

§ 44 neu:

Das Zusatzübereinkommen 2012 tritt mit 1.1.2012 in Kraft.

Zusatz- und Ergänzungsbestimmungen

Zu § 18 Abs. 3 des Gesamtvertrages – die §§ 1 bis 6 entfallen.

III.

Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2012

In der Präambel wird der Punkt 1. wie folgt geändert:

Diese Honorarordnung gilt nicht für

die Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik, Dr. Friedrich Holzweber, Villach und DDr. Johann Perne, Klagenfurt. Der Tarif für medizinisch-chemische Labordiagnostik ist ein integrierter Bestandteil des Gesamtvertrages.

Die Leistungen Troponin mit der Pos. 0618 und BNP bzw. NT-pro BNP mit der Pos. 2046 werden in den Gesamtvertrag aufgenommen. Die Definition der Leistungen, die Voraussetzungen für die Abrechnung und die Tarife werden zwischen Kammer und Kasse bis 31.3.2012 vereinbart.

Die Honorierung der Laborleistungen für die Fachärzte für Labormedizin erfolgt nach Punkten. Ab 1.1.2012 beträgt der Punktewert Euro 0,432 (und ab 1.1.2013 Euro 0,419) und werden die Frequenzzunahmen in diesem Zeitraum wie folgt abgegolten:

- | | |
|---|-----------------------------|
| ▪ bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 4 % | 100 % des Tarifes (€ 0,432) |
| ▪ bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 6 % | 60 % des Tarifes (€ 0,260) |
| ▪ bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 8 % | 50 % des Tarifes (€ 0,216) |
| ▪ darüber | 30 % des Tarifes (€ 0,130) |

Als Vergleichsquartal wird jeweils das selbe Quartal des Vorjahres herangezogen; als Berechnungsbasis dient die Gesamtpunktezahl aller verrechneten Leistungspositionen der § 2 Kassen.

A. Allgemeine Bestimmungen

II. A NEU

Hinsichtlich der Honorarabrechnungen für Leistungen, die von den Vertragsärzten an Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern vorgenommen werden, gibt es eigene Verrechnungskreise:

- SVB-Verrechnungskreis – Ordinationen
Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die näheren Bestimmungen sind unter B. Besondere Bestimmungen, I. Ordinationshonorierung, Punkt 8 geregelt.
- SVB-Verrechnungskreis – Laborleistungen
Die Begrenzung der durchschnittlichen Punktezahl pro Fall und Quartal nach Pkt. C.II. Abs. 3 wird für SVB-Fälle getrennt ermittelt. Die über dieser Begrenzung liegenden Punkte werden nicht honoriert.
- SVB-Verrechnungskreis – Sonderleistungen
Alle übrigen Leistungen werden für die SVB-Versicherten bzw. Anspruchsberechtigten getrennt von den übrigen § 2 Kassenfällen ermittelt und honoriert.

X. NEU

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 bewussterer und sparsamerer 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 Arzneispezialitäten sowie durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und durch Steigerung des Generikaeinsatzes erreicht werden.

Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass im Bereich der Heilmittel Einsparungspotential 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 mindestens 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 Verschreibung zu beobachten,
- heilmittelökonomische Themen aufzugreifen,
- sowie für die Zielerreichung geeignete Steuerungsinstrumente zu beschließen und deren Umsetzung einzuleiten und zu überwachen.

Beschlüsse der Ökonomiesteuerungsgruppe werden von der Kammer als Empfehlungen an die niedergelassenen Ärzte weitergegeben.

2. Fortbildungen

Kammer und Kasse werden gemeinsam für einzelne Fachgruppen und sprengelweise für Ärzte für Allgemeinmedizin in regelmäßigen Abständen heilmittelökonomische Fortbildungen veranstalten. Die Kasse wird für diese Veranstaltungen geeignetes Zahlenmaterial betreffend derjenigen Heilmittel 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 österreichische Fortbildungsdiplom angerechnet werden. Ebenso wird in regelmäßiger Abstand eine von der Kammer approbierte Fortbildungsveranstaltung mit einem Experten als Referenten zu einem Schwerpunktthema durchgeführt, die Kosten dafür werden jeweils zur Hälfte von der Kasse und von der Kammer übernommen.

3. Informationen

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. Der Medikamentenpass

Der Medikamentenpass mit Hülle für e-card und Pass wird weiterhin als Instrument gegen die unbeabsichtigte Polypharmakotherapie eingesetzt und den Ärzten von der ÄK und der KGKK 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, die Informationen

über die Medikation zwischen den Schnittstellen zu verbessern und damit die Arzneimitteltherapie zu optimieren.

Die Medikamentenpässe werden in den Ordinationen aufgelegt und die Patienten werden von den Ärzten verstärkt auf diese aufmerksam gemacht.

B) Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen

In Entsprechung des § 21 Abs. 2 des Gesamtvertrages liegt der Schwerpunkt in den Jahren 2012 und 2013 insbesondere auf Präparaten in den nachfolgend angeführten ATC-Gruppen:

- C (Cardiovaskuläres System): ACE-Hemmer, ATII-Antagonisten und Statine
- A (Alimentäres System und Stoffwechsel): PPI und
- N (Nervensystem): Antidepressiva, Antipsychotika

C) Verordnungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte

Ärzte welche unökonomisch verordnen, werden durch die Mitglieder der Ökonomiesteuerungsgruppe kontaktiert. Sollte das Verordnungsverhalten trotz allem nicht ökonomischer werden, kommen jedenfalls die Bestimmungen des GV, insbesondere §§ 21 und 36, zur Anwendung.

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2012.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktewert für die Ordination beträgt:
ab 1.1.2012 € 3,1042

8. neu:

Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bis zum 125. Fall 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 € 188,92 geändert.
Im Abs. 7 wird der Betrag für eine Diensteinheit auf € 427,91 geändert.

III. Weggebühren

2. Abs. 1:

Der Betrag ändert sich auf € 3,78.

3. a) Abs. 1:

Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2012 um 2,45 %.

3. b) Abs. 1:

Doppelkilometer Tag:	€ 1,73
Doppelkilometer Nacht:	€ 2,60

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2012 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 1.1.2012 in Kraft.

C. I.

Einzelleistungstarife für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. 3:

Der Punktewert für Einzelleistungen beträgt € 0,3573

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 2,87	
1b	Nachtordination	€ 15,88	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	€ 2,00	Zeit ist zu vermerken

02	Tagvisite 1)	€ 29,00	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 32,00	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 38,93	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 59,42	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 30,74	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 12,00, jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,12	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, Polyarthritis, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 29,00	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 29,00	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 29,00	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 39,18	

Anmerkung 1)

Bei mehreren Visiten des gleichen Patienten an einem Tag ist die jeweilige Uhrzeit anzugeben.

Anmerkung 2)

Vom berufenen Facharzt verrechenbar, vom Arzt für Allgemeinmedizin nur verrechenbar, wenn kein Vertragsfacharzt zur Verfügung steht

C. II.

Allgemeine Einzelleistungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12b	Injektion an paravertebrale Ganglien oder an den Nervenstamm	20		Nur 1x pro Behandlungstag verrechenbar
12y	Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte und Kreuzdarmbein gelenk)	30		
13c	Punktion aus größeren Gelenken	30		Ellenbogen, Knie, Schulter
04	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 13,70	AM	Verrechenbar 1 x pro Fall und Quartal in höchstens 6 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin 1 x pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen.

Erläuterungen:

Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren und hat folgende Bereiche zu umfassen:

- Koordinierung des ambulanten und stationären Versorgungsmanagements
- Telefonische und persönliche Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur Abstimmung der Patientenbetreuung
- Dokumentationszusammenführung des Krankheitsverlaufes
- Organisation von Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und Rehabilitation
- Erkundung bzw. Organisation von besonderen Behandlungsformen im Ausland

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
05	Heilmittelberatungs- gespräch	€ 9,22		1) 2)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin in maximal 7 % der Normalfälle, Fachärzten für Innere Medizin in maximal 3 % der Normalfälle und allen anderen

Fachärzten (mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie und der Fachärzte für med. chem. Labordiagnostik) in maximal 1 % der Normalfälle. Die Leistung ist einmal pro Quartal und Patient und auch gleichzeitig mit der Position 04 verrechenbar.

Anmerkung 2)

Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden.

a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden

und/oder

b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars)

und/oder

c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).

Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 - 10 Minuten zu dauern. Der Arzt 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 (a – c) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
9z	Arztbrief an die Krankenanstalt mit Operationsfreigabe	10	I/K	Von K in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar. Nicht zugleich mit Pos. 9t verrechenbar.

III. Leistungen aus dem Fachgebiet der Augenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
18a	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie	62	A	In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos. 14f; Gerät ist durch Rechnungskopie nachzuweisen, Dokumentation inkl. Graphik sind 3 Jahre aufzubewahren.

34a	Eingehende Prüfung des binocularen Sehaktes, des Muskelgewichtes und des Doppelsehens	15	A	
-----	---	----	---	--

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

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
31d	Kontrolle und Korrektur von Orthesen und orthopädischen Maßschuhen	30	O	Höchstens 1 x pro Fall und Quartal
12k	Sensibilitätsprüfung	20	O/UC	In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
30i	Komplette Koloskopie einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie 1)	360	C/I	Dokumentation der Leistung inkl. Beschreibung der Bauhin'schen Klappe erforderlich

Anmerkung 1)

- 1) Der Facharzt hat alle gesetzlichen Erfordernisse bei der Durchführung der Koloskopien zu beachten. Die Untersuchungen müssen dem jeweiligen Stand der Medizin entsprechen.
- 2) Die Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs hat maschinell/ chemothermisch oder mit einem gleichwertigen Reinigungsverfahren zu erfolgen.
- 3) Der Facharzt hat die durchgeführten (einschließlich der abgebrochenen) Koloskopien in entsprechender Form zu dokumentieren. Er hat den vom Versicherungsträger beauftragten Personen Einsicht in alle die Patienten betreffenden Unterlagen zu gewähren, soweit dies aufgrund der dem Versicherungsträger gesetzlich übertragenen Aufgaben erforderlich und mit den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in Einklang zu bringen ist.
- 4) Für Notfälle sind die erforderlichen technischen und personellen Ressourcen bereitzuhalten.
- 5) Das Assistenzpersonal hat einen Endoskopie-Assistenz-Basiskurs oder eine vergleichbare Ausbildung nachzuweisen.

VI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Urologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
22b	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie) einschl. Beurteilung der Harnpropulsion	120	U	Einschließlich Katheterismus
24y	Ultraschallgesteuerte transrektale Stanzbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln)	230	U	

VII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9b	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, kalorische und Drehprüfung	23	H	
14c	Audiometrie, Tonaudiometrie	35	H	
14l	Sprachaudiometrie	30	H	In höchstens 3 % der Fälle verrechenbar. Neue Leistung ab 1.1.2012
5h	Elektrokaustische Verödung der Nasenschleimhaut	15	H	

VIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie/Psychiatrie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12j	Elektrische Untersuchung, komplett (Elektrodiagnostik, Entartungsreaktion)	20	N/P	Entfällt ab 1.1.2012
15d	Eingehende psychiatrische Exploration	35	N/P	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar. Entfällt ab 1.1.2012
30n	Elektroneurographie	135	N	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar.
18n	Erstellung eines fachspezifischen Status (neurologisch und/oder psychiatrisch) inkl.	72	N	In höchstens 80 % der Fälle verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. „fachspezifische

	Dokumentation			Statuskontrolle“ verrechenbar.
12n	Fachspezifische Statuskontrolle (neurologisch und/oder psychiatrisch)	20	N	In höchstens 25 % der Fälle verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. „Erstellung eines fachspezifischen Status“ verrechenbar.
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	90	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar.
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	160	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 der Psychiatrie und Neurologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12j	Elektrische Untersuchung, komplett (Elektrodiagnostik, Entartungsreaktion)	20	N/P	Entfällt ab 1.1.2012
15d	Eingehende psychiatrische Exploration	35	N/P	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar. Entfällt ab 1.1.2012
30n	Elektroneurographie	135	P	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar.
18p	Erstellung eines fachspezifischen Status (psychiatrisch und/oder neurologisch) inkl. Dokumentation	72	P	In höchstens 80 % der Fälle verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. „fachspezifische Statuskontrolle“ verrechenbar.
12p	Fachspezifische Statuskontrolle (psychiatrisch und/oder neurologisch)	20	P	In höchstens 35 % der Fälle verrechenbar. Nicht gleichzeitig mit der Pos. „Erstellung eines

				fachspezifischen Status" verrechenbar.
15g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 15 Minuten Dauer	45	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar. Neue Leistung ab 1.1.2012.
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	90	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar.
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	160	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 zum Tarif für psychiatrische Behandlungen

Die Pos. 19g und 24h sind von Fachärzten für Neurologie/Psychiatrie pro Jahr bis zum Höchstausmaß von 500 Stunden verrechenbar. Die Pos. 15g, 19g und 24h sind von Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie p.a. bis zum Höchstausmaß von 1.150 Stunden verrechenbar.

Fachärzte mit EEG-Sondervereinbarung können unabhängig von ihrer Fachrichtung diese Positionen nur höchstens im Ausmaß von 500 Stunden p.a. verrechnen.

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
32d	Zuschlag für Doppler	€ 13,29	I	Nur gemeinsam mit Pos. 32b und in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9i	Tuberkulosetest	10	L/K	
12a	Spirographie, kleiner Test (Vitalkapazität; Tiffeneau-Test, Bronchospasmolysetest)	20	L/I	Von Internisten in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar.
35b	Bodyplethysmographie	52	L	In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar.
20s	Respiratorische Flussvolumenskurve	30	L/K	Für Lungenfachärzte in höchstens 22 % und für Kinderfachärzte in höchstens 10 % der Fälle, jedoch nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 12a verrechenbar.
35a	Ambulante Schlaafapnoeuntersuchung	€ 46,05		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	€ 2,36	D	Verrechenbar höchstens in 12 % der Fälle. Maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr

XIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
15d	Eingehende psychiatrische Exploration	35	K	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
04k	Zuschlag für eingehende Beratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 10,00	K	In 5 % der Fälle verrechenbar. Bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis

2

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

Abs. 2:

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

ab 1.1.2012 € 0,23

Abs. 4 neu

Die Begrenzung der durchschnittlichen Punktezahl pro Fall und Quartal nach Abs. 3 wird für SVB-Fälle getrennt ermittelt. Die über diese Begrenzung liegenden Punkte werden nicht honoriert.

C. 111

Tarif für Physio-Behandlungen

Abs. 3 neu:

Generell sind Diagnosen in der Abrechnung anzugeben. In jenen Fällen, wo die Diagnose nicht eindeutig auf die zu behandelnden Körperregionen zuordenbar ist, sind diese entsprechend anzuführen.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe	Anmerkung
90a	Pneumomassage des Trommelfells		HNO	Entfällt ab 1.1.2012
90b	Wärmelampe	€ 1,01		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,45		
90d	Galvanisation	€ 1,79		
90e	Schwellstrom	€ 2,48		
90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 2,75		
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 3,69		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,48		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 2,75		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 2,75		

90k	Ultraschall *)	€ 3,08	PH/O/ UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,08		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,07		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 1,79		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 9,24	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlammwickel (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- wickel) *)	€ 6,95	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel*)	€ 9,59	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe*) pro Person	€ 4,71	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 9,24	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 13,45	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe*) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 2,75	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 18,41	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 Punktewert beträgt € 0,3011.

C. V.

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

(2) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist

Abs. c:

Für Fachärzte für Innere Medizin:

Lungen-Herz-Untersuchungen, Magen- und Darmuntersuchungen (jeweils Durchleuchtungen in höchstens 2 % der Fälle und Aufnahme).

(3) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte für Radiologie niedergelassen sind

Abs. c:

Für Fachärzte für Innere Medizin:

Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Fremdkörper und Leeruntersuchungen des Abdomens);

In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar.

C. VI.

Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

Abs. 4 neu:

Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten oder aus einem Organ tarif. Die Unkosten sind für § 2 Kassenfälle (einschließlich SVB) für Radiologen mit höchstens € 2.176,73, für Fachärzte für Innere Medizin, für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.399,62 pro Quartal limitiert.

(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)	€ 24,95	€ 31,19	RÖ/I/C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar.
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 20,82	€ 26,13	RÖ/I Von Internisten in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar

MS3	1. sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 27,15		RÖ/G
MS1	2. sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 27,15		RÖ/G
MS2	3. sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 27,15		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 27,15		G In höchstens 26 % 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 € 17,68		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 Schädelns bei Säuglingen	€ 24,95	€ 31,19	K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 26,00		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 33,71		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 18,00		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar.

SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 10,53		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostatasonographie	Honorar einschl. Unkosten € 28,00		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie-Ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 7,98		RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 46,54		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 € 8,66		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Sonographie oberflächliche Raumforderung	Honorar einschl. Unkosten € 11,50		RÖ In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar.

C. VI.

Operationstarife für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die Operationstarife werden ab 1.1.2012 um 2,45 % angehoben.

Nachstehend angeführte Leistungen werden ab 1.1.2012 aus dem OP-Katalog gestrichen:

I. Augenheilkunde

- Pos. 105 Alkoholinjektion mit Naht
- Pos. 121 Tränendrüsenstichelung
- Pos. 123 Epicutanthusoperation
- Pos. 125 Einfache Tenotomie (Schieloperation)
- Pos. 129 Kauterisation der Cornea bei Ulcus serpens o.ä.
- Pos. 131 Nadelincision bei angeb. Cataracta

II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

- Pos. 171 Bluttransfusion inkl. Kreuzprobe; Percutane Bluttransfusion mit Konserve
Pos. 198 Techn. einf. Wechsel d. Schrittmachergerätes
Pos. 211 Trepanation d. Knochens zur Penicillinbehandlung d. Markhöhle bei Osteomyelitis

IV. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Pos. 267 Pertubation
Pos. 268 Dammplastik als selbständige Operation
Pos. 270 Manuelle Placentalösung; Crede in Narkose
Pos. 271 Dammnaht II. Grades
Pos. 272 Manualhilfe b. Steißlage od. Reposition d. Nabelschnur od. vorgefallener Kindesteile
Pos. 273 Introitusnahe Scheidennaht
Pos. 274 Zange, Kopfschwartzengange
Pos. 275 Muttermundincision
Pos. 280 Exstirpation der Bartholinischen Drüse
Pos. 282 Vaginale Incision e. tiefen Abszesses einschl. vorher. Probepunktion
Pos. 283 Operative Beendigung e. Abortus incompleti nach dem 2. Lunarmonat
Pos. 284 Extraktion bei Steißlage
Pos. 285 Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen nach der Geburt
Pos. 286 Naht eines frischen Cervixrisses
Pos. 288 Cerclage nach Shirodkar

V. Hals, Nasen- und Ohrenkrankheiten

- Pos. 308 Alkoholinjektion in d. Nervus laryngeus
Pos. 323 Punktion e. Antrums bei Säuglingen
Pos. 324 Adenotomie; Entfernung von adenoiden Vegetationen
Pos. 325 Punktion der Stirnhöhle nach Beck

VI. Urologie

- Pos. 360 Endovesicale Elektrocoagulation von Geschwüren
Pos. 362 Urethrotomia interna nach Otis
Pos. 363 Op. eines einfachen Urethralprolapses
Pos. 364 Einfache perianale od. rectale Eröffnung eines Prostataabszesses
Pos. 366 Circumcissoin
Pos. 372 Urethrotomia externa
Pos. 373 Operation eines ringförmigen Urethralprolapses

III.

Änderungen des Gesamtvertrages, der Honorarordnung und der Tarife ab 2013

Tariferhöhungen ab 1.1.2013 im Ausmaß der Inflation des Jahres 2012 (ca. 80 % lineare Erhöhungen und ca. 20 % Strukturmaßnahmen). Davon ausgenommen ist der Tarif für die Fachärzte für med. chem. Labordiagnostik.

Klagenfurt, 29. November 2011

Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:

(Dr. Gert Wiegele)

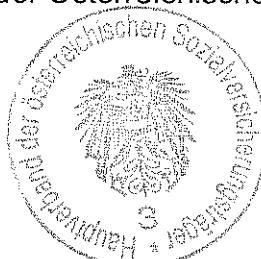


Der Präsident:

(Dr. Othmar Haas)

Für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:

Dr. Hans Jörg SCHELLING
Verbandsvorsitzender



Dr. Christoph Klein
Generaldirektor-Stv.

Für die Kärntner Gebietskrankenkasse:

Der Direktor:
(Dr. Johann Lintner)



Der Obmann:
(Georg Steiner)