Gebührenfrei gem. § 110 ASVG

Z U S A T Z Ü B E R E I N K O M M E N 2007

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.

I.
Gegenstand des Übereinkommens

1.) Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2007
2.) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2007. Die in Klammer gesetzten Änderungen gelten ab 1.1.2008 soweit nichts Anderes vermerkt ist.

II.
Änderungen des Gesamtvertrages

§ 2 : Die Ziffer 2 entfällt**.**

§ 9 Abs 1 wird ergänzt: In Urlaubszeiten ist durch Bestellung einer Vertretung sicherzustellen, dass (fach-) ärztliche Versorgung im Sprengel bzw. Bezirk tunlichst gewährleistet ist.

§ 11 Abs.(2) neu: Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekanntgegebenen Ordinationszeiten, wenn sie den folgenden Regelungen entsprechen. Die Ordinationszeiten haben mindestens 20 Wochenstunden , verteilt auf fünf Tage, zu umfassen. Für Vertragsärzte, die nach dem 31.12.2006 einen Einzelvertrag abschließen, haben die Ordinationszeiten mindestens 22 Wochenstunden zu umfassen. Von diesen 20 bzw. 22 Wochenstunden sind mindestens zwei Wochenstunden auf einen Nachmittag zwischen 15.00 und 19.00 Uhr oder auf einen Samstag zu legen. In begründeten Fällen können abweichende Regelungen getroffen werden.

Als Übergangsbestimmung wird festgehalten, dass die zum 1.7.2002 mit den einzelnen Vertragsärzten vereinbarten Ordinationszeiten bis 31.12.2007 weiterhin als vertragskonform gelten. Bei einer Änderung ist auf die oben festgehaltenen Regelungen Rücksicht zu nehmen.

Bei Änderung bestehender Ordinationszeiten ist tunlichst auf die Versorgungssituation im Bezirk bzw. Sprengel Rücksicht zu nehmen. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe

dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

§ 15 (1): Klammerausdruck entfällt

§ 15 (2) neu: Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur innerhalb jenes Kalendervierteljahres erbracht werden, für welches mit der e-card bzw. Ordinationskarte ein positiver Anspruchsnachweis erbracht wurde.

§ 15 (4): neu: Der Vertragsarzt ist berechtigt von Erkrankten, deren Anspruchsberechtigung nicht mittels e-card nachgewiesen werden kann, einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung mittels e-card innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag rückzuerstatten.

§ 24 Abs . 1 wird der letzte Halbsatz wie folgt ergänzt: ..... und die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen und zumindest zweimal wöchentlich an den Versicherungsträger zu übermitteln.

§ 24 Abs . 3 wird ergänzt: Bei Kurzkrankenständen (bis 14 Tage) legt der Vertragsarzt gleichzeitig mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit den voraussichtlichen Termin der Arbeitsfähigkeit fest.

§ 41: wird ersatzlos gestrichen

§ 43 Abs.1: Anstelle von „ 31.12.2005“ tritt „31.12.2008“.

§ 44: Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Kärntner Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für Kärnten verlautbart.

§ 45 lautet neu: Das Zusatzübereinkommen tritt mit 1.1.2007 in Kraft.

III.
Honorarordnung

In der Präambel entfallen Ziffer 1 und 2, die Ziffern 3, 4 und 5 werden zu 1, 2 und 3.

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

X Ökonomievereinbarung Neu ab 1.1.2005

A) Ziele

Abs. 2.: Zweiter Absatz neu: Ziel der Vertragspartner ist es, mit gemeinsamen Maßnahmen diesen Anteil von 32,2 % auf 65 % anzuheben.

XI Medikamentenpass

Ziel des Medikamentenpasses ist es, die Informationen über Medikation zwischen den Schnittstellen zu verbessern und damit die Arzneimitteltherapie zu optimieren. Die notwendige Einnahme vieler unterschiedlicher Arzneimittel macht Wechsel- und Nebenwirkungen der eingenommenen Medikamente wahrscheinlicher. Gleichzeitig nimmt die Compliance der Patienten mit der Zunahme an verschiedenen Medikamenten ab. Der Medikamentenpass dient aber auch zur Hilfestellung der Patienten, die verordneten Medikamente richtig einzunehmen.

Vorgangsweise:

- Das Layout des Medikamentenpasses wird von der KGKK in Zusammenarbeit mit der Kärntner Ärztekammer überarbeitet und nach erfolgtem Druck werden die Medikamentenpässe allen Kärntner Ärzten zur Verfügung gestellt.
- Die Medikamentenpässe werden in den Ordinationen aufgelegt und die Patienten werden von den Ärzten verstärkt auf diese aufmerksam gemacht.
- Der Medikamentenpass wird vom Patienten persönlich ausgestellt und beinhaltet wesentliche Angaben zum Patienten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Name des Hausarztes, bekannte Allergien).
- Im Medikamentenpass wird der Arzt für Allgemeinmedizin (und in weiterer Folge auch der Facharzt bzw. das Krankenhaus) die jeweilige Dauermedikation des Patienten eintragen und an den Patienten aushändigen. Schließlich soll der Medikamentenpass bei jedem Arztbesuch (sowohl beim Arzt für Allgemeinmedizin als auch beim Facharzt) mitgebracht werden, um die Medikationen aktualisieren zu können.

B. BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Werte gelten ab 1.1.2007. Die in Klammer angegebenen Werte gelten ab 1.1.2008.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktewert für die Ordination beträgt
ab 1.1.2007 € 2,87 (2,94)

6. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bis zum 1.100 Fall (Staffel 1) mit 7,4 Punkten und ab 1.1.2008 mit 7,7 Punkten und ab dem 1.101 Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt.
Die Honorierung von Vertretungsfällen (weiter wie bisher).....

II. Bereitschaftsdienstzulage

Im Abs. (2) wird der Betrag für die 24-Stunden-Einheit auf € 175,-- (€ 179,90) geändert.

Im Abs. (7) lit. a) wird der Betrag für eine Diensteinheit auf € 396,39 (€ 407,49) geändert.

III. Wegegebühren

2. Abs. (1) Der Betrag ändert sich auf € 3,49 (€ 3,59).

3. a Abs. (1) Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2007 um 2,7 %, ab 1.1.2008 um 2,8 %.

3. b Abs. (1)	Doppelkilometer Tag	€ 1,60	(€ 1,65)
	Doppelkilometer Nacht	€ 2,40	(€ 2,47)

IV. Gültigkeit

Der gegenständliche Gesamtvertrag wurde von der Ärztekammer für Kärnten am 28.3.2006 gekündigt und seine Wirksamkeit von der Bundesschiedskommission mit Bescheid vom 4.10.2006 bis 4.1.2007 verlängert. Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2007 wird die Geltung des gegenständlichen Gesamtvertrages einschließlich der Honorarordnung vor dem Ablauf seiner Wirksamkeit auf unbestimmte Zeit verlängert. Eine Kündigung des Gesamtvertrages ist frühestens mit Wirkung zum 31.12.2008 möglich.
Verhandlungen über Änderungen der Honorarordnung ab 1.1.2009 werden zeitgerecht, spätestens bis 30.6.2008 geführt und abgeschlossen. Hiebei wird angestrebt, dass ein längerfristiger Abschluss unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Orientierung an den Honorarentwicklungen in anderen Bundesländern zustande kommt.

C. TARIFE

Alle im Folgenden angeführten Änderungen, Einführungen und Bewertungen von Tarifen treten mit 1.1.2007, die in Klammer gesetzten mit 1.1.2008 in Kraft, soferne nicht bei einzelnen Bestimmungen ausdrücklich ein anderer Inkrafttretenszeitpunkt genannt wird.

I. Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. (3): Der Punktewert für die Einzelleistungen beträgt

€ 0,3307 (€ 0,3396)

.

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	2,65 (2,73)	
1b	Nachtordination	14,50 (15,--)	Zwischen 19 und 7 Uhr – nicht zugleich mit einer Ordination TP 1, 3, 6 verrechenbar
1c	Zuschlag für eine Tagesordination außerhalb der jeweils üblichen Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	1,85 (1,90)	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	24,-- (24,70)	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	27,--(28,--)	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19 und 22 Uhr bzw. zwischen 6 und 7 Uhr 1)	36,-- (37,--)	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22 und 6 Uhr 1)	55,-- (57,--)	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	28,-- (29,--)	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 11,17 Jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,--	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	24,-- (24,70)	

	besonderer med. Indikation (Dauerbetreuung) 1)	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	24,-- (24,70)
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	26,39 (27,16)
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	35,98 (37,04)

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.

04	Ärztliche Koordinierungs-tätigkeit durch den behandlungs-führenden Arzt	€ 10,97 (11,26)	AM	verrechenbar einmal pro Fall und Quartal in höchstens 6 % der Normalfälle (ohne Vertretungs-fälle)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen.
Erläuterungen:
Die Koordinationstätigkeit ist zu dokumentieren und hat folgende Bereiche zu umfassen:
Koordinierung der Heilmittelverschreibung bei multimorbiden Patienten
Heilmittelmanagement, medizinisch (bez. Polypragmasie) und ökonomisch (bez. Generica) unter Verwendung des Medikamentenpasses
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.

II. Allgemeine Einzelleistungen

28 a	Allergenaustestung (Prick, Scratch-, Intracutantest u.a.	120	L/D/K	Von L/D in höchstens 6 % der Fälle und von K in höchstens 2 % der Fälle, von anderen FÄ nur mit Sondervereinbarung verrechenbar. Die Limitierungen werden pro Quartal und ab 1.1.2008 pro Jahr berechnet, auch in den Sondervereinbarungen

IX. Leistungen aus dem Fachgebiet Innere Medizin

32d	Zuschlag für Doppler	12,30 (12,63)	I	Anmerkung wie bisher

X. Leistungen aus den Fachgebiet der Lungenheilkunde

35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	42,62 (43,77)		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

4c	Auflichtuntersuchung.....	2,18 (2,24)	D	Anmerkung wie bisher

C.III.

Tarif für Physio-Behandlungen

(1) Die physiotherapeutischen Leistungen sind sowohl durch Ärzte für Allgemeinmedizin als auch durch allgemeine Fachärzte zu erbringen.

(2) Die mit Sternchen (*) bezeichneten Leistungen können nur dann verrechnet werden, wenn sie vom Facharzt für physikalische Medizin oder bei ihm beschäftigten, entsprechend ausgebildetem Personal durchgeführt werden.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Betrag €	Fachgruppe	Anmerkung
90a	Pneumomassage des Trommelfelles	0,95 (0,97)	HNO	
90b	Wärmelampe	0,95 (0,97)		

90c	UV-Bestrahlung	1,35 (1,38)		
90d	Galvanisation	1,67 (1,71)		
90e	Schwellstrom	2,30 (2,36)		
90f	Niederfrequenzströme (Impuls-galvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, nieder-frequente Wechselströme, Exponentialstrom)	2,56 (2,62)		
90g	Galvanisches Zellenbad	3,42 (3,51)		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	2,30 (2,36)		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	2,56 (2,62)		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	2,56 (2,62)		
90k	Ultraschall	2,86 (2,93)	PH/O/UC	Bei Indi-kationen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovagi-nitis ver-rechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	2,86 (2,93)		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	1,92 (1,97)		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	1,67 (1,71)		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage	8,58 (8,80)	PH	Ist mittels Druck-schlauch und manuell durch-zuführen

90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munaripackung)	6,34 (6,49)	PH	
90r	Unterwassergymnastik (Einzel *)	8,91 (9,13)	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe *) pro Person	4,37 (4,48)	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete)	8,58 (8,80)	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	12,26 (12,57)	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe *) (mindestens 20 Minuten) pro Person	2,56 (2,62)	PH	
90w	Lymphdrainage*)	17,11 (17,54)	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

Abs.(9) Der Punktewert beträgt bei Fachärzten für Radiologie

€ 0,2872 (0,2938)

Röntgendiagnostik
Honorar

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30a	Doppelkontrastunter-suchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrast-mittel	64,62 (66,11)	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	76,24 (77,99)	Im kurativen Bereich mit Begründung nur bei suspekten tastbaren Knoten oder klinisch begründetem Verdacht auf tumoröse Neubildungen verrechenbar. Die Lokalisation und Begründung ist in der Kartei des zuweisenden Arztes zu vermerken.
30c	Mammographie einer Brust	38,12 (39,--)	

Unkosten

Pos.Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	4,92 (5,03)
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrast-mittel außer Magen (einschließlich Kontrastmittel)	7,13 (7,30)
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschließlich der	12,04 (12,32)

	eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschließlich Kontrastmittel)	
4 BV	Motilitätsprüfung	4,92 (5,03)
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrast-einlauf (einschließlich Kontrastmittel)	10,85 (11,10)

Pos.Nr.	Aufnahmen Cm	Film €
6	9 x 12	4,17 (4,27)
7	13 x 18	5,29 (5,42)
8	18 x 24	6,60 (6,75)
9	15 x 40	7,43 (7,60)
10	24 x 30	8,18 (8,36)
11	30 x 40	10,66 (10,90)
12	35 x 35	11,88 (12,16)
13	35 x 43	12,61 (12,90)
14a für den ersten Zahnfilm		2,41 (2,47)
14b für jeden weiteren Zahnfilm		1,57 (1,61)

Röntgentherapie

Pos.Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serienpausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten €
Tarifgruppe II					76,8	18,91 (19,34)
17p	Tendinitis	4-6	4	3		
Tarifgruppe III					95,3	23,25 (23,79)
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4		
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3		
18h	Epicondylitis	6	5	3		
18j	Furunkel, Karbunkel	4-6	4	3		
18o	Mastitis, Mastopathie	4-6	5	4		

18ab	Schweißdrüsenentzündung	4-6	4	3

C.V.
Tarif für Röntgenleistungen der Fachärzte anderer Sparten und der Ärzte für Allgemeinmedizin

(2) a) für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

a) Honorar

Pos.Nr.	Art des Honorars	€
70	Ersthonorar	8,98 (9,19)
71	Zweithonorar	6,09 (6,23)

b) Unkosten €

80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	4,92 (5,03)

Pos.Nr.	Aufnahme cm	Film €
82	9 x 12	3,01 (3,08)
83	13 x 18	3,84 (3,93)
84	18 x 24	6,25 (6,40)
85	15 x 40	5,37 (5,49)
86	24 x 30	8,18 (8,36)
87	30 x 40	10,66 (10,90)
88	35 x 35	11,89 (12,16)
80	35 x 43	12,61 (12,90)

Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik

C. VI
Ultraschalldiagnostik (Sonographie)

(1) Voraussetzung für die Verrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik ist der Nachweis einer entsprechenden Ausbildung und eines geeigneten Gerätes.

(2) Die Verrechnung durch Vertragsfachärzte für Radiologie ist nur möglich, wenn der zuweisende Arzt ausdrücklich unter Angabe der Indikation Ultraschalldiagnostik (Sonographie) beantragt hat und nur für die in der Zuweisung bestimmten Organe. Die Verrechnung hat unter Angabe der im Tarif angeführten Positionsziffer unter Hinzufügung des Untersuchungsdatums zu erfolgen.

(3) Die Untersuchungen sind mittels Polaroidfilm oder gleichartiger Abbildungssysteme zu dokumentieren, die Befunde drei Jahre aufzubewahren und den Versicherungsträgern auf Verlangen vorzulegen.

(4) Die Vergütung für sonographische Leistungen besteht aus Honorar und Unkosten oder aus einem Organtarif. Die Unkosten sind für §2-Kassenfälle (einschl. SVB) für Radiologen mit höchstens € 2.055,34 (2.102,62), für Fachärzte für Innere Medizin, für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.321,57 (1.351,96) pro Quartal limitiert.

(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 Ultraschalldiagnostik (Sonographie):

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Unkosten €	Fachgruppe Anmerkung
SO 1	Sonographie des Oberbauches komplett: (Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas, Milz)	23,56 (24,10)	29,45 (30,13)	RÖ/I/C Von Internisten und Chirurgen in höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
SO 3	Sonographie von Nieren und Retroperitonaeum	19,65 (20,11)	24,67 (25,24)	RÖ/I Von Internisten in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
MS1 MS2	Sonographie bei Schwangerschaft (höchstens zweimal pro Schwangerschaft verrechenbar)	25,63 (26,22)		RÖ/G Honorar einschl. Unkosten
SO 4	Kurative Sonographie bei Schwanger-schaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar ein-schließlich Unkosten 25,63 (26,22)		G In höchstens 22 % (ab 1.1.2008 24 %) der Fälle verrechenbar
SO 5	Urologische Sonographie einschließlich	Honorar ein-schließlich Unkosten		U In höchstens 50 % der Fälle,

	Befunderstellung und Dokumentation. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren- und Retroperitonaeum b) Blase, Prostata u. kleines Becken c) Skrotum	15,84 (16,21)		nicht mehr als 2 Untersuchungs-felder pro Tag/pro Patient verrechenbar
SO 6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitonaeum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	23,56 (24,10)	29,45 (30,13)	K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO 7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar ein-Schließlich Unkosten 20,46 (20,93)		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO 8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar ein-schließlich Unkosten 31,84 (32,57)		K/O/RÖ
SO 9	Diagnostische Sonographie des Bewegungs-apparates (z.B.Weich-teile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar ein-schließlich Unkosten 15,91 (16,28)		O, UC in höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
SO 10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar ein-schließlich Unkosten 9,94 (10,17)		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO 12	Transrektale	19,71 (20,17)		U

	Prostatasonographie		In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO 13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographieergebnis je Seite	7,53 (7,71)	RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis – und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl Unkosten 43,95, (44,96)	Anmerkung wie bisher
SO 15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	8,18 (8,36)	Anmerkung wie bisher

C. VII

Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die Operationstarife werden ab 1.1.2007 um 2,5 % und ab 1.1.2008 um weitere 2,7 % angehoben.

Klagenfurt, 8. November 2006

Ärztekammer für Kärnten

Der Obmann der Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Dr. Gert Wiegele

Der Präsident:

Dr. Othmar Haas

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Erich LAMINGER
Verbandsvorsitzender

Mag. Beate Hartinger

Kärntner Gebietskrankenkasse

Der Direktor:

Mag. Dr. Alfred Wurzer

Der Obmann:

Helmut Pansi