

Gebührenfrei gem. § 110 ASVG

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2009

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 1.1.2009.
- 2.) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2009.

II. Änderungen des Gesamtvertrages

§ 3 lit. a NEU: Wenn die Frequenz-Steigerung in den Jahren 2009, 2010 und 2011 jeweils mehr als 1,5 % p.a. beträgt, wird der Kärntner Gebietskrankenkasse von Seiten der Ärztekammer für Kärnten zugestanden, die Ausschreibung von freien Kassenplanstellen bis zu 12 Monate zu verzögern. Für diesen Zeitraum verzichtet die Ärztekammer für Kärnten auf die Einleitung eines Schiedskommissionsverfahrens. Dies gilt längstens bis 31.12.2011.

§ 42 Abs. 1: Anstelle von „31.12.2008“ tritt „31.12.2011“.

§ 44 lautet neu: Das Zusatzübereinkommen 2009 tritt mit 1.1.2009 in Kraft.

III. Honorarordnung

In der **Präambel** wird der **Punkt 1.** wie folgt ergänzt:

Hinsichtlich des Tarifs für medizinisch-chemische Labordiagnostik (der einen integrierten Bestandteil des Gesamtvertrages bildet) werden ab 1.4.2009 bis jedenfalls 31.3.2011 die Punktezahlen bei den nachstehend angeführten Leistungen wie folgt geändert:

Pos. 0532	Ferritin	13 Punkte
Pos. 0623	CRP (C-reaktives Protein) quantitativ	9 Punkte
Pos. 0701	TSH	17 Punkte

Pos. 0702	Gesamt-T4 oder freies T4	18 Punkte
Pos. 0730	PSA (Prostata-spezifisches Antigen) (1x pro Quartal, nicht unter diagnosespez. Tumormarker Pos. 0732 abrechnen)	18 Punkte

Die Honorierung der Laborleistungen für die Fachärzte für Labormedizin erfolgt nach Punkten. Ab 1.4.2009 bis jedenfalls 31.3.2011 beträgt der Punktwert € 0,445 und werden die Frequenzzunahmen in diesem Zeitraum wie folgt abgegolten:

- Bis zur Frequenz des Vergleichs quartals + 4 % 100 % des Tarifes (€ 0,445)
- Bis zur Frequenz des Vergleichs quartals + 6 % 60 % des Tarifes (€ 0,267)
- Bis zur Frequenz des Vergleichs quartals + 8 % 50 % des Tarifes (€ 0,223)
- darüber 30 % des Tarifes (€ 0,134).

Als Vergleichs quartal wird jeweils dasselbe Quartal des Vorjahres herangezogen; als Berechnungsbasis dient die Gesamtpunktezahl aller verrechneten Leistungspositionen der § 2 Kassen (mit Ausnahme der SV der Bauern). Bei den Vergleichs quartalen II, III und IV 2008 und I 2009 werden bei den oben angeführten 5 Leistungen die geänderten Punkte zahlen entsprechend berücksichtigt.

Spätestens im 1. Quartal 2011 werden Honorarverhandlungen aufgenommen, sollte keine Einigung erzielt werden, gelten diese Regelungen unbefristet weiter.

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

X. und XI. werden ersetzt durch:

X. Arzneimitteldialog und Ökonomievereinbarung

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 Steigerung des Generikaeinsatzes, durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen sowie durch eine ökonomische Auswahl der Packungsgröße erreicht werden.

Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass im Bereich der Heilmittelverordnungen Einsparungspotential gegeben ist.

Ein Teil des Einsparungspotentials liegt in der vermehrten Verordnung von Generika. Ziel ist es, dass das gesamte Generikapotential – soweit medizinisch möglich – ausgeschöpft wird. Der Anteil der Generika an den Gesamtverordnungen betrug bei der KGKK im 4. Quartal 2008 21,26 %. Dies bedeutet einen Anteil der Generikaverordnungen an den generikafähigen Arzneimitteln von 39,52 %.

Ziel der Vertragspartner ist es, mit gemeinsamen Maßnahmen diesen Anteil von 39,5 % auf 65 % anzuheben.

Zur Erreichung der oben angeführten Ziele werden der Arzneimitteldialog und die Ökonomievereinbarung vereinbart:

A) Arzneimitteldialog

1. Die bereits etablierte Ökonomiesteuerungsgruppe wird beibehalten. Sie setzt sich aus Mitgliedern der Kammer und Kasse zusammen. Sie wird mindestens 1 mal im Quartal zusammentreffen. Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es,

- ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) mittels BIG und anderen Instrumenten durchzuführen,
- die Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt und die Entwicklung des Generikaanteils an den Verordnungen 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. Kammer und Kasse werden gemeinsam für einzelne Fachgruppen und sprengelweise für Ärzte für Allgemeinmedizin alle zwei Jahre zumindest je eine heilmittelökonomische Fortbildung 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 einmal jährlich 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. Die Kasse versendet in regelmäßigen Abständen an alle Vertragsärzte den sogenannten "Ökobrief". Diesem Brief ist jeweils der Generikaanteil des Vertragsarztes, seiner Fachgruppe und der Anteil aller Vertragsärzte zu entnehmen. Beigelegt wird das Ökool mit dem Einsparungspotential eines Vertragsarztes, welches sich bei Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Generikaverordnung ergeben hätte. Angeführt sind jene fünf Heilmittel, bei deren Einsatz von Generika das größte Einsparungsvolumen realisiert werden könnte. Über Anforderung wird dem Vertragsarzt eine Liste aller von ihm verordneten Heilmittel und deren ökonomischere Alternativen zugesandt.

4. Der Medikamentenpass

Der Medikamentenpass wird weiterhin als Instrument gegen die Polypharmakotherapie eingesetzt und den Ärzten zur Verfügung gestellt. 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.

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 ausgefüllt 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.

Der Medikamentenpass soll bei jedem Arztbesuch mitgebracht werden, um die Medikation aktualisieren zu können.

Weiters wird eine Hülle für den Medikamentenpass mit den Logos der Ärztekammer und der Kasse produziert und an die Ärzte verteilt. Die Kosten für die Medikamentenpasshülle werden jeweils zur Hälfte von der Kasse und von der Kammer übernommen.

B) Ökonomievereinbarung

Zielsetzung

Ziel der Heilmittelvereinbarung zwischen der Ärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse ist eine Steigerung der Effizienz der verfügbaren Mittel im Heilmittelbereich. In einer definierten Indikationsgruppe soll die Wirtschaftlichkeit gesteigert werden durch den Ersatz von teuren Heilmitteln (Nicht-Generika) durch ökonomisch günstigere (Generika). Einsparungen beim Erreichen festgelegter Zielsetzungen werden zum Teil der Ärztekammer für Kärnten zur Verfügung gestellt. Da das ausgewählte Thema einen relevanten Teil der Heilmittelverordnungen umfasst, ist die Heilmittelvereinbarung ein wichtiger Beitrag zur Optimierung der Ressourcenverteilung im Heilmittelbereich.

Die ausgewählte Medikamentengruppe - Protonenpumpenhemmer - zählt schon seit Jahren zu den kostenintensivsten Medikamentengruppen in Kärnten. In dieser Gruppe sind generische Präparate schon über mehrere Jahre hinweg verfügbar und in der Praxis erprobt.

Rahmenbedingungen und organisatorische Umsetzung

Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit der Heilmittelvereinbarung erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren, beginnend mit dem 1. Halbjahr 2009 bis 2. Halbjahr 2010. Während der Vereinbarung werden die jeweiligen Themenschwerpunkte gemeinsam mit der

Ärztammer für Kärnten jährlich evaluiert. Damit ist eine Anpassung an die Kärntner Rahmenbedingungen sowie an die Veränderungen am Pharmamarkt möglich. Die Vereinbarung tritt außer Kraft, wenn durch gesetzliche Maßnahmen Regelungen getroffen werden, die dem Zweck der Vereinbarung zuwider laufen oder die vorgesehenen Einsparungen in ihrer Berechnung beeinflussen. Die Feststellung, dass gesetzliche Maßnahmen gesetzt wurden, welche die Vereinbarung außer Kraft treten lassen, wird im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern festgelegt. Wenn ein Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern nicht hergestellt wird, gilt dies als Streitigkeit aus dem Gesamtvertrag und können die im § 37 des Gesamtvertrages vorgesehenen Verfahren ergriffen werden.

Zieldefinition und Datengrundlage

Ziel ist es den Anteil ökonomisch günstigerer Heilmittel (im folgenden kurz „Generikaanteil“ genannt) in der ausgewählten Heilmittelgruppe zu erhöhen.

Die für die Vereinbarung relevanten Daten (keine individuellen Daten der Vertragspartner) werden der Ärztekammer zur Verfügung gestellt.

Daten für die Berechnungen sind die FOKO-Daten der KGKK, konkret die Heilmitteldaten aller Vertragsärzte mit kurativem Vertrag und Abrechnung der Rezepte mit der KGKK über eine öffentliche Apotheke oder Hausapotheke.

Als Messzeitraum wird jener Zeitraum bezeichnet, in welchem eine Veränderung des Verordnungsverhaltens gegenüber dem Basiszeitraum festgestellt werden soll. Verglichen wird das jeweilige Kalenderhalbjahr mit dem korrespondierenden Kalenderhalbjahr des Vorjahrs. Der erste Messzeitraum ist das erste Kalenderhalbjahr nach in Kraft treten dieser Vereinbarung, d.h. 1. Halbjahr 2009 (entsprechender Basiszeitraum 1. Halbjahr 2008). Für die Dauer der Vereinbarung werden fortlaufend die korrespondierenden Kalenderhalbjahre bis zum 2. Kalenderhalbjahr 2009 als Basiszeitraum und dem 2. Kalenderhalbjahr 2010 als Messzeitraum miteinander verglichen.

Als Basiszeitraum wird jener Zeitraum bezeichnet, der Ausgangszeitraum für den jeweiligen Vergleich ist.

Bei der Gruppe der Protonenpumpenhemmer wird auch eine Stabilisierung der Verordnungszahlen (ermittelt über die definierten täglichen Dosen, DDD) im Jahr 2009 angestrebt. Daher wird eine Änderung der DDD in der Berechnung wie folgt berücksichtigt: steigen die DDD im Messzeitraum gegenüber dem Basiszeitraum so wird die Differenz von den DDD des Basiszeitraumes abgezogen, sinken die DDD im Messzeitraum gegenüber dem Basiszeitraum so wird die Differenz den DDD des Basiszeitraumes hinzugefügt. Steigende DDD verringern somit die Einsparung, sinkende DDD steigern die Einsparung.

Berechnet bzw. festgestellt werden der jeweilige

- (DDD_0) DDD gesamt im Basiszeitraum
- (DDD_1) DDD gesamt im Messzeitraum
- (G_0) „Generikaanteil“ an DDD in Prozent im Basiszeitraum
- (G_1) „Generikaanteil“ an DDD in Prozent im Messzeitraum

- $(Ko/DDD_{G,0})$ Kosten pro DDD der „Generika“ im Basiszeitraum
- $(Ko/DDD_{N,0})$ Kosten pro DDD der „Nicht-Generika“ im Basiszeitraum

$$2009: [DDD_0 + (DDD_0 - DDD_1)] \times (G_1 - G_0) \times (Ko/DDD_{N,0} - Ko/DDD_{G,0})$$

$$2010: DDD_1 \times (G_1 - G_0) \times (Ko/DDD_{N,0} - Ko/DDD_{G,0})$$

Die Bezahlung eines Malus durch die Ärztekammer für Kärnten ist ausgeschlossen.

Die Hälfte der wie oben beschrieben berechneten Einsparungen wird an die Ärztekammer für Kärnten für die zweijährige Vertragslaufzeit als Einmalzahlung ausgeschüttet. Bedingung für die Ausschüttung ist allerdings, dass in der Heilmittelgruppe der Generikaanteil im Messzeitraum zum Generikaanteil im Basiszeitraum um mindestens 5%-Punkte erhöht wird.

Die Verständigung der Ärztekammer über die Höhe der erzielten Gesamteinsparungen erfolgt - Datenverfügbarkeit vorausgesetzt - 12 Wochen nach Ablauf eines Messzeitraumes.

Die Präparate in der ausgewählten Indikationsgruppe werden im Folgekostenprogramm (FOKO) automatisch durch eine vorgefertigte Kennzeichnung als Generikum bzw. Nicht-Generikum klassifiziert.

Organisatorische Zielsetzung und Umsetzung

Die Heilmittelvereinbarung umfasst einen kostenintensiven Anteil des Heilmittelbereiches.

Die Inhalte der Heilmittelvereinbarung sollen einfach und nachvollziehbar sein.

Die Vereinbarung umfasst ein konkretes Heilmittelthema.

Die Messparameter sind mit Beginn der Gültigkeit der Vereinbarung bekannt und bleiben solange unverändert, bis in beiderseitigem Einverständnis eine Änderung vorgenommen wird.

Die VertragsärztInnen werden – vorausgesetzte Datenverfügbarkeit - zwölf Wochen nach Ablauf eines Messzeitraumes über ihren individuellen „Generikaanteil“ im Vergleich zum durchschnittlichen „Generikaanteil“ aller Vertragsärzte schriftlich informiert. Damit kann die Zielerreichung aller Vertragsärzte und der individuelle Beitrag abgelesen werden.

Versorgungsqualität

Die vorgeschlagenen Maßnahmen tragen dazu bei, die Versorgungsqualität zu erhalten und zu fördern. Jeder Patient erhält die Medikamente, die er braucht.

Thema und Berechnungsgrundlage:

Thema der HM- Vereinbarung sind die

Protonenpumpenhemmer, ATC-Code A02BC

Die Gruppe umfasst einen Heilmittelaufwand von ca. € 10 Mio. p.a.; das entspricht etwa 9 % des Aufwandes von Vertragsärzten der KGKK für Heilmittel in einem Jahr (Datenquelle: FOKO). Die Gruppe wurde ausgewählt, weil sie im Gegensatz zu anderen Medikamentengruppen, sehr kostenintensiv und beeinflussbar ist, ohne dass es zu Qualitätseinbußen für die Versicherten kommt.

Berechnungsmodell der Heilmittelvereinbarung

Im Folgenden wird als Basiszeitraum das 2. Halbjahr 2008 und als Messzeitraum das 2. Halbjahr 2009 angenommen.

Die Heilmittelvereinbarung hat im angeführten Thema folgende Messparameter als Grundlage

1. DDD gesamt im 2. Halbjahr 2008
2. DDD gesamt im 2. Halbjahr 2009
3. Kosten pro DDD der Generika im 2. Halbjahr 2008
4. Kosten pro DDD der Nichtgenerika im 2. Halbjahr 2008
5. Steigerung des Generikaanteiles im 2. Halbjahr 2009 gegenüber dem 2. Halbjahr 2008 (um mindestens 5 Prozentpunkte)

Die Berechnung der Einsparungsbeträge, die der Ärztekammer für Kärnten zur Verfügung gestellt werden, erfolgt nach folgenden Formeln:

$$2009: [DDD_0 + (DDD_0 - DDD_1)] \times (G_1 - G_0) \times (Ko/DDD_{N,0} - Ko/DDD_{G,0})$$

$$2010: DDD_1 \times (G_1 - G_0) \times (Ko/DDD_{N,0} - Ko/DDD_{G,0})$$

Basiszeitraum: das Halbjahr, das dem korrespondierenden Messzeitraum voran geht (2. HJ 2008)

Messzeitraum: das Halbjahr, das dem korrespondierenden Basiszeitraum nachfolgt (2. HJ 2009)

DDD_0 : DDD gesamt im Basiszeitraum (2. HJ 2008)

DDD_1 : DDD gesamt im Messzeitraum (2. HJ 2009)

G_1 : Generikaanteil an DDD in Prozent im Messzeitraum (2. HJ 2009)

G_0 : Generikaanteil an DDD in Prozent im Basiszeitraum (2. HJ 2008)

$Ko/DDD_{N,0}$: Kosten pro DDD der Nichtgenerika im Basiszeitraum (2. HJ 2008)

$Ko/DDD_{G,0}$: Kosten pro DDD der Generika im Basiszeitraum (2. HJ 2008)

Faktor 0,5: Aufteilungsfaktor der Kostenersparnis zwischen Ärztekammer und der KGKK

Gruppe: A02BC – 2. Halbjahr 2008

Generikaanteil: 41,02% (an DDD vom generikafähigen Bereich)

$Ko/DDD_{N,0}$: Nichtgenerika: € 1,47

$Ko/DDD_{G,0}$: Generika: € 0,48

Flankierende Einzelmaßnahmen:

Diese werden gemeinsam von Kärntner Ärztekammer und Kärntner Gebietskrankenkasse geplant und durchgeführt.

- Rundschreiben an die Vertragsärzte mit Vorstellung dieser Heilmittelvereinbarung; gemeinsame Erläuterung der Problematik und der Zielsetzung in dieser Heilmittelgruppe
- Gemeinsame Initiativen gegenüber den Krankenanstalten bezüglich heilmittelökonomischer Themen
- Vorstellung der HM-Vereinbarung und Commitment zur HM-Vereinbarung mit den Bezirksärztevertretern bei den in den Bezirken stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen
- Gemeinsame Veranstaltungen und weitere Maßnahmen zum Thema PPI für den Zeitraum der Vereinbarung
- Innerhalb der jährlichen Evaluierung werden weitere zielführende Maßnahmen vereinbart.

C) Verordnungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte

1. Bei wirkstoffgleichen Präparaten ist vom Vertragsarzt grundsätzlich das kostengünstigere zu verordnen.
2. Bei den generikafähigen Arzneimitteln soll der Anteil der verordneten Originärpräparate jedenfalls 35% pro Quartal (2009, 2010) nicht überschreiten. Als Ausgangswert übermittelt die Kasse dem Vertragsarzt die Auswertung über den Generikaanteil der von ihm verordneten wirkstoffgleichen Arzneimittel des Jänners der Jahre 2008, 2009 und 2010.
3. Ärzte, welche unökonomisch verordnen, werden durch die Mitglieder der Ökonomiesteuerungsgruppe kontaktiert. Sollte das Verordnungsverhalten trotz allem nicht ökonomischer werden, kommen jedenfalls die Bestimmungen des Gesamtvertrages, insbesondere §§ 21 und 36, zur Anwendung.

B. BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Werte gelten ab 1.1.2009.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktwert für die Ordination beträgt
€ 3,03
6. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bis zum 1.100 Fall (Staffel 1) mit 8 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 € 184,40 geändert.

Im Abs. (7) lit. a) wird der Betrag für eine Dienstseinheit auf € 417,68 geändert.

III. Wegegebühren

2. Abs. (1) Der Betrag ändert sich auf € 3,69.

3. a Abs. (1) Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2009 um 2,7%.

3. b Abs. (1) Doppelkilometer Tag € 1,69
Doppelkilometer Nacht € 2,54

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2009 wird die Geltung des gegenständlichen Gesamtvertrages einschließlich der Honorarordnung auf unbestimmte Zeit verlängert. Eine Kündigung des Gesamtvertrages ist frühestens mit Wirkung zum 31.12.2011 möglich.

C. TARIFE

Alle im Folgenden angeführten Änderungen, Einführungen und Bewertungen von Tarifen treten mit 1.1.2009 in Kraft, sofern nicht bei einzelnen Bestimmungen ausdrücklich ein anderer Inkrafttretenszeitpunkt genannt wird.

I. Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

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

€ 0,3488

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr	Art der Leistung	Euro	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	2,80	
1b	Nachtordination	15,50	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	1,95	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	25,50	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	28,50	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19 und 22 Uhr bzw. zwischen 6 und 7 Uhr 1)	38,--	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22 und 6 Uhr 1)	58,--	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	30,--	
2e	Tagvisite bei den Krankheiten: Karzinom, Polyarthrit, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris, oder bei besonderer med. Indikation (Dauerbetreuung) 1)	25,50	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	25,50	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	28,04	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	38,24	

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 Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt -	€ 11,57	AM	verrechenbar einmal pro Fall und Quartal in höchstens 6 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)
----	---	---------	----	---

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.

IX. Leistungen aus dem Fachgebiet Innere Medizin

32d	Zuschlag für Doppler	12,97	I	Anmerkung wie bisher
-----	----------------------	-------	---	----------------------

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	44,95		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
19k	Blutgasanalyse in Ruhe oder inklusive Belastung / Sauerstoffabgabe	91 Punkte		L In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar, höchstens 2 x pro Tag verrechenbar

Pos. 19h entfällt ab 1.1.2009.

Pos. 19i entfällt ab 1.1.2009.

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

4c Auflichtuntersuchung..... 2,30 D Anmerkung wie bisher

C.II.

Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane

47e Sekretuntersuchung: Urethral-,
 Cervixabstrich, je 10
 Punkte

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 €	Fach- gruppe	Anmerkung
90a	Pneumomassage des Trommelfelles	0,99	HNO	
90b	Wärmelampe	0,99		
90c	UV-Bestrahlung	1,42		
90d	Galvanisation	1,75		
90e	Schwellstrom	2,42		
90f	Niederfrequenzströme (Impuls- galvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	2,68		
90g	Galvanisches Zellenbad	3,60		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	2,42		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	2,68		

90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	2,68		
90k	Ultraschall	3,01	PH/O/UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis ver- rechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	3,01		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	2,02		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	1,75		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage	9,02	PH	Ist mittels Druck- schlauch u. manuell durchzuführen
90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munaripackung)	6,66	PH	
90r	Unterwassergymnastik (Einzel *)	9,36	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe *) pro Person	4,60	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete)	9,02	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	12,88	PH	

90v	Heilgymnastik Gruppe *) (mindestens 20 Minuten) pro Person	2,68	PH	
90w	Lymphdrainage*)	17,97	PH	Bei den Indikationen: Lymphstau nach Tu- moren, chron. Erysipel, chron. Lymph oedem nach Varicen, Morbus Sudeck ver- rechenbar

C. IV
Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie

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

€ 0,3011

**Röntgendiagnostik
Honorar**

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30a	Doppelkontrast- untersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrast- mittel	67,76	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 (dieser Tarif bleibt 75,-- jedenfalls bis zum 31.12.2011 unverändert)	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 37,50 einer Brust (dieser Tarif bleibt jedenfalls bis zum 31.12.2011 unverändert)	

Unkosten

Pos.Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	5,15
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrast- mittel außer Magen (einschließlich Kontrastmittel)	7,48
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschließlich der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschließlich Kontrastmittel)	12,62
4 BV	Motilitätsprüfung	5,15
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschließlich Kontrastmittel)	11,38

Pos.Nr.	Aufnahmen Cm	Film €
6	9 x 12	4,37
7	13 x 18	5,55
8	18 x 24	6,92
9	15 x 40	7,79
10	24 x 30	8,57
11	30 x 40	11,18
12	35 x 35	12,46
13	35 x 43	13,22
14a	für den ersten Zahnfilm	2,53
14b	für jeden weiteren Zahnfilm	1,65

Röntgentherapie

Pos.Nr.	Indikation	Zahl der Sitzun- gen je Stelle	Maxi- mal Serien im Jahr	Serien pausen in Woche n	Honor ar Punkt e	Unkosten €
Tarifgruppe II					76,8	19,83
17p	Tendinitis	4-6	4	3		
Tarifgruppe III					95,3	24,38
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	9,42
71	Zweithonorar	6,39

b) Unkosten

		€
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	5,15

Pos.Nr.	Aufnahme cm	Film €
82	9 x 12	3,16
83	13 x 18	4,03
84	18 x 24	6,56
85	15 x 40	5,63
86	24 x 30	8,57
87	30 x 40	11,18
88	35 x 35	12,46
80	35 x 43	13,22

**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 € 2.155,18, für Fachärzte für Innere Medizin, für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.385,76 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)	24,70	30,88	RÖ//C Von Internisten und Chirurgen in höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
SO 3	Sonographie von Nieren und Retroperitonaem	20,61	25,87	RÖ//I Von Internisten in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
MS1 MS2	Sonographie bei Schwangerschaft (höchstens zweimal pro Schwangerschaft verrechenbar)	Honorar einschl. Unkosten 26,88		RÖ//G
SO 4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschließlich Unkosten 26,88		G In höchstens 25 % der Fälle verrechenbar
SO 5	Urologische Sonographie einschließlich Befunderstellung und Dokumentation. Als Untersuchungsfelder	Honorar einschließlich Unkosten 17,50		U In höchstens 50 % der Fälle, nicht mehr als 2 Untersuchungsfelder pro Tag/pro Patient

	gelten: a) Nieren- und Retroperitonaeum b) Blase, Prostata u. kleines Becken c) Skrotum			verrechenbar
SO 6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitonaeum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	24,70	30,88	K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO 7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschließlich Unkosten 21,45		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO 8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschließlich Unkosten 33,38		K/O/RÖ
SO 9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschließlich Unkosten 16,69		O, UC in höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
SO 10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschließlich Unkosten 10,43		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO 12	Transrektale Prostatasonographie	Honorar einschließlich Unkosten 20,67		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar

SO 13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographieergebnis je Seite	Honorar einschließlich Unkosten 7,90	RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis – und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschließlich Unkosten 46,08	R/I/N/P Von I in höchstens 3 % der Fälle, von N/P in höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO 15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	Honorar einschließlich Unkosten 8,57	C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar.

C. VII

Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Die Operationstarife werden ab 1.1.2009 um 2,7 % angehoben.

Klagenfurt, am 23.06.2009

Ärztelkammer Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:

Dr. Gert Wiegele
Dr. Gert Wiegele



Der Präsident:

Dr. Othmar Haas
Dr. Othmar Haas

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Dr. Hans Jörg Schelling
Dr. Hans Jörg Schelling
Verbandsvorsitzender



Dr. Christoph Klein
Dr. Christoph Klein
Generaldirektor-Stv.

Kärntner Gebietskrankenkasse:

Der Direktor:

Mag. Dr. Alfred Wurzer
Mag. Dr. Alfred Wurzer



Der Obmann:

Dietmar Samnitz
Dietmar Samnitz