

Gebührenfrei gem. § 110 ASVG

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2019

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 1.1.2019 um 2,05% erhöht.

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

Eckpunkte ab 1.1.2020:

- Alle Tarife (außer Labor und KJP) werden um 2% bis 2,2% erhöht.
- Für alle Fachärzte (außer Labor und KJP) wird die Zahl der Vertretungspunkte pro Fall und Quartal ab 1.1.2020 auf 6 Punkte erhöht.
- Für **Strukturmaßnahmen** stehen ca. € 3 Mio. bis ca. € 3,2 Mio. zur Verfügung. Folgende Punkte sind bei der Verteilung zu beachten: Es erfolgt eine gemeinsame Berücksichtigung aller Fachgruppen nach Evaluierung der Aktualität des Leistungsspektrums, der medizinischen Weiterentwicklung und der Honorarentwicklung.

Gegenstand des Übereinkommens

- 1) Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2019
- 2) Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2019

II.

Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2019

§ 44 neu:

Das Zusatzübereinkommen 2019 tritt mit 1.1.2019 in Kraft.

III.

Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2019

Der Punkt 3., der wie folgt lautet: „den Vertragsarzt Dr. Helmuth Reichel hinsichtlich der physiotherapeutischen und balneologischen Leistungen seines Institutes“ wird entfernt.

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2019.

I. Ordinationshonorierung

Der Punktwert für die Ordination beträgt:

ab 1.1.2019 € 3,4894

6. Neu ab 1.1.2019:

Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** und den **Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde** bis zum 1.100 Fall mit **10 Punkten**, bei den anderen **Vertragsfachärzten** mit **8 Punkten** und ab dem 1.101 Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die Lehrpraktikanten ausbilden, wird die Staffel 1 für den Ausbildungszeitraum **ab 1.1.2019** von **10 auf 11 Ordinationspunkte** erhöht.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde wird die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) **ab 01.01.2019** unabhängig von der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich **6 Punkten** und **ab 1.7.2019** mit durchschnittlich **8 Punkten** begrenzt. Bei allen anderen Fachgebieten wird die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) mit durchschnittlich **4 Punkten** begrenzt.

8. Neu ab 1.1.2019:

Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den **Vertragsärzten für Allgemeinmedizin** und den **Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde** bis zum 125 Fall mit **10 Punkten**, bei den anderen **Vertragsfachärzten** mit **8 Punkten** und ab dem 126 Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die Lehrpraktikanten ausbilden, wird die Staffel 1 für den Ausbildungszeitraum ab **1.1.2019** von **10** auf **11 Ordinationspunkte** erhöht.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde wird die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) ab **01.01.2019** unabhängig von der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich **6 Punkten** und ab **1.7.2019** mit durchschnittlich **8 Punkten** begrenzt. Bei allen anderen Fachgebieten wird die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) mit durchschnittlich **4 Punkten** begrenzt.

II. Bereitschaftsdienstzulage

(2) Neu ab 02.02.2019:

Die Bereitschaftsdienstzulage beträgt für die 12-Stunden-Einheit € 203,30. Nicht vollständig absolvierte 12-Stunden-Einheiten werden aliquot vergütet, wobei angefangene Stunden unberücksichtigt bleiben. Die Bereitschaftsdienstzulage wird zum selben Zeitpunkt und im gleichen Ausmaß analog der Bereitschaftsdienstpauschale unter der Woche angepasst.

(4) Neu ab 02.02.2019:

Der von der Ärztekammer für Kärnten organisierte Wochenend- und Feiertagsdienst beginnt am Samstag, Sonntag und am Feiertag jeweils um 7.00 Uhr und endet jeweils um 19.00 Uhr. Der Feiertagsdienst beginnt an dem, dem Feiertag vorangehenden Tag um 14.00 Uhr und endet am gleichen Tag um 19.00 Uhr. Bei Doppelfeiertagen beginnt am zweiten Feiertag der Dienst um 7.00 Uhr und endet um 19.00 Uhr. Die Zeit zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr wird durch einen Telefonarzt abgedeckt. Eine Ausnahme bilden der 24.12 und 31.12. Hier wird zusätzlich ein Bereitschaftsdienst von 19.00 Uhr bis 24.00 Uhr eingerichtet.

(6) Neu ab 02.02.2019:

Die Kosten des Bereitschaftsdienstes sind limitiert, das Limit wird für das Vierteljahr auf der Basis von 1.325 12-Stunden-Einheiten und der in Abs. (2) ausgewiesenen Bereitschaftsdienstzulage bzw. für das Rechnungsjahr auf der Basis von 5.300 12-Stunden-Einheiten errechnet.

Ein nach Abrechnung der im Laufe eines Rechnungsjahres an die Vertragsärzte ausbezahlten Bereitschaftsdienstzulagen verbleibender Überschuss ist der Ärztekammer für Kärnten zur Abdeckung von Organisationskosten des Bereitschaftsdienstes zu überweisen.

Im Abs. 7 wird der Betrag für eine Diensteinheit (12 Stunden) auf € 551,89 geändert.

III. Weggebühren

2. Abs. 1:

Der Betrag ändert sich ab 1.1.2019 auf € 5,08.

3. a) Abs. 1:

Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2019 um 2,05 %.

3. b) Abs. 1:

Doppelkilometer Tag:	€ 2,32
Doppelkilometer Nacht:	€ 3,49

IV. Erschwerniszulage

Die Pauschale der Erschwerniszulage ist als Fixbetrag vorgesehen und unterliegt bis auf weiteres keiner jährlichen Tarifierfassung.

V. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzvereinbarung 2019 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 1.1.2019 in Kraft.

C. I.

Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. 3:

Der Punktwert für Einzelleistungen beträgt € 0,4009

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 3,22	
1b	Nachtordination	€ 17,83	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	€ 2,23	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 32,93	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 36,58	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 43,73	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 66,74	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 36,05	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 13,48, jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,75	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.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
2e	Tagvisite bei den Krankheiten Karzinom, Polyarthritis, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 32,93	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 32,93	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 32,57	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 43,99	

Anmerkung 1) bleibt gleich.

Anmerkung 2) bleibt gleich.

C. II.

Allgemeine Einzelleistungen

7. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 15,38	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 10 % , 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	Fach- gruppe	Anmerkung
5	Heilmittelberatungs- gespräch	€ 10,34		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, Fachärzte für med. chem. Labordiagnostik) in maximal 1 % der Normalfälle. **Für Fachärzte der Psychiatrie und Neurologie (P) wird das Limit ab 1.1.2019 von 1% auf 7% erhöht.** Die Leistung ist einmal pro Quartal und Patient und auch gleichzeitig mit der Position 4 verrechenbar.

Anmerkung 2) bleibt gleich

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
7	Niere Schützen	€ 10,46	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
		GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	
G3 30 - 59	GFR stabil: ad Internistin 1x jährliche Kontrolle	GFR stabil: ad Internistin 1x jährliche Kontrolle	GFR stabil: ad Internistin 2x jährliche Kontrolle	Check durch Fachärzte für Innere Medizin
	GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch FÄ für Innere Medizin	
G4 20 - 29	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung	Ad Fachärzte für Innere Medizin: gemeinsame Betreuung
G4/5 < 20	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung	Krankenhausambulanzen: gemeinsame Betreuung

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
8	Substitutionstherapie	€ 25,51	AM/P	Höchstens 5 Mal pro Fall und Quartal verrechenbar

Anmerkung:

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

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

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

8. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
1or	Neue Leistung ab 1.1.2019: Ergänzende Untersuchung und Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens	€ 5,00	O	Verrechenbar 1x pro Fall und Quartal.

V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie

1. Untersuchungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
12f	Kolposkopie	€ 12,00	G	

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
4g	Frauenärztliches Beratungsgespräch für Jugendliche und junge Frauen zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 18. Lebensjahr	€ 13,05	G	Verrechenbar 1x pro Fall und Quartal; Inhalte des Beratungsgesprächs 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.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
4b	Aufklärung und Zuweisung zur Früherkennung von Brustkrebs (im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes (BKFP))	€ 3,00	G	Maximal 1x pro Pat und Jahr verrechenbar

IX. Leistungen aus dem Fachgebiet Psychiatrie/Neurologie

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
12z	Neue Leistung ab 1.1.2019: Zuschlag für die Beratung und Betreuung von psychisch komplexen Erkrankungen	25	P	Verrechenbar 5x pro Fall und Quartal. Limitierung mit 40% der Fälle.

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
32b	Echokardiographie	150	I	Ab 01.01.2019 höchstens in 17 % der Fälle verrechenbar, Ausbildungsnachweis erforderlich; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> : unlimitiert ab 1.4.2018 für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen Indikationsstelle
32d	Zuschlag für Doppler	€ 14,92	I	Nur gemeinsam mit Pos. 32b und ab 01.01.2019 in höchstens 17% der Fälle verrechenbar; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</u> : unlimitiert ab 1.4.2018 nur gemeinsam mit Pos. 32b für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen Indikationsstelle

Erläuterungen bleiben unverändert

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte/ Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
24o	24-Stunden Blutdruckmonitoring	€ 34,35	I	Fachärzte für Innere Medizin in 5 % der Fälle verrechenbar; Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20 % der Fälle verrechenbar;
24r	24-Stunden EKG	€ 80,00 (rück- wirkend ab 1.7.2018)	I	Fachärzte für Innere Medizin in 5 % der Fälle verrechenbar; Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie in 20 % der Fälle verrechenbar; Mehrtages-EKG nur von FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie nach Vorliegen folgender Indikationen verrechenbar: Vertigo, Synkope, V.A. Supraven-trikuläre Extrasystole, Ventrikuläre Extrasystolen, Supraventrikuläre Tachykardie, Ventriku-läre Tachykardie, inter-mittierendes Vorhofflimmern, V.a. schritt-macherpflichtige Rhythmusstörungen

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fach- gruppe	Anmerkung
20k	D-Dimere	€ 21,50	L/I	In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar
35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	€ 60,32		Nur mit Sonderevereinbarung 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	€ 3,09	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 Beratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 21,17	K	In 5 % der Fälle verrechenbar bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis
4z	Neue Leistung ab 1.1.2019: Fachspezifischer Zuschlag	€ 10,00	K	Einmal pro Fall und Quartal und altersunabhängig verrechenbar
32k	Pädiatrische Echokardiographie inkl. Doppler	€ 80,64	K	In 5 % der Fälle verrechenbar 1)

1) Anmerkungen zur pädiatrischen Echokardiographie: bleiben gleich

C. II.

(2) Der Punktwert für Laboruntersuchungen beträgt einheitlich für die Ärzte für Allgemeinmedizin und für die Fachärzte

€ 0,23

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

Absatz (5), der wie folgt lautet: „Die Kosten der Kontrollsera werden bis auf Weiteres von den Vertragskassen getragen“ wird entfernt.

C. III.

Tarif für Physio-Behandlungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fach- gruppe	Anmerkung
90b	Wärmelampe	€ 1,13		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,61		
90d	Galvanisation	€ 2,01		
90e	Schwellstrom	€ 2,79		
90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 3,09		
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 4,14		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,79		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 3,09		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 3,09		
90k	Ultraschall *)	€ 3,45	PH/O/ UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,45		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,32		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 2,01		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 10,36	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- packung) *)	€ 7,80	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel*)	€ 10,77	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe*) pro Person	€ 5,30	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 10,36	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 15,40	PH	

90v	Heilgymnastik Gruppe*) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 3,09	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 20,67	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 1.1.2019 € 0,3369.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 75,88	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	€ 85,73	wie bisher
30c	Mammographie einer Brust	€ 42,87	wie bisher

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 5,77
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 8,37
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 14,11
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 5,77
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 12,72

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
6	9 x 12	€ 4,88
7	13 x 18	€ 6,21
8	18 x 24	€ 7,74
9	15 x 40	€ 8,73
10	24 x 30	€ 9,59
11	30 x 40	€ 12,50
12	35 x 35	€ 13,95
13	35 x 43	€ 14,78
14a für den ersten Zahnfilm		€ 2,83
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 1,85

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	€ 22,20
	Tarifgruppe III:					
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 27,27
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 27,27
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 27,27
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 27,27
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 27,27
18ab	Schweißdrüsenentzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 27,27

C. V.

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

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	€
70	Ersthonorar	€ 10,54
71	Zweithonorar	€ 7,15

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 5,77

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
82	9 x 12	€ 3,52
83	13 x 18	€ 4,50
84	18 x 24	€ 7,27
85	15 x 40	€ 6,31
86	24 x 30	€ 9,59
87	30 x 40	€ 12,50
88	35 x 35	€ 13,95
80	35 x 43	€ 14,78

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 € 2.442,11 für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.570,26 pro Quartal limitiert.

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

(5):

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

(6) Tarife für die Ultraschalldiagnostik (Sonographie):

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Unkosten €	Fachgruppe/ Anmerkung
SO1	Sonographie des Oberbauches komplett: (Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas, Milz)	€ 27,99	€ 34,99	RÖ//C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar.
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitonaeum	€ 23,37	€ 29,32	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 € 31,59		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 31,59		RÖ/G
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 31,59		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 33,00		G In höchstens 27 % der Fälle verrechenbar

SO5	Urologische Sonographie einschl. Befunderstellung und Dokumentation. Als Untersuchungsfelder gelten: a) Nieren- u. Retroperitoneum b) Blase, Prostata u. kleines Becken c) Skrotum	Honorar einschl. Unkosten € 20,54		U In höchstens 50 % der Fälle, nicht mehr als 2 Untersuchungsfelder pro Tag/pro Patient verrechenbar
SO6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitoneum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 42,78		K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 30,90		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 37,82		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 20,19		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar.
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 11,83		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostasonographie	Honorar einschl. Unkosten € 31,40		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie-Ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 8,94		RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 52,21		RÖ//I/N/P Von I in höchstens 3 % der Fälle, von P in höchstens 6 % der Fälle und von N in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar; <u>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie:</u> unlimitiert ab 1.4.2018 für einen Beobachtungszeitraum von 2 Jahren unter Einhaltung der medizinischen Indikationsstellung;

SO15	Dopplersonographie der peripheren Gefäße	Honorar einschl. Unkosten € 9,72		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Fachgruppenerweiterung ab 1.4.2018: Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 12,91		RÖ/Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar.
SO 17	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen).	Honorar einschl. Unkosten € 32,90		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 1.1.2019 um 2,05 % angehoben.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 35,20 € erhöhen sich ab 1.1.2019 auf 35,92 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 17,65 € erhöhen sich ab 1.1.2019 auf 18,01 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 70,49 € erhöhen sich ab 1.1.2019 auf 71,94 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 121,50 € erhöhen sich ab 1.1.2019 auf 123,99 €.

Die Positionsnummern mit einem Honorartarif mit dem Wert von 217,26 € erhöhen sich ab 1.1.2019 auf 221,71 €.

C. VIII.

Wundversorgung

1. Akute (Primäre) Wundversorgung:

Posnr.	Leistungstext	Honorar	FG	Anmerkung
400	Erstversorgung: Wundinspektion, Wundreinigung, Wundversorgung bei Bedarf mit Wundverschluss, Verbandanlage	€ 35,89	AM C NC 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	€ 30,14	AM C NC 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	€ 48,50	AM C NC 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	€ 72,86	AM C NC 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 Obere Extremität (Hand, Unterarm und Oberarm); Untere Extremität (Vorfuß, Unterschenkel, Oberschenkel): pro Extremität verrechenbar.

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

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	€ 18,83		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	€ 16,07	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	€ 36,14	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

C. IV.

Leistungen im Zuge der Präoperativen Diagnostik

Folgende Leistungen dürfen ausschließlich im Zuge der Präoperativen Diagnostik verrechnet werden. Die Präoperative Diagnostik erfolgt aufgrund der Vorgaben des EDV-Tools „PROP“, welches im e-card System durchgeführt wird oder aufgrund einer Zuweisung, die ausdrücklich auf eine präoperative Diagnostik hinweist.

Pos Nr.	Leistungstext	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
PA	Neue Leistung ab 01.09.2018 Präoperative Diagnostik: Leistungsinhalt sind die Verwendung des EDV-Programms „PROP“, die Durchführung (unter allfälliger Abrechnung der jeweiligen Einzelleistungspositionen) bzw. die Veranlassung (Zuweisung) der von PROP individuell als erforderlich angezeigten Untersuchungen sowie die Ausfertigung der entsprechenden Befunde an die Krankenanstalt. Die Honorierung setzt voraus, dass der Vertragsarzt den präoperativen Befund im „Service PROP“ (= Anwendungsmenü des e-card Webservice) an eine Konsultation bindet.	€ 31,64	AM/I/K	nicht am gleichen Tag verrechenbar mit Pos.Nr.: 40a, 40b, 4, 1, 3, 6, 9t, 9tp, 9z

Anmerkung zu Pos. PA:

Das EDV-Programm „PROP“ setzt die Bundesqualitätsleitlinie „PRÄOP“ um und wird dem Anwender über das e-card-System zur Verfügung gestellt.

Abrechnung:

Das EDV-Programm „PROP“ ist unter Einhaltung des individuell angezeigten Untersuchungsumfangs auf alle Fälle anzuwenden, in denen

1. Vom Vertragsarzt eine Zuweisung mit präoperativer Befunderhebung in eine öffentliche Krankenanstalt (jedenfalls im Bundesland Kärnten) zur Vornahme eines elektiven operativen Eingriffs erfolgt;
2. in denen eine öffentliche Krankenanstalt den Patienten zur Durchführung einer PA an den Vertragsarzt zuweist.

Gleiches gilt bei elektiven Operationen in privaten Krankenanstalten im Bundesland Kärnten.

Zuweisungen:

Auf allen Überweisungen ist vom Zuweiser im Begründungsfeld des Zuweisungsformulars der Wortlaut „PROP“, „OP Tauglichkeit“ oder „Präoperative Diagnostik“ anzugeben.

Adaptierung der bisherigen Leistungen

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6np	Neue Leistung ab 01.09.2018: Neurologisches Konsil im Rahmen von PRÄOP; ausschließlich bei zugewiesenen Fällen	€ 20,94	N	Neurologisches Konsil; nicht am gleichen Tag mit einer Ordination 1, 3, 6 verrechenbar
6ip	Neue Leistung ab 01.09.2018: Internes Konsil im Rahmen von PRÄOP; ausschließlich bei zugewiesenen Fällen	€ 20,94	I	Internes Konsil; nicht am gleichen Tag mit einer Ordination 1, 3, 6 verrechenbar
12rp	EKG in Ruhe (Standardableitungen)	20	AM/I /K/L	EKG
14op	Weitere Ableitungen (Goldberger und 6 BWA)	30	AM/I /K/L	
12ap	Spirographie, kleiner Test (Vitalkapazität, Tiffeneau Test, Bronchospasmodolysetest)	20	AM/I/L	Spirometrie

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9tp	Arztbrief (ausführlicher fachärztlicher Befundbericht, Anamnese, Befund, Therapie-vorschlag	10		ausschließlich im Rahmen von PRÄOP bei zugewiesenen Fällen verrechenbar (ausgenommen FÄ f. Radiologie)
6ap	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	6	AM//K	
9dp	Blutabnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung nur bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr verrechenbar	10	AM//K	
32bp	Echokardiographie im Rahmen von PRÄOP	150	I	Höchstens in 5% der Fälle verrechenbar.
32dp	Zuschlag für Doppler im Rahmen von PRÄOP	€ 14,92	I	Höchstens in 5% der Fälle verrechenbar

Röntgendiagnostik im Rahmen PRÄOP – Fachgebiet Radiologie

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar/ Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
EAp	Ersthonorar	31,8	RÖ	Thorax-Röntgen
ZAp	Zweithonorar	21,6	RÖ	
Pos. Nr.	Aufnahme	Unkosten	Fachgruppe	Anmerkungen
8p	18 x 24	€ 7,74	RÖ	Thorax Röntgen
10p	24 x 30	€ 9,59	RÖ	
11p	30 x 40	€ 12,50	RÖ	
12p	35 x 35	€ 13,95	RÖ	
13p	34 x 40	€ 14,78	RÖ	

Röntgendiagnostik im Rahmen PRÄOP – auch-röntgenologische Tätigkeiten

Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar
70p	Ersthonorar	€ 10,54
71p	Zweithonorar	€ 7,15
80BVp		€ 5,77

82p	9 x 12	€ 3,52
83p	13 x 18	€ 4,50
84p	18 x 24	€ 7,27
85p	15 x 40	€ 6,31
Pos. Nr.	Leistungstext	Honorar
86p	24 x 30	€ 9,59
87p	30 x 40	€ 12,50
88p	35 x 35	€ 13,95
80p	35 x 43	€ 14,78

Medizinisch-diagnostische Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen PRÄOP durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte/Honorar	Fachgruppe	Anmerkungen
49ap	Bilirubin im Serum	11	AM//K	
57ap	BZ-Tagesprofil	53	AM//K	einschl. Blutabnahme
52cp	Crea GFR (nach Cockcroft Gault)	20	AM//K	einschl. Blutabnahme
52dp	* Harnsäure, quant. i.S.	20	AM//K	
52ep	* Gesamtcholesterin, quant. i.S.	20	AM//K	
52jp	* GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	20	AM//K	
52kp	GPT	20	AM//K	
41ap	Hämoglobin Bestimmung (Sahli)	3	AM//K	einschl. Blutabnahme
42ap	Hämoglobin Bestimmung (photometrisch)	4	AM//K	einschl. Blutabnahme
47ap	Haematokrit-Bestimmung	9	AM//K	einschl. Blutabnahme
53ap	Triglyceride (Neutralfett) quant. i.S.	20	AM//K	
53bp	Kalium	23	AM//K	
54ap	Kompletter Blutbefund: Zählung der Erythrozyten (oder Haematokrit-	26		Einschließlich Blutabnahme

	Bestimmung) und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Haemoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. Farbeindex, Differentialzählung			
54bp	γ-GT (Gamma-Glutamyl-Transpeptidase)	26		

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte/Honorar	Fachgruppe	Anmerkungen
52ap	Blutzucker Bestimmung quant., o-Toluidin oder enzymatisch	20	AM/I/K	einschl. Blutabnahme
46dp	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung	8	AM/I/K	Einschließlich Blutabnahme
46ap	Erythrozyten-Zählung (nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 47a verrechenbar)	8	AM/I/K	Einschließlich Blutabnahme
46cp	Blutzucker Bestimmung quant. i. S., chemisch	8	AM/I/K	einschl. Blutabnahme
52np	Prothrombinzeit-Bestimmung	20	AM/I/K	
25np	Prothrombinzeit-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 52np und ausschließlich zur Blutgerinnungskontrolle für OP-Tauglichkeitsuntersuchungen verrechenbar.
47cp	Thrombozyten	9	AM/I/K	
57ap	* Blutzucker Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens 3 enzym. Blutzucker- und mindestens 1 quant. Harnzucker-Bestimmung)	53	AM/I/K	einschl. Blutabnahme
52fp	* Kalzium, quant. i.S.	20		

Klagenfurt, 12. April 2019

Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:



(Dr. Wilhelm Kerber)



Die Präsidentin:



(Dr. Petra Preiss)

Für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:


Dr. Alexander Biach
Verbandsvorsitzender




Mag. Bernhard Würzer
Generaldirektor-Stellvertreter

Für die Kärntner Gebietskrankenkasse:


Dr. Johann Lintner
Direktor


Georg Steiner, MBA
Obmann