

ZUSATZÜBEREINKOMMEN 2013

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.

Im Zusatzübereinkommen 2012 wurde festgelegt, dass die Tarife ab 1.1.2013 im Ausmaß der Inflation des Jahres 2012 (ca. 80 % lineare Erhöhungen und ca. 20 % Strukturmaßnahmen) erhöht werden. Davon ausgenommen ist der Tarif für die Fachärzte für med. chem. Labordiagnostik. Mit Stand 26. November 2012 beträgt die Inflation derzeit 2,42 %. Es wird im Einvernehmen von einer Inflation in der Höhe von 2,5 % für das Jahr 2012 ausgegangen. Wertabweichungen von +/- 0,1 % bleiben unberücksichtigt, Abweichungen darüber (mehr als +/- 0,1 %) werden einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse bei der Tarifgestaltung (Ordinationspunktewert) ab 1.1.2013 berücksichtigt.

I. Gegenstand des Übereinkommens

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

II. Änderungen des Gesamtvertrages ab 1.1.2013

§ 7 Abs. 3 – NEU:

Das Vertragsverhältnis beginnt zum einvernehmlich festgelegten Zeitpunkt, nach Möglichkeit jedoch mit dem ersten Tag des ersten Monats eines Quartals.

§ 18 Abs. 3 – NEU:

Personen, die aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen von einem österreichischen Krankenversicherungsträger betreut werden, haben Anspruch auf Sachleistungen, die sich während des vorübergehenden Aufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen, wobei die voraussichtliche Dauer des Aufenthaltes bei der Art und dem Umfang der zu erbringenden Leistungen zu berücksichtigen sind.

§ 44 neu:

Das Zusatzübereinkommen 2013 tritt mit 1.1.2013 in Kraft.

III. Änderungen der Honorarordnung und der Tarife ab 1.1.2013

A. Allgemeine Bestimmungen

VIII. Abs. 1 und Abs. 2

Abs. 1)

Folgender Satzteil wird gestrichen:

„den auf dem Krankenschein für den Arzt vorgesehenen Teil auszufüllen“.

Abs. 2) - NEU

Ferner erstreckt sich die administrative Mitarbeit des Vertragsarztes auf die vierteljährliche Rechnungslegung. Für die Honorarabrechnung sind die vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen entsprechend ihren Bezeichnungen im jeweiligen Tarif zu erfassen, die Abrechnung nach dem jeweils gültigen Datensatzaufbau elektronisch zu erstellen und zu übermitteln. Der Abrechnung, sofern sie mittels Diskette erfolgt, ist eine Datenträgerbegleitliste beizuschließen. Eventuell vorhandene Behandlungsscheine (z.B. Überweisungen, e-card Ersatzbelege) sind in der Reihenfolge der Abrechnung zu sortieren.

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2013.

I. Ordinationshonorierung

5. Der Punktwert für die Ordination beträgt:
ab 1.1.2013 € 3,1818

II. Bereitschaftsdienstzulage

Im Abs. 2 wird der Betrag für die 24-Stunden-Einheit auf € 211,59 geändert.
Im Abs. 7 wird der Betrag für eine Diensteinheit auf € 479,26 geändert.

III. Weggebühren

2. Abs. 1:

Der Betrag ändert sich ab 1.1.2013 auf € 4,54.

3. a) Abs. 1:

Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2013 um 20 %.

3. b) Abs. 1:

Doppelkilometer Tag:	€ 2,08
Doppelkilometer Nacht:	€ 3,12

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2013 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 1.1.2013 in Kraft.

C. I.

Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Abs. 3:

Der Punktewert für Einzelleistungen beträgt € 0,3655

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 2,94	
1b	Nachtordination	€ 16,25	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	€ 2,05	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 29,67	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 32,74	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 39,83	
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 60,79	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 31,45	

2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient und Quartal verrechenbar mit je € 12,28, jede weitere pro Patient und Quartal mit € 5,24	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, Polyarthrits, St.p., Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 29,67	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 29,67	
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Tag 2)	€ 29,67	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behandelnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 40,08	

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	Fachgruppe	Anmerkung
4	Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1) <u>NEU ab 1.1.2013:</u> auch für FG I und K	€ 14,02	AM, I, K	Verrechenbar 1 x pro Fall und Quartal; für AM in höchstens 6 %, für I in höchstens 5 % und für K in höchstens 4 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde 1 x 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 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	Fachgruppe	Anmerkung
5	Heilmittelberatungs-gespräch	€ 9,43		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 4 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 heilmittelersetzenenden 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.

IV. Leistungen aus dem Fachgebiet Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach-gruppe	Anmerkung
14u	Paravertebrale Infiltration über ein oder mehrere Segmente (Quaddelungen ausgenommen)	39	O, UC	Von UC in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

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

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach-gruppe	Anmerkung
11b	Otomikroskopie	15	H	In höchstens 25 % der Fälle verrechenbar

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach-gruppe	Anmerkung
32d	Zuschlag für Doppler	€ 13,60	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	Fach-gruppe	Anmerkung
35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	€ 55,00		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

Pos.Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
4c	Auflichtuntersuchung/ Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe; pro suspekter Läsion	€ 2,41	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	€ 10,23	K	In 5 % der Fälle verrechenbar. Bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis

C. II.

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

€ 0,23

C. III.

Tarif für Physio-Behandlungen

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fach- gruppe	Anmerkung
90b	Wärmelampe	€ 1,03		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,48		
90d	Galvanisation	€ 1,83		
90e	Schwellstrom	€ 2,54		

90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation, alternierende Ströme, diodynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 2,81		
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 3,77		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,54		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 2,81		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 2,81		
90k	Ultraschall *)	€ 3,15	PH/O/ UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthritis, chron. Neuralgie, Periostitis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,15		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,12		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 1,83		
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 9,45	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlamm packung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari- packung) *)	€ 7,11	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel*)	€ 9,81	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe*) pro Person	€ 4,82	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 9,45	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 13,76	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe*) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 2,81	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 18,83	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 1.1.2013 € 0,3080.

Pos.Nr.	Art der Leistung	Honorar €	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 69,32	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.

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 5,27
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 7,65
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kontrastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 12,91
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 5,27
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 11,64

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
6	9 x 12	€ 4,47
7	13 x 18	€ 5,68
8	18 x 24	€ 7,08
9	15 x 40	€ 7,97

10	24 x 30	€ 8,77
11	30 x 40	€ 11,44
12	35 x 35	€ 12,75
13	35 x 43	€ 13,52
14a für den ersten Zahnfilm		€ 2,59
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 1,69

Röntgentherapie

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serien-pausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten €
Tarifgruppe II:						
17p	Tendinitis	4 – 6	4	3	76,8	€ 20,29
Tarifgruppe III:						
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 24,94
18e	Bursitis (Calcaneussporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 24,94
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 24,94
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 24,94
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 24,94
18ab	Schweidrüsen-entzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 24,94

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 1 % 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 1 % der Fälle verrechenbar.

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	€
70	Ersthonorar	€ 9,64
71	Zweithonorar	€ 6,54

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung	mit Bildverstärker
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 5,27

Pos. Nr.	Aufnahme cm	Film
82	9 x 12	€ 3,23
83	13 x 18	€ 4,12
84	18 x 24	€ 6,71
85	15 x 40	€ 5,76
86	24 x 30	€ 8,77
87	30 x 40	€ 11,44
88	35 x 35	€ 12,75
80	35 x 43	€ 13,52

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 € 2.226,79, für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.431,81 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)	€ 25,52	€ 31,91	RÖ/I/C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar.
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 21,30	€ 26,73	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 € 28,80		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 28,80		RÖ/G
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. SSW	Honorar einschl. Unkosten € 28,80		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 28,80		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 € 18,50		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 Schädel bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 39,00		K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 26,60		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patholog. Befund nach MKP-Untersuchungen	Honorar einschl. Unkosten € 34,49		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 18,41		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar.
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 10,77		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostatasonographie	Honorar einschl. Unkosten € 28,64		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie-Ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 8,16		RÖ
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 47,61		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 € 8,86		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 11,76		RÖ In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar.
SO 17	Neue Leistung ab 1.1.2013: Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen).	Honorar einschl. Unkosten € 30,00		RÖ In höchstens 2 % 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 1.1.2013 um 2,3 % angehoben.

Klagenfurt, 26. November 2012

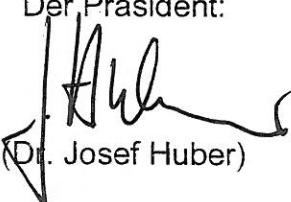
Für die Ärztekammer für Kärnten:

Der Obmann der Kurie
niedergelassene Ärzte:


(Dr. Gert Wiegele)



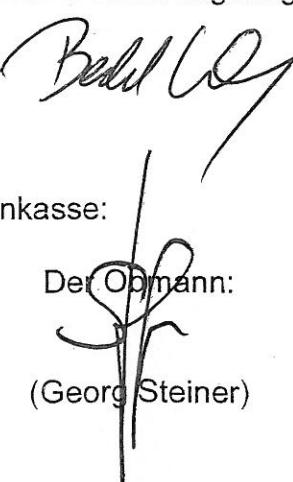
Der Präsident:


(Dr. Josef Huber)

Für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger:


Der Direktor
(Dr. Johann Lintner)




Der Obmann:
(Georg Steiner)

Für die Kärntner Gebietskrankenkasse:

