

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht gemäß § 675 Abs. 2 ASVG:

Ärzte-Gesamtvertrag (kompilierte Fassung)

Stand: Gesamtvertrag vom 1. August 1972 in der Fassung des Zusatzübereinkommens vom 2. Dezember 2013

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

GRUNDLAGEN

§ 1

(1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl. Nr. 189, sowie gemäß § 38 Abs. 2 Ziff. 8 des Ärztegesetzes, BGBl. 373/84, in der geltenden Fassung, zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung „Anspruchsberechtigte“ zusammengefasst) abgeschlossen.

(2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

GELTUNGSBEREICH

§ 2

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

1. Kärntner Gebietskrankenkasse
 2. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
 3. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- (im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

§ 3

(1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien in einem Anhang zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.

(2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

(3) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der Vertragsärzte, ihre örtliche Verteilung sowie über die beantragte Änderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.

(4) Ab 1.1.2005 müssen neue Standorte von Ordinationen über einen barrierefreien Zugang verfügen. Für am 1.1.2005 bestehende Ordinationsstandorte von Vertragsärzten sind nach Möglichkeit Maßnahmen zur Erleichterung des Zuganges mit dem Ziel zu setzen, dass mindestens 25 % aller Ordinationsstandorte über einen barrierefreien Zugang verfügen. Kriterien der Barrierefreiheit sind die Bestimmungen des Anhangs zur Gruppenpraxen-Rahmenvereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer. Dieser Anhang ist ein integrierter Bestandteil dieser Vereinbarung.

AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN

§ 4

(1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen zwischen der Kammer und den Versicherungsträgern in der Kärntner Ärztezeitung und auf der Homepage der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung ist zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren.

(2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)
AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE

§ 5

(1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen der Kammer und der Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.

(3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.

(4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträger dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte SV-Ärzte/SV-Ärztinnen. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS

§ 6

(1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet.

(2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund seiner Bestimmungen in einem Vertragsverhältnis stehenden Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

(3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom

Versicherungsträger der Kammer übermittelt.

(5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES

§ 7

(1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger ist der in der Anlage beigefügte Muster-Einzelvertrag zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 5 Abs.1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.

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

(4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

WECHSEL DER ORDINATIONSTÄTTE

§ 8

(1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die paritätische Schiedskommission.

(2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs.1 erhoben wurde oder die paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

STELLVERTRETUNG

§ 9

(1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen. Mit Zustimmung des Versicherungsträgers kann von der Bestellung eines Vertreters Abstand genommen werden. Zum Vertreter eines Vertragsfacharztes kann nur ein Facharzt

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

desselben Fachgebietes bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann. In Urlaubszeiten ist durch Bestellung einer Vertretung sicherzustellen, dass (fach-)ärztliche Versorgung im Sprengel bzw. Bezirk tunlichst gewährleistet ist.

(2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und dem Versicherungsträger bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so kann die Kammer oder der Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses.

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG**§ 10**

(1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die vertragsärztliche Behandlung hat in diesem Rahmen alle Leistungen zu umfassen, die aufgrund der ärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel sowie zweckmäßigerweise außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können. Muss ärztliche Hilfe in einem besonderen Ausmaß geleistet werden, so ist dies auf Verlangen des Versicherungsträgers vom Arzt zu begründen.

(3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

(4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.

(5) Der Anspruchsberechtigte darf während desselben Krankheitsfalles innerhalb des Abrechnungszeitraumes einen Arztwechsel nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers, welcher den behandelnden Arzt vorher anzuhören hat, vornehmen.

(6) Der Vertragsarzt wird ärztliche Leistungen im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung seiner eigenen Person, des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, dem Versicherungsträger nicht verrechnen; er ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers in diesen Fällen berechtigt.

(7) Der Vertragsarzt ist zur Fortbildung verpflichtet. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und über die fachspezifischen Qualitätsstandards zu informieren. Angestrebt wird, dass möglichst viele Vertragsärzte durch die Teilnahme am ÖÄK-Fortbildungsprogramm ihre Fortbildungsverpflichtung erfüllen.

BEHANDLUNG IN DER ORDINATION**§ 11**

(1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.

(2) 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.

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.

(3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z. B. bei Erster Hilfeleistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeiten ärztliche Hilfe zu leisten.

(4) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

Zweitordinationen, in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wozu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen zählen), dürfen nur

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

mit Zustimmung von Ärztekammer und Versicherungsträger betrieben werden. Die Wirkung des Einzelvertrages erstreckt sich auf die Zweitordination, wenn Kammer und Versicherungsträger zustimmen. Die Eröffnung einer Zweitordination ist vom Vertragsarzt dem Versicherungsträger und der Kammer zu melden. Die obigen Regelungen gelten sinngemäß auch für Vertragsärzte, die über die einzelvertraglich vereinbarte Tätigkeit in einem bestimmten Fachgebiet (auch Arzt für Allgemeinmedizin) hinaus eine Tätigkeit in einem anderen Fachgebiet (auch Arzt für Allgemeinmedizin) ausüben bzw. ausüben wollen.

KRANKENBESUCH**§ 12**

(1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9 Uhr beim Arzt anzumelden.

(2) Für den Vertragsarzt für Allgemeinmedizin besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen, wenn er als nächster erreichbarer Arzt in Anspruch genommen wird. In geschlossenen Orten bis 5.000 Einwohner gelten grundsätzlich alle Vertragsärzte für Allgemeinmedizin als nächster erreichbar. In Orten mit mehr als 5.000 Einwohner ist der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin in der Regel nur innerhalb eines Umkreises von 1 km – gerechnet von seiner Ordinationsstätte – zu Krankenbesuchen verpflichtet, es sei denn, dass er als nächster erreichbarer Vertragsarzt in Anspruch genommen wird.

(3) Für den Vertragsfacharzt besteht die Verpflichtung zu Krankenbesuchen nur dann, wenn der Erkrankte schon in seiner Behandlung steht, nicht ausgehändig ist und am Niederlassungsort des Vertragsfacharztes oder innerhalb eines Umkreises von 5 km – gerechnet von der Ordinationsstätte – wohnt oder wenn er vom behandelnden Vertragsarzt als nächster erreichbarer Facharzt berufen wird.

(4) Für die Landeshauptstadt sowie für bestimmte Gemeinden kann im Anhang zu diesem Gesamtvertrag zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

(5) Ein zu einem Krankenbesuch nicht verpflichteter Vertragsarzt ist berechtigt, dem Versicherungsträger den Krankenbesuch einschließlich jener Weggebühren zu verrechnen, die bei Inanspruchnahme eines zur Behandlung verpflichteten Arztes aufgelaufen wären. Die Mehrkosten an Weggebühren kann der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten unmittelbar verrechnen.

(6) Die Vertragsparteien können im Anhang zu diesem Gesamtvertrag weitere Bestimmungen über die Verpflichtung zu Krankenbesuchen vereinbaren.

INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN**§ 13**

(1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Der Vertragsfacharzt soll Anspruchsberechtigte, die nach seinem Ermessen keiner dauernden fachärztlichen Behandlung bedürfen, einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin überweisen. Diesem ist hierbei die Diagnose und der Behandlungsvorschlag mitzuteilen.

(3) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages rückzuüberweisen.

GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN**§ 14**

(1) Ist die Durchführung ärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen.

(2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) abhängig machen.

NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG**§ 15**

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) 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.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs.1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) 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.

WOCHENEND- UND FEIERTAGSBEREITSCHAFTSDIENST**§ 16**

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

KONSILIUM**§ 17**

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

BETREUUNGSFÄLLE**§ 18**

(1) Für Versicherte anderer Gebiets- und Betriebskrankenkassen übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das Gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Verbrechensopfergesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Krankenversicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

(3) 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.

ABLEHNUNG DER BEHANDLUNG**§ 19**

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

ANSTALTSPFLEGE**§ 20**

(1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege, notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.

(2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.

(3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene, für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.

(4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN**§ 21**

(1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(2) Der Vertragsarzt wird bei der Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die Bestimmungen der Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV) in der jeweils geltenden Fassung beachten. Bei medizinischer Vertretbarkeit und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance wird der Vertragsarzt unter mehreren therapeutisch gleich geeigneten Heilmitteln das kostengünstigste verordnen. Ob im konkreten Behandlungsfall ein wirkstoffgleiches, wirkstoffähnliches Heilmittel oder ein Biosimilar geeignet sind, entscheidet (solange keine anderslautende Vereinbarung zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer besteht) der behandelnde Vertragsarzt. Dies gilt vor allem bei Neueinstellungen, grundsätzlich auch bei Folgeverordnungen. Nicht betroffen davon sind die Verordnungen von Heilmitteln im Vertretungsfall.

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

(2b) Die Ärztekammer für Kärnten und die KGKK informieren gemeinsam die Krankenanstalten im Bundesland Kärnten über diese Vereinbarung.

(2c) Der SV-ärztliche Dienst der KGKK ist bei Bewilligungsansuchen von Patienten und Patientinnen an diese Vereinbarung gebunden.

(3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.

(4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.

(5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandsmaterial und Reagenzien ist vom Vertragsarzt beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigestellt. Die Art des Bezuges wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(6) Beabsichtigt der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin, eine vom Vertragsarzt abgelehnte, genehmigungspflichtige Spezialität zu bewilligen, so ist diesem vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT**§ 22**

(1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Rehabilitations-, Kur-, Landaufenthalte und dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hiefür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.

(2) Beabsichtigt der Versicherungsträger Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den behandelnden Arzt anzuhören.

FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT**§ 23**

(1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.

(2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hiezu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Ambulatorium und dgl.) einholen.

(3) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT**§ 24**

(1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Leitenden Arzt/Leitender Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin des Versicherungsträgers aufgrund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen und zumindest zweimal wöchentlich an den Versicherungsträger zu übermitteln.

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

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

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

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

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

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

(3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben. Bei Kurzkrankenständen (bis 14 Tage) legt der Vertragsarzt gleichzeitig mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit den Termin der Arbeitsfähigkeit fest.

(4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherter, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.

(5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

FESTSTELLUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER**§ 25**

(1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Ambulatorium und dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Falle ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.

(2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organs des Versicherungsträgers gemäß Abs.1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.

(3) Beabsichtigt der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(4) Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organs des Versicherungsträgers gemäß Abs.2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Leitenden Arzt/Leitender Ärztin des Versicherungsträgers zu.

MUTTERHILFE**§ 26**

Der Vertragsarzt ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft verpflichtet.

AUSKUNFTSERTEILUNG**§ 27**

(1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsmäßig ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.

(2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unbefugten Personen Sorge zu tragen.

KRANKENAUFZEICHNUNGEN**§ 28**

(1) Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

(2) Im Rahmen der künftigen Vertragsverhandlungen werden die Vertragsparteien das Thema „Dokumentationspflicht“ behandeln.

ADMINISTRATIVE MITARBEIT**§ 29**

(1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.

(2) Die Muster der für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart.

(3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden dem Vertragsarzt vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Stempelpigle zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinisch üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

(5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an den Versicherungsträger zu verweisen.

HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT**§ 30**

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

- a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
- b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;
- c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Punkten und, soweit dies vorgesehen ist, in Euro-Beträgen.

(2) Der Geldwert des einzelnen Punktes wird in einem Anhang zur Honorarordnung von den Vertragsparteien vereinbart. Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

RECHNUNGSLEGUNG**§ 31**

(1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als einen Monat nach Ablauf des Einsendetermins ab, kann der Versicherungsträger die Honorarvorauszahlung bis zur Vorlage der Abrechnung einstellen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALT**§ 32**

(1) Der Versicherungsträger wird von dem dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekannt gegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungstermine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Wird vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

TOD DES VERTRAGSARZTES**§ 33**

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT**§ 34**

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der paritätischen Schiedskommission und der Landesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Der Versicherungsträger wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.

(4) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was den Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

(5) Der Vertragsarzt teilt dem Versicherungsträger die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit; das gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM ÄRZTLICHEN DIENST**§ 35**

(1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Leitenden Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt /SV-Ärztin vertreten. Der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Leitende Arzt/Leitende Ärztin bzw. SV-Arzt/SV-Ärztin ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS**§ 36**

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Leitenden Arzt/Leitende Ärztin vertreten (§ 35). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs.5 hinzuweisen ist.

(5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechs-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN**§ 37**

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen – unbeschadet der Bestimmungen des § 36 – dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES**§ 38**

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann – ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 9 Abs.2 – nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs.2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

**AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN
AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS****§ 39**

Der Versicherungsträger wird freie Facharztstellen in einem von ihm geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer ausschreiben.

**GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES
SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER****§ 40**

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Kärntner Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Kärntner Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Kärntner Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, insbesondere der Honorarabrechnungen, wird die Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse, bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs.1 und 2 von

einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE**§ 41**

Alle Ärzte, die am Tage des Abschlusses dieses Gesamtvertrages in einem Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag im bisherigen Umfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit übernommen.

GÜLTIGKEITSDAUER**§ 42**

(1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes aufgekündigt werden.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

VERLAUTBARUNG

§ 43

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

INKRAFTTRETEN

§ 44

Das Zusatzübereinkommen 2014 tritt mit 1.1.2014 in Kraft.

Klagenfurt/Wien, den 2. Dezember 2013

ANLAGE:**Vertragsmuster gemäß § 7 Abs.1 des Gesamtvertrages**

Gebührenfrei gemäß

§ 110 ASVG

EINZELVERTRAG**§ 1**

(1) Dieser Einzelvertrag wird zwischen Frau/Herrn Dr. med. (im Folgenden Vertragsarzt genannt) in und der in aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages vom abgeschlossen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages samt den geltenden Sonder- und Zusatzvereinbarungen wird vom Vertragsarzt zur Kenntnis genommen.

§ 2

Die vertragsärztliche Tätigkeit wird in der Eigenschaft als Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für, ausgeübt.

Berufssitz:

Ordinationsstätte:

Ordinationszeit:

§ 3

Bezüglich der Art und des Umfanges der vertragsärztlichen Tätigkeit wird im Einvernehmen mit der Kammer besonders vereinbart:

§ 4

Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus dem Gesamtvertrag, aus den in Zukunft abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen und aus diesem Einzelvertrag.

§ 5

(1) Der Vertragsarzt gibt durch die Unterfertigung des Einzelvertrages sein Einverständnis, dass die von der Kammer beschlossenen und dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Abzüge von seinem Honorar vorgenommen werden können.

(2) Der Vertragsarzt erklärt weiters, eine Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses (§ 36 Abs.3 des Gesamtvertrages) als verbindlichen Schiedsspruch im Sinne der §§ 577 ff Zivilprozessordnung anzuerkennen, sofern nicht fristgerecht ein Antrag an die paritätische Schiedskommission eingebracht wurde.

§ 6

Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei dem zustellungsbevollmächtigten Versicherungsträger folgt.

....., den

Für den Versicherungsträger:

Unterschrift des Vertragsarztes:

ZUSATZ- UND ERGÄNZUNGSBESTIMMUNGEN

Zu § 3 Abs.1 des Gesamtvertrages:

Die Zahl der Vertrags(fach)ärzte und ihre örtliche Verteilung ist im Stellenplan der § 2-Kassen für Kärnten, abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Kärnten einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits, vom 11.9.2003 geregelt.

Zu § 4 Abs.1 des Gesamtvertrages:

(1) Freie Vertragsarztstellen werden in der Kärntner Ärztezeitung und auf der Homepage der Ärztekammer für Kärnten mit folgendem Wortlaut ausgeschrieben:

„Im Einvernehmen der Kärntner § 2-Kassen und der Ärztekammer für Kärnten wird hiermit folgende Kassenarztstelle ausgeschrieben:“

- Fachrichtung, Ort, allenfalls Sprengel
- Die Bewerbungen sind bei der Ärztekammer für Kärnten, 9020 Klagenfurt, St. Weiterstrasse 34, schriftlich einzureichen. Bewerbungen per Fax oder E-Mail werden nicht berücksichtigt.
- Die Bewerbungsfrist (mindestens 3 Wochen) endet am, umUhr. Die Bewerbung gilt als zeitgerecht, wenn sie bis zum angegebenen Zeitpunkt in der Ärztekammer einlangt.
- Für die Bewerbung ist das im Einvernehmen der Gesamtvertragspartner aufgelegte Bewerbungsformular zu verwenden.

Ein Bewerber muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Staatsbürgerschaft eines EWR-Staates oder der schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Diplom der Österreichischen Ärztekammer über Zuerkennung des Arztes für Allgemeinmedizin oder des ausgeschrieben Facharztes bzw. eine gleichwertige Bescheinigung (§§ 4, 5, 5a, 7 und 8 ÄrzteG).

Die Vergabe der Kassenarztstelle erfolgt nach den zwischen Kasse und Kammer vereinbarten Reihungsrichtlinien. Für die Beurteilung der Bewerbung werden alle Unterlagen und Nachweise berücksichtigt, die bis zum Bewerbungstichtag (Ende der Ausschreibungsfrist) eingelangt sind.

Mitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben dem Bewerbungsformular einen Lebenslauf beizulegen.

Nichtmitglieder der Ärztekammer für Kärnten haben folgende Nachweise dem Bewerbungsformular beizulegen:

- Promotionsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Diplom(e)
- Lebenslauf
- Nachweise über die berufliche Erfahrung (Dienstbestätigung, Zeugnisse, Bestätigung der beruflichen Interessensvertretung über die Eintragung in der Ärzteliste als Praxisvertreter, niedergelassener Arzt oder angestellter Arzt)

Zu § 20 des Gesamtvertrages:

Die Ärztekammer für Kärnten wird in Rundschreiben und mit Veröffentlichungen in ihren periodischen Mitteilungen auf ihre Kammermitglieder dahingehend einwirken, dass dieselben bei Krankenhauseinweisungen einen strengen Maßstab anlegen, um dadurch die ökonomischen Maßnahmen der Vertragskassen tatkräftig zu unterstützen.

Klagenfurt/Wien, den 2. Dezember 2013

INHALTSVERZEICHNIS DER HONORARORDNUNG

A. Allgemeine Bestimmungen

- I. Honorierung
- II. Fremdkassenfälle
- II. A) Verrechnungskreise der SVB-Fälle
- III. Akontozahlungen und Restzahlungen
- IV. Rechnungslegung, Abzüge und Honorarüberweisungen
- V. Überweisungen zwischen Vertragsärzten
- VI. Vertretung bei Urlaub, Krankheit und in Notfällen
 - 1. Urlaub und Krankheit
 - 2. Notfälle
- VII. Ordinationsbedarf
- VIII. Administrative Mitarbeit der Vertragsärzte
- IX. Qualitätssicherung
- X. Arzneimitteldialog und Heilmittelvereinbarung
 - Zielsetzung
 - Gültigkeitsdauer
 - Zieldefinition und Datengrundlage
 - Organisatorische Zielsetzung und Umsetzung
 - Versorgungsqualität
 - Themen und Berechnungsgrundlage
 - Flankierende Einzelmaßnahmen

B. Besondere Bestimmungen

- I. Ordinationshonorierung
- II. Bereitschaftsdienstzulage
- III. Weggebühren
 - 1. Grundsätzliches
 - 2. Weggebühren der in den Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte
 - 3. Weggebühren der außerhalb der Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte
 - a) Zuschlag zur Visite
 - b) Honorierung nach Doppelkilometern
 - 4. Bergwege
 - 5. Nicht anrechenbare Weggebühren
 - 6. Weggebühren für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern
- IV. Gültigkeit

HONORARORDNUNG

in der Fassung vom 2. Dezember 2013

abgeschlossen gemäß § 30 (1) des Gesamtvertrages vom 1. August 1972 zwischen der Ärztekammer für Kärnten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Kärntner Krankenversicherungsträger.

Diese Honorarordnung gilt nicht für

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

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

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Die Honorierung der Laborleistungen für die Fachärzte für Labormedizin erfolgt nach Punkten. Ab 1.1. 2013 beträgt der Punktwert € 0,419 und werden die Frequenzzunahmen in diesem Zeitraum wie folgt abgegolten:

- bis zur Frequenz d.Vergleichsquartals + 4% 100% d.Tarifes (€ 0,419)
- bis zur Frequenz d.Vergleichsquartals + 6% 60% d.Tarifes (€ 0,252)
- bis zur Frequenz d.Vergleichsquartals + 8% 50% d.Tarifes (€ 0,210)
- darüber 30% d.Tarifes (€ 0,126)

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

2. die gynäkologische Cytodiagnostik beim Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Erich Ropp in Klagenfurt
3. den Vertragsarzt Dr. Hellmuth Reichel hinsichtlich der physiotherapeutischen und balneologischen Leistungen seines Institutes

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN**I. Honorierung**

Die Honorierung der Ärzte erfolgt, sofern nicht im Einzelvertrag oder Sondervereinbarungen etwas anderes bestimmt wird, durch Honorierung von

- a) Ordinationen gemäß Abschnitt B. I.
- b) Bereitschaftsdienstzulagen gemäß Abschnitt B. II.
- c) Weggebühren gemäß Abschnitt B. III.
- d) Einzelleistungen gemäß Abschnitt C. I. und C. II.
- e) physiotherapeutischen Leistungen gemäß Abschnitt C. III.
- f) Röntgenhonoraren und Unkostenvergütungen an Röntgenfachärzte gemäß Abschnitt C. IV.
- g) Röntgenhonoraren und Unkostenvergütungen an Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte mit erlaubter Röntgendiagnostik gemäß Abschnitt C. V.
- h) Leistungen der Ultraschall Diagnostik gemäß Abschnitt C. VI.
- i) Operationsleistungen gemäß Abschnitt C. VII.

II. Fremdkassenfälle

Honorare, die für die Behandlung von Anspruchsberechtigten gemäß § 18 des Gesamtvertrages durch Vertragsärzte anfallen, werden nach den Bestimmungen dieser Honorarordnung errechnet und gemeinsam mit den Vertragskassenfällen des betreffenden Quartals bezahlt.

Fremdkassenfälle bleiben bei der Staffelung der Ordinationspunkte und der Ermittlung fallzahlabhängiger Limite unberücksichtigt. Für sie gelten keine fallzahlabhängigen Limite.

II.A

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

- SVB-Verrechnungskreis - Ordinationen

Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die näheren Bestimmungen sind unter B. Besondere Bestimmungen, I. Ordinationshonorierung, Punkt 8 geregelt.

- SVB-Verrechnungskreis - Laborleistungen

Die Begrenzung der durchschnittlichen Punktezahle pro Fall und Quartal nach Pkt. C.II. Abs. 3 wird für SVB-Fälle getrennt ermittelt. Die über dieser Begrenzung liegenden Punkte werden nicht honoriert.

- SVB-Verrechnungskreis – Sonderleistungen

Alle übrigen Leistungen werden für die SVB-Versicherten bzw. Anspruchsberechtigten getrennt von den übrigen § 2 Kassenfällen ermittelt und honoriert.

III. Akontozahlungen und Restzahlungen

(1) An die Ärzte werden bis zum 10. jedes Monats für den laufenden, noch nicht abgerechneten Monat Akontozahlungen angewiesen. Diese bleiben während eines Kalenderjahres unverändert und betragen 25 % des Durchschnittes der Honorare des IV. Quartals des vorletzten und der ersten drei Quartale des letzten Jahres. 50 % der Akontozahlung für Dezember werden zusammen mit der Akontozahlung für November angewiesen. Bei Neuzulassungen werden die Akontozahlungen für das erste Jahr der Kassentätigkeit für jedes Quartal einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegt. Die monatlichen Akontozahlungen werden auf € 100,-- auf- oder abgerundet.

Für die Ermittlung der Akontozahlung sind die Honorare der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu berücksichtigen.

(2) Für Zeiten, während welcher ein Arzt sich auf Urlaub befindet, ohne einen Vertreter namhaft gemacht zu haben, besteht kein Anspruch auf Akontozahlungen in der bisherigen Höhe.

(3) Kann der Arzt seine Ordinationstätigkeit wegen Krankheit vorübergehend nicht ausüben und hat er auch keinen Vertreter, so werden, falls der Ordinationsbetrieb nur innerhalb eines Quartals ruht, die Akontozahlungen in bisheriger

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Höhe weitergewährt. Unterbleibt die Ordinationstätigkeit auch im darauf folgenden Quartal, so können Akontozahlungen für dieses Quartal über Antrag des erkrankten Arztes geleistet werden.

(4) Allenfalls für ein Quartal sich ergebende Überzahlungen werden von den im übernächsten Quartal zu leistenden Akontozahlungen abgezogen bzw. auf anderem Wege rückgefordert.

(5) Die Restzahlung für ein abgerechnetes Quartal wird spätestens drei Monate nach Quartalsende angewiesen.

(6) Bei den monatlich zu leistenden Akontozahlungen an die dem Kärntner Gesamtvertrag angehörigen Vertrags(fach)ärzte handelt es sich um Gutschriften im Sinne des § 11 Abs.7 des UstG 1972 für getätigte ärztliche Leistungen; gemäß § 11 Abs.8 Z.2 leg. cit. gelten solche Gutschriften als Rechnungen.

IV. Rechnungslegung, Abzüge und Honorarüberweisungen

(1) Die Abrechnungsunterlagen sollen bis zum 10. des dem Abrechnungszeitraum folgenden Monats bei der Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse eingereicht werden.

(2) Für Vertragsärzte, deren Abrechnung über ärztliche Leistungen ohne triftige Begründung erst nach Ablauf des Einreichungsmonats bei der Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse einlangt, werden die weiteren monatlichen Akontozahlungen bis zum Eintreffen der Abrechnungen aufgeschoben.

Wenn die Abrechnung jedoch erst nach dem 15. des dem Abrechnungszeitraum zweitfolgenden Monats bei der Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse einlangt, so wird die Honorarabrechnung nicht in der laufenden, sondern erst in der nächsten Abrechnungsperiode bearbeitet.

(3) Sämtliche durch die Vertragspartnerabteilung an den Vertragsarzt zu leistenden Zahlungen werden auf ein Bankkonto des Vertragsarztes überwiesen.

(4) Die Vertragspartnerabteilung überweist jene Beträge, die sie von den Honoraren der Vertragsärzte für die Ärztekammer einbehält, bis zum 15. des der Abrechnungsperiode folgenden Monats der Ärztekammer für Kärnten.

V. Überweisungen zwischen Vertragsärzten

(1) Ist bei einem Anspruchsberechtigten eine fachärztliche Untersuchung oder Behandlung notwendig, so ist der Anspruchsberechtigte durch den überweisenden Arzt zu befragen, welchen Vertragsfacharzt des betreffenden Faches er aufzusuchen wünscht. Der Name des gewünschten Vertragsfacharztes ist auf dem Überweisungsschein anzugeben.

(2) Röntgenfachärzte können auf Kassenkosten nicht direkt, sondern nur über Zuweisung in Anspruch genommen werden. Eine Ausweitung der Röntgenuntersuchung über das vom zuweisenden Arzt gewünschte Ausmaß hinaus ist nicht zulässig.

(3) Überweisungen von einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin zu einem anderen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin dürfen nur bei vorübergehender oder dauernder Verlegung des Wohnsitzes oder des Aufenthaltsortes der Anspruchsberechtigten erfolgen.

Überweisungen von einem Vertragsfacharzt zu einem anderen Vertragsfacharzt derselben Fachgruppe sind nur mit fachlicher Begründung möglich (besondere Untersuchungsmethode).

In allen anderen Fällen sind Überweisungen zwischen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin oder Vertragsfachärzten derselben Fachgruppe nur mit Zustimmung der § 2-Kassen (Leitender Arzt/Leitende Ärztin der GKK) möglich.

(4) Wünscht der Anspruchsberechtigte die Untersuchung, Behandlung oder Weiterbehandlung durch einen Nichtkassenarzt (Wahlarzt), so ist der Vertragsarzt nicht berechtigt, für die Überweisung ein Kassenformular zu verwenden.

(5) Werden entgegen den vorstehenden Bestimmungen Überweisungsscheine ausgestellt, die den Namen des Vertragsfacharztes, dem der Anspruchsberechtigte zugewiesen wird, nicht enthalten oder werden Überweisungen an Nichtkassenärzte durchgeführt, so sind die § 2-Kassen berechtigt, die ihnen allenfalls aus solchen Fällen im Zusammenhang mit einer wahlärztlichen Behandlung erwachsenden Kosten vom Honorar des überweisenden Vertragsarztes abzuziehen.

VI. Vertretung bei Urlaub, Krankheit und in Notfällen

1. Urlaub und Krankheit

(1) Übt der Vertragsarzt seine ärztliche Tätigkeit vorübergehend wegen Urlaubes oder Krankheit nicht aus, so ist dies der Ärztekammer für Kärnten und der Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Dasselbe gilt für die Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit nach Beendigung des Krankenstandes.

(2) Im Falle einer Vertretung sind die Krankenprotokollbücher dem Vertreter zu übergeben und dessen Name und Anschrift an der Ordinationstür des vertretenen Arztes ersichtlich zu machen.

(3) Der zum Vertreter bestellte Vertragsarzt ist, sofern er die Vertretung in oder von seiner Ordination aus durchführt, berechtigt, die durch ihn erbrachten Leistungen für jene Patienten, die den Krankenschein bereits beim vertretenen Arzt abgegeben haben, mittels des vom vertretenden Arzt auszustellenden Abrechnungsscheines für Vertretungsfälle zu verrechnen.

(4) Abrechnungsscheine für Urlaubsvertretungen dürfen für Urlaubszeiten, die acht Wochen pro Kalenderjahr überschreiten, nicht ausgestellt werden. Die Abgeltung von Urlaubsvertretungen, für die die Ausstellung von Abrechnungsscheinen ausgeschlossen ist, ist zwischen dem vertretenden und dem vertretenen Arzt zu regeln.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(5) Wird die Vertretung jedoch in oder von der Ordination des vertretenen Arztes aus durchgeführt, erfolgt die Verrechnung nur mit dem vertretenen Arzt. Bei Vertretung durch einen Nichtvertragsarzt erfolgt die Verrechnung ebenfalls nur mit dem vertretenen Arzt.

2. Notfälle

Nimmt der Anspruchsberechtigte in dringenden Fällen, in denen die ärztliche Behandlung unabweislich ist, einen Vertragsarzt in Anspruch, der nicht sein behandelnder Vertragsarzt ist, so ist der die Erste Hilfe leistende Vertragsarzt berechtigt, einen Abrechnungsschein für Vertretungsfälle selbst auszustellen.

VII. Ordinationsbedarf

(1) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Bedarf der Vertragsärzte an Heilmitteln und Verbandsmaterial ist vierteljährlich bei der Gesundheitsökonomie der Kärntner Gebietskrankenkasse anzufordern. Die Anforderung ist mengenmäßig auf Fallzahl und Einzelleistungen abzustimmen.

(2) Der durch die § 2-Kassen beigestellte Ordinationsbedarf ist ausschließlich für deren Anspruchsberechtigte und in erster Linie für die Erstversorgung zu verwenden – jedoch nicht für Vorsorgeuntersuchungen. Die für die Weiterbehandlung benötigten Verbandsmittel und Medikamente sind zu rezeptieren.

(3) Der im Abs.2 angeführte Ordinationsbedarf umfasst auch Einmalspritzen und Einmalnadeln sowie Harnteststreifen zur semiquantitativen Harneinzelnuntersuchung und Stuhlblutsäckchen zur Untersuchung des Stuhles auf Blut sowie Trittschaum für Modelleinlagen.

VIII. Administrative Mitarbeit der Vertragsärzte

(1) Der Vertragsarzt ist im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit verhalten, das Krankenprotokoll zu führen, Überweisungsscheine, Bescheinigungen zum Zwecke des Fahrtkostenersatzes und Auszahlungsscheine auszustellen, Krankenhauseinweisungen vorzunehmen, Anträge auf außertarifliche Behandlungen und für Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte zu stellen und Medikamente zu verordnen. Die hierfür benötigten Formulare werden den Vertragsärzten von den § 2-Kassen kostenlos beigestellt.

(2) 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.

IX. Qualitätssicherung

Die Gesamtvertragspartner widmen dem Thema Qualitätssicherung besonderes Augenmerk, um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung von Servicequalität und Patientenorientierung zu fördern. In einer einrichtenden gemeinsamen Arbeitsgruppe werden diesbezügliche Konzepte erarbeitet. Als erste konkrete Maßnahme gilt folgendes: Das Ergebnis zytologischer Abstriche ist den Patientinnen schriftlich, persönlich oder telefonisch mitzuteilen, und zwar bei negativen Befunden innerhalb zumutbarer Frist, bei verdächtigen Befunden kurzfristig. Die Mitteilung und ihre Art ist zu dokumentieren.

Das Thema Befundübermittlung bei allen Zuweisungen durch Ärzte zu anderen Ärzten ist in der Arbeitsgruppe zu bearbeiten.

X. Arzneimitteldialog und Heilmittelvereinbarung

Zielsetzung

Ziel der Heilmittelvereinbarung zwischen der Ärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse ist eine Steigerung der Effizienz in Bezug auf den Einsatz der verfügbaren Mittel im Heilmittelbereich. In drei definierten Indikationsgruppen (A02, C09 und N) soll die Wirtschaftlichkeit einerseits auf Kostenebene durch den Ersatz von teuren durch kostengünstigere Heilmittel und andererseits auch auf Mengenebene (betrifft nur A02) durch die Senkung der Verordnungszahlen gesteigert werden.

Die Einsparungen die durch das Überschreiten festgelegter Zielsetzungen erreicht werden, werden zum Teil der Ärztekammer für Kärnten zur Verfügung gestellt. Da die ausgewählten Themen einen relevanten Anteil an den gesamten Heilmittelverordnungen ausmachen, ist die Heilmittelvereinbarung ein wichtiger Beitrag zur Optimierung der Ressourcenverteilung im Heilmittelbereich.

Die drei ausgewählten Medikamentengruppen – Mittel bei säurebedingten Erkrankungen (A02), Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09) und Nervensystem (N) - zählen schon seit Jahren zu den kostenintensivsten Medikamentengruppen in Kärnten. In diesen Gruppen sind kostengünstigere Präparate schon seit längerer Zeit hinweg verfügbar und in der Praxis erprobt.

Rahmenbedingungen und organisatorische Umsetzung

Gültigkeitsdauer

Die Gültigkeit der Heilmittelvereinbarung erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren, beginnend mit dem 1. Halbjahr 2014 bis 2. Halbjahr 2016. Während der Vereinbarung werden die jeweiligen Themenschwerpunkte gemeinsam mit der Ärztekammer für Kärnten fortlaufend evaluiert. Damit ist eine Anpassung an die Kärntner Rahmenbe-

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

dingungen 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 kostengünstigerer Heilmittel (im folgenden kurz „RöV-Anteil“ genannt) in den ausgewählten Heilmittelgruppen zu erhöhen.

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 Kalenderjahr (Messzeitraum) mit dem korrespondierenden Kalenderhalbjahr des Vorjahres (Basiszeitraum). Der erste Messzeitraum ist das Kalenderhalbjahr nach in Kraft treten dieser Vereinbarung, d.h. das 1. Halbjahr 2014 (entsprechender Basiszeitraum 1. Halbjahr 2013). Für die Dauer der Vereinbarung werden fortlaufend die korrespondierenden Kalenderhalbjahre bis zum 2. Kalenderhalbjahr 2015 als Basiszeitraum und dem 2. Kalenderhalbjahr 2016 als Messzeitraum miteinander verglichen.

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

Die Heilmittelvereinbarung hat im angeführten Thema A02 folgende Messparameter als Grundlage

- (DDD0) DDD gesamt im Basiszeitraum
- (DDD1) DDD gesamt im Messzeitraum
- (R0) „RöV-Anteil“ an ddd in Prozent im Basiszeitraum
- (R1) „RöV-Anteil“ an ddd in Prozent im Messzeitraum
- (Ko/DDDR,0) Kosten pro ddd der kostengünstigeren Heilmittel im Basiszeitraum
- (Ko/DDDN,0) Kosten pro ddd der nicht kostengünstigeren Heilmittel im Basiszeitraum

und die Kostenersparnis errechnet sich wie folgt

$$[DDD0 + (DDD0 - DDD1)] \times (R1 - R0) \times (Ko/DDDN,0 - Ko/DDDR,0) = X \text{ (Kostenersparnis in €)}$$

wenn $R1 - R0 \geq 5$ Prozentpunkte

Die Heilmittelvereinbarung hat in den angeführten Themen C09 und N folgende Messparameter als Grundlage

- VO gesamt im Messzeitraum
- (R0) „RöV-Anteil“ an VO in Prozent im Basiszeitraum
- (R1) „RöV-Anteil“ an VO in Prozent im Messzeitraum
- (Ko/VOR,0) Kosten pro VO der kostengünstigeren Heilmittel im Basiszeitraum
- (Ko/VON,0) Kosten pro VO der nicht kostengünstigeren Heilmittel im Basiszeitraum

und die Kostenersparnis errechnet sich wie folgt

$$VO1 \times (R1 - R0) \times (Ko/VON,0 - Ko/VOR,0) = X \text{ (Kostenersparnis in €) wenn } R1 - R0 \geq 5 \text{ Prozentpunkte}$$

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 dreijährige Vertragslaufzeit als jeweilige Einmalzahlung pro Halbjahr ausgeschüttet. Bedingung für die Ausschüttung ist allerdings, dass in der Heilmittelgruppe der RöV-Anteil im Messzeitraum zum RöV- Anteil im Basiszeitraum um mindestens 5%-Punkte erhöht wird.

Die Verständigung der Ärztekammer über die Höhe der erzielten Gesamteinsparungen erfolgt – Datenverfügbarkeit vorausgesetzt – jeweils nach Ablauf eines Messzeitraumes.

Die Präparate in den ausgewählten Indikationsgruppen werden im Folgekostenprogramm (FOKO) grundsätzlich durch eine vorgefertigte Kennzeichnung als kostengünstigeres Heilmittel bzw. nicht kostengünstigeres Heilmittel 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 mehrere konkrete Heilmittelthemen.

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

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Versorgungsqualität

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

Themen und Berechnungsgrundlage:**Definierte Themen der HM- Vereinbarung:**

1. Protonenpumpenhemmer, ATC-Code A02BC
2. ACE-Hemmer rein: C09AA, ACE-Hemmer und Diuretika: C09BA, Angiotensin-II-Antagonisten rein: C09CA, Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika: C09DA
3. Antipsychotika: N05A, Antidepressiva: N06A, Cholinesterasehemmer: N06DA, Andere Antidementiva: N06DX

Die Gruppen wurden ausgewählt, weil sie im Gegensatz zu anderen Medikamentengruppen, sehr kostenintensiv und beeinflussbar sind, ohne dass es zu Qualitätseinbußen für die Versicherten kommt.

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 diesen Heilmittelgruppen
- Gemeinsame Veranstaltungen in den zwei größten Krankenanstalten bezüglich HM-Vereinbarung
- Vorstellung der HM-Vereinbarung und Commitment zur HM-Vereinbarung mit den Bezirksärztevertretern bei den in den Bezirken stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen
- Innerhalb der regelmäßigen Evaluierung werden weitere zielführende Maßnahmen vereinbart.

B. BESONDERE BESTIMMUNGEN

Die Werte gelten ab 1.1.2014.

I. Ordinationshonorierung

Die Honorierung der Ordinationen dient der Abgeltung der persönlichen Zuwendung des Arztes und sämtlicher in den Tarifen nicht als eigene Position angeführten kleinerer ärztlicher Leistungen. Hiefür gelten folgende Regelungen:

1. **Tarifposition 1:** Kleine Ordination 1 Punkt
Als kleine Ordination können folgende Leistungen verrechnet werden: Kurze Beratung, Kontrolle, Verabreichung von Serieninjektionen, Rezeptverordnung, Überweisung; direkter Arzt-Patientenkontakt erforderlich.
2. **Tarifposition 3:** Normale Ordination 3 Punkte
Als normale Ordination können folgende Leistungen verrechnet werden: Beratung/Untersuchung/Behandlung ohne erhöhten Zeitaufwand.
3. **Tarifposition 6:** Große Ordination 6 Punkte
Als große Ordination können folgende Leistungen verrechnet werden: Eingehende Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme, ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache, Untersuchung/Behandlung/Beratung mit erhöhtem Zeitaufwand (z. B. bei Patienten, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Krankheit besonderer ärztlicher Zuwendung bedürfen).
4. Pro Tag und Patient kann nur eine Ordination verrechnet werden. Werden nur physiotherapeutische Leistungen erbracht, ist die Verrechnung einer Ordination nicht zulässig. Radiologen können Ordinationen nicht verrechnen.
5. Der Punktwert für die Ordination beträgt:
ab 1.1.2014 € 3,2454
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 Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) wird unabhängig von der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich 4 Punkten pro Fall und Quartal begrenzt.
Die Begrenzung der aufgrund von erbrachten Ordinationsleistungen zu honorierenden Punkte ergibt sich aus der Gesamtsumme der durchschnittlich pro Fall verrechenbaren Ordinationspunkte.
7. Die Bestimmungen des Punktes 6. gelten nicht für Fremdkassenfälle. Fallzahlabhängige Limite sind von der Gesamtzahl der Fälle einschließlich der Vertretungsfälle jedoch ohne Fremdkassenfälle zu ermitteln.
8. Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bis zum 125. Fall mit 8 Punkten und ab dem 126. Fall mit 3 Punkten begrenzt. Die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen wird mit durchschnittlich 4 Punkten pro Fall und Quartal begrenzt.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

II. Bereitschaftsdienstzulage

(1) Vertragsärzte, die an dem von der Ärztekammer für Kärnten eingerichteten Bereitschaftsdienst teilnehmen, erhalten eine Bereitschaftsdienstzulage.

(2) Die Bereitschaftsdienstzulage beträgt für die 24-Stunden-Einheit € 226,61. Nicht vollständig absolvierte 24-Stunden-Einheiten werden aliquot vergütet, wobei angefangene Stunden unberücksichtigt bleiben.

(3) Die Bereitschaftsdienstzulage wird innerhalb von 14 Tagen nach Einlangen der Aufstellung der Ärztekammer über die im abgelaufenen Quartal geleisteten Bereitschaftsdienste ausgezahlt.

(4) Der von der Ärztekammer für Kärnten eingerichtete Wochenenddienst beginnt am Samstag um 7.00 Uhr und endet am darauffolgenden Montag um 7.00 Uhr. Der Feiertagsdienst beginnt an dem dem Feiertag vorangehenden Tag um 14.00 Uhr und endet an dem dem Feiertag nachfolgenden Tag um 7.00 Uhr. Bei Doppelfeiertagen beginnt am zweiten Feiertag der Dienst um 7.00 Uhr.

(5) Der zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt ist berechtigt, für fremde Patienten einen hierfür aufgelegten Abrechnungsschein auszustellen und mit diesem die von ihm erbrachten Leistungen zu verrechnen.

(6) Die Kosten des Bereitschaftsdienstes sind limitiert, das Limit wird für das Vierteljahr auf der Basis von 1.325 24-Stunden-Einheiten und der in Abs.(2) ausgewiesenen Bereitschaftsdienstzulage bzw. für das Rechnungsjahr auf der Basis von 5.300 24-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.

Die ärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten muss auch nach der durch die schrittweise Einführung des Bereitschaftsdienstes im gesamten Gebiet des Bundeslandes Kärnten und der dadurch möglichen Reduzierung der Anzahl der diensthabenden Ärzte gewährleistet bleiben.

(7) Der von der Ärztekammer für Kärnten organisierte ärztliche Bereitschaftsdienst für die Stadt Klagenfurt wird wie folgt geregelt:

- a) Das Dienstpauschale für den Wochenend- und Feiertagsdienst beträgt für eine Diensteinheit (12 Stunden) € 513,29; dieses Pauschale wird in der Zeit bis 19.00 Uhr für zwei diensthabende Ärzte vergütet. Bei wesentlich gesteigerten Besuchsanforderungen (z. B. Grippeepidemie) können einvernehmlich zusätzlich diensthabende Ärzte eingesetzt werden, deren Honorierung aus dem gemäß Punkt B. II. Abs.6 der Honorarordnung errichteten Jahreslimit erfolgt.
- b) Der Wochenenddienst beginnt am Freitag um 19.00 Uhr und endet am darauffolgenden Montag um 7.00 Uhr. Der Feiertagsdienst beginnt an dem dem Feiertag vorangehenden Tag um 19.00 Uhr und endet an dem dem Feiertag nachfolgenden Tag um 7.00 Uhr.
- c) Mit dem Dienstpauschale sind alle Besuchs-, Ordinations- und sonstigen Leistungen bzw. Kosten wie auch die Weggebühren abgegolten.
- d) An dieser Regelung sind die § 2-Krankenversicherungsträger des Kärntner Gesamtvertrages, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beteiligt. Als Anspruchsberechtigte gelten auch Personen, die von den Versicherungsträgern aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder zwischenstaatlicher Verträge zu betreuen sind.
Die Aufbringung der Honorierungsmittel ist innerhalb der Versicherungsträger durchzuführen. Die Anspruchsberechtigten aller Versicherungsträger sind nach den jeweils gültigen Gesamtverträgen ärztlich zu versorgen.
- e) Von den Ärzten ist ein vom Kärntner Ärztekundendienst aufgelegtes namentliches Dienstjournal zu führen, in das chronologisch die durchgeführten Visiten, Ordinationen bzw. Leistungen einzutragen sind. Das Original des Dienstjournalles ist spätestens innerhalb von 5 Tagen nach Beendigung des Dienstes an die Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse, Kempfstraße 8, 9021 Klagenfurt weiterzuleiten. Während des Bereitschaftsdienstes dürfen vom Dienstarzt keine Kranken- bzw. Überweisungsscheine angenommen oder Vertretungsscheine ausgestellt werden. Bei Verstößen dagegen verfällt für diesen Arzt der Anspruch auf Bezahlung eines Dienstpauschales für diesen Dienst. Die Verordnung von Heilmitteln während des Bereitschaftsdienstes hat mit dem jeweiligen Rezeptformular des leistungszuständigen Versicherungsträgers zu erfolgen.
- f) Die Auszahlung der Dienstpauschalen wird innerhalb von vier Wochen nach Einlangen der Aufstellung der Ärztekammer über die im abgelaufenen Quartal geleisteten Dienstleistungen, welche gesondert von den übrigen Bereitschaftsdienstzulagen Kärntens zu erfolgen hat, vorgenommen.
- g) Das gemäß Punkt B.II. Abs.6 der Honorarordnung errichtete Quartals-limit wird um die auf die Stadt Klagenfurt entfallenden Einheiten gekürzt, wobei zwei Ärzte pro 24-Stunden-Einheit als Basis dienen.

III. Weggebühren**1. Grundsätzliches**

(1) Den Ärzten werden für gemäß § 12 des Gesamtvertrages durchgeführte Krankenbesuche Weggebühren nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen vergütet.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(2) Die Verrechnung der Weggebühren erfolgt ab einem Doppelkilometer, wobei über 0,5 km als voll, unter 0,5 km nicht berechnet werden.

(3) Für Visiten, die auf derselben Fahrt getätigt werden können, kann am gleichen Tag die Weggebühr nur einmal, und zwar dem Krankenversicherungsträger, verrechnet werden, für den der weiteste Weg zurückgelegt oder, bei gleicher Wegstrecke, für dessen Versicherte der Besuch zuerst angesprochen wurde. Sind am gleichen Tag und auf derselben Strecke eine oder mehrere Visiten zu tätigen, so erfolgt die Honorierung der Weggebühren nur bei entsprechender Begründung.

2. Weggebühren der in den Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte

(1) Die Weggebühren der in den Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte werden für die innerhalb des Stadtgemeindegebietes durchgeführten Visiten einschließlich solcher in Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Notfälle oder Bereitschaftsdienst) mit einem Zuschlag pro honorierter Visite abgegolten.

Dieser beträgt € 4,72

(2) Bei Visiten außerhalb des Stadtgemeindegebietes werden die Weggebühren gemäß 3. lit. b) Abs.1 und 2 ab Ordinationssitz honoriert, sofern sie die Pauschalentschädigung nach 2. Abs.1 übersteigen.

3. Weggebühren der außerhalb der Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte

a) Zuschlag zur Visite

(1) Der Zuschlag erhöht sich ab 1.1.2014 um 4 %. Die Weggebühren der außerhalb der Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin werden unbeschadet der Regelung nach lit. b) Abs.2 in Form eines Zuschlages pro honorierter Visite abgegolten, sofern diese Form der Abgeltung nicht schon im Einzelfall durch den Arzt oder die § 2-Kassen abgelehnt wurde.

(2) Ärzte für Allgemeinmedizin, denen die Weggebühren nach Abs.1 abgegolten werden, die jedoch diese Form der Abgeltung ablehnen, haben dies bis 31. März des jeweiligen Kalenderjahres der Ärztekammer für Kärnten und der Vertragspartnerabteilung der Kärntner Gebietskrankenkasse schriftlich bekanntzugeben. Lehnen die § 2-Kassen die Abgeltung gemäß Abs.1 im Einzelfall für ein bestimmtes Jahr und die Folgejahre ab, so hat die Vertragspartnerabteilung dies dem betroffenen Arzt bis 31. Dezember des vorangegangenen Jahres schriftlich bekanntzugeben.

(3) Ärzte für Allgemeinmedizin, denen die Weggebühren nicht in Form eines Zuschlages pro honorierter Visite abgegolten werden, können diese Art der Abgeltung jederzeit bei der Ärztekammer für Kärnten und bei der Vertragspartnerabteilung schriftlich beantragen. Wird ein solcher Antrag von den § 2-Kassen nicht abgelehnt, wird der Zeitpunkt, ab welchem diese Form der Abgeltung wirksam wird, von den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich festgesetzt.

(4) Der Zuschlag wird für jeden Ort, in dem eine Planstelle für Ärzte für Allgemeinmedizin besteht, von den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich festgesetzt.

b) Honorierung nach Doppelkilometern

(1) Für Ärzte für Allgemeinmedizin, die der Regelung nach lit. a) nicht unterliegen, sowie für die außerhalb der Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Fachärzte betragen die Weggebühren für die ausgewiesene Strecke pro Doppelkilometer

bei Tag (Pos. Nr. 2t)..... € 2,16

bei Nacht (Pos. Nr. 2n) € 3,25

(2) Die Weggebühren in Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Notfälle, Bereitschaftsdienst) werden nach den in Abs.1 ausgewiesenen Sätzen pro Doppelkilometer verrechnet.

Die im Punkt (4) b) Abs.2 angeführte Weggebühr gilt bezüglich des Bereitschaftsdienstes nur für den Wochenendbereitschaftsdienst.

4. Bergwege

Für einen Bergweg, das ist ein Weg, der mit einem normalen mehrspurigen Kraftfahrzeug nicht befahren werden kann, erhält der Arzt die Gebühr eines Doppelkilometers für jene Wegstrecke, deren Zurücklegung zu Fuß 10 Minuten Gehzeit hin und zurück erfordert, sofern er nicht einen Zuschlag zur Visite gemäß Art. IV. 3. a) erhält.

5. Nicht anrechenbare Weggebühren

Sind bei Vertragsärzten, deren Weggebühren nicht durch einen Zuschlag pro honorierter Visite abgegolten werden, nicht alle Tagvisiten verrechenbar, so sind auch die Weggebühren, die aus Tageskilometern resultieren, nur in dem Verhältnis verrechenbar, das sich aus der Zahl der verrechenbaren Krankenbesuche bei Tag (Tarifpos. 2, 2a, 2c und 3a) zur Gesamtzahl aller Krankenbesuche bei Tag (Tarifpos. 2, 2a, 2c und 3a) ergibt. Vertretungsfälle bleiben hierbei außer Betracht.

6. Weggebühren für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Hinsichtlich der Weggebühren für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern erfolgt die Honorierung als Zuschlag zur Visite nach Punkt 3. a). Der Vertragsarzt kann bis 4 Wochen nach in Kraft treten dieser Vereinbarung der Vertragspartnerabteilung bekanntgeben, dass er für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern die Honorierung nach Doppelkilometern gemäß Punkt 3. b) verlangt. Die Honorierung nach

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Doppelkilometern erfolgt sodann für die Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, aber nicht für die Versicherten der übrigen im § 2 des Gesamtvertrages genannten Versicherungsträger.

IV. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2014 wird die Geltung des gegenständlichen Gesamtvertrages einschließlich der Honorarordnung auf unbestimmte Zeit verlängert.

C. TARIFE**INHALTSVERZEICHNIS**

C. I. Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	
I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten	T 7
II. Allgemeine Einzelleistungen	T 10
1. Entnahme von Untersuchungsmaterial	T 10
2. Injektionen	T 11
3. Infusion	T 12
4. Punktionen	T 12
5. Untersuchungen	T 13
6. Betäubungen	T 14
7. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 14
III. Leistungen aus dem Fachgebiet der Augenheilkunde	T 19
1. Untersuchungen	T 19
2. Fremdkörperentfernung	T 21
3. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 21
IV. Leistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie	T 22
1. Wundversorgung	T 22
2. Injektionen	T 22
3. Operative Eingriffe	T 22
4. Versorgung von Luxationen und Frakturen	T 23
5. Verbände	T 25
6. Abnahme von Verbänden	T 27
7. Gipsmodelle	T 27
8. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 27
V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie	T 29
1. Untersuchungen	T 29
2. Geburtshilfe	T 29
3. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 30
VI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Urologie	T 31
1. Untersuchungen	T 31
2. Sonstige ärztliche Verrichtungen, Operationen	T 32
VII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde	T 33
1. Untersuchungen	T 33
2. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 34
VIII. Leistungen aus dem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie	T 35
1. Untersuchungen	T 35
2. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 36
IX. Leistungen aus dem Fachgebiet Psychiatrie und Neurologie	T 37
1. Untersuchungen	T 37
2. Sonstige ärztliche Verrichtungen	T 38
Erläuterungen zum Tarif für psychotherapeutische Behandlungen	T 39
X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin	T 40
Erläuterungen zur Ergometrie	T 41
XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde	T 42

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie	T 43
XIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde	T 45
XIV. Leistungen der Kinderfachärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin ohne Zahnbehandlungsvertrag	T 46
XVI. Mutter-Kind-Pass-Leistungen	T 47
 C. II. Tarif für medizinisch-diagnostische Laboruntersuchungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	 T 51
Morphologische Blutuntersuchungen	T 52
Chemische Untersuchung des Blutes	T 53
Blutgerinnung	T 55
Blutsenkung	T 56
Harnuntersuchungen	T 56
Sputumuntersuchung	T 56
Magensaftuntersuchungen	T 57
Stuhluntersuchungen	T 57
Liquoruntersuchungen	T 57
Untersuchungen von Sekreten der Geschlechtsorgane	T 58
Bakteriologische Untersuchungen	T 58
Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	T 58
 C. III. Tarif für Physio-Behandlungen	 T 60
 C. IV. Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie	 T 63
Allgemeine Bestimmungen	T 63
Besondere Bestimmungen	T 64
Mammographien	T 70
Röntgendiagnostik	T 70
Honorartarif	T 72
Unkostentarif	T 74
Röntgentherapie	
 C. V. Tarif für Röntgenleistungen für Fachärzte anderer Sparten und Ärzte für Allgemeinmedizin	 T 75
(1) Allgemeine Voraussetzungen	T 75
(2) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist	T 76
(3) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte für Radiologie niedergelassen sind	T 76
a) Röntgenhonorar	T 78
b) Röntgenunkosten	T 79
Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik	T 80
Positions-Nummer, Organ, Aufnahmenorm	T 80
Organe und Ersthonorare	T 88
 C. VI. Ultraschall Diagnostik (Sonographie)	 T 94
 C. VII. Operationstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte	 T 100
I. Augenheilkunde	T 100
II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie	T 102
III. Haut- und Geschlechtskrankheiten	T 107
IV. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	T 108
V. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	T 110
VI. Urologie	T 112

C. TARIFE

Alle im Folgenden angeführten Änderungen, Einführungen und Bewertungen von Tarifen treten mit 1.1.2014 in Kraft.

C.I.**Einzelleistungstarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte**

(1) Leistungen, die mit der Abkürzung einer Fachgruppe oder mit einem AM bezeichnet sind, können nur von den dieser Fachgruppe angehörenden Vertragsfachärzten oder Ärzten für Allgemeinmedizin verrechnet werden.

Abkürzungen:

AM = Arzt für Allgemeinmedizin

A = Facharzt für Augenheilkunde

C = Facharzt für Chirurgie

D = Facharzt für Dermatologie

G = Facharzt für Gynäkologie

H = Facharzt für Hals-, Nasen- Ohrenkrankheiten

I = Facharzt für Innere Medizin

K = Facharzt für Kinderheilkunde

L = Facharzt für Lungenkrankheiten

N = Facharzt für Neurologie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

P = Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

NC = Facharzt für Neurochirurgie

O = Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

PH = Facharzt für Physikalische Medizin

U = Facharzt für Urologie

UC = Facharzt für Unfallchirurgie

(2) Die Einzelleistungen sind sowohl für die Ärzte für Allgemeinmedizin als auch für die Fachärzte nach Punkten bewertet:

(3) Der Punktwert für Einzelleistungen beträgt

€ 0,3728

(4) Die mit einem (*) versehenen Positionen des Einzelleistungstarifes können nur dann verrechnet werden, wenn keine Einweisung des Patienten in eine Krankenanstalt erfolgt.

(5) Bewilligungen von Leistungen, die der vorherigen Genehmigung bedürfen, werden durch die Ärztlichen Dienststellen der § 2-Kassen erteilt.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

I. Abgeltung von Sonderordinationen und Visiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
1a	Zuschlag für eine Ordination im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst	€ 3,00	
1b	Nachtordination	€ 16,58	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	€ 2,09	Zeit ist zu vermerken
2	Tagvisite 1)	€ 30,60	Limitiert mit 0,4 Visiten pro Fall
2a	Tagvisite während der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung 1)	€ 34,00	
2b	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 19.00 und 22.00 Uhr bzw. zwischen 6.00 und 7.00 Uhr 1)	€ 40,63	

T 7

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
2m	Nachtvisite bei Berufung und Ausführung zwischen 22.00 und 6.00 Uhr 1)	€ 62,01	
2c	Tagvisite im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst oder an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 1)	€ 33,50	
2d	Anschlussvisite	Die ersten drei pro Patient u. Quartal verrechenbar mit je € 12,53 Jede weitere pro Patient u. Quartal mit € 5,34	Werden zur gleichen Zeit weitere im selben Haushalt (Internaten, Heimen, Schulen, Ferienanlagen und dgl.) anwesende Personen besucht, so kann für diese nur 2d verrechnet werden.
2e	Tagvisite bei den Krankheiten: Karzinom, Polyarthritis, St.p. Apoplexie, Ulcus cruris oder bei besonderer medizinischer Indikation (Dauerbetreuung) 1)	€ 30,60	
2f	Tagvisite in Vertretungsfällen 1)	€ 30,60	

T 8

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
3a	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behan- delnden Arztes, bei Tag 2)	€ 30,26	
3b	Konsilium am Krankenbett über Berufung des behan- delnden Arztes, bei Nacht 2)	€ 40,88	

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.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

II. Allgemeine Einzelleistungen

1. Entnahme von Untersuchungsmaterial

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6a	Blutentnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung	6		Wird im Zuge eines Untersuchungs-ganges das abgenommene Blut auch zur Bestimmung der Blutsenk-ung verwendet, so kann eine Blutentnahme nicht verrechnet werden.
9d	Blutentnahme aus der Vene zur Laboruntersuchung nur bei Kindern bis zum vollenden-ten 6. Lebensjahr verrechen-bar	10		Wird im Zuge eines Unter-suchungs-ganges das abgenommene Blut auch zur Bestimmung der Blutsenk-ung verwendet, so kann eine Blutentnahme nicht verrechnet werden.
32a	Sekretabnahme zur zytolo-gischen Untersuchung nach Papanicolaou	9		

T 10

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. Injektionen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
4a	Intravenöse Injektion	4		
8a	Eigenblutinjektion	8		Einschließlich Blutabnahme
9e	Intravenöse Injektion bei Kindern unter 6 Jahren	10		
9n	Intravenöse Injektion zur Varicen- oder Hämorrhoidal-knotenverödung	10		
11r	Infiltrationsanästhesie als Heilbehandlung (auch Gelenksumspritzung) und prä-sacrale Infiltration nach Pendel	15		
11s	Intraarterielle Injektion	15		
12b	Injektion an paravertebrale Ganglien oder an den Nervenstamm	20		Nur 1 x pro Behandlungstag verrechenbar
12c	Endosacrale Epiduralinjektion	20		
12x	Texterweiterung und Punkteerhöhung ab 1.1.2014 Intraarticuläre Injektion in kleine Gelenke einschließlich Anästhesie	35		nicht gleichzeitig mit Pos. 11r oder Pos. 11q an ein und demselben Gelenk pro Behandlungstag verrechenbar

T 11

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12y	Texterweiterung und Punkteerhöhung ab 1.1.2014 Intraarticuläre Injektion in große Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte und Kreuzdarmbeingelenk) einschließlich Anästhesie	45		nicht gleichzeitig mit Pos. 11r oder Pos. 11q an ein und demselben Gelenk pro Behandlungstag verrechenbar
13a	Intrapleurale Injektion	25		
15a	Injektion in das Ganglion stellatum	35		

3. Infusion

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
14r	Intravenöse Infusion	30		Mindestens 250 cm ³

4. Punktionen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9a	Aderlass durch Venenpunktion	10		
9f	Punktion aus oberflächlichen Körpergebilden	10		z.B. Zysten, Lymphknoten, Schleimbeutel, Haematome u.a

T 12

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
11a	Punktion aus kleineren Gelenken	15		
11h	Hydrocele Punktion	15		Je Seite
12t	Douglaspunktion	20		
13c	Punktion aus größeren Gelenken	30		Ellenbogen, Knie, Schulter
14k	Punktion der Harnblase	30		
16j	Lumbalpunktion	40		
17a	Punktion aus der Brust- oder Bauchhöhle, diagnostisch oder therapeutisch	50		

5. Untersuchungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
5a	Digitale Rektaluntersuchung	5		
10g	Oszillogramm, graphisch, einschließlich Messung der Hauttemperatur	12		

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

6. Betäubungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
10i	Plexusanästhesie	80	C/O/UC	
11p	Leitungsanästhesie	25		
11q	Infiltrationsanästhesie	20		Nur in Verbindung mit chirurgischen Eingriffen und Punktionen
17r	Intravenöse Narkose	50		

7. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4	Fachgruppenerweiterung ab 1.1.2014 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt 1)	€ 14,30	AM/I K/A	Verrechenbar 1 x pro Fall und Quartal; für AM in höchstens 6 %, für I in höchstens 5 %, für K in höchstens 4 % und für A in höchstens 1 % der Normalfälle (ohne Vertretungsfälle)

T 14

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Anmerkung 1)

Verrechenbar von Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde und Fachärzten für Augenheilkunde 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	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
5	Heilmittelberatungsgespräch	€ 9,62		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.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Anmerkung 2)

Die Position kann für folgende Leistungen verrechnet werden.

- a) Durchforsten von Medikamentenlisten vorzugsweise z.B. mit Hilfe des Medikamentenpasses unter Berücksichtigung von Neben- und Wechselwirkungen etc. Aktualisierung der Medikation durch Überprüfung der Indikation, um unnötige Heilmittelverordnungen bzw. Doppelverordnungen zu vermeiden
und/oder
- b) Gespräch mit dem Patienten/der Patientin zur Ein- und Umstellung auf kostengünstige Präparate (wirkstoffgleich, wirkstoffähnlich oder Biosimilars)
und/oder
- c) Empfehlung von heilmittelersetzenden Maßnahmen inkl. Handlungsanleitungen (z.B. Hausmittel, Verhaltensänderungen im Lebensstil).

Das Heilmittelberatungsgespräch hat grundsätzlich zwischen 5 - 10 Minuten zu dauern. Der Arzt führt das Gespräch persönlich. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. Angehörigen/Pflegepersonen von Menschen mit besonderen Bedürfnissen ist zulässig. Das Gespräch muss sich auf mindestens einen der aufgelisteten Themenkreise (a – c) beziehen und ist in Stichworten in der Kartei zu dokumentieren.

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9t	Arztbrief (ausführlicher fachärztlicher Befundbericht, Anamnese, Befund, Therapie-vorschlag)	10		Nur von Fachärzten bei zuge-wiesenen Fällen (ausge-nommen Fach-ärzte für Radiologie) ver-rechenbar

T 16

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9z	Arztbrief an die Krankenanstalt mit Operationsfreigabe	10	I/K	Von K in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar, nicht zugleich mit Pos. 9t verrechenbar
10e	Reposition einer incarcerierten Hernie	12		
10j	Ausführliches psychosoziales- psychosomatisches Gespräch, Dauer: mind. 20 Min.	50		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar, bei Nachweis einer durch die ÖÄK anerkannten Ausbildung (Modul II), nicht gleichzeitig mit einer Ordination verrechenbar
11z	Punkteerhöhung ab 1.1.2014 Eingehende Beratung und Betreuung bei psychiatrischen Erkrankungen mit erhöhtem Zeitaufwand	25	AM	In max. 3 % der Fälle verrechenbar; keine Anwendung des Limits bei Nachweis einer durch die ÖÄK anerkannten entsprechenden Ausbildung
13b	Magenspülung bei Vergiftung	25		

T 17

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
16o	Akupunktur, je Sitzung; Nadelakupunktur nach Kriterien des Obersten Sanitätsrates	40		Höchstens 10 Sitzungen pro Fall und Quartal verrechenbar, anerkannter Ausbildungsnachweis erforderlich, nur mit Sondervereinbarung erbringbar
17u	Wiederbelebungsversuche, je halbe Stunde	50		
28a	Allergenaustestung (Prick-, Scratch-, Intracutantest o.ä.)	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.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

III. Leistungen aus dem Fachgebiet der Augenheilkunde**1. Untersuchungen**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
6b	Untersuchung des Augenhintergrundes	6	A	In höchstens 75 % der Fälle verrechenbar
7b	Impressionstonometrie	7	A	
9c	Untersuchung mit der Spaltlampe	12	A	
9x	Schirmerprobe	10	A	
10a	Astigmatismusuntersuchung (Javal)	14	A	1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
10c	Skiaskopie	12	A	
10k	Bestimmung der Akkomodationsbreite	10	A	In höchstens 4 % der Fälle verrechenbar
14f	Perimetrie oder Skotometrie	30	A	
14h	Untersuchung mit dem Applationstonometer inkl. Spaltlampenuntersuchung und Anästhesie	30	A	Mit Pos.Nr. 7b gleichzeitig nicht verrechenbar
14t	Orthoptischer Status	30	A	1 x pro Fall und Quartal in höchstens 5 % d. Fälle verrechenbar

T 19

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
16e	Anlegen einer Tagesdruckkurve und/oder Belastungskurve (mind. 3 Werte) mit dem Schiötz-Tonometer	40	A	
18a	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie	62	A	In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit Pos.14f; Gerät ist durch Rechnungskopie nachzuweisen; Dokumentation inkl. Graphik sind 3 Jahre aufzubewahren
20b	Untersuchung mit dem Kontaktglas oder der Hrubylinse inkl. Spaltlampe	28	A	

T 20

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
34a	Eingehende Prüfung des binocularen Sehaktes, des Muskelgewichtes und des Doppelsehens	15	A	
8i	Einfache Brillenbestimmung	8	AM	Nur durch Ärzte für Allgemeinmedizin an Orten, an denen kein Augenfacharzt zugelassen ist, verrechenbar

2. Fremdkörperentfernung

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
10l	Wimpernepilation	11	A	
10m	Rostringentfernung	40	A	
12o	Fremdkörperentfernung aus der Hornhaut	20		

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
5f	Subconjunktivale Injektion, parabolbäre Injektion	5	A	

T 21

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

IV. Leistungen aus den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie**1. Wundversorgung**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
15b	Wundnaht bei Verletzungen	35		
16f	Definitive Versorgung einer schweren Verbrennung 2. od. 3. Grades, Ausdehnung mind. zwei Handflächen groß	40		Mit Abtragung der Blasen und Verband

2. Injektionen

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

3. Operative Eingriffe

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
8f	Warzenentfernung; eine oder mehrere	8		

T 22

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9h	Operative Entfernung eines Finger- oder Zehennagels	10		Nicht gleichzeitig verrechenbar mit Pos.Nr. 163 und 172 des Operationskataloges
* 11d	Incision eines vereiterten Haematoms	15		Auch elektrophirurgisch
* 23i	Operative Polypenentfernung aus dem Rektum einschl. Rektoskopie	100		

4. Versorgung von Luxationen und Frakturen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
13g	Provisorische Frakturversorgung mittels (Gips-) Schiene	25		Ausgenommen Finger, Zehen, Rippen
14a	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation	30		Kleine Gelenke
* 16h	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips- oder anderer Fixationsverbände; kleinere Knochen	40		Auch Schlüsselbein und Rippen

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
* 24a	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips- oder anderer Fixationsverbände; mittlere Knochen	160		Unterarm, Knöchel
24b	Spreizbehandlung von Hüft-dysplasien	140	C/K/O	1x pro Fall und Quartal verrechenbar
* 26a	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips; große Knochen	250		Oberarm, Schulter, Oberschenkel, Unterschenkel
26t	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation des Ellbogen-, Knie-, Hand- oder Sprunggelenkes	150		
26u	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation des Schultergelenkes, traumatisch	150		
31d	Kontrolle und Korrektur von Orthesen und orthopädischen Maßschuhen	30	O	Höchstens 1 x pro Fall und Quartal

T 24

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

5. Verbände

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12l	Redressierender Stützverband	20	C/K/O	Bei statischen Beschwerden und Distorsionen
17e	Halskrawatte	50		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
17h	Fingergips oder Gipsausbesserung (Anlegung und Wiederanlegung)	50		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
24c	Unterarmgips	120		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
26b	Oberarmgips oder Unterschenkelgips	150		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a

T 25

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
26w	Oberschenkelgipshülse	150		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
26x	Redressement des Klump-, Haken-, Spitzfußes und anderer Kontrakturen mit anschl. Fixation; pro Extremität	150		Mit Gipsverband
31a	Brustarmgips	200		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
31b	Oberschenkelgips	200		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a
31c	Gipsmieder	200		Nicht verrechenbar bei Pos.Nr. 16h, 24a, 26a

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

6. Abnahme von Verbänden

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12e	Abnahme von kleinen Gipsverbänden	20		Fingergips, Hand mit Unterarm
17v	Abnahme von großen Gipsverbänden	50		

7. Gipsmodelle

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
9y	Abdruck für Modelleinlagen (mittels Trittschaum); je Seite	15	C/O	
14i	Gipsabdruck für Modelleinlagen; je Seite	30	C/O	

8. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12k	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Sensibilitätsprüfung	20	O/UC	In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
16d	Endoskopie des Rektums (Rektoskopie)	50	AM/C/I	

T 27

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
16l	Probeexcision bei Endoskopien	40		Nur 1x pro Untersuchung verrechenbar
30c	Endoskopie des oberen Intestinaltraktes (Gastroskopie, Duodenoskopie)	200	C/I	
30g	Sigmoidoskopie einschl. Rektoskopie	180	C/I	
30h	Koloskopie bis zur Flexura colica sinistra einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie	220	C/I	Dokumentation der Leistung und Begründung für eine – aus medizinischen Gründen – nicht durchgeführte komplette Koloskopie erforderlich
30i	Punkteerhöhung ab 1.1.2014 Komplette Koloskopie einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie 1)	390	C/I	Dokumentation der Leistung inkl. Beschreibung der Bauhin'schen Klappe erforderlich

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Anmerkung 1)

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

V. Leistungen aus dem Fachgebiet der Gynäkologie**1. Untersuchungen**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12f	Kolposkopie	20	G	

2. Geburtshilfe

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
14b	Wartezeit über die erste halbe Stunde hinaus; für jede weitere halbe Stunde	30		Verrechenbar bei Pos.Nr. 27a und 33c

T 29

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
* 27a	Beistand bei Geburt	170		Ohne operative Eingriffe, über Berufung und in Anwesenheit der Hebamme
* 33c	Beistand bei Geburt	300		Ohne operative Eingriffe, in Abwesenheit der Hebamme

3. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
10h	Einlegen, Wechseln und Anpassen eines Ringpessars	12	G	
17w	Endoskopie des Cervicalkanales (Endocerviscoskopie)	50	G	
17x	Endoskopie der Gebärmutterhöhle (Hysteroskopie)	50	G	

T 30

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

VI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Urologie**1. Untersuchungen**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12d	Uroflow einschließlich Registrierung	20	U	
19f	Endoskopie (Urethroskopie) der Harnröhre	80	U	
22b	Endoskopie der Harnblase (Cystoskopie) einschl. Beurteilung der Harnpropulsion	120	U	Einschließlich Katheterismus
24u	Urodynamische Abklärung bei Blasenfunktionsstörungen	120	U	Höchstens in 3 % der Fälle verrechenbar
24v	Probeexcision aus der Harnblase	40	U	
24w	Transrektale Saugbiopsie der Prostata zur Gewinnung von Zytologiematerial	30	U	
24x	Transrektale Stanzbiopsie zur Gewinnung von Histologiematerial	40	U	
24y	Ultraschallgesteuerte transrektale Stanzbiopsie der Prostata (inkl. Punktionsnadeln)	230	U	

T 31

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen, Operationen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
5b	Prostatamassage	5	U	
5g	Katheterismus bei Frauen	5		
8g	Harnblasenspülung einschl. Katheterismus bei der Frau	8		
9g	Instillation von Zytostatika in die Harnblase (zusätzlich zum Katheterismus nur bei Neoplasma)	10	U	
9j	Harnblasenkatheterismus beim Mann	10		
9k	Harnröhrenstriktur, Bougierung	10	U	
10f	Harnblasendauerkatheter, auch Pezzer	12		Anlegung
11g	Harnblasenspülung einschl. Katheterismus beim Mann	15		
12m	Wechsel eines Dauerkatheters oder einer PEG-Sonde; Schmerzpumpe	20		
* 26n	Harnblasenpapillom oder -polyp, Elektrokoagulation, transurethral	150	U	

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

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

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
9b	Eingehende Prüfung des statischen Gleichgewichtes, kalorische und Drehprüfung	23	H	
11b	Otomikroskopie	15	H	In höchstens 25 % der Fälle verrechenbar
14c	Audiometrie, Tonaudiometrie	35	H	
14l	Sprachaudiometrie	30	H	In höchstens 3 % der Fälle verrechenbar
16m	Endoskopie des Nasen- rachenraumes und/oder des Kehlkopfbereiches	40	H	In höchstens 43 % der Fälle verrechenbar
17y	Endoskopie der Nasen- nebenhöhlen	50	H	
14v	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Tympanometrie und/oder Stapediusreflexmessung	40	H	In höchstens 11 % der Fälle verrechenbar

T 33

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
5c	Cerumenentfernung aus einem Ohr	4	AM/K/H	Je Ohr 1 x pro Fall und Quartal verrechenbar
5h	Elektrokaustische Verödung der Nasenschleimhaut	15	H	
8h	Nasentamponade mit Tamponstreifen	8		
9l	Fremdkörperentfernung aus der Nase, aus dem Rachen oder aus dem Gehörgang	10		Cerumen gilt nicht als Fremdkörper
14m	Nasentamponade nach Belocq	30		
20a	Punktion mit Spülung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen	30	H	

T 34

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

VIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Neurologie/Psychiatrie**1. Untersuchungen**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12n	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Fachspezifische Statuskontrolle (neurologisch und/oder psychiatrisch)	20	N	In höchstens 28 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 18n verrechenbar
18n	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Erstellung eines fachspezifischen Status (neurologisch und/oder psychiatrisch) inkl. Dokumentation	72	N	In höchstens 82 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 12n verrechenbar
30a	Elektroencephalogramm	135	N	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
30m	Elektromyographie (Nadel-Elektroden)	135	N	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
30n	Elektroneurographie	135	N	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

T 35

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	90	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	160	N	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	N	Höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar; nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

IX. Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie/Neurologie**1. Untersuchungen**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
12p	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Fachspezifische Statuskontrolle (psychiatrisch und/oder neurologisch)	20	P	In höchstens 38 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 18p verrechenbar
18p	Limiterhöhung ab 1.1.2014 Erstellung eines fachspezifischen Status (psychiatrisch und/oder neurologisch) inkl. Dokumentation	72	P	In höchstens 82 % der Fälle verrechenbar; nicht gleichzeitig mit der Pos. 12p verrechenbar
30a	Elektroencephalogramm	135	P	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
30m	Elektromyographie (Nadel-Elektroden)	135	P	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
30n	Elektroneurographie	135	P	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar

T 37

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. Sonstige ärztliche Verrichtungen

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
15g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 15 Minuten Dauer	45	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
19g	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 30 Minuten Dauer	90	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
24h	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Einzeltherapie von 60 Minuten Dauer	160	P	Nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar
14s	Psychiatrische Behandlung durch therapeutisches Gespräch; Gruppentherapie von 90 Minuten Dauer, maximal 10 Personen; pro Person	40	P	Höchstens 60 Sitzungen p.a. verrechenbar; nicht gleichzeitig mit einer großen Ordination verrechenbar

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Erläuterungen zum Tarif für psychiatrische Behandlungen

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

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

Wird pro Quartal mehr als eine psychiatrische Behandlung verrechnet, ist über den psychiatrischen Status ein schriftlicher Befund zu erstellen. Dies ist nicht erforderlich, wenn innerhalb des letzten Jahres bereits ein derartiger Befund erstellt wurde. Die Befunde sind drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

X. Leistungen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
13p	Phonokardiogramm	25	I/K	
9p	EKG am Krankenbett, Zuschlag	10	AM/I K/L	Die Pos.Nr.9p, 12r und 14o können von Fachärzten für Lungenheilkunde und von AM in höchstens 4 % der Fälle verrechnet werden. Für AM ist die Erbringung eines von der Kasse und ÄK anerkannten Ausbildungsnachweises erforderlich (nicht bei Titelzuerkennung nach dem 1.1.1980)
12r	EKG in Ruhe (Standardableitungen)	20	AM/I K/L	
14o	Weitere EKG-Ableitungen (Goldberger u. 6 BWA)	30	AM/I K/L	
30b	Ergometrie inkl. EKG mit 12 Ableitungen	160	I	Nur mit Sondervereinbarung in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar; darüberhinaus mit 120 Punkten zu honorieren

T 40

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
32b	Echokardiographie	150	I	Höchstens in 10% der Fälle verrechenbar, Ausbildungsnachweis erforderlich
32d	Zuschlag für Doppler	€ 13,87	I	Nur gemeinsam mit Pos. 32b und in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

Erläuterungen zur Ergometrie

Die Ergometrie ist nach den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchzuführen. Neben dieser Leistungsposition sind gleichzeitig keine elektrokardiographischen Untersuchungen verrechenbar. Nur solchen Vertragsärzten für Innere Medizin kann diese Position honoriert werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kärntner Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten ausdrücklich dazu ermächtigt wurden. Nachzuweisen ist ferner eine Ordinationsausstattung, die aus einem Ergometer mit Oscilloskop, Defibrillator und einem Reanimationsset besteht.

Die Ergometrie kann nur verrechnet werden bei Aufdecken, Bestätigen oder Ausschließen einer koronaren Herzkrankheit und damit Erfassung der Koronarreserve des Herzens, Beurteilung der Leistungseinschränkung bei sklerotischen Cardiopathien, Cardiomyopathien und Vitien, weiters bei Koronarinsuffizienz, Zustand nach Herzinfarkt und pulmonaler Hypertension, Beurteilung von Herzrhythmusstörungen (Erkennen und Quantifizierung) usw.

Zur Dokumentation sind Protokoll und Befund in das standardisierte Untersuchungsblatt der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft einzutragen, drei Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kasse vorzulegen.

T 41

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

XI. Leistungen aus dem Fachgebiet der Lungenheilkunde

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
9i	Tuberkulostest	10	L/K	
12a	Spirographie, kleiner Test (Vitalkapazität, Tiffeneau-Test, Bronchospasmodysetest)	20	L/I	Von Internisten in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
14e	Feststellung des Atemströmungswiderstandes einschließlich Dokumentation	30	L	
19k	Blutgasanalyse in Ruhe oder inklusive Belastung / Sauerstoffabgabe	91	L	In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar, höchstens 2 x pro Tag verrechenbar
20k	Neue Leistung ab 1.1.2014 D-Dimere	€ 20,00	L	In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar
20s	Respiratorische Flussvolumenskurve	30	L/K	Für Lungenfachärzte in höchstens 22 % und für Kinderfachärzte in höchstens 10 % der Fälle, jedoch nicht gleichzeitig mit Pos. 12a verrechenbar

T 42

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
35a	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	€ 56,10		Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
35b	Bodyplethysmographie	52	L	In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar

XII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Dermatologie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4c	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie; Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nichtpigmentierten Hauttumoren mit dem Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe; pro suspekter Läsion	€ 2,60	D	Verrechenbar höchstens in 13 % der Fälle. Maximal 6 Läsionen pro Patient und Jahr
5d	Kohlensäureschneebehandlung; pro Sitzung	5	D	
11l	Modellierender Kompressionsverband	15	D	
13e	Zinkleimverband	25		

T 43

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
18f	Epicutantestung	90	D	1 x pro Fall und Quartal in höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
20e	Hyposensibilisierung; je Sitzung	10		
20f	Photochemotherapie; je Sitzung	20	D	Die Anzahl der Sitzungen ist mit 20 % der Gesamtfälle begrenzt
20g	Phototherapie; je Sitzung	15	D	Die Anzahl der Sitzungen ist mit 40 % der Gesamtfälle begrenzt

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

XIII. Leistungen aus dem Fachgebiet der Kinderheilkunde

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte / Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
4k	Zuschlag für eingehende Beratung für Kinder bis 4 Jahre	€ 10,43	K	In 5 % der Fälle verrechenbar, bei aufwendigen Diagnosen wie z.B. Asthma, Allergie, Enuresis
8c	Durchtrennung des Frenulum linguae	8		
14d	Ausführliches ärztliches Gespräch bei kindlichen Verhaltensstörungen	30	K	In höchstens 4 % der Fälle verrechenbar
15d	Eingehende psychiatrische Exploration	35	K	Nur mit Sondervereinbarung verrechenbar
17f	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen oder bei dyspeptischen oder dystrophischen sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, bei allergischen Erkrankungen	50	K	Nur 1 x im Quartal und in höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
32k	Neue Leistung ab 1.1.2014 Pädiatrische Echokardiographie inkl. Doppler 1)	€ 75,00	K	In 5 % der Fälle verrechenbar

T 45

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

1) Anmerkungen zur pädiatrischen Echokardiographie:

Nur solchen Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde kann diese Position honoriert werden, die eine besondere Ausbildung nachweisen und von der Kärntner Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Kärnten ausdrücklich dazu ermächtigt wurden. Die Ausbildung ist nach den Richtlinien der Arbeitsgruppe pädiatrische Kardiologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde zu erreichen. Weiters ist ein Gerätenachweis erforderlich.

**XIV. Leistungen der Kinderfachärzte und Ärzte für
Allgemeinmedizin**

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Fach- gruppe	Anmerkung
5e	Zahnextraktion	5	K/AM	Ärzte für Allgemein- medizin ohne Zahnbehand- lungsvertrag

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

XVI. Mutter-Kind-Pass-Leistungen

Aufgrund des MKP-Gesamtvertrages (MKP-Verordnung 2002; in Kraft ab 1.1.2002)

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
MU1	Erste Untersuchung der Schwangeren bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02	AM/G
MU2	Zweite Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02	AM/G
MU3	Dritte Untersuchung der Schwangeren in der 25. bis 28. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02	AM/G
MU4	Vierte Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02	AM/G
MU5	Fünfte Untersuchung der Schwangeren in der 35. bis 38. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 18,02	AM/G

T 47

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
MI1	Interne Untersuchung der Schwangeren in der 17. bis 20. Schwangerschaftswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Innere Medizin	€ 11,55	AM/I
MS3	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	€ 28,80	G/RÖ
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	€ 28,80	G/RÖ
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	€ 28,80	G/RÖ
KN1	Untersuchung des Neugeborenen in der ersten Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 17,88	AM/K
KU1	Erste Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KO1	Orthopädische Untersuchung des Kindes in der 4. bis 7. Lebenswoche durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	€ 11,55	AM/K/O

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
KS1	Erste Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 1. Lebenswoche (sofern die Entbindung nicht in einer Krankenanstalt erfolgte) durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Vertragsfachärzte für Radiologie	€ 29,07	K/O/RÖ
KS2	Zweite Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte in der 6. bis 8. Lebenswoche durch Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde, Vertragsfachärzte für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und Vertragsfachärzte für Radiologie	€ 29,07	K/O/RÖ
KU2	Zweite Untersuchung des Kindes im 3. bis 5. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KH1	Hals-, Nasen- und Ohrenuntersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	€ 17,95	AM/K/H
KU3	Dritte Untersuchung des Kindes im 7. bis 9. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KU4	Vierte Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	Art der Leistung	Euro	Fachgruppe
KA1	Augenärztliche Untersuchung des Kindes im 10. bis 14. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde bzw. Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	€ 17,95	AM/K/A
KU5	Fünfte Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KA2	Augenfachärztliche Untersuchung des Kindes im 22. bis 26. Lebensmonat durch Vertragsfachärzte für Augenheilkunde	€ 21,80	A
KU6	Sechste Untersuchung des Kindes im 34. bis 38. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KU7	Siebente Untersuchung des Kindes im 46. bis 50. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K
KU8	Achte Untersuchung des Kindes im 58. bis 62. Lebensmonat durch Vertragsärzte für Allgemeinmedizin bzw. Vertragsfachärzte für Kinderheilkunde	€ 21,80	AM/K

Mit den Honoraren für MKP-Sonderleistungen sind die administrativen Tätigkeiten des Vertragsarztes abgegolten.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

C. II.

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

(1) Die Laboruntersuchungen sind sowohl für die Ärzte für Allgemeinmedizin als auch für die Fachärzte nach Punkten bewertet.

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

€ 0,23

(3) Die Honorierung von Laborleistungen ist für die Ärzte für Allgemeinmedizin und die einzelnen Fachgruppen mit einer durchschnittlichen Punkteanzahl pro Fall und Quartal begrenzt. Die Begrenzung beträgt bei

Ärzten für Allgemeinmedizin	18 Punkte
Fachärzten für Innere Medizin	90 Punkte
Fachärzten für Kinderheilkunde	40 Punkte
Fachärzten für Urologie	50 Punkte
Fachärzten für Physikalische Medizin	18 Punkte
Fachärzten für Lungenheilkunde	18 Punkte
Fachärzten für Dermatologie	16 Punkte
Fachärzten für Gynäkologie	14 Punkte

Die Fachärzte für Chirurgie dürfen nur die Laborpositionen 43a und 49b verrechnen. Die übrigen Fachgruppen sind von der Verrechnung der Laborleistungen ausgeschlossen.

(4) Die Begrenzung der durchschnittlichen Punktezahl pro Fall und Quartal nach Absatz 3 wird für SVB-Fälle getrennt ermittelt. Die über dieser Begrenzung liegenden Punkte werden nicht honoriert.

T 51

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Morphologische Blutuntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
41a	Haemoglobin-Bestimmung (Sahli)	3	Einschließlich Blut-abnahme
42a	* Haemoglobin-Bestimmung (photometrisch)	4	Einschließlich Blut-abnahme
46a	Erythrozyten-Zählung (nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 47a verrechenbar)	8	Einschließlich Blut-abnahme
47a	Haematokrit-Bestimmung (nicht gleichzeitig mit Pos.Nr. 46a verrechenbar)	9	Einschließlich Blut-abnahme
46b	Leukozyten-Zählung	8	Einschließlich Blut-abnahme
50a	Differentialzählung	12	Einschließlich Blut-abnahme
54a	Kompletter Blutbefund: Zählung der Erythrozyten (oder Haematokrit-Bestimmung) und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Haemoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. Färbeindex, Differentialzählung	26	Einschließlich Blut-abnahme
50b	Malariaplasmodien, Untersuchung auf (Ausstrich, dicker Tropfen)	12	Einschließlich Blut-abnahme

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Chemische Untersuchung des Blutes

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
46c	Blutzucker-Bestimmung, quant. i. S., chemisch	8	Einschließlich Blutabnahme
52a	* Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch	20	Einschließlich Blutabnahme
57a	* Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens 3 enzym. Blutzucker- und mindestens 1 quant. Harnzucker-Bestimmung)	53	Einschließlich Blutabnahme
57m	Oraler Glukosetoleranztest im Rahmen des Mutter-Kind-Passes	50	(3 Blutzuckerbestimmungen, inkl. Blutabnahme und Glukose); Leistung außerhalb des Laborlimits; verrechenbar von FG: AM/G
52b	* Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff- (BUN-Blood Urea Nitrogen) oder RN (Reststickstoff-) Bestimmung, quant. i.S. (photometrisch)	20	
52c	* Kreatinin, quant. i.S.	20	Gleichzeitig mit Pos.Nr. 52b nur verrechenbar bei „Verdacht auf Niereninsuffizienz“ einschl. Blutabnahme
52d	* Harnsäure, quant. i.S.	20	

T 53

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
47b	Gesamteiweiß-Bestimmung, quant. i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	9	Mit Pos. 57b gleichzeitig nicht verrechenbar
57b	* Elektrophorese zur quant. Bestimmung der Eiweißfraktionen einschließlich Gesamteiweiß-Bestimmungen	53	Auswertung über ein Photometer; max. bei 5 % der Fälle verrechenbar
48a	Thymoltrübungsreaktion	10	
48c	RF = Latex (Rheumafaktor)	10	Einschließlich Blutabnahme
49a	* Gesamtbilirubin i.S.	11	
52i	* Alkalische Phosphatase, quant. i.S.	20	
52k	* GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase)	20	
54b	γ -GT (Gamma-Glutamyl-Transpeptidase)	26	
54d	CPK (Kreatinin-Phosphokinase)	26	Einschließlich Blutabnahme, verrechenbar nur bei „Infarktverdacht“
52j	* GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)	20	
52m	* Cholinesterase, quant. i.S. (photometrisch)	20	In max. 5 % der Fälle verrechenbar

T 54

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
52e	* Gesamtcholesterin, quant. i.S.	20	
52f	* Kalzium, quant. i.S.	20	
52g	* Eisen, quant. i.S.	20	
52h	γ -Amylase (Diastase), quant. i.S. (photometrisch)	20	
52l	* LDH (Lactatdehydrogenase)	20	
53a	Triglyceride (Neutralfett) quant. i.S.	23	
53b	*** Kalium, quant. i.S.	23	

Blutgerinnung

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
47c	Thrombozytenzählung	9	
52n	Prothrombinzeit-Bestimmung	20	

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Blutsenkung

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
46d	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung	8	Einschließlich Blutabnahme
50c	Bestimmung der Blutsenkung oder Mikrosenkung bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr	12	Einschließlich Blutabnahme

Harnuntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
42b	Harn auf Eiweiß, quant.	4	
44a	Harn auf Zucker, quant.	6	
44b	Sediment nativ	6	
45a	Sediment, bakterioskopisch	7	
51b	Uricult	16	

Sputumuntersuchung

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
48b	Färbepreparat auf Tbc ohne Anreicherung	10	

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Magensaftuntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
49b	Gastrotest	11	
54c	Fraktionierte Magensaftuntersuchung: Nüchtern- und Reizsekret, einschl. Ausheberung, mind. 6 Fraktionen	26	

Stuhluntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
43a	Stuhl nativ und auf Blut	5	
46e	Stuhl auf Würmer und Wurmeier, mit Anreicherung	8	

Liquoruntersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
43b	Pandy	5	
43c	Nonne-Apelt	5	
47d	Zellzahl	9	
56a	Liquor komplett: Makroskopische Beschreibung, Zellzahl, Pandy, Nonne-Apelt, Mastix oder Goldsol, ev. Färbepreparat, Gesamteiweiß	30	

T 57

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Untersuchung von Sekreten der Geschlechtsorgane

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Anmerkung
47e	Sekretuntersuchung: Urethral-, Cervixabstrich, je	10	

Bakteriologische Untersuchungen

Pos. Nr.	Untersuchungsgruppen und Einzeluntersuchungen	Punkte	Fachgruppe	Anmerkung
58a	Pilzkultur	50	D	In höchstens 10% der Fälle verrechenbar
46f	Pilz(e): Nativ- und Färbepreparat	8	D	
50d	Färbepreparat (Gram usw.)	12		
51a	Spirochäten (Dunkelfeld- oder Phasenkontrastuntersuchung)	16		

Erläuterungen zum Labortarif für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

- * Die mit einem Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 bis 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen: 366 nm, 405 nm, 436 nm, 492 nm, 546 nm, 578 nm, 623 nm.
- ** Die mit zwei Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn sie mit Geräten durchgeführt werden, die bei einer maximalen Bandbreite von 10 bis 15 nm das exakte Arbeiten in folgenden Wellenlängen ermöglichen: 293 nm, 297 nm, 313 nm.

T 58

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

*** Die mit drei Sternchen bezeichneten Leistungen sind nur dann verrechenbar, wenn die Bestimmungen mit einem Flammenphotometer durchgeführt werden.

Der Besitz geeigneter Geräte ist den Versicherungsträgern bekanntzugeben, ebenso jede Anschaffung neuer Geräte.

(1) In den Tarifsätzen sind die jeweils notwendigen Reagenzien enthalten.

(2) Mittels Schnelltest (Streifen, Stäbchen, Tabletten) durchgeführte Bestimmungen sind nach diesem Test nicht verrechenbar, sofern die Reagenzien von den Versicherungsträgern beigestellt werden.

(3) Sämtliche photometrische Untersuchungsmethoden unterliegen einer anonymen Qualitätskontrolle:

- a) Die Qualitätskontrollen werden vorläufig 2 x jährlich vorgenommen.
- b) Werden die Qualitätskontrollen vom Vertragsarzt abgelehnt oder nicht durchgeführt, so ist er von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen ausgeschlossen.
- c) Ergeben die Qualitätskontrollen bei Enzymtests Werte über einem Variationskoeffizienten von $\pm 10\%$, bei Substratuntersuchungen von $\pm 5\%$, so sind die Kontrollen zu wiederholen. Werden auch bei den Wiederholungen Abweichungen in den angeführten Größenordnungen festgestellt, können im nächstfolgenden Quartal photometrische Untersuchungen nicht verrechnet werden.
- d) Nach dreimaliger Feststellung von Fehlwerten innerhalb eines Jahres ist die Verrechnung photometrischer Untersuchungen in den darauffolgenden vier Quartalen nicht möglich.
- e) Vor dem Ausschluss eines Vertragsarztes von der Verrechnung photometrischer Untersuchungen werden je zwei Vertreter der Ärztekammer für Kärnten und der Kärntner § 2-Kassen den Fall objektiv prüfen.

(4) Das jeweilige Ergebnis einer Qualitätskontrolle wird dem Vertragsarzt, der Ärztekammer für Kärnten und den Vertragskassen bekanntgegeben.

(5) Die Kosten der Kontrollsera werden bis auf weiteres von den Vertragskassen getragen.

T 59

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

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 Fachpersonal durchgeführt werden.

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

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90b	Wärmelampe	€ 1,05		
90c	UV-Bestrahlung	€ 1,51		
90d	Galvanisation	€ 1,87		
90e	Schwellstrom	€ 2,59		
90f	Niederfrequenzströme (Impulsgalvanisation, alternierende Ströme, diadynamische Ströme, niederfrequente Wechselströme, Exponentialstrom)	€ 2,87		

T 60

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90g	Galvanisches Zellenbad	€ 3,85		
90h	Iontophorese (ohne Medikament)	€ 2,59		
90i	Mittelfrequenzströme (Interferenzstrom)	€ 2,87		
90j	Hochfrequenzströme (Kurzwellen, Dezimeterwellen, Mikrowellen)	€ 2,87		
90k	Ultraschall *)	€ 3,21	PH/O UC	Bei Indikationen: Arthrosen, chron. Monarthrit, chron. Neuralgie, Periarthritis, Spondylose, Tendovaginitis verrechenbar
90l	Glisson- oder Extensionsbett	€ 3,21		
90m	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	€ 2,16		
90n	Teillicht-, Kopflichtbad, Heißluft	€ 1,87		

T 61

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe	Anmerkung
90p	Unterwasserdruckstrahlmassage *)	€ 9,64	PH	Ist mittels Druckschlauch und manuell durchzuführen
90q	Schlammpackung (Fango, Parafango, Paraffin, Munari-packung) *)	€ 7,25	PH	
90r	Unterwassergymnastik Einzel *)	€ 10,01	PH	
90s	Unterwassergymnastik Gruppe *) pro Person	€ 4,92	PH	
90t	Heilmassage (mindestens 20 Minuten und 3 Teilgebiete) *)	€ 9,64	PH	
90u	Heilgymnastik Einzel *) (mindestens 20 Minuten)	€ 14,20	PH	
90v	Heilgymnastik Gruppe *) (mindestens 20 Minuten) pro Person	€ 2,87	PH	
90w	Lymphdrainage *)	€ 19,21	PH	Bei den Indikationen: Lymphstau nach Tumoren, chron. Erysipel, chron. Lymphoedem nach Varicen, Morbus Sudeck verrechenbar

T 62

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

C. IV.

Tarif für Röntgenleistungen bei Fachärzten für Radiologie

Allgemeine Bestimmungen

(1) Die apparatemäßige Einrichtung muss derart sein, dass der Röntgenfacharzt in der Lage ist, alle Röntgenleistungen durchzuführen, soweit diese nicht an eine stationäre Krankenhausaufnahme gebunden sind. Die Überprüfung der vorhandenen Apparaturen obliegt der Ärztekammer. Allfällige Mängel sind den Vertragskassen bekanntzugeben.

(2) Über die Art der getätigten Röntgenleistungen sind Aufzeichnungen zu führen; eine Durchschrift des erhobenen Befundes samt den dazugehörigen Unterlagen ist durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Dem behandelnden Arzt, der Ärztekammer und der Kasse (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.

(3) Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.

(4) Werden bei einem Patienten pro Organ am gleichen Tag zwei oder mehr röntgendiagnostische Leistungen oder mehrere Leistungen im Zuge einer bereits begonnenen Röntgenuntersuchung an verschiedenen Tagen getätigt, wird für die ärztliche Tätigkeit bei der ersten dieser Röntgenleistungen ein **Ersthonorar**, bei jeder weiteren ein **Zweithonorar** verrechnet, während der Unkostensatz jedesmal voll vergütet wird (s. Anhang zum Tarif für Röntgenleistungen Seite T 79 – 85).

(5) Das für die Abrechnung höchstzulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik wird durch die Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik (Seite T 71 – 78) bestimmt. Können diese in Ausnahmefällen nicht eingehalten werden, so ist dies zu begründen. Ohne diese Begründung kann das Mehrausmaß nicht honoriert werden.

(6) Erforderliche Aufnahmen, die in den Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik nicht angeführt wurden und die spezielle Röntgendiagnostik betreffen,

T 63

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

können fallweise nach Absprache mit der Kasse durchgeführt werden (Encephalographie, Arteriographie usw.).

(7) Sofern die Kontrastmittel für Gallen-, Nieren- und Harntrakt sowie Fistelfüllungen nicht von den § 2-Kassen als Ordinationsbedarf beigestellt werden, können sie zu Lasten des jeweils zuständigen Versicherungsträgers rezeptiert werden.

(8) Der Tarif für Röntgenleistungen ist hinsichtlich der Unkosten ein Euro- und in Bezug auf das Honorar ein Punktetarif.

(9) Der Punktwert beträgt ab 1.1.2014

€ 0,3142

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte	Anmerkung
4r	I.v. Injektion	4	

Besondere Bestimmungen

Mammographien

I. Leistungsvoraussetzungen

Kurative Mammographien gem. Abschnitt C.IV. (Pos. Nr. 30b und 30c) können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der Kasse auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der Kasse schriftlich und rechtzeitig im Vorhinein informiert.

T 64

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

- 1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
 - b) technische Qualitätssicherung gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
 - c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
 - d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographien durchführen (Punkt 10).

- 2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:
 - a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen.

Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder/Zweitbefunderin für einen erfahrenen Radiologen/eine erfahrene Radiologin tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.

T 65

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
- 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 nicht Gegenstand dieser Honorarordnung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und der SV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
- 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Beilage 1 „Kompendium Mammographie“ Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
- 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
- 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.
- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 – 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der SV und der ÖÄK zur Verfügung.

T 66

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß Beilage 2 „Kompendium Mammographie“ Teil 2 bei der ÖÄK eingerichtet.
- 14.) Die standortbezogenen Voraussetzungen in Punkt I.1.c dieser Vereinbarung gelten für die Standorte
- 9620 Hermagor, Gösseringlände 7 (Neubau)
9500 Villach, Italiener Straße 24A
- unabhängig der erstellten Mammographieaufnahmen als erfüllt.

II. Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie

- 1.) Familiär erhöhte Disposition
- 2.) Hochrisikopatientinnen

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

- 3.) Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
- 4.) Mastodynie einseitig
- 5.) Histologisch definierte Risikoläsionen
- 6.) Sekretion aus Mamille
- 7.) Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio),
- 8.) Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle binnen eines Jahres nach Mamma OP
- 9.) Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
- 10.) Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind Bestandteil der Beilage 3 Indikationen für die kurative Mammographie (Anlage 5 zum 2. ZP VU-GV).

III. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 2.) Das Datenflussmodell gemäß Beilage 4 „Kompendium Mammographie“ Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-card-System;
 - b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;

T 68

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

- d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
- e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die Vertragspartnerabteilung muss gesichert sein.

- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

IV. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

Beilagen

- Beilage 1: „Kompendium Mammographie“ Teil 1 - (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)
- Beilage 2: „Kompendium Mammographie“ Teil 2 - ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)
- Beilage 3: Indikationen für die kurative Mammographie (Anlage 5, 2. ZP VU-GV)
- Beilage 4: „Kompendium Mammographie“ Teil 4 – Datenflussmodell kurative Mammographie

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Röntgendiagnostik**Honorartarif**

Für die ärztliche Tätigkeit bei der Röntgenuntersuchung im Zuge der Durchleuchtung oder Aufnahme eines Organs beträgt das Honorar:

Pos. Nr.	Art der Leistung	Punkte
E	a) Ersthonorar	31,8
	b) Bei Zahnaufnahmen 1. – 3. Film	29,8
Z	a) Zweithonorar	21,6
	b) Bei Zahnaufnahmen für je weitere 1 – 3 Filme	19,9

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30a	Doppelkontrastuntersuchung des Magens und Duodenums inklusive Kontrastmittel	€ 70,71	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.

T 70

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Anmerkung
30b	Tarifierhöhung ab 1.1.2014 Mammographie	€ 79,89	Siehe in Bezug auf die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit Honorarordnung Abschnitt C.IV., Besondere Bestimmungen, Punkte I. und II., sowie insbesondere Anlage 3 der Honorarordnung.
30c	Tarifierhöhung ab 1.1.2014 Mammographie einer Brust	€ 39,95	Siehe in Bezug auf die Voraussetzungen zur Verrechenbarkeit Honorarordnung Abschnitt C.IV., Besondere Bestimmungen, Punkte I. und II., sowie insbesondere Anlage 3 der Honorarordnung.

T 71

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Unkostentarif

Pos. Nr.	Art der Leistung mit Bildverstärker	Unkosten
1 BV	Durchleuchtung ohne Kontrastmittel	€ 5,38
2 BV	Durchleuchtung mit Kontrastmittel außer Magen (einschl. Kontrastmittel)	€ 7,80
3 BV	Durchleuchtung des Magens mit Kon- trastmittel einschl. der eventuellen Motilitätsprüfung am gleichen Tag (einschl. Kontrastmittel)	€ 13,17
4 BV	Motilitätsprüfung	€ 5,38
5 BV	Durchleuchtung mit Kontrasteinlauf (einschl. Kontrastmittel)	€ 11,87

T 72

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Aufnahme cm Film	Unkosten
6	9 x 12	€ 4,56
7	13 x 18	€ 5,79
8	18 x 24	€ 7,22
9	15 x 40	€ 8,13
10	24 x 30	€ 8,95
11	30 x 40	€ 11,67
12	35 x 35	€ 13,01
13	35 x 43	€ 13,79
14a für den ersten Zahnfilm		€ 2,64
14b für jeden weiteren Zahnfilm		€ 1,72

T 73

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Röntgentherapie

Falls mehr als eine Stelle abgerechnet wird, sind Größe und Lokalisation der Krankheitsherde genauestens anzugeben, sonst wird nur die Behandlung einer Stelle vergütet.

Falls bei der Durchführung einer Röntgentherapie die im Tarif festgelegte Mindestzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, sind das Honorar und die Unkosten im Verhältnis der tatsächlich durchgeführten Leistungen zum Mittelwert der im Tarif vorgesehenen Zahl der Sitzungen zu kürzen. Grundsätzlich ist ein Therapiefall erst nach Abschluss der Behandlung bzw. Beendigung der Bestrahlungsserie abzurechnen.

Bei Oberflächentherapie ist die Feldgröße 20 x 20 cm verbindlich. Als Stelle ist eine Körperregion in einer Feldgröße von 20 x 20 cm zu verstehen.

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	€ 20,70

T 74

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Indikation	Zahl der Sitzungen je Stelle	Maximal Serien im Jahr	Serien-pausen in Wochen	Honorar Punkte	Unkosten
	Tarifgruppe III:					
18c	Arthritis, Arthrose (Spondylarthrose)	6	5	4	95,3	€ 25,44
18e	Bursitis (Calcaneus-sporn, Periarthritis)	6	5	3	95,3	€ 25,44
18h	Epicondylitis	6	5	3	95,3	€ 25,44
18j	Furunkel, Karbunkel	4 – 6	4	3	95,3	€ 25,44
18o	Mastitis, Mastopathie	4 – 6	5	4	95,3	€ 25,44
18ab	Schweißdrüsen-entzündung	4 – 6	4	3	95,3	€ 25,44

C. V.

Tarif für Röntgenleistungen der Fachärzte anderer Sparten und der Ärzte für Allgemeinmedizin
(1) Allgemeine Voraussetzungen

Fachärzten anderer Sparten oder Ärzten für Allgemeinmedizin kann über Antrag der Ärztekammer für Kärnten durch die § 2-Kassen genehmigt werden, bestimmte röntgendiagnostische Leistungen zu erbringen. Voraussetzung hierfür ist grundsätzlich, dass die sich um die Auch-Röntgentätigkeit bewerbenden Ärzte der Ärztekammer die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen nachweisen.

T 75

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(2) Ausmaß der möglichen auch-röntgenologischen Tätigkeit in Gebieten, in denen k e i n Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist

a) für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte:

Röntgenaufnahmen bei Versorgung von Unfällen (Extremitäten) und orientierende Durchuntersuchung (Lunge, Herz, Fremdkörper und Leeruntersuchungen des Abdomens);

b) für Fachärzte für Chirurgie:

Untersuchungen des Magen-Darm-Traktes (Durchleuchtung – Aufnahmen) oder chirurgische Aufnahmen;

c) für Fachärzte für Innere Medizin:

Lungen-Herz-Untersuchungen, Magen- und Darmuntersuchungen (jeweils Durchleuchtungen in höchstens 1 % der Fälle und Aufnahme);

d) für Lungenfachärzte:

Thoraxuntersuchungen und Aufnahmen.

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

a) für Kinderfachärzte:

Röntgenaufnahmen bei Erstversorgung von Unfällen (Extremitäten), orientierende Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Fremdkörper und Leeruntersuchungen des Abdomens); spätere Stellungskontrollen bzw. Röntgenkontrollen sind ausschließlich den am Ort zugelassenen Röntgenfachärzten vorbehalten;

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

b) für Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden:

Röntgenaufnahmen im Zuge der Erstversorgung von Unfällen bzw. Frakturen (einschließlich Stellungskontrolle am selben Tag); spätere Stellungskontrollen bzw. Röntgenkontrollen sind ausschließlich den am Ort zugelassenen Röntgenfachärzten vorbehalten;

c) für Fachärzte für Innere Medizin:

Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Fremdkörper u. Leeruntersuchungen des Abdomens);
in höchstens 1 % der Fälle verrechenbar

d) für Lungenfachärzte:

Thoraxdurchleuchtungen – Aufnahmen;

e) für Ärzte für Allgemeinmedizin:

In besonderen Fällen können von der Ärztekammer für Kärnten nach Beurteilung durch einen Röntgen-Sachverständigen-Ausschuss auch Ärzte für Allgemeinmedizin zur auch-röntgenologischen Tätigkeit bis zu dem unter lit. a) vorgesehenen Ausmaß zur Zulassung vorgeschlagen werden.

(4) Die unter den Absätzen 2 und 3 angeführten röntgendiagnostischen Leistungen können nur in jenen Fällen erbracht werden, in denen eine Röntgenuntersuchung im Zusammenhang mit dem klinisch-fachlichen Befund notwendig wird. Ausschließlich Röntgenuntersuchungen und Annahme von Patienten aus fremder Praxis mit Zuweisung zur Röntgenuntersuchung sind nicht gestattet.

(5) Die Zulassungen gemäß Abs.2 erlöschen grundsätzlich bei Niederlassung eines Vertragsfacharztes für Radiologie in diesem Gebiet. Sie können im Einzelfall verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse zweckmäßig erscheint.

(6) Die vor dem Inkrafttreten dieser Honorarordnung erteilten Bewilligungen zur Verrechnung röntgendiagnostischer Leistungen bleiben nach Arzt und Umfang weiterhin aufrecht.

T 77

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(7) Über die durchgeführten Röntgenuntersuchungen sind entsprechende Aufzeichnungen zu führen und durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren. Der Ärztekammer und der Kasse (Leitender Arzt/Leitende Ärztin, SV-Arzt/SV-Ärztin, Vertrauensarzt) ist auf Verlangen Einsicht zu gewähren.

(8) Nur technisch einwandfreie Aufnahmen sind verrechenbar, es sei denn, der Zustand des Patienten zur Zeit der Röntgenuntersuchung ließ eine ausreichende Fixation nicht zu; dies ist bei der Verrechnung anzuführen.

(9) Werden bei einem Patienten pro Organ am gleichen Tag zwei oder mehr röntgendiagnostische Leistungen oder mehrere Leistungen im Zuge einer bereits begonnenen Röntgenuntersuchung an verschiedenen Tagen getätigt, wird für die ärztliche Tätigkeit bei der ersten dieser Röntgenleistungen ein **Ersthonorar**, bei jeder weiteren ein **Zweithonorar** verrechnet, während der Unkostensatz jedesmal voll vergütet wird.

(10) Das für die Abrechnung höchstzulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik wird durch die Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik (Seite T 71 – 78) bestimmt. Können diese in Ausnahmefällen nicht eingehalten werden, so ist dies zu begründen. Ohne diese Begründung kann das Mehrausmaß nicht honoriert werden.

(11) Der Tarif für Auch-Röntgenleistungen ist sowohl hinsichtlich der Unkosten als auch hinsichtlich des Honorars ein Euro-Tarif.

a) Röntgenhonorar

Pos. Nr.	Art des Honorars	Honorar
70	Ersthonorar	€ 9,83
71	Zweithonorar	€ 6,67

T 78

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

b) Röntgenunkosten

Pos. Nr.	Art der Leistung mit Bildverstärker	Unkosten
80 BV	Durchleuchtung mit oder ohne Kontrastmittel	€ 5,38

Pos. Nr.	Aufnahme cm Film	Unkosten
82	9 x 12	€ 3,29
83	13 x 18	€ 4,20
84	18 x 24	€ 6,84
85	15 x 40	€ 5,88
86	24 x 30	€ 8,95
87	30 x 40	€ 11,67
88	35 x 35	€ 13,01
80	35 x 43	€ 13,79

T 79

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

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

In den bestehenden Tarifen für Röntgenleistungen ist für jedes Organ ein Ersthonorar vorgesehen. Zur Definition des Begriffes „ORGAN“ sind die folgenden Richtlinien über das zulässige Ausmaß der Abrechnung der Leistungen auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik zugrunde zu legen.

Abkürzungen:

D = Durchleuchtung

KM = Kontrastmittel

A = Aufnahme

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
1	Thorax (Herz und Lunge) Kind bis 7 Jahre Erwachsener	a) D + A 18/24; A 24/30 mit Begründung D + A 24/30 oder A 35/35 oder (großer Thorax) A 35/43 Zusätzliche Aufnahmen mit Begründung: Kind: A 13/18 <i>ab 1.1.2003</i> Erwachsener: Zusätzliche Aufnahme 30/40 (ohne Begründung)
2	Oesophagus	D mit KM + 2 x A 9/12 oder 1 x A 18/24; 1 x A 24/30 mit Begründung

T 80

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
3	Hals (Trachea und Struma)	D + 1 x A 13/18 oder 1 x A 18/24 mit Begründung; zusätzlich mit besonderer Be- gründung 1 x A 13/18
4	Hypopharynx	D + 1 x A 13/18 oder 2 x A 9/12
5	Magen - Duodenum	b) Erstuntersuchung D mit KM + 2 x A 9/12 + 1 x A 18/24 Kontrolluntersuchungen D mit KM + 2 x A 9/12 bis zum Abschluss der Behandlung
6	Verlangte Dickdarmpassage	c) 1 D mit KM
6a	Verlangte Dünndarm- passage	c) 1 D mit KM + 4 Motilitäts- prüfungen
7	Dickdarmeinlauf (Irrigos- kopie)	D mit KM + 1 x A 35/35 + 2 x A 24/30
8	Appendixdarstellung	3 D mit KM + 1 x A 13/18
9	Gallenblase, leer	d) 1 x A 18/24
10	Cholecystographie (Gallen- blasenfüllung mit Kontrast- darstellung)	3 x A 18/24
11	Biligraphie, Cholangio- graphie	d) 4 x A 18/24 + 1 i. v. Injektion; mit Begründung, 4 x A 24/30

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
12	Harnwege (Nieren und Ureteren), leer	1 x A 24/30 oder 1 x A 30/40 oder A 35/43
13	Harnblase allein, leer	1 x A 18/24
14	I.v. Pyelogramm einschl. Leeraufnahme	4 x A 30/40 oder 35/43
15	Retrograde Pyelographie, einseitig beidseitig	1 x A 15/40 1 x A 30/40 oder 35/43 zusätzlich 1 x A 15/40 mit Begründung
16	Schädel	2 x A 24/30
17	Nebenhöhlen	1 x A 13/18 + 1 x A 18/24; in Kombination mit Schädel 1 x A 18/24
18	Nasenbein	1 x A 9/12; A 13/18 mit Begründung
19	Felsenbein, 1 Ohr erkrankt beide Ohren erkrankt	3 x A 13/18 4 – 6 x A 13/18
20	Unterkiefer	1 x A 13/18 + 1 x A 18/24
21	Unterkiefergelenk, ein- oder beidseitig	4 x A 13/18
22	Zahnstatus, komplett	10 Zahnfilme
23	1 – 3 benachbarte Zähne	1 Zahnfilm, 1 weiterer aus besonderer Veranlassung
24	Sprunggelenk	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18

T 82

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
25	Vorfuß mit Fußwurzel Kind Erwachsener	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 2 x A 18/24; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 18/24
26	Fußwurzel mit Mittelfuß	2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18, bei Fraktur: 2 x A 13/18; bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 Ansonsten: 1 x A 13/18
27	Fersenbein	bei Fraktur: 2 x A 13/18, bei Vergleichsnotwendigkeit noch 1 x A 13/18 Ansonsten: 1 x A 13/18
28	Fistelfüllung	D mit KM + 2 x A; Aufnahmen mit kleinstmöglichem Format
29	Fremdkörper	D + 1 x A; Aufnahme mit kleinstmöglichem Format
30	Ganze Wirbelsäule: Kleinkind Großes Kind Erwachsener: Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule	2 x A 15/40 1 x A 30/40 + 2 x A 24/30 2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40
31	Halswirbelsäule: Kind Erwachsener	2 x A 13/18; 1 x A 13/18 + 1 x A 18/24 mit Begründung 2 x A 18/24

T 83

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
32	Brustwirbelsäule: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 24/30 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40
33	Lendenwirbelsäule: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 18/24 1 x A 15/40 + 1 x A 24/30 1 x A 15/40 + 1 x A 30/40
34	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein	2 x A 30/40
35	Becken: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	1 x A 18/24 1 x A 24/30 1 x A 30/40 oder A 35/43
36	Kreuzbein: Kind Erwachsener	2 x A 18/24 2 x A 24/30
37	Steißbein: Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24
38	Ileosacralgelenke: Kind Erwachsener	1 x A 18/24 1 x A 24/30
39	Hüftgelenk: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	1 x A 13/18 1 x A 18/24 1 x A 24/30
40	Rippen, pro Seite: Kind Erwachsener	D + 1 x A 18/24 D + 1 x A 24/30

T 84

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
41	Sternum: Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24
42	Sterno – Claviculargelenke	2 x A 13/18
43	Schultergelenk, Schulterblatt pro Seite: Kind Erwachsener	1 x A 13/18 2 x A 13/18 mit Begründung 2 x A 18/24
44	Clavicula, pro Seite: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	1 x A 13/18 1 x A 18/24
45	Ober- oder Unterarm, pro Extremität: Kind bis 3 Jahre Größeres Kind Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24 2 x A 15/40
46	Ellbogen, pro Extremität	2 x A 13/18; bei Vergleichsnot- wendigkeit noch 1 x A 13/18
47	Handwurzel und Mittelhand	2 x A 13/18; bei Handwurzelfraktur noch 2 x A 9/12
48	Finger oder Zehen	2 x A 9/12
49	Ganze Hand mit Hand- gelenk: Kind Erwachsener	2 x A 13/18; bei Vergleichsnot- wendigkeit 1 x A 18/24 + 1 x A 13/18 * 2 x A 18/24; bei Vergleichsnot- wendigkeit 1 x A 24/30 + 1 x A 18/24 * * Statt 2 x A 13/18 bzw. 2 x A 18/24

T 85

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
50	Phlebographie	1 x D mit KM 3 x A 15/40 1 x A 30/40
51	Oberschenkel: Kind bis 3 Jahre Großes Kind Erwachsener	2 x A 18/24 2 x A 15/40 1 x A 30/40 + 1 x A 15/40
52	Unterschenkel	2 x A 15/40
53	Beide Kniegelenke: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	4 x A 13/18 4 x A 18/24
54	Kniegelenk: Kind bis 3 Jahre Erwachsener	2 x A 13/18 2 x A 18/24; wenn Patella verlangt + 1 x A 13/18

Schichtaufnahmen

Pos.Nr.	ORGAN	AUFNAHMENORM
55	Thorax Einseitig Beidseitig	D + 1 x A 24/30 bzw. 1 x A 35/35 bis zu 6 x A 18/24 bis zu 6 x A 24/30 dasselbe beim Schichten des Hilus
56	Knochen	für Übersicht entsprechendes Format + 3 x A 13/18 bzw. 3 x A 18/24
57	Gallenblase	3 x A 18/24
58	Hystero-Salpingographie (nur bei sekundärer Sterilität)	D + 2 x A 18/24; 3 x A 18/24 mit Begründung

T 86

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Anmerkungen:

- a) Thorax: Nur bei Erkrankungen des hinteren Mediastinums und bei Herzdilatation kann an Stelle einer Durchleuchtung eine Durchleuchtung mit KM abgerechnet werden. Obige Begründung ist anzugeben. Wenn anlässlich der Thoraxuntersuchung auch die Frage nach Struma zur Beurteilung vorliegt, kann eine Durchleuchtung mit KM an Stelle der konventionellen Durchleuchtung verrechnet werden. Die Verrechnung einer zusätzlichen Durchleuchtung kann jedoch nicht mehr erfolgen. In diesen Fällen gelangt kein zweites Honorar zur Verrechnung.
- b) Bei Magenuntersuchungen ist eine eventuelle zweite Motilitätsprüfung am gleichen Tag zu begründen.
- c) Im Zusammenhang mit einer Magenuntersuchung ist die Durchleuchtung mit KM durch eine weitere Motilitätsprüfung zu ersetzen.
- d) Werden diese Untersuchungen kombiniert oder im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt, kann nur eine Leeraufnahme verrechnet werden.
- e) Bei stärkeren Skoliosen ist an Stelle von 18/40 das Format 30/40 verrechenbar.
- f) WS-Übergangsaufnahmen von einem Wirbelsäulenausschnitt zum nächsten: Werden drei Filmaufnahmen angefertigt, sind zwei Ersthonorare und ein weiteres Honorar zu bezahlen. Werden jedoch nur zwei Aufnahmen gemacht, so ist nur ein Ersthonorar und ein weiteres Honorar zu vergüten.
- g) Gelenksaufnahmen mit Übergang zu anschließenden Regionen: Sind sinngemäß wie f) zu honorieren.

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Organe und Ersthonorare
Anhang zum Tarif für Röntgenleistungen

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
1	Thorax (Herz und Lunge)	1	
2	Oesophagus	1	
1 + 2	Thorax und Oesophagus	2	
3	Hals (Trachea und Struma)	1	
1 + 3	Thorax und Hals	1	
1 + 2 + 3	Thorax, Oesophagus und Hals	2	
2 + 3	Oesophagus und Hals	1	
4	Hypopharynx	1	
2 + 4	Oesophagus und Hypopharynx	1	
5	Magen und Duodenum	1	
2 + 5	Oesophagus und Magen-Duodenum	2	

T 88

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
3 + 5	Hals- und Magen-Duodenum	2	
6	Verlangte Dickdarmpassage	1	
6a	Verlangte Dünndarm-passage	1	
5 + 6	Magen-Duodenum und ver-langte Dickdarmpassage	2	
5 + 6a	Magen-Duodenum und ver-langte Dünndarmpassage	1	
5 + 6 + 6a	Magen-Duodenum und ver-langte Dünndarm- und Dick-darmpassage	2	
7	Dickdarmeinlauf (Irrigo-skopie)	1	
8	Appendixdarstellung	1	
9	Gallenblase, leer	1	
10	Cholecystographie (Gallen-blasenfüllung mit Kontrast-darstellung)	1	
9 + 10	Gallenblase, leer und Chole-cystographie (Gallenblasen-füllung mit Kontrastdar-stellung)	1	
11	Biligraphie	1	
9 + 11	Gallenblase, leer und Bili-graphie	1	

T 89

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
12	Harnwege (Nieren und Ureteren), leer	1	
13	Harnblase allein, leer	1	
14	I.v. Pyelographie	1	
13 + 14	Harnwege, leer und I.v. Pyelographie	1	
15	Retrograde Pyelographie	1	
16	Schädel	1	
17	Nebenhöhlen	1	
16 + 17	Schädel und Nebenhöhlen	1	
18	Nasenbein	1	
16 + 18	Schädel und Nasenbein	1	
16 + 19	Schädel und Felsenbeine	2	
19	Felsenbein, pro Seite	1	
20	Unterkiefer	1	
21	Unterkiefergelenk	1	
20 + 21	Unterkiefer und Unterkiefergelenk	1	

T 90

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
24	Sprunggelenk, pro Seite	1	Kombinationen der Pos.Nr. 24 – 27 und 48 können nur mit einem Ersthonorar und den entsprechenden Zweithonoraren abgegolten werden.
25	Vorfuß mit Fußwurzel	1	
26	Fußwurzel mit Mittelfuß	1	
27	Fersenbein	1	
28	Fistelfüllung	1	
29	Fremdkörper	1	
30	Ganze Wirbelsäule	3	
31	Halswirbelsäule	1	
32	Brustwirbelsäule	1	
33	Lendenwirbelsäule	1	
34	Lendenwirbelsäule mit Kreuzbein	1	
35	Becken	1	
33 + 35	Lendenwirbelsäule und Becken	2	
36	Kreuzbein	1	
37	Steißbein	1	

T 91

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
36 + 37	Kreuz- und Steißbein	1	
33 + 36 + 37	Lendenwirbelsäule, Kreuz- und Steißbein	1	
38	Ileosacralgelenke	1	
33 + 38	Lendenwirbel und Ileosacralgelenke	1	
36 + 38	Kreuzbein und Ileosacralgelenke	1	
36 + 37 + 38	Kreuzbein, Steißbein und Ileosacralgelenke	1	
35 + 38	Becken und Ileosacralgelenke	1	
39	Hüftgelenk, einseitig	1	
35 + 39	Becken und Hüftgelenke	1	
40	Rippen, pro Seite	1	
41	Sternum	1	
40 + 41	Rippen und Sternum (auch bei Rippen beidseitig)	2	
42	Sterno-Claviculargelenke	1	
43	Schultergelenk, pro Seite	1	
44	Clavicula, pro Seite	1	
45	Ober- oder Unterarm, pro Extremität	1	

T 92

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
46	Ellbogen, pro Extremität	1	
47	Handwurzel und Mittelhand	1	Kombinationen der Pos.Nr. 47 - 49 können nur mit einem Erst-honorar und den entsprechenden Zweit-honoraren abgegolten werden.
48	Finger oder Zehen, auch beidseitig	1	
49	Ganze Hand mit Handgelenk	1	
50	Phlebographie	1	
51 + 52	Ober- oder Unterschenkel (Kleinkind)	1	
51	Oberschenkel	1	
52	Unterschenkel	1	
53	Beide Kniegelenke	1	
54	1 Kniegelenk	1	

T 93

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Schichtaufnahmen			
Nummer der Richtlinien	ORGAN	Erst-honorare	Anmerkung
55	Thorax	1	
56	Knochen	1	
57	Gallenblase	1	
58	Hystero-Salpingographie (nur bei sekundärer Sterilität)	1	

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 (einschließlich SVB) für Radiologen mit höchstens € 2.271,33, für Fachärzte für Innere Medizin und für Fachärzte für Chirurgie mit höchstens € 1.460,45 pro Quartal limitiert.

T 94

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

2. 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
SO1	Sonographie des Oberbauches komplett: (Gallenblase, Leber, Gallenwege, Pankreas, Milz)	€ 26,03	€ 32,55	RÖ/I/C Von Chirurgen in höchstens 20 % und von Internisten in höchstens 22 % der Fälle verrechenbar
SO3	Sonographie von Nieren und Retroperitoneum	€ 21,73	€ 27,26	RÖ/I Von Internisten in höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
MS3	Erste sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 29,38		RÖ/G
MS1	Zweite sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 18. und 22. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 29,38		RÖ/G

T 95

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
MS2	Dritte sonographische Untersuchung der Schwangeren zwischen der 30. und 34. Schwangerschaftswoche	Honorar einschl. Unkosten € 29,38		RÖ/G
SO4	Kurative Sonographie bei Schwangerschaft und gynäkologische Sonographie (transvaginal und transabdominell)	Honorar einschl. Unkosten € 30,70		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 € 19,10		U In höchstens 50 % der Fälle, nicht mehr als 2 Untersuchungs- felder pro Tag/pro Patient verrechenbar
SO6	Abdominelle Sonographie des Kindes komplett (Oberbauch, Nieren, Retroperitoneum, Harnblase); Sonographie des Schädels bei Säuglingen	Honorar einschl. Unkosten € 39,78		K In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar

T 96

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
SO7	Sonographie der Schilddrüsen	Honorar einschl. Unkosten € 27,80		I In höchstens 15 % der Fälle verrechenbar
SO8	Kurative Sonographie der Säuglingshüfte; nur bei patho- log. Befund nach MKP-Unter- suchungen	Honorar einschl. Unkosten € 35,18		K/O/RÖ
SO9	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (z.B. Weichteile einer Schulter, Achillessehne oder Bakerzyste; Angabe des Untersuchungsfeldes erforderlich)	Honorar einschl. Unkosten € 18,78		O/UC In höchstens 20 % der Fälle verrechenbar
SO10	Dopplersonographie des Penis und der Skrotalgefäße	Honorar einschl. Unkosten € 10,99		U In höchstens 10 % der Fälle verrechenbar
SO12	Transrektale Prostatasono- graphie	Honorar einschl. Unkosten € 29,21		U In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO13	Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographie- ergebnis, je Seite	Honorar einschl. Unkosten € 8,32		RÖ

T 97

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Unkosten	Fachgruppe/ Anmerkung
SO14	Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	Honorar einschl. Unkosten € 48,56		RÖ/I/P/N 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 € 9,04		C/D In höchstens 6 % der Fälle verrechenbar
SO16	Sonographie oberflächliche Raumforderung (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	Honorar einschl. Unkosten € 12,00		RÖ In höchstens 5 % der Fälle verrechenbar
SO17	Sonographie der Halsweich- teile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	Honorar Einschl. Unkosten € 30,60		RÖ In höchstens 2 % der Fälle verrechenbar. Die gleich- zeitige Ver- rechnung der Pos. SO16 im gleichen Unter- suchungsfeld ist aus- geschlossen.

T 98

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

(7) Mit dem Tarif sind sämtliche erforderlichen Nebenleistungen und Kosten bei der Durchführung der Sonographie wie die Dokumentation, Koppel-Mittel usw., abgegolten.

T 99

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

C. VII.

Operationstarife für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte

Besondere Bestimmungen:

1. Soweit bei den einzelnen Positionen des Operationstarifes Fachgebiete angeführt sind, können diese Leistungen nur von Fachärzten der dort angeführten Fachgebiete verrechnet werden, es sei denn in begründeten Notfällen.
2. Kosmetische Operationen und Operationen zum Zwecke der Sterilisierung werden von der Kärntner Gebietskrankenkasse nur honoriert, wenn eine ausdrückliche Kostenübernahmeverpflichtung vorliegt.

I. Augenheilkunde

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
101	Incision einer Dakryocystitis	€ 33,41	
102	Operative Entfernung kleinerer Geschwülste an den Lidern	€ 33,41	
103	Operation eines Chalazion	€ 33,41	A
104	Elektrokoagulation von Geschwülsten (ausgenommen aus kosmetischen Gründen)	€ 33,41	A
106	Kanthoplastik mit Naht	€ 33,41	A
107	Einseitige Sondierung und Spülung der Tränenwege	€ 33,41	

T 100

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
108	Operation am Tränenröhrchen	€ 33,41	A
110	Erste retrobulbäre Injektion (ausgenommen Alkoholinjektion)	€ 33,41	A
111	Elektrolytische Epilation	€ 33,41	A
112	Weitere retrobulbäre Injektion	€ 16,75	A

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
120	Tarsorrhaphie	€ 66,91	A
122	Strikturspaltung der Tränenwege	€ 66,91	A
124	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellen'sche Naht)	€ 66,91	A
126	Flügelelloperation (Pterygium)	€ 66,91	A
127	Hornhautabrasio (Abrasio Corneae)	€ 66,91	A/AM
130	Punktion der vorderen Kammer	€ 66,91	A
132	Retrobulbäre Alkoholinjektion	€ 66,91	A

T 101

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
140	Größere Operation am Lid (Tarsusausschälung usw.): Tarsusexstirpation bei Trachom	€ 115,32	A/C/D
141	Operation am Tränensack oder der Tränendrüse: Exstirpation des Tränensackes (der Tränendrüse)	€ 115,32	A
142	Entfernung von Fremdkörpern aus der vorderen Kammer mittels eines Magneten	€ 115,32	A
143	Discission bei Cataracta Secundaria	€ 115,32	A
144	Abtragung eines Irisprolapses ohne Plastik	€ 115,32	A
145	Plastische Operation gegen das Ektropium und Entropium	€ 115,32	A

II. Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
160	Einrichtung und erster Verband von Luxationen kleiner Gelenke	€ 33,41	C/O/AM/UC
161	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen kleiner Knochen: Fibula, Phalangen, Patella, Unterkiefer, Nasenbein, Jochbein	€ 33,41	H/O/AM/UC/C

T 102

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
162	Excision kleinerer Wunden (Wundtoilette)	€ 33,41	H/O/AM/UC/C
163	Incision eines oder mehrerer oberflächlich gelegener eitriger Prozesse (auch Paronychie, Paronitium subc.)	€ 33,41	
164	Karbunkel, operat. Beh.; Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	€ 33,41	
165	Incision einer oberfl. Phlegmone	€ 33,41	
166	Operative Entfernung von Fremdkörpern aus Weichteilen inkl. Naht; Entf. subc. gelegener tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht (mit Situsangabe)	€ 33,41	
167	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Haem. Knotens einschl. Naht. Erster Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Naevi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk., Cysten)	€ 33,41	
168	Zurückbringung einer Paraphimose; Dorsalincision einer Phimose oder Paraphimose	€ 33,41	
169	Thermokaustik einer Fissura ani einschl. Sphinkterdehnung	€ 33,41	C/D/G
170	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	€ 33,41	

T 103

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
172	Radikalop. eines Unguis incarnatus, Radikalop. eines ung. incarn. an d. Großzehe mit Nagelbettausschneidung	€ 33,41	C/D/O/AM/UC
174	Probeexcision mit Naht	€ 33,41	

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
180	Unblutige Einrichtung u. erster Verband v. lux. großer Gelenke, ausgenommen Hüft-, Ellbogen- und Kniegelenkluxation	€ 66,91	C/O/UC/AM
181	Unblutige Einrichtung u. erster Verband (auch Extensionsverb.) bei Frakturen am OA, UA, US, Schlüsselb., Schulterbl., Mittelfuß, Mittelhand, Knöchel, Finger, Zehengrundphal., und Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	€ 66,91	C/O/UC/AM
182	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verl. ist anzugeben)	€ 66,91	
183	Incision eines Panaritium tendineum oder osseum	€ 66,91	
184	Buelau'sche Heberdrainage	€ 66,91	C/I/K/L/UC

T 104

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
185	Incision e. Mastitis, Phlegmone, od. e. periprokt. Absz.; Incis. e. ausgedehnten Phlegmone, einer periprokt. Eiterung, eines tiefen Abszesses m. schichtw. Präparation (Situsangabe)	€ 66,91	
186	Op. Fremdkörperentfernung aus Weichteilen tiefer sitzend einschl. Naht; Entfernung tiefer, nicht tastbarer, jedoch röntgenolog. lokal. Fremdkörper (Situsangabe)	€ 66,91	
187	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu., kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	€ 66,91	
188	Radikalop. e. Phimose od. Paraphimose	€ 66,91	C/D/U
189	Spaltung einer Fistula ani	€ 66,91	C/G
190	Unterbindg. größerer Arterien u. Venen m. Präparation (Gefäßangabe)	€ 66,91	C/UC/AM
193	Entfernung e. Nagels n. Knochennagelung	€ 66,91	C/O/UC

T 105

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
194	Amputation o. Arthrodese e. Fingers, einer Zehe, eines Finger- oder Zehengliedes, Korrektur e. Hammerzehe; Amputation od. Enucleation von Phalangen einschl. Naht u. event. Plastik	€ 66,91	C/O/UC
195	Excision einf. Fisteln a.d. Haut u. Muskulatur	€ 66,91	C/UC/AM/D
196	Einf. Krampfadernop. nach Moskowicz od. Romich (Ligatur, Verödung d. Saphena)	€ 66,91	C/D/O

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
210	Blutige Reposition v. Frakt. kl. Knochen bzw. Gelenke; unblutige Repos. d. Ellenbogen- und Kniegelenkslux. inkl. Verband	€ 115,32	C/O/UC
212	Excision gr. Wunden u. Wundversorgung (Ausdehnung d. Verletzung ist anzugeben)	€ 115,32	C/O/D/UC
213	Erste Sehnen- oder Nerven-naht; Sehnennaht (ein bis zwei kl. Sehnen)	€ 115,32	C/O/UC
214	Kl. Plastiken (Thier'sche od. Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.a.)	€ 115,32	C/D/H/O/UC
215	Resektion e. kl. Gelenkes	€ 115,32	C/O/UC

T 106

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
216	Op. Fremdkörperentfernung aus Weichteilen subcutan einschl. Naht; Entfernung von Fremdkörpern o.v. tiefgel. röntgenolog. nicht lokalisierten Fremdkörpern	€ 115,32	
217	Schwierige Op. gr. Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Radikalop. e. Rektalpolypen od. e. Rektalpolypengruppe)	€ 115,32	C/O/D/UC
218	Op. von Varicen (mit Ligatur d. Saphena u. Verödung, Resektion v. Venenkonvoluten am US oder ausgedehnte Op. n. Romich)	€ 115,32	C/O/D/UC

III. Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
230	Elektrotomie ausgedehnter, flächenhafter Hauttumore	€ 33,41	C/D
231	Stanzung od. chir.Beh. d. Akne conglobata	€ 33,41	D

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
235	Dermaabrasio bis 10 cm2 nach Schreus	€ 66,91	C/D

T 107

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

IV. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
240	Einfache Spaltung d. Hymens oder einer Atresia ani superficialis	€ 33,41	C/G
241	Abtragung großer o. ausge-dehnter spitzer Kondylome	€ 33,41	
242	Incision e. Bartholinschen Abszesses, einfache vaginale Incision	€ 33,41	G/C/D/U/AM
243	Abrasio mucosae uteri (Strich-abrasio, Probecurettage, teilw.)	€ 33,41	G/AM
244	Cervixpolypenentfernung einschl. Nachcurettage	€ 33,41	G/AM
245	Abtragung vaginaler Granulationen	€ 33,41	G
246	Elektrokauterisation bei Portio-erosion; chirurg.-elektrotherapeut. Maßn. an Portio u. Cervix nach jeder Methode	€ 33,41	G/AM
248	Naht e. Dammrisses I. od. II. Grades oder Episiotomie einschließlich Naht	€ 33,41	G/AM
249	Durchtrennung u. Entfernung e. Shirodkarbandes	€ 33,41	G

T 108

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
260	Exstirpation d. Hymens	€ 66,91	G
261	Exstirpation kleinerer Geschwülste der Vagina und Vulva	€ 66,91	G/D/U
262	Abtragung e. Urethralpolypen	€ 66,91	G/C/D/U
263	Probeexcision aus der Portio u. Vagina (einschließlich Naht bzw. Kauterisation)	€ 66,91	G/C
264	Probeexcision aus d. Vagina (einschl. Naht od. Kauterisation)	€ 66,91	G/C
266	Abrasio mucosae uteri, vollständig (Probecurettage vollständig)	€ 66,91	G/AM
269	Operative Beendigung eines Abortus incompleti (bis zum 2. Lunarmonat)	€ 66,91	G/AM

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
281	Entfernung e. eingewachsenen Pessars	€ 115,32	G
287	Konisation	€ 115,32	G

T 109

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
295	Naht eines Dammrisses III. Grades mit Sphinkternaht	€ 206,21	G/AM

V. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
300	Abtragung von Polypen (2. und folgende Sitzung)	€ 33,41	H
301	Abtragung von Ohrpolypen	€ 33,41	H
302	Entfernung von Geschwülsten oder Polypen aus Nase, Rachen oder Ohren	€ 33,41	H/C
303	Einseitige Muschelresektion oder Abtragung von Septumauswüchsen	€ 33,41	H/K/AM
304	Paracentese d. Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	€ 33,41	H/AM
305	Resektion oder Kaustik (Galvanokaustik) der unteren und mittleren Nasenmuschel	€ 33,41	H
306	Naht bei Nachblutungen nach Tonsillektomie	€ 33,41	H
307	Peritonsillarabszesseröffnung; Incision e. Peritonsillar-Retropharyngeal-Septum od. Gehörgangabszesses	€ 33,41	H/C/AM

T 110

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
309	Probeexcision aus Nase od. Rachen	€ 33,41	H/C
310	Versorgung e. traumatischen Trommelfellverletzung	€ 33,41	H
311	Schließung einer Dauerperforation d. Trommelfelles	€ 33,41	H

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
320	Abtragung v. Polypen (1. Sitzung; Operation nach Cooper)	€ 66,91	H
321	Intubation	€ 66,91	H/C/I/K
322	Kleine plastische Operation	€ 66,91	H/C
326	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz	€ 66,91	H
327	Operative Eröffnung einer od. mehrerer Nasennebenhöhlen	€ 66,91	H
328	Einfache Eröffnung einer Kieferhöhle zum Zwecke der Zahnwurzelentfernung	€ 66,91	H
329	Speichelsteinentfernung	€ 66,91	H/C
330	Anlegen eines Pauken-drainageröhrchens	€ 66,91	H

T 111

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
340	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	€ 115,32	H
343	Septumresektion nach Killian	€ 115,32	H
344	Korrektur e. abstehenden Ohres mittels Keilresektion	€ 115,32	H/C/D

VI. Urologie

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
350	Meatotomie	€ 33,41	U/D
351	Durchtrennung d. frenulum penis einschließlich Naht	€ 33,41	U/C
352	Wechseln einer supra-pubischen Harnableitung – Cystofix	€ 33,41	U

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
361	Exstirpation kleiner Harnröhren-geschwülste	€ 66,91	U/G
365	Incision einer Paraphimose	€ 66,91	U

T 112

Ärzte-Gesamtvertrag (kompiliert)

Pos. Nr.	Art der Leistung	Honorar	Fachgruppe
371	Endovesikale Entfernung v. Geschwülsten, Fremdkörpern u. kleinen Steinen	€ 115,32	U
374	Anlegen einer suprapubischen Harnableitung – Cystofix	€ 115,32	U
375	Urethrotomia interna nach Sachse	€ 115,32	U

T 113

Signaturwert	rE0JHXFo6SL9ejNYP9RK67CYeuwCRXmoJZISjefcABz+p+e5NlQ1pNVATu2niUK3 9qLs5e0dxEkRgs5xAl80MHWQWSS1EWwdomFYl/uSfWrxV/W1lb3L4bpXDCL/YqkF N7G0d/Nshiu+9dGcpyhMz9VKzXVDjinNutqIJkmAxq/H67tGp9HdbBV+DIK209CA dUoeV3E+NpZGc7xwpgx31Bde1a2a/TBDnMkqTTjXPoxMnger/kf5AUzM+pIupIZY z/iu1H0/0qmA4kz0PSKZ7WyVgCYgLIR9Rks2yMVEfCgaqbpx47HzaW7zQ7iVkjw 0Y4oiKEGFAXYhHBDpTs/cQ==	
	Unterzeichner	Michaela Gmoser, Dr. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ab 2008
	Datum/Zeit-UTC	2014-07-29T10:37:15Z
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02, OU=a-sign-corporate-light-02, O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH, C=AT
	Serien-Nr	810949
	Methode	urn:dsig:RSAwithSHA1
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.avsv.at/avi/signatur.html Da die technische Rückführung dieses Dokuments nicht möglich ist, wird gemäß § 20 E-GovG eine Verifizierung angeboten. Informationen zur Verifikation finden Sie unter https://www.avsv.at/avi/verifikation.html.	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	