INHALTSVERZEICHNIS DER HONORARORDNUNG

A. **Allgemeine Bestimmungen**

		Seite
I.	Honorierung	H 5
II.	Fremdkassenfälle	H 5
II.A.	Verrechnungskreise der SVB-FÄLLE	H 6
III.	Akontozahlungen und Restzahlungen	H 7
IV.	Rechnungslegung, Abzüge und Honorarüberweisungen	H 9
V.	Überweisungen zwischen Vertragsärzten	H 10
VI.	Vertretung bei Urlaub, Krankheit und in Notfällen	H 11
	1. Urlaub und Krankheit	H 11
	2. Notfälle	H 12
VII.	Ordinationsbedarf	H 13
VIII.	Administrative Mitarbeit der Vertragsärzte	H 13
IX.	Qualitätssicherung	H 14
X.	Arzneimitteldialog und Schwerpunkte Heilmittel und ökonomischer Themen	H 15
	Ziele	H 15
	A.) Arzneimitteldialog	H 15
	1. Ökonomiesteuerungsgruppe	H 15
	2. Fortbildungen	H 16
	3. Information	H 16
	4. Medikamentenpass	H 17
	B.) Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen	H 17
	C.) Verordnungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte	H 17

XI. Strukturtopf für Qualitätsmaßnahmen & Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung H 18

1. Allgemeine Bestimmungen zum Strukturtopf H 18
2. Befristete Strukturmaßnahmen H 20
3. Tarifwirksame Strukturmaßnahmen H 25

B. Besondere Bestimmungen

I. Ordinationshonorierung H 26

II. Bereitschaftsdienstzulage H 29

III. Weggebühren H 36

1. Grundsätzliches H 36
2. Weggebühren der in den Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte H 36
3. Weggebühren der außerhalb der Stadtgemeinden Klagenfurt und Villach niedergelassenen Ärzte H 37

a) Zuschlag zur Visite H 37

b) Honorierung nach Doppelkilometern H 38

4. Bergwege H 39
5. Nicht anrechenbare Weggebühren H 39
6. Weggebühren für Versicherte der Sozialversicherungsanstalt der Bauern H 39

IV. Erschwerniszulage H 40

V. Gültigkeit H 40

HONORARORDNUNG

in der Fassung vom 2. März 2020

abgeschlossen gemäß § 30 (1) des Gesamtvertrages vom. 1. August 1972 zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse einerseits und der Ärztekammer für Kärnten andererseits.

Diese Honorarordnung gilt nicht für

1. die Fachärzte für medizinisch-chemische Labordiagnostik, Dr. Margit Striednig-Zechner, 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.

Die Honorierung der Laborleistungen für die Fachärzte für Labormedizin erfolgt nach Punkten. Ab 1.1.2024 beträgt der Punktwert € 0,398 und werden die Frequenzzunahmen in diesem Zeitraum wie folgt abgegolten:

- bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 4%
  100% d.Tarifes (€ 0,398)
- bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 6%
  60% d.Tarifes (€ 0,239)
- bis zur Frequenz des Vergleichsquartals + 8%
  50% d.Tarifes (€ 0,199)
- darüber 30% des Tarifes (€ 0,119)

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

2. die gynäkologische Cytodiagnostik beim Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Erich Ropp in Klagenfurt.

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 Ultraschalldiagnostik 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.

Entfällt ab 01.01.2020:

Verrechnungskreise der SVB-FÄLLE

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 Punktezahl 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. Ab den Akontozahlungen für den Monat Juli 2020 werden für die Berechnung der Akontierungen neben den kurativen Honoraren auch die Honorare für die Bereiche Vorsorgeuntersuchung, Mutter- Kind-Pass, Bereitschaftsdienst und Fremdkassen berücksichtigt. Als Basis für Akontozahlungen im Jahr 2021 werden für die Berechnung die Quartale der Pandemiezeit ausgenommen und für die Beurteilung das 4. Quartal 2018 und das 1. bis 3. Quartal 2019 herangezogen**.** Die monatlichen Akontozahlungen werden auf € 100,-- auf- oder abgerundet.

Entfällt ab 01.01.2020:
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 Höhe weitergewährt. Unterbleibt die Ordinationstätigkeit auch im darauffolgenden 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. Ein Abzug der eventuellen Überzahlung betreffend das 1. Quartal 2020 wird nicht im Juli 2020, sondern erst ab 2021 durchgeführt. Die Restzahlungen für das 2. und 3. Quartal 2020 erfolgen an alle VertragsärztInnen entsprechend ihrer Honorarabrechnung, jedenfalls aber im Ausmaß von 80% der Restzahlungen für das 2. und 3. Quartal 2019. Wenn VertragsärztInnen von der „80%-Regelung“ keinen Gebrauch machen wollen, erfolgen die Restzahlungen entsprechend der jeweiligen Honorarabrechnungen. Sollte im 1., 2. und 3. Quartal 2020 bei den einzelnen VertragsärztInnen aufgrund der vorstehenden Akontierungsregelung eine Überzahlung vorliegen, so ist der überzahlte Betrag an die ÖGK zu refundieren, wobei ein Rückzahlungszeitraum von max. 36 Monatsraten, beginnend mit Jänner 2021 bis inklusive Dezember 2023, vereinbart wird. Davon abweichende (kürzere) Rückzahlungsmodalitäten sind mit der ÖGK im Einzelfall zu vereinbaren.

(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.

(7) Bei Neuinvertragnahmen werden die Akonto-zahlungen für das erste Jahr der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Höhe des Durchschnittes der Fachgruppe geleistet.

(8) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung von pandemiegedingt aufgeschobenen Leistungen wird der Beurteilungszeitraum für Verrechnungsbeschränkungen (Degressionen, Limite, Ordinationsstaffeln) im Kalenderjahr 2020 von einer Quartals- auf eine Jahresbetrachtung umgestellt. Das Limit bei der Wundversorgung bleibt von dieser Regelung ausgenommen.
Die Leistungen:

- Pos. 4 Ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandelnden Arzt
- Pos. 5 Heilmittelberatungsgespräch

werden von der ÖGK im Zeitraum 11.3. bis 31.12.2020 unlimitiert honoriert.
Die Leistungen:

- Pos. 11z eingehende Beratung/Betreuung bei psychiatrischen Erkrankungen
- Pos. 10j ausführliches psychosoziales/psycho-somatisches Gespräch

werden von der ÖGK im Zeitraum 11.3. bis 30.9.2020 unlimitiert honoriert.

IV. Rechnungslegung, Abzüge und Honorarüberweisungen

(1) Die Abrechnungsunterlagen sollen bis zum 10. des dem Abrechnungszeitraum folgenden Monates bei der Vertragspartnerabteilung der Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten eingereicht werden.

(2) Für Vertragsärzte, deren Abrechnung über ärztliche Leistungen ohne triftige Begründung erst nach Ablauf des Einreichungsmonates bei der Vertragspartnerabteilung der

Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten 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 Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten 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 ÖGK) 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 Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten 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.

(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 Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten 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 Verbandmittel und Medikamente sind zu rezeptieren.

(3) Der im Abs.2 angeführte Ordinationsbedarf umfasst auch Einmalspritzen und Einmalnadeln sowie Harnteststreifen zur semiquantitativen Harneinzeluntersuchung 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 einzurichtenden 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 Schwerpunkte Heilmittel und ökonomischer Themen

Ziele

Ziel ist, die jährlichen Zuwächse im Medikamentenaufwand zu reduzieren. Durch gemeinsame Maßnahmen (Öffentlichkeitsarbeit, Informationsveranstaltungen für Ärzte und Versicherte usw.) soll ein bewusster und sparsamer Umgang mit Medikamenten erreicht werden, ohne dass es zu qualitativen Verschlechterungen in der Versorgung der Patienten kommt. Diese Ziele sollen insbesondere durch eine ökonomische Auswahl der Arzneispezialitäten sowie durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und durch Steigerung des Einsatzes kostengünstiger Alternativen erreicht werden.

Die Vertragsparteien gehen davon aus, dass im Bereich der Heilmittel Einsparungspotential gegeben ist. Zur Erreichung der oben angeführten Ziele werden der Arzneimitteldialog und die Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen im Gesamtvertrag vereinbart.

A.) Arzneimitteldialog

1. Ökonomiesteuerungsgruppe

Die bereits etablierte Ökonomiesteuerungsgruppe wird beibehalten. Sie setzt sich aus Mitgliedern der Kammer und Kasse zusammen. Sie wird einmal im Quartal zusammentreffen.

Aufgabe der Steuerungsgruppe ist es,

- ein regelmäßiges Monitoring sowie ein gemeinsames Controlling (Maßnahmensteuerung) mittels BIG (Datawarehouse beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) und anderen Instrumenten durchzuführen,

- die Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt unter verstärkter Berücksichtigung der ökonomischen Verschreibweise zu beobachten,
- heilmittelökonomische Themen aufzugreifen,
- sowie für die Zielerreichung geeignete Steuerungsinstrumente den maßgeblichen Gremien der Kasse und der Kammer vorzuschlagen und deren Umsetzung einzuleiten und zu überwachen.

2. Fortbildungen

Kammer und Kasse werden gemeinsam für einzelne Fachgruppen und sprengelweise Ärzte für Allgemeinmedizin in regelmäßigen Abständen heilmittelökonomische Fortbildungen veranstalten. Die Kasse wird für diese Veranstaltungen geeignetes Zahlenmaterial zur Verfügung stellen, welche in der jeweiligen Fachgruppe von ökonomischem Interesse bzw. statistisch auffallend sind. Die Kammer wird dafür Sorge tragen, dass diese Fortbildungsveranstaltungen auf das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer angerechnet werden. Ebenso wird in regelmäßigen Abständen eine von der Kammer approbierte Fortbildungsveranstaltung mit einem Experten als Referenten zu einem Schwerpunkt durchgeführt, die Kostenaufteilung wird einvernehmlich zwischen der Kammer und Kasse geregelt.

3. Information

Die Kasse versendet in regelmäßigen Abständen an alle Vertragsärzte Informationen, welche die Vertragsärzte bei der praktischen Umsetzung der RöV unterstützen und ihnen als Hilfestellung dienen

4. Medikamentenpass

Der Medikamentenpass mit der Hülle für e-card und Pass wird weiterhin als Instrument gegen die unbeabsichtigte Polypharmakotherapie eingesetzt und den Ärzten von der Kammer und der Kasse zur Verfügung gestellt. Die Kosten für den Medikamentenpass mit Hülle werden jeweils zur Hälfte von der Kasse und von der Kammer übernommen. Ziel des Medikamentenpasses ist es auch, die Information über die Medikation zwischen den Schnittstellen zu verbessern und damit die Arzneimitteltherapie zu optimieren.

B.) Schwerpunkte heilmittelökonomischer Themen

In Entsprechung des § 21 Abs. 2 des Gesamtvertrages liegt der Schwerpunkt im Jahr 2017 insbesondere auf Präparaten in den nachfolgend angeführten ATC-Gruppen:

C	(Cardiovaskuläres System): ACE –Hemmer, ATII-Antagonisten und Statine
B	(Blut und Blut bildende Organe): DOAC
N	(Nervensystem): Antidepressiva, Antipsychotika

C.) Verordnungsverhalten der einzelnen Vertragsärzte

Ärzte, welche unökonomisch verordnen, werden durch Mitglieder der Ökonomiesteuerungsgruppe kontaktiert.

XI. Strukturtopf für Qualitätsmaßnahmen & Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung

1. Allgemeine Bestimmungen zum Strukturtopf

(1) Die Nachzahlung für das Jahr 2022 (=2,72% des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318,-) und die Einmalzahlungen 2022 – 2024 (0,5%, 0,7% und 0,8% des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318) in der Höhe von insgesamt € 6.143.331,- werden in einen gemeinsamen Strukturtopf für Qualitätsmaßnahmen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung einbezahlt und wie folgt verwendet:

- Die Nachzahlung für das Jahr 2022 (= 2,72% + 0,5 % Einmalzahlung des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318,-) werden (buchungsmäßig) als Auszahlungen für 2022 in den Strukturtopf eingezahlt. Ebenso werden die Einmalbeträge für 2023 (0,7 % des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318,-) und für 2024 (0,8 % des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318,-) buchungsmäßig für das jeweilige Jahr zur Verbesserung der Versorgung in den Strukturtopf eingezahlt.
- Die Strukturtopfmittel in Höhe von insgesamt € 6.143.331,- (2,72 %+ 0,5 % + 0,7 % + 0,8 % des Basisbetrages 2021 = € 130.155.318,-) werden wie folgt verwendet: € 5.102.088,46 werden im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien ab 1.1.2023 für bis zu diesem Betrag befristete Strukturmaßnahmen oder Einmalzahlungen für einzelne Fachgruppen verwendet. Der Betrag von € 1.041.242,54, der erst im Jahr 2024 in den Strukturtopf fließt, wird im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien ab 1.1.2024 für bis zu diesem Betrag befristete Strukturmaßnahmen oder Einmalzahlungen verwendet.
- Kommt es zu keiner Einigung dieser Mittelverwendung, werden diese für das betreffende Vertragsjahr an VertragsärztInnen rückwirkend als Einmalzahlung ausbezahlt.

(2) Die gesamtvertragliche Regelung bezüglich der Strukturmittel „Rest-Limit“ bleibt unverändert. Diese Mittel (in der tatsächlichen derzeitigen Höhe – nach Abschluss des Vertragsjahres 2022 – mindestens jedoch € 600.000,-) im Strukturtopf werden ab 1.1.2023 für tarifwirksame Maßnahmen verwendet, die im Einvernehmen der Vertragspartner festgelegt und in den darauffolgenden Jahren den im Strukturtopf vorhandenen Restlimit-Mitteln angerechnet werden. Können die vereinbarten tarifwirksamen Maßnahmen aus diesen Mitteln nicht nachhaltig finanziert werden, wird die verbindliche Aufnahme von Gesprächen über entsprechende andere nachhaltige Finanzierungsmaßnahmen vereinbart.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse, Landesstelle Kärnten, Versorgungsmanagement 1 übernimmt die organisatorischen und administrativen Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Strukturtopf. Eine Auszahlung an Dritte ist nur nach Vorliegen eines gemeinsamen vereinbarten Maßnahmenkatalogs sowie an die Verfügbarkeit der Mittel gebunden. Die ÄK wird in diesem Zuge über jegliche Transaktion ohne Aufforderung von Seiten der ÖGK informiert und kann in die Detailunterlagen jederzeit Einsicht nehmen.

(4) Im Falle einer Kündigung des Gesamtvertrages werden allfällige noch vorhandene Mittel innerhalb des Kalenderjahres ab Beendigung des Gesamtvertrages aliquot an die Vertragsärzte (Stichtag der Gesamtvertragskündigung) ausbezahlt.

(5) Die Maßnahmen werden einer gemeinsamen Kalkulation bzw. Kostenschätzung unterzogen. Kommt es zu keiner Ausschöpfung der vereinbarten Maßnahmen verbleiben die dementsprechenden finanziellen Mittel im Innovations- und Strukturtopf und können im Einvernehmen für andere Maßnahmen verwendet werden. Verbleibende Mittel können nicht den zukünftigen Gesamtvertragsverhandlungen angerechnet werden.

(6) Die Strukturtopfmittel können nur bis zum definierten Gesamtbetrag gem. Abs. 1 ausgeschöpft werden. Alle befristeten Strukturmaßnahmen und oder Einmalzahlungen sind mit dem Gesamtbetrag begrenzt und kann eine Abgeltung bzw. Ausschüttung über diesen hinaus nicht stattfinden.

2. Befristete Strukturmaßnahmen:

Folgende Maßnahmen werden ab 01.01.2023 als befristete Strukturmaßnahmen vereinbart und aus dem Strukturmitteltopf gem. XI.I Abs. 6 finanziert; die Maßnahmen werden auf die Regelung mit Stand 31.12.2022 zurückgestellt, wenn die Finanzierung aus dem Strukturmitteltopf gem. XI.I. Abs. 6 nicht mehr sichergestellt ist. Der Tarif für die Positionen 90k und 90l werden dann entsprechend der linearen Tarifanhebungen 2023 (8,14%) und 2024 (4,24%) erhöht.

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Psychiatrie und psycho-therapeu-tische Medizin	Limiterhöhung von 60% auf 65% bei der Leistungsposition 12z	€ 45.755,--
Haut- und Geschlechts-krankheiten	Einführung einer Leistungs-position Tumornachsorge (Melanom, Basaliom, spino-zelluläres Karzinom mit einem Honorar in Höhe von € 9,88. Diese ist in 10% der Fälle und 1x pro Patient/Quartal verrechenbar. Diese Leistung wird ab 1.4.2023 eingeführt.	€ 69.705,--
Radiologie	Limiterhöhung im Ausmaß von 50% beim Sonographie Unkosten Limit pro Kopf (Gesellschafter).	€ 90.883,--

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Augenheil-kunde und Optometrie	Limiterhöhung von 12% auf 14% bei der Leistungspo-sition 14t. Einführung einer Zuschlags-position Orhtoptischer Status für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 6. Lebensjahr. Der Tarif wäre mit € 8,-- vorgesehen. Dieser wäre in max. 23% der Fälle verrechenbar.	€ 110.540,--
Kinder- und Jugendheil-kunde	Limiterhöhung von 4% auf 6% bei der Leistungsposition 14d. Einführung einer neuen Leistungsposition „Soma-togramm“ mit einem Tarif in Höhe von € 13,45. Diese Leistung ist in 10% der Fälle verrechenbar.	€ 99.334,--
Neurologie	Einführung einer neuen Leistungsposition in Anlehnung an die Fachgruppe Psychatrie und psychotherapeutische Medizin (12z): Zuschlag für die Beratung und Betreuung von neurologisch komplexen Erkrankungen. Diese Leistung ist in 10% der Fälle verrechenbar.	€ 56.469,--

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Lungenheil-kunde	Limiterhöhung von 22% auf 30% bei der Leistungs-position 20s. Limiterhöhung von 1% auf 5% bei der Leistungsposition 5.	€ 62.912,--
Urologie	Limiterhöhung von 8% auf 10% bei der Leistungsposition 4. Limiterhöhung von 1% auf 5% bei der Leistungsposition 5. Limiterhöhung von 10% auf 20% bei der Leistungsposition SO10.	€ 81.624,--
Innere Medizin	Anhebung der Honorierung (Punkte) bei der Leistungsposition 30c von 260 Punkte auf 290 Punkte. Limiterhöhung von 6% auf 8% bei der Leistungsposition 4. Limiterhöhung von 6% auf 8% bei der Leistungsposition 5. Limiterhöhung von 5% auf 7% bei der Leistungsposition SO14.	€ 230.250,--

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Unfallchirurgie	Limiterhöhung von 20% auf 38% bei der Leistungsposition SO9. Tariferhöhung von € 3,67 auf € 5,19 bei der Leistungsposition 90k. Tariferhöhung von € 3,67 auf € 7,26 bei der Leistungsposition 90l.	€ 28.297,--
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Limiterhöhung von 30% auf 50% bei der Leistungsposition 4g. Limiterhöhung von 6% auf 8% bei der Leistungsposition 4. Limiterhöhung von 1% auf 3% bei der Leistungsposition 5.	€ 299.389,--
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	Anhebung der Honorierung (Punkte) bei der Leistungsposition 30c von 260 Punkte auf 290 Punkte. Einführung der Leistungsposition 4. Diese ist verrechenbar in 8% der Fälle und wird ab 1.4.2023 eingeführt.	€ 75.599,--

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Hals-, Nasen- und Ohren-heilkunde	Limiterhöhung von 40% auf 50% bei der Leistungs-position 11b. Limiterhöhung von 25% auf 35% bei der Leistungs-position 14v. Limiterhöhung von 4% auf 5% bei der Leistungsposition 4. Limiterhöhung von 1% auf 3% bei der Leistungsposition 5. Anhebung der Honorierung (Punkte) bei der Leistungsposition 14l von 30 Punkte auf 40 Punkte sowie Erhöhung des Limits von 3% auf 5%..	€ 243.221,--
Orthopädie und orthop. Chirurgie	Limiterhöhung von 30% auf 50% bei der Leistungs-position 2or. Limiterhöhung von 8% auf 10% bei der Leistungs-position 4. Tariferhöhung von € 3,67 auf € 5,19 bei der Leistungsposi-tion 90k. Tariferhöhung von € 3,67 auf € 7,26 bei der Leistungsposi-tion 90l.	€ 221.418,--

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation	Tariferhöhung von € 3,67 auf € 5,19 bei der Leistungsposition 90k. Tariferhöhung von € 3,67 auf € 7,26 bei der Leistungsposition 90l.	€ 181.995,--

3. Tarifwirksame Strukturmaßnahmen:

Folgende Maßnahmen werden ab 01.01.2023 als Strukturmaßnahme vereinbart und aus den Mitteln des „Rest-Limit“ Bereitschaftsdienst“ (gem. XI.I. Abs. 2) finanziert, solange diese Mittel zur Verfügung stehen:

FG	Maßnahme	Kostenschätzung pro FG und Jahr
Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin	Valorisierung der Tarife im Vertragsjahr 2023 (+ 8,14%) und 2024 (+ 4,34%).	€ 64.000,--
Allgemeinmedizin	Limiterhöhung vom 6% auf 8% bei der Leistungsposition 4.	€ 370.332,--

B. Besondere Bestimmungen

Die Werte gelten ab 1.1.2024

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. Hierfür 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 1.1.2024	€ 4,1824

6. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde bis zum 1.100 Fall (Staffel 1) mit 10 Punkten bei den anderen Vertragsfachärzten mit 8 Punkten und ab dem 1.101 Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die Lehrpraktikanten ausbilden wird die Staffel 1 für den Ausbildungszeitraum auf 11 Punkte erhöht.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde wird die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Bereitschaftsdienst und Notfälle) unabhängig von der Gesamtfallzahl mit durchschnittlich 8 Punkten und bei allen anderen Fachgebieten mit durchschnittlich 6 Punkten 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 Limits sind von der Gesamtzahl der Fälle einschließlich der Vertretungsfälle jedoch ohne Fremdkassenfälle zu ermitteln.

Entfällt ab 01.01.2020:

8. Die SVB-Fälle werden von den übrigen § 2 Kassenfällen getrennt ermittelt. Die Honorierung von Ordinationspunkten wird durchschnittlich pro Fall und Quartal bei den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und den Vertragsfachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde bis zum 125. Fall (Staffel 1) mit 10 Punkten, bei den anderen Vertragsfachärzten mit 8 Punkten und ab dem 126. Fall (Staffel 2) mit 3 Punkten begrenzt. Die Honorierung von Ordinationen bei Vertretungsfällen wird mit durchschnittlich 4 Punkten pro Fall und Quartal begrenzt.

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, die Lehrpraktikanten ausbilden wird die Staffel 1 für den Ausbildungszeitraum auf 11 Punkte erhöht.

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

II. Bereitschaftsdienstzulage

(1) Vertragsärzte, die auf freiwilliger Basis an dem von der Ärztekammer für Kärnten eingerichteten Bereitschaftsdienst teilnehmen, erhalten eine Bereitschaftsdienstzulage.
Die Dienstsprengel bleiben unverändert.

(2) Die Bereitschaftsdienstzulage beträgt für die 10-Stunden-Einheit € 469,10.
Bei der freiwilligen, zusätzlichen Betreuung eines benachbarten Sprengels beträgt die Pauschale für beide Sprengel gesamt 150% des angeführten Pauschalbetrages (75% pro Sprengel).

(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 organisierte Wochenend- und Feiertagsdienst beginnt am Samstag, Sonntag und am Feiertag jeweils um 8:00 Uhr und endet jeweils um 18:00 Uhr. Die Zeit zwischen 18:00 Uhr und 7:00 Uhr wird durch das Rote Kreuz abgedeckt. Eine Ausnahme bilden der 24.12. und 31.12.. Hier wird zusätzlich ein Bereitschaftsdienst pro Bezirk von 18:00 Uhr bis 24:00 Uhr eingerichtet.

(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 10-Stunden-Einheiten und der in Abs. (2) ausgewiesenen Bereitschaftsdienstzulage bzw. für das Rechnungsjahr auf der Basis von 5.300 10-Stunden-Einheiten errechnet.
Ein nach Abrechnung der im Laufe eines Rechnungsjahres an die VertragsärztInnen ausbezahlten Bereitschaftsdienstzulagen verbleibender Überschuss ist der Ärztekammer für Kärnten zweckgewidmet für mit der Kurie der niedergelassenen Ärzte vereinbarten Maßnahmen (z.B. Anschubfinanzierung, einmalige Unterstützungen und für die Organisation des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes) zu überweisen. Für diese „Restlimitmittel“ wird von der ÖGK ab dem Jahr 2021 der Ärztekammer für Kärnten nur der den Betrag von € 100.000 übersteigende Teil ausbezahlt; € 100.000 dieser Mittel verbleiben somit jährlich bei der ÖGK. Die Ärztekammer behält sich von den an sie ausbezahlten Mitteln, jährlich € 50.000 und zahlt die darüber hinaus bekommenen Mittel ab dem Jahr 2022 in den neu zu schaffenden Strukturtopf, über den die Ärztekammer und die ÖGK gemeinsam verfügen. Diese Mittel aus dem Strukturtopf werden für Versorgungs- und Qualitätsverbesserungen auf Vorschlag der Ärztekammer oder der ÖGK im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und ÖGK verwendet.

Von den an die Ärztekammer bis einschließlich das Kalenderjahr 2020 bereits überwiesenen „Restlimitmittel“ werden von der Ärztekammer eine Summe in der Höhe von € 600.000 und zusätzliche Mittel aus dem Jahr 2021 im Einvernehmen mit der ÖGK als Einmalzahlung an die VertragsärztInnen (zusätzliche Inflationsabgeltung) verteilt.

(7) Folgende Leistungen (mit eigenen Positionsnummern) können erbracht und abgerechnet werden:

- Visite pro Patient pauschal € 83,40,-- (Pos. vp) oder
- Pos. 2cb und Weggebühren (Pos. 2tb bei Normal- und Vertretungsfällen)
- Anschlussvisite Pos. 2db
- Ordination pro Patient pauschal € 31,27,-- (Pos. op)
- Spezielle Einzelleistungen – mit Begründung:

Pos.Nr.	Positionstext
70b	Ersthonorar
71b	Zweithonorar
82b	Aufnahme 9 x 12
83b	Aufnahme 13 x 18
84b	Aufnahme 18 x 24
85b	Aufnahme 15 x 40
86b	Aufnahme 24 x 30
87b	Aufnahme 30 x 40
88b	Aufnahme 35 x 35
400b	Erstversorgung: Wundinspektion, Wundreinigung, Wundversorgung bei Bedarf auch mit Wundverschluss, Verbandanlage
401b	Kleinchirurg. Eingriff (chirurg. Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wundgröße bis zu 5 cm – Excision von abgestorbenem oder geschädigtem Gewebe
402b	Chirurg. Eingriff (chirurg. Wundtoilette) bei akuten Wunden – Wund-größe größer 5 cm – Excision von abgestorbenem oder geschädigtem Gewebe
410b	Nachbehandlung von akuten Wunden inkl. Wundheilungsstörung, Wundinspektion, Wundreinigung, Verbandwechsel
9pb	EKG am Krankenbett, Zuschlag
12rb	EKG in Ruhe (Standardableitungen)
14ob	Weitere EKG-Ableitungen (Goldberger und 6 BWA)
11pb	Leitungsanästhesie
13gb	Provis. Frakturversorgung mittels (Gips-) Schiene

Pos.Nr.	Positionstext
14rb	Intravenöse Infusion
17ub	Wiederbelebungsversuche, je halbe Stunde
24cb	Unterarmgips
26ab	Einrichtung und definitive Frakturversorgung einschl. Gips; große Knochen
26bb	Oberarmgips oder Unterschenkelgips
26tb	Reposition und Fixation einer Luxation bzw. Subluxation des Ellebogen, Hand- oder Sprunggelenkes
321b	Intubation
161b	Unblutige Einrichtung und 1. Verband (auch Extensionsverband) b. Frakturen kleinerer Knochen (Fibula, Phalangen)
163b	Incision eines oder mehrerer oberflächl. Gelegener eitriger Prozesse (auch Paronychie, Panaritium)
165b	Incision einer oberflächlichen Phlegmone
166b	Operative Entfernung v. Fremdkörpern aus Weichteilen inkl. Naht, Entfernung subc. gelegener, tastbarer Fremdkörper mit Incision und Naht
167b	Operative Entfernung von Geschwülsten od. Abtragung eines Hämorrhoidalknotens einschl. Naht; Erster Eingriff
181b	Unblutige Einrichtung und erster Verband (auch Extensionsverband) bei Frakturen und Bandrupturen
216b	Operative Fremdkörperentfernung aus Weichteilen subcutan einschl. Naht, Entfernung von Fremdkörpern oder von tiefgel. röntgenologisch nicht lokalisierten Fremdkörpern

(8) Die Verrechnung der Visiten und Ordinationen erfolgt außerhalb der Limitierungen der entsprechenden Positionen des Gesamtvertrages. Die Visitenabrechnungsvariante ist der Kasse schriftlich bekanntzugeben, eine Änderung ist jeweils nur mit Beginn des Kalenderjahres möglich.

(9) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch die KassenärztInnen oder durch Wahl- bzw. WohnsitzärztInnen für Allgemeinmedizin. Wahl- bzw. WohnsitzärztInnen können elektronisch oder „in Papierform“ ihre Leistungen mit den Kassen abrechnen.

(10) Es ist das gemeinsame Ziel, den Hausärztlichen Bereitschaftsdienst an den Wochenenden und Feiertagen im Jahr 2020 quartalsweise zu evaluieren und bei entsprechender Notwendigkeit ab dem Jahr 2021 weiterzuentwickeln. Wenn gemeinsam festgelegte und budgetierte Vertragsinhalte nicht ausgeschöpft werden, wird ein Ausgleich im Vertrag berücksichtigt. Ein weiteres Ziel ab 2021 ist die Vereinheitlichung des Hausärztlichen Bereitschaftsdienstes an den Werktagen mit den Wochenenden und Feiertagen unter Einbindung der Stadt Klagenfurt.

(11) Für den von der Ärztekammer für Kärnten organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Stadt Klagenfurt gelten die Regelungen wie für die restlichen Dienstsprengel in Kärnten mit folgenden Besonderheiten:

a) In den 10 Stunden-Diensteinheiten an Samstagen, Sonntagen und an Feiertagen werden jeweils 2 Ärzte zum Dienst eingeteilt.

b) Vorläufig bis 31.12.2024 gibt es an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen zusätzlich einen Dienst mit einem Arzt von 18:00 Uhr bis 24:00 Uhr (6-Stunden-Dienst). Das Honorar für diesen Dienst beträgt pauschal € 469,10. Es dürfen keine Einzelleistungen verrechnet werden. Die Zeit zwischen 24:00 Uhr und 8:00 Uhr wird durch das Österreichische Rote Kreuz abgedeckt.

c) Vorläufig bis 31.12.2024 gibt es an den Freitagen zusätzlich einen Dienst mit einem Arzt von 19:00 Uhr bis 24:00 Uhr (5-Stunden-Dienst). Das Honorar für diesen Dienst beträgt pauschal € 390,92. Es dürfen keine Einzelleistungen verrechnet werden.

An den Vortagen zu den Feiertagen gibt es zusätzlich einen Dienst mit einem Arzt von 18:00 Uhr bis 24:00 Uhr (6-Stunden-Dienst). Das Honorar für diesen Dienst beträgt pauschal € 469,10. Es dürfen keine Einzelleistungen verrechnet werden. Die Kosten für diese Dienste werden von der Stadt Klagenfurt getragen. Die Zeit zwischen 24:00 Uhr und 8:00 Uhr wird durch das Österreichische Rote Kreuz abgedeckt.

d) An dieser Regelung sind die §2-Krankenversicherungsträger des Kärntner Gesamtvertrages, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau und die Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen 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 Ärztefunkdienst aufgelegtes namentliches Dienstjournal zu führen, in das chronologisch die durchgeführten Visiten, Ordinationen bzw. Leistungen einzutragen sind. Das Original des Dienstjournales ist spätestens innerhalb von 5 Tagen nach Beendigung des Dienstes an die Vertragspartnerabteilung der Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten, Kempfstraße 8, 9021 Klagenfurt am Wörthersee 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 Diensteinheiten, 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.

(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 € 6,09

(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 1.1.2024 um 4,24%. 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 Österreichischen Gesundheitskasse im Bundesland Kärnten 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)	€ 2,78
bei Nacht	(Pos. Nr. 2n)	€ 4,18

(2) Die Weggebühren in Vertretungsfällen (Urlaub, Krankheit, Notfälle, Bereitschaftsdienst) werden nach den in Abs.1 ausgewiesenen Sätzen pro Doppelkilometer verrechnet. Die im Punkt (3) b) Abs.2 angeführte Weggebühr gilt bezüglich des Bereitschaftsdienstes nur für den Wochenend-bereitschaftsdienst.

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.

Entfällt ab 01.01.2020:

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

IV. Erschwerniszulage

Ab 1.7.2018 leisten die §2-Kassen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen eine „Erschwerniszulage“ im Ausmaß von € 2.000,-- pro Quartal an jene Kassenärzte in Gemeinden mit nur einer Planstelle pro Niederlassungsort und ohne Hausapotheke.

Ab 1.7.2018 leisten die §2-Kassen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen eine „Erschwerniszulage“ im Ausmaß von € 1.000,-- pro Quartal an jene Kassenärzte in Gemeinden mit nur einer Planstelle pro Niederlassungsort und mit Hausapotheke sowie Kassenärzte in folgenden Gemeinden (zwei Planstellen pro Niederlassungsort und Entfernung größer 20 Kilometer zur nächsten fachärztlichen Versorgung): Bad Eisenkappel, Bad Kleinkirchheim, Bad St. Leonhard, Greifenburg, Kötschach, Lavamünd, Obervellach, Paternion, St. Jakob/Rosental.

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

V. Gültigkeit

Mit dem vorliegenden Zusatzübereinkommen 2024 wird die Geltung des gegenständlichen Gesamtvertrages einschließlich der Honorarordnung auf unbestimmte Zeit verlängert.