

ANHANG

zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994

ZUSATZVEREINBARUNG

1994

zu dem zwischen der Ärztekammer für Burgenland einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger andererseits abgeschlossenen Gesamtvertrag für das

BUNDESLAND BURGENLAND

Gültig für die nachstehend angeführten Krankenversicherungsträger, die diese Zusatzvereinbarung mitunterfertigen;

Burgenländische Gebietskrankenkasse
Eisenstadt, Esterhazyplatz 3

Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues,
Graz, Lessingstraße 20

ZUSATZVEREINBARUNG 1994

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

I.

Diese Zusatzvereinbarung gilt für das Vertragsverhältnis der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, zu den im § 2 des Gesamtvertrages angeführten Krankenversicherungsträger für den Zeitraum 1.7.1994 bis 31.12.1996.

Beide Vertragsparteien verzichten für diesen Zeitraum auf eine Kündigung des Gesamtvertrages. Eine erstmalige Kündigung ist somit zum 31.12.1996 möglich.

II.

1. Für die Erhöhung der Honorare der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) und Fachärzte im Bundesland Burgenland ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird für den Vertragszeitraum vom 1.7.1994 bis 31.12.1994 jener Betrag zur Verfügung gestellt, der zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Fallwertes der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) und Fachärzte laut beiliegender Honorarordnung gegenüber den zwei entsprechenden Quartalen 3/93 und 4/93 um 15,9 % führt.
2. Für den Zeitraum 1.1.1995 bis 31.12.1995 wird jener Betrag zur Verfügung gestellt, der zu einer Erhöhung jenes Fallwertes um 1,5 % führt, der sich aus der Erhöhung des durchschnittlichen Fallwertes 1993 um 15,9 % ergibt.
3. Die Erhöhung des durchschnittlichen Fallwertes der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) und Fachärzte vom 1.1.1996 bis 31.12.1996 gegenüber dem durchschnittlichen Fallwert 1995 wird mit 1,5 % vereinbart. Zusätzlich wird ab 1.7.1996 jener Betrag zur Verfügung gestellt, der eine Anhebung der Frequenz der weiteren Ordination (Position 015) für Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) und allgemeine Fachärzte von 1,0 auf 1,4 im Durchschnitt pro Fall und Quartal pro Vertragsarzt ermöglicht.
4. Für den Vertragszeitraum 1.7.1994 bis 31.12.1996 wird eine Steigerung der Zahl der Fälle mit Grundvergütung zu Lasten der Burgenländischen Gebietskrankenkasse maximal in jenem Ausmaß anerkannt, das der Steigerung des durchschnittlichen Versicherungsstandes bei der Bgld. Gebietskrankenkasse im Vertragszeitraum gegenüber den entsprechenden Vorjahresquartalen entspricht.
5. Bei der Berechnung und Feststellung des zulässigen Ausmaßes der Erhöhung des Durchschnittsfallwertes und der honorierbaren Mehrfälle sind die Honoraraufwendungen und die Fälle der im Vertragszeitraum neu zugelassenen Ärzte außer Ansatz zu lassen.

6. Mehrfälle aufgrund von einvernehmlich anerkannten Epidemien bleiben unberücksichtigt.
7. Die Auswirkung der Honorarautomatik ist für die Gültigkeitsdauer dieser Zusatzvereinbarung abgegolten.
8. Unter dem durchschnittlichen Fallwert ist der allenfalls nach Punkt III gekürzte Fallwert zu verstehen.

Für die Neueinführung von Sonderleistungen werden jedenfalls folgende Beträge gewidmet:

- 1.7.1994 bis 31.12.1994: S 3,320.000,--
- 1.1.1995 bis 31.12.1995: 1,5 % der Vorjahreshonorarsumme
- 1.1.1996 bis 31.12.1996: 1,5 % der Vorjahreshonorarsumme

III.

1. Übersteigt jeweils in den Quartalen des Vertragszeitraumes gegenüber dem jeweiligen Vergleichsquartal der vorangegangenen Honorarperiode die Honorarsumme aller Ärzte das Produkt aus anerkannter Fallzahl und zulässigem Durchschnittsfallwert, kommt folgende Fallzahl- und Fallwertregelung zur Anwendung:
Übersteigt bei einer Fachgruppe die Honorarsumme das Produkt aus anerkannter Fallzahl und zulässigem Durchschnittsfallwert dieser Fachgruppe, so ist beim einzelnen Arzt dieser Fachgruppe quartalsweise festzustellen, in welchem Ausmaß die vom einzelnen Arzt abgerechnete Honorarsumme das Produkt aus individuell anerkannter Fallzahl und individuell anerkanntem Fallwert übersteigt. Der übersteigende Betrag ist dem betreffenden Arzt zur Stellungnahme bekanntzugeben.
2. Übersteigt im Vertragszeitraum 1.7.1994 bis 31.12.1994 bzw. 1.1.1995 bis 31.12.1995 bzw. 1.1.1996 bis 31.12.1996 die Honorarsumme aller Ärzte das Produkt aus anerkannter Fallzahl und zulässigem Durchschnittsfallwert, kommt jeweils folgende Kürzungsregelung zur Anwendung:
Übersteigt bei einer Fachgruppe die Honorarsumme das Produkt aus anerkannter Fallzahl und zulässigem Durchschnittsfallwert dieser Fachgruppe, so ist beim einzelnen Arzt dieser Fachgruppe die Honorarsumme um jenen Betrag zu kürzen, der das Produkt aus individuell anerkannter Fallzahl und individuell anerkanntem Fallwert übersteigt. Für den Fall, dass die errechnete Kürzung aus berücksichtigungswürdigen Gründen eine Härte darstellt, entscheidet ein paritätisch zusammengesetzter Härteausschuß über eine eventuelle Milderung der Kürzung.
3. Die in den Punkten 1 und 2 angeführten Fallzahl- und Fallwertregelung bzw. Kürzungsregelung ist nur dann anzuwenden, wenn die Fallzahl des einzelnen Arztes 500 Fälle mit Grundvergütung übersteigt. Die Kürzungsregelung wird ebenfalls nicht angewendet, wenn die abgerechnete Honorarsumme des Vertragsarztes unter der Durchschnittshonorarsumme seiner Fachgruppe liegt. Gleichfalls werden Ärzte in den ersten zwei Jahren ab Zulassung auf einer neuen Planstelle von den angeführten Regelungen ausgenommen.

4. Wird die Überschreitung der zulässigen Honorarsumme aller Ärzte im jeweiligen Vertragszeitraum durch die im Punkt 2 angeführte Kürzungsregelung nicht hereingebracht, ist, soweit nicht gesonderte Vereinbarungen getroffen werden, von der Honorarsumme aller Ärzte aliquot der noch ausstehende Überschreibungsbetrag bei der Honorarberechnung des jeweiligen 4. Quartals einzubehalten.

IV.

1. Mit Wirkung ab 1.1.1979 erhalten ehemalige Vertragsärzte, welchen eine Versorgungsleistung aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Burgenland zuerkannt wird, als gemeinsame Leistung der beiden Vertragspartner eine monatliche Treueprämie. Die Voraussetzung hierfür sind in einer gesamtvertraglichen Vereinbarung über Treueprämie festgelegt.
2. Ab 1.4.1992 beträgt die monatliche Leistung S 210,-- je Vertragsjahr, die Übergangsleistung S 1.500,-- pro Monat.

V.

Mit Wirksamkeit ab 1.7.1994 wird die zuletzt geltende Honorarordnung durch die beige-schlossenen Austauschblätter aktualisiert.

ÄRZTEKAMMER FÜR BURGENLAND

Der Präsident:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIAL VERSICHERUNGSTRÄGER

Der Leitende Angestellte:

Der Präsident:

BURGENÄNDISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

Der leitende Angestellte:

der Obmann:

**VERSICHERUNGSANSTALT DES
ÖSTERREICHISCHEN BERGBAUES**

Der leitende Angestellte:

der Obmann:

HONORARORDNUNG

Allgemeine Bestimmungen

Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit der im Bundesland Burgenland niedergelassenen und in einem Vertragsverhältnis zu den im § 2 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 angeführten Krankenversicherungsträgern stehenden Vertragsärzte erfolgt ab 1.7.1994 nach den Bestimmungen dieser Honorarordnung. Gleichzeitig tritt die bisherige Honorarordnung außer Kraft.

Grundsätze für die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen

A.

Zur Verrechnung können grundsätzlich nur jene ärztlichen Leistungen gelangen, welche im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistung und Vergütungen“ (Abschnitt C/a bis i taxativ aufgezählt sind, unter Beachtung der bei den einzelnen Position angeführten Erläuterungen bzw. Bemerkungen und der nachstehenden Bestimmungen:

1. Als Nachtzeit für Ordinationen und Besuche gilt die Zeit von 20 bis 7 Uhr:

Nachtvisiten und – ordinationen können nur zur Verrechnung gelangen, wenn die Berufung bzw. Inanspruchnahme nach 20 Uhr erfolgte und die Leistung vor 7 Uhr vollendet wurde.

Werden bei einem Krankenbesuch bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen mehrere Familienangehörige behandelt, so kann das Visitenhonorar nur für einen Versicherten oder Angehörigen verrechnet werden. Für die übrigen gebührt das entsprechende Ordinationshonorar: Bei Visiten an Werktagen kann für die weiteren Angehörigen die Position 004 in Rechnung gestellt werden.

2. Die Verrechnung der Pos. Nr. 007 ist für jede Erstvisite bei Tag an Werktagen 1 mal pro Fall und Quartal zulässig. für jede weitere Tagesvisite pro Fall ist **Pos. Nr. 017** zu verrechnen.

3. Sonn- und Feiertagsdienst

Sofern gemäß § 16 des Gesamtvertrages ein Sonn- und Feiertagsdienst eingerichtet ist, gilt als

- a) Sonntagsdienst die Zeit von Samstag 7 Uhr bis Montag 7 Uhr

- b) Feiertagsdienst die Zeit von 18 Uhr des dem gesetzlichen Feiertag vorausgehenden Tages bis 7 Uhr des dem gesetzlichen Feiertag folgenden Tages; Feiertagsdienst am 24.12 (Heiliger Abend) und 31.12 (Silvester) ab 12 Uhr. An beiden Tagen wird jedoch kein Sonntagsdienstpauschale gewährt.
- c) Feiertagsdienst an Doppelfeiertagen die Zeit von 7 Uhr des Doppelfeiertages bis 7 Uhr des nächsten Tages.

Der ärztliche Sonn- und Feiertagsdienst ist grundsätzlich ein Notdienst nur für dringende Fälle und gilt nur für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktische Vertragsärzte) des Burgenlandes.

Die von den Vertragspartnern erstellte Sprengelenteilung für den Sonn- und Feiertagsdienst soll beibehalten werden. Einvernehmliche Änderungen innerhalb der einzelnen Sprengel sind mit Zustimmung beider Vertragspartner möglich.

Zur Verrechnung der im Sonn- und Feiertagsdienst erbrachten Einzelleistungen (Sonntagsordinationen, Sonntagsvisiten etc.) und der Wegegebühren sind Überweisungsscheine auszustellen. Diese sind fortlaufend zu nummerieren und vor der Nummer mit einer „S“ zu bezeichnen. Falls Wegegebühren auflaufen sollten, ist die Anzahl der gefahrenen Kilometer auf der Rückseite des Kranken- bzw. Überweisungsscheines in die Spalte des entsprechenden Tages einzutragen, analog den Sonderleistungen.

Die Führung einer separaten Wegegebührenliste entfällt.

Irgendwelche Unterschriften von seiten des Patienten bzw. des vertretenen Arztes sind nicht erforderlich.

Für den Sonntagsdienstüberweisungsschein gebührt keine Grundvergütung.

Den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzten), die einvernehmlich zwischen der Ärztekammer für Burgenland und den § 2-Kassen in den Sonn- und Feiertagsdienst eingeteilt sind, gebührt neben den nach Abschnitt C/b für getätigte Einzelleistungen zustehenden Vergütungssätzen und den nach Pos. 010 und 011 zustehenden Wegegebühren ein „Bereitschaftsdienstpauschale“ nach Position 009 je absolvierten Sonn- und Feiertagsdienst.

Die Verrechnung des „Bereitschaftsdienstpauschales im Sonn- und Feiertagsdienst“ erfolgt in der Form, dass der anspruchsberechtigte Vertragsarzt anlässlich der Erstellung der Quartalsabrechnung auf der „Honorarliste“ (im Rechteck oben rechts) datumsmäßig die im abgelaufenen Quartal getätigten Sonn- und Feiertagsdienste angeführt.

Die Sonn- und Feiertagsdienste für das abgelaufene Quartal sind generell von dem Vertragsarzt, der den Sonntagsdienst einteilt, bis längstens 10. des dem Quartalsende folgenden Monats der Ärztekammer für Burgenland in zweifacher Ausfertigung zu melden, welche eine Ausfertigung umgehend an die Gemeinsame Verrechnungsstelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger weiterleitet.

Unabhängig von der Einteilung zum Bereitschaftsdienst werden jedem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) die in der Zeit zwischen Samstag 7 Uhr, sofern sich die Ordinationszeit nicht über 7 Uhr erstreckt, und Montag 7 Uhr sowie an Wochentagen vor einem Feiertag in der Zeit zwischen 18 Uhr und 20 Uhr und am 24.12 und 31.12 ab 12 Uhr getätigten Ordinationen und Visiten als „Sonntagsleistungen“ (Sonntagsordinationen bzw. –visiten) anerkannt und honoriert.

Bei Verrechnung von Sonntagsordinationen und Sonntagsvisiten, die an den Wochentagen vor einem Feiertag erbracht wurden, ist unbedingt die Uhrzeit anzugeben.

Die gleichzeitige Verrechnung von Nachtvisiten und Sonntagsvisiten ist nicht zulässig. Dasselbe gilt für Nacht- und Sonntagsordinationen.

- 4. Ärztliche Leistungen**, für die eine Genehmigung der Krankenversicherungsträger erforderlich ist, sind im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen“ (Abschnitt C/a bis i) besonders angemerkt. Die Bestimmungen des § 14 des Gesamtvertrages sind zu beachten

Die Anträge auf Genehmigung sind bei der chefarztlichen Dienststelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger, Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, einzureichen.

- 5. Ärztliche Leistungen, deren Erbringung ausschließlich Fachärzten** vorbehalten ist, sind im „Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen“ (Abschnitt C/a bis i) durch Symbole besonders gekennzeichnet und dürfen lediglich von den Vertragsfachärzten zur Verrechnung gebracht werden.
- 6. Vertragsärzte, die zugleich als sogenannte „Auchzahärzte“** einen Kassenvertrag besitzen, können weder die Pos.Nr. 090 bis 094 noch in diesem Zusammenhang einen Krankenschein verrechnen.
- 7. Vertragsfachärzte, die zugleich als Primärärzte in einem burgenländischen Krankenhaus tätig sind**, können Vergütungssätze für Einzelleistungen nicht verrechnen, wenn innerhalb von 24 Stunden eine stationäre Spitalsaufnahme des Patienten erfolgt.
- 8. Vertragsärzte, welche physiotherapeutische Leistungen erbringen**, können dies nur dann verrechnen, wenn sie die bezüglichen Physiko-Apparate der für sämtliche § 2-Kassen zuständigen Gemeinsamen Verrechnungsstelle, Eisenstadt, Esterhazyplatz 3, gemeldet haben.

Die Physikobehandlung – mit Ausnahme der mit einem x) versehenen Positionen – sind bewilligungsfrei.

9. Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von sonographischen Leistungen

- a) Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Vereinbarung zu § 13 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 ohne Gewährung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den in Abschnitt C/f angeführten Einzelleistungen bzw. den Anmerkungen zur Verrechenbarkeit.
- b) Bei Fachärzten anderer Sparten erfolgt die Honorierung der sonographischen Leistungen nach Abschnitt C/f unter Beachtung der Anmerkungen zur Verrechenbarkeit.
- c) Die in lit.a und b genannten Vertragsärzte sind nur dann berechtigt sonographische Leistungen abzurechnen, wenn die Befähigung zur Durchführung der Sonographie nachgewiesen und im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträger eine entsprechende Sondervereinbarung mit dem Vertragsarzt abgeschlossen wurde. Das verwendete Gerät ist der Gemeinsamen Verrechnungsstelle zu melden.
- d) Ab 1. Juli 1994 wird die Honorierung der Sonographie für Fachärzte für Radiologie mit S 729.800,.. pro Quartal limitiert.
Im Falle der Überschreitung der Quartalslimitsumme steht den sonographischen Leistungen erbringenden Radiologen jener Anteil an der Limitsumme der Fachgruppe zu, der dem Verhältnis der abgerechneten Scheinzahl entspricht. Am Ende der Vertragsperiode ist ein Jahresausgleich durchzuführen.

10. Allgemeine Bestimmungen für die Verrechnung und Honorierung von Röntgenleistungen.

- a) Honorierung der Vertragsfachärzte für Radiologie erfolgt grundsätzlich unter Beachtung der Vereinbarung zu § 13 des Gesamtvertrages vom 20.5.1994 ohne Gewährung einer Grundvergütung und ausschließlich nach den in Abschnitt C/g angeführten Einzelleistungen bzw. den nachfolgenden Bestimmungen
- b) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) können zur Erbringung bestimmter röntgendiagnostischer Leistung unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Röntgen-Sachverständigenausschlusses über Antrag der Ärztekammer für Burgenland von den §2-Kassen zugelassen werden.
- c) Für die Zulassung der unter lit.b) genannten Ärzte ist grundsätzlich Voraussetzung, dass diese die erforderlichen Kenntnisse und geeigneten Apparaturen dem Röntgen-Sachverständigenausschuß nachweisen. Außerdem ist zu beachten, dass Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) die Zulassung nur erhalten können, wenn am gleichen Ort oder dessen näheren Umgebung kein Vertragsfacharzt für Radiologie niedergelassen ist. Eine allenfalls bereits erteilte Zulassung ist zurückzunehmen, wenn in dem betreffenden Ort oder dessen näheren Umgebung ein Facharzt für Radiologie den Kassenvertrag erhält.

Bei Fachärzten anderer Sparten ist im Falle der Kassenzulassung eines Facharztes für Radiologie am gleichen Ort oder dessen näheren Umgebung zu berücksichtigen, dass nur jene röntgendiagnostische Leistung (lit.g) verrechnet werden können, die im Rahmen der klinischen Untersuchung bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten unbedingt erforderlich sind:

- d) Fachärzte anderer Sparten oder Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) mit Kassenzulassung nach lit.b) sind lediglich berechtigt, nachfolgende röntgendiagnostische Leistungen in der eigenen Ordination und für eigene Patienten zu tätigen und nach den unter Abschnitt C/g angeführten Vergütungssätzen und Bedingungen zu verrechnen.

Fachärzte für Chirurgie, Unfallchirurgie:

Röntgenaufnahme bei Verletzungen und Fremdkörpersuche, Versorgung bei Frakturen, Durchleuchtungen (Thorax, Leerdurchleuchtungen des Abdomens)

Fachärzte für innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde:

Durchleuchtungen (Lunge, Herz, Leerdurchleuchtung des Abdomens).

Fachärzte für Lungenkrankheiten:

Lungendurchleuchtungen oder -aufnahmen (nur für Erstuntersuchung)

Ärzte für Allgemeinmedizin (Praktische Ärzte):

Röntgen-Durchleuchtungen (Lunge, Herz, und Leerdurchleuchtung des Abdomens).

Röntgenaufnahmen bei Fremdkörpersuche oder Extremitätenverletzungen sowie Versorgung bei Frakturen.

11. Die nach C/h erbrachten Laborleistungen können grundsätzlich von allen Vertragsärzten verrechnet werden, sofern die Erbringung dieser Leistungen nicht ausdrücklich Fachärzten – durch Symbole bezeichnet – vorbehalten ist.

- a) Die Vergütung der Laborleistungen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) erfolgt ab 1.4.1992 bis zu einem Durchschnittsbetrag von S 51,-- pro Fall (Fälle mit Grundvergütung) in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen S 51,-- und S 66,-- je Fall mit 50% und für die S 66,-- überschreitenden Durchschnittsbeiträge mit 25 % der jeweiligen Tarifsätze.
- b) Für die Vertragsfachärzte für innere Medizin erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.1992 bis zu einem Durchschnittsbetrag von S 235,-- pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen S 235,-- und S 316,-- je Fall mit 50 % und für die S 316,-- überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 25 % der jeweiligen Tarifsätze.

- c) Für die Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten und für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.1992 bis zu einem Durchschnittsbetrag von S 79,-- pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen S 79,-- und 105,-- je Fall mit 50 % und für die S 105,-- überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 25 % der jeweiligen Tarifsätze.
- d) Für die Vertragsfachärzte für Urologie erfolgt die Vergütung der Laborleistung ab 1.4.1992 bis zu einem Durchschnittsbetrag von S 96,-- pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen S 96,-- und S 122,-- je Fall mit 50 % und für die S 122,-- überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 25 % der jeweiligen Tarifsätze.
- e) Für die übrigen Vertragsfachärzte erfolgt die Vergütung der Laborleistungen ab 1.4.1992 bis zu einem Durchschnittsbetrag von S 51,-- pro Fall in voller Höhe, für den Durchschnittsbetrag zwischen S 51,-- und S 66,-- je Fall mit 50 % und für die S 66,-- überschreitenden Durchschnittsbeträge mit 25 % der jeweiligen Tarifsätze.

12. Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren besteht unter Beachtung der Bestimmungen des § 12 des Gesamtvertrages erst bei mehr als einem Doppelkilometer. Ist der Anspruch auf Vergütung der Wegegebühren gegeben, gilt der ab dem ersten Doppelkilometer angefangene Kilometer als voll.

Gemeindeärzte, die gleichzeitig Vertragsärzte sind, haben innerhalb ihres Sprengels bis auf weiters Anspruch auf die vollen Wegegebühren, auch wenn sie nicht als nächsterreichbare Ärzte im Sinne des § 12 Abs.2 des Gesamtvertrages in Anspruch genommen werden.

Die Kassen werden bei Überprüfung der Wegegebührenabrechnung bei Ärzten, die in Gebirgsgegenden bestimmte Strecken nur zu Fuß zurücklegen können und bei anderen schwierigen Wegeverhältnissen einen toleranten Maßstab anlegen und die zur Überprüfung herangezogenen Organe entsprechend anweisen.

Auf der Rückseite des Kranken- bzw. Überweisungsscheines ist die Anzahl der gefahrenen Kilometer in die Spalte des entsprechenden Tages einzutragen, analog den **Sonderleistungen**:

Am gleichen Tag können bei Besuchen im selben Ort Wegegebühren in der Regel nur einmal verrechnet werden. Wenn jedoch mehrere Fahrten zu verschiedenen Zeitpunkten am gleichen Tag in dieselbe Ortschaft notwendig werden, so ist die Uhrzeit unbedingt anzugeben. Bei gleichzeitigem Besuch mehrerer Versicherter oder anspruchsberechtigter Familienangehöriger auf der gleichen Wegstrecke, können die Wegegebühren nur für den entferntest wohnenden Patienten verrechnet werden. Für die übrigen, auf der gleichen Wegstrecke besuchten Patienten, entfällt die Kilometergebührenverrechnung. Bei Wegabzweigungen kommen die Kilometerunterschiede zur Anrechnung.

13. Die in diese Zusatzvereinbarung aufgenommenen Mutter-Kind-Paß-Positionen (560, 561, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571) sind von künftigen Honorarerrhöhungen ausgenommen, da die Festsetzung der Höhe dieser Position auf Bundesebene erfolgt. Das gleiche gilt für die Vorsorgeuntersuchungsposition 550, sowie für die Honorarpositionen der krankenhausersetzenden medizinischen Hauskrankenpflege 900 bis 930.

B.

1. **Die Vertragsärzte erhalten Vorauszahlungen** in Höhe von 25 % des zuletzt abgerechneten Vierteljahreshonorars bis zum 10. eines jeden Monats, wobei das I. Quartal als Grundlage für die Vorauszahlung des III. das II. Quartal als Grundlage für das IV. Quartal usw. heranzuziehen ist.

Die errechneten Beträge sind auf S1.000,-- zu runden.

Vorauszahlungen werden bei Nichteinhaltung der Bestimmungen des Abschnittes D (Rechnungslegung) im Sinne des § 31 Abs.2 des Gesamtvertrages nicht gewährt.

2. **Die Höhe der Vorauszahlung** für die Kassenpraxis neu zugelassenen Ärzte wird bis zur Fertigstellung der ersten Quartalsabrechnung individuell festgesetzt.
3. **Die Auszahlung des restlichen Honoraranteiles** für das betreffende Quartal erfolgt unter Beachtung der Bestimmungen des Abschnittes D (Rechnungslegung) bis spätestens Ende des nächstfolgenden Quartals.
4. **Sämtliche Zahlungen**, wie Vorauszahlungen und der restliche Honoraranteil, sind von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle der burgenländischen Krankenversicherungsträger auf ein vom Vertragsarzt zu bestimmendes burgenländisches Geldinstitut zu leisten.
5. **Bei allfälligen Abrechnungs- und Honorardifferenzen** sind die Bestimmungen der §§ 31, 32 und 36 des Gesamtvertrages bzw. des § 5 des Einzelvertrages zu beachten.
6. **Sonderbestimmungen über die Vertretung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) bei Krankheit:**

Im Falle der Erkrankung des Vertragsarztes ist dieser verpflichtet, eine Meldung über die Erkrankung sowohl der Ärztekammer für Burgenland, als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse sofort zu erstatten. Die Meldung hat schriftlich zu erfolgen. Ebenso muß die Wiederaufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit an die vorgeannten Stellen unverzüglich gemeldet werden.

Für die Dauer einer mehr als drei Tage währenden Erkrankung steht dem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) ab dem ersten Tag, sofern die Krankmeldung im Sinne des ersten Absatzes erfolgt ist, das Recht zu, einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischer Vertragsarzt) mit seiner Vertretung zu betrauen.

Mit Zustimmung beider Vertragsparteien kann auch ein Nichtvertragsarzt als Vertreter nominiert werden. Die Verrechnung der von diesem erbrachten Leistungen erfolgt jedoch nur durch den vertretenen Vertragsarzt unter Beachtung der in den Punkten 6 und 7 dieser Honorarordnung festgelegten Bestimmungen.

In Ausnahmefällen können mit Zustimmungen der Ärztekammer für Burgenland und der Burgländischen Gebietskrankenkasse mehrere Vertreter bestellt werden.

Der beziehungsweise die Vertreter sind sowohl der Ärztekammer für Burgenland als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse namentlich bekanntzugeben. Der Vertreter gilt als genehmigt, wenn nicht binnen acht Tagen nach der Meldung von den §2-Kassen oder der Ärztekammer für Burgenland ein Einspruch erhoben wird.

Das Krankenstandsverzeichnis ist dem Vertreter zu übergeben.

An der Ordinationstür des erkrankten Vertragsarztes ist ein entsprechender Aushang, der von der Ärztekammer für Burgenland zur Verfügung gestellt wird, sichtbar anzubringen. Der vertretende Vertragsarzt bzw. die vertretenden Vertragsärzte sind berechtigt, für den Kassenpatienten, der seinen Krankenschein bereits bei dem erkrankten Vertragsarzt abgegeben hat, einen Überweisungsschein auszustellen, welcher im rechten Teil neben dem Wort „wegen:“ mit einem roten „K“ zu versehen ist. Außerdem ist hier noch der Vermerk: „KS“ (Krankenschein) bei Dr. hinzuzufügen.

Dieser Überweisungsschein wird verrechnungsmäßig als Krankenschein gewertet; die allenfalls erbrachten Einzelleistungen werden von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle voll honoriert, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass für den gleichen Kassenpatienten pro Quartal nur ein Überweisungsschein – datumsmäßig der erste – anerkannt wird und zur Verrechnung gelangt.

Die auflaufenden Wegegebühren werden für die Vertretungszeit grundsätzlich nur vom Ordinationssitz des nächsterreichbaren Vertragsarztes vergütet. Im Übrigen gelten hinsichtlich der Verrechnung der Wegegebühren die Vertragsbestimmungen erscheinend.

Nach Wiederherstellung der Dienstfähigkeit des vertretenden Arztes können Kassenpatienten mittels Überweisungsscheines an den vertretenden Arzt nur dann rücküberwiesen werden, wenn eine weitere ärztliche Behandlung notwendig erscheint.

Dieser Schein ist ebenfalls im rechten Teil neben dem Wort „wegen:“ mit einem roten „K“ zu versehen und der Vermerk „KS bei mir“ anzubringen. Die dem Vertreter übergebenen, deutlich mit einem roten „K“ zu bezeichnenden Krankenscheine sowie die von diesem ausgestellten Überweisungsscheine werden zuzüglich der getätigten Sach- und Sonderleistungen von der Gemeinsamen Verrechnungsstelle in Höhe der garantierten Grundvergütung honoriert. Diese Scheine sind, für jede Kasse alphabetisch geordnet, innerhalb der einzelnen Schleifen obenauf zu legen.

Der dem vertretenen (erkrankten) Arzt übermittelte, deutlich mit einem roten „K“ zu bezeichnende Überweisungsschein wird zuzüglich der getätigten Sach- und Sonderleistungen in derselben Höhe wie die anderen Krankenscheine honoriert. Diese Überweisungsscheine sind zusammen mit den übrigen Krankenscheinen zu ordnen und zu verrechnen.

Für allgemeine Vertragsfachärzte gilt obige Regelung sinngemäß.

Unabhängig von diesen Bestimmungen bleibt es jedem Vertragsarzt unbenommen, sich in seiner eigenen Ordination durch einen von ihm bestellten Arzt im Sinne des § 9 des Gesamtvertrages vertreten zu lassen.

7. Sonderbestimmungen über die Vertretung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzte) bei Urlaub

Im wesentlichen gelten für Vertretung des Vertragsarztes für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) für den Fall desurlaubes die gleichen Bestimmungen wie sie unter Punkt 6 für die Vertretung im Erkrankungsfalle angeführt wurden.

Die § 2-Kassen leisten die Vergütung für die Urlaubsvertretung im Höchstausmaß von 42 Tagen pro Kalenderjahr unter folgenden Voraussetzungen:

Eine Teilung des Erholungsurlaubes ist in drei Urlaubsperioden möglich. Der Urlaub kann sich auch über ein Quartalsende erstrecken. In solchen Fällen darf jedoch nur ein Urlaubsüberweisungsschein, und zwar in dem Quartal, in welchem der Urlaub beendet wurde, verrechnet werden. Bei einer Teilung des Urlaubes müssen mindestens 6 Tage konsumiert werden.

Für die erforderliche Abwesenheit infolge Teilnahme an einem Fortbildungskurs für die Dauer von mindestens 2 bis höchstens 14 Tagen wird gleichfalls eine Vergütung für die Urlaubsvertretung gewährt, sofern diese Teilnahme nachgewiesen werden kann. Der Fortbildungsurlaub wird auf das Höchstausmaß des Urlaubes nicht angerechnet.

Der beabsichtigte Urlaub ist spätestens zwei Wochen vor Urlaubsantritt der Ärztekammer für Burgenland sowie der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (wie unter Punkt 6 angeführt) zu melden.

Für die Dauer des Urlaubes steht dem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) das Recht zu, einen Vertragsarzt für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsarzt) oder Nichtvertragsarzt mit seiner Vertretung zu betrauen. In Ausnahmefällen können mit Zustimmung der Ärztekammer für Burgenland als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse namentlich mehrere Vertreter bestellt werden. Der bzw. die Vertreter sind sowohl der Ärztekammer für Burgenland als auch der Burgenländischen Gebietskrankenkasse namentlich bekanntzugeben.

Das Krankenstandsverzeichnis ist dem Vertreter zu übergeben.

Sollte kein Vertreter namhaft gemacht worden sein, so ist das Krankenstandsverzeichnis dem Krankenkontroller zu übergeben.

In jenen Fällen, in denen ein deutlich mit einem roten „U“ zu bezeichnender Krankenschein erstmalig dem Vertreter übergeben wird, verbleibt der Patient in Orten mit zwei oder mehr Vertragsärzten im laufenden Quartal bei diesem Arzt in Behandlung, sofern die Vertretung nicht durch einen Nichtvertragsarzt in der Ordination des vertretenen Arztes erfolgt ist.

Solche Krankenscheine werden zuzüglich der getätigten Sach- und Sonderleistungen in Höhe der garantierten Grundvergütung honoriert und sind, für jede Kasse alphabetisch geordnet, innerhalb der einzelnen Schleifen obenauf zu legen.

Eine Rücküberweisung kann nur über Wunsch des Patienten erfolgen. Dies ist auf dem Überweisungsschein zu vermerken. In den übrigen Sanitätssprengeln mit einem Arzt hat der Vertreter nach Wiederaufnahme des Dienstes durch den vertretenen Arzt den Kassenspatienten – sofern eine weitere ärztliche Behandlung desselben notwendig ist – mittels Überweisungsschein an den vertretenen Arzt rückzuüberweisen. Derartige Rücküberweisungsscheine sind zu den Originalbehandlungsscheinen zu reihen und werden mit der vollen Grundvergütung zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert. Der beim Vertreter verbleibende Originalkrankenschein wird mit dem für Urlaubsüberweisungsscheine vereinbarten Betrag zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert.

Die auszustellenden Überweisungsscheine sind mit einem roten „U“ zu versehen. Der so gekennzeichnete Überweisungsschein wird mit dem jeweils vereinbarten Betrag zuzüglich der getätigten Einzelleistungen honoriert. Für die Wegegebühren gelten die gleichen Bestimmungen wie unter Punkt 6.

Für die Vertragsfachärzte gilt sinngemäß die gleiche Regelung.

Die Urlaubsvertreter bzw. Krankheitsvertreter haben bei allen schriftlichen Verordnungen (insbesondere auch beim Rezeptieren) ihren eigenen Kassenstempel (keinesfalls den des vertretenen Arztes) zu verwenden. Ist der Krankheits- bzw. Urlaubsvertreter Nichtvertragsarzt, hat er bei allen schriftlichen Verordnungen den Kassenstempel des vertretenen Arztes zu benützen.

C.

**VERZEICHNIS DER VERTRAGSÄRZTLICHEN LEISTUNG UND
VERGÜTUNGEN**

Die Honorierung sämtlicher Vertragsärzte im Burgenland wird nach folgendem Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistung und den nachstehenden Vergütungssätzen unter grundsätzlichen Beachtung der Bestimmungen der Honorarordnung (Abschnitt A und B) vorgenommen.

Die vertragsärztlichen Leistungen umfassen:

- a) Grundvergütung
- b) Vergütung für Einzelleistungen
- c) Vergütungen für Physiko-Therapie
- d) Vorsorgeuntersuchung
- e) Mutter-Kind-Paß-Untersuchung
- f) Ultraschalldiagnostik (Sondergraphie)
- g) Vergütungen für Röntgenleistungen (Diagnostik und Therapie)
- h) Vergütung von Laborleistungen
- i) Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege

a. GRUNDVERGÜTUNG

Als garantierte Grundvergütung werden pro gültigem Behandlungsschein (Krankenkassencheck bzw. Überweisungsschein, Rücküberweisungsschein) und Kalendervierteljahr den

Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (praktischen Vertragsärzten) S 160,--
allgemeinen Vertragsfachärzten S 160,--

gewährt.

Das Honorar für den Urlaubsüberweisungsschein bzw. Urlaubskrankenschein

beträgt..... S 100,--

b. VERGÜTUNGEN FÜR EINZELLEISTUNGEN
Ärzte für Allgemeinmedizin (Praktische Ärzte) und Fachärzte

Die einzelnen Leistungen sind nach Fachgebieten zusammengefasst:

Pos. Nr.	Fachgebiet
001-020	Grundleistungen
021-082	Allgemeine Einzelleistungen
090-094	Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktischen Ärzte) ohne Zahnvertrag
101-117	Augenheilkunde und Optometrie
150-175	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
201-282	Chirurgie (Unfallchirurgie) und Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
300-312	Urologie
350-375	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
401-428	Innere Medizin, Kinder- u. Jugendheilkunde u. Lungenkrankheiten
430-435	Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie
440-449	Haut- und Geschlechtskrankheiten
501-516	Physiotherapie
550-559	Vorsorgeuntersuchung
560-571	Mutter-Kind-Paß
580-584	Ultraschalldiagnostik (Sonographie)
600-653	Fachröntgen
660-680	Teilröntgen
701-790	Labor (für Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) u. allgemeine Fachärzte)
900-930	Krankenhausersetzende medizinische Hauskrankenpflege

Leistungen, die mit der Abkürzung einer Fachgruppe bezeichnet sind, können nur von den dieser Fachgruppe angehörenden Vertragsfachärzte verrechnet werden. Alle übrigen nicht bezeichneten Leistungen sind – mit Ausnahme der Fachärzte für Radiologie – von sämtlichen Vertragsärzten verrechenbar.

AM = Arzt für Allgemeinmedizin (praktischer Arzt)

A = Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie

C = Facharzt für Chirurgie (Unfallchirurgie)

D = Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

G = Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

H = Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

I = Facharzt für innere Medizin

K = Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

L = Facharzt für Lungenkrankheiten

N = Facharzt für Neurologie und Psychiatrie;
Psychiatrie und Neurologie

O = Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

U = Facharzt für Urologie

FÄ = Fachärzte aller Sparten