Zusatzvereinbarung 1997 und 1998

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Burgenland einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

I. Gültigkeit

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

Mit dieser Zusatzvereinbarung wird die Honorarordnung mit Stand 30. Juni 1997 für den Zeitraum 1. Juli 1997 bis 31. Dezember 1998 verlängert, soweit im folgenden keine Änderungen vereinbart werden.

II. Honorarautomatik

1. Die Vertragspartner gehen davon aus, daß bis Ende 1997 eine bundeseinheitliche Regelung (zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer) bezüglich der Honorarautomatik abgeschlossen wird.
2. Sollte wider Erwarten dieser Termin ohne Ergebnis sein, fassen die Vertragsparteien verpflichtend ins Auge, im Jahr 1998 in konstruktive Gespräche einzutreten, mit dem Ergebnis ein Nachfolgemodell einer Verhandlungs- und Wertsicherungsvereinbarung mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1999 zu erreichen.
3. Die Vereinbarung über die Honorarautomatikregelung gemäß Honorarordnung im Anhang zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 (Zusatzvereinbarung 1994) tritt mit 30. Juni 1997 außer Kraft.
4. Auf die Rückforderung des sich aus dem Zusatzprotokoll 1996 zur Zusatzvereinbarung 1994 zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 errechnenden Überschreitungsbetrages in der Höhe von S 1.932.900,45 wird von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse verzichtet.
5. Für den Fall, daß weder eine bundesweite Regelung gemäß Pkt. 1. abgeschlossen noch eine Einigung der Vertragsparteien gemäß Pkt. 2. erzielt wird, wird vereinbart, daß die Honorarautomatikregelung gemäß Honorarordnung im Anhang zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 (Zusatzvereinbarung 1994) wieder in Kraft gesetzt wird. Der gemäß des Zusatzprotokolls 1996 zur Zusatzvereinbarung 1994 errechnete Überschreibungsbetrag in der Höhe von S 1.932.900,45 ist von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse aliquot von den Honorarsummen der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einzubehalten.

III. Zulässige Honorarsummen

Die Berechnung der zulässigen Honorarsummen der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) und Fachärzte im Bundesland Burgenland, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, wird wie folgt durchgeführt:

A) Zeitraum 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 1997

1. Als Basis für die Berechnung der zulässigen Honorarsumme 1997 wird die abgerechnete Honorarsumme 1996 der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, in der Höhe von S 416.690.949,35 abzüglich des gemäß Zusatzprotokoll 1996 zur Zusatzvereinbarung 1994 zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 errechneten Überschreibungsbetrages in der Höhe von S 1.932.900,45 herangezogen (S 414.758.048,90).
2. Die gemäß Absatz 1 eruierte Honorarsumme wird um jenen Betrag angehoben, der aus dem Mehraufwand der Honorierung der nachfolgenden Sonderleistungspositionen ab 1. Jänner 1997 resultiert:

Positionsnummer:

417
118
455
456
457
458
459
588
176
177
178
179
315
588
589

Bei den Positionsziffern 264 und 443 ist nur jener Mehraufwand anzusetzen, der sich aus der Ausweitung der Verrechenbarkeit dieser Sonderleistungspositionen ergibt.

3. Weiters wird für die Bildung der zulässigen Honorarsumme jener Mehraufwand angesetzt, der sich aus der Anhebung der Verrechenbarkeit der in Rechnung gestellten weiteren Ordination (Position 015) von 1,0 auf 1,4 im Durchschnitt pro Fall und Quartal pro Vertragsarzt für den Zeitraum 1. Jänner 1996 bis 30. Juni 1996 ergibt.
4. Der Minderaufwand der sich aus der nachfolgenden fachgruppenspezifischen Regelung der Honorierung der in Rechnung gestellten weiteren Ordination (Position 015) im Durchschnitt pro Fall und Quartal pro Vertragsarzt für den Zeitraum 1. Jänner 1996 bis 30. Juni

1996 ergibt, ist bei der Bildung der zulässigen Honorarsumme entsprechend wie folgt zu berücksichtigen:

Frequenz der weiteren Ordination (Position 015) 1:

Fachärzte für:

Lungenheilkunde	0,30
Augenheilkunde und Optometrie	0,17
Chirurgie	0,75
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,60
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0,30
Innere Medizin	0,85
Kinder- und Jugendheilkunde	0,80
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	0,65
Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie	0,83
Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	0,85
Urologie	0,50

5. Die gemäß Absatz 1 bis 4 errechnete Basissumme 1996 wird um 0,95 % angehoben und als maximal zulässige Honorarsumme 1997 angesetzt.

B) Zeitraum 1. Jänner 1998 bis 31. Dezember 1998

1. Als Basis für die Berechnung der zulässigen Honorarsumme wird bei Unterschreitung der zulässigen Honorarsumme 1997 die abgerechnete Honorarsumme der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, im Zeitraum 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 1997 herangezogen. Im Falle der Überschreitung der zulässigen Honorarsumme 1997 wird die aufgrund der Quartalskürzungen reduzierte Honorarsumme 1997 als Basis für die Berechnung der zulässigen Honorarsumme 1998 herangezogen.
2. Die gemäß Absatz 1 eruierte Basissumme 1997 wird um 1,50 % angehoben und als maximal zulässige Honorarsumme 1998 angesetzt.

C) Ärzte auf neuen Planstellen

1. Bei der Berechnung und Feststellung der unter Punkt III. A) und B) angeführten zulässigen Honorarsummen sind die Honoraraufwendungen der im Vertragszeitraum neu zugelassenen Ärzte außer Ansatz zu lassen.
2. Als „im Vertragszeitraum neu zugelassene Ärzte“ sind jene Ärzte zu verstehen, die im Zeitraum 1. Jänner 1997 bis 31. Dezember 1998 auf eine Planstelle zugelassen wurden, die entweder in diesem Zeitraum neu geschaffen wurde oder als bestehende Planstelle im gesamten Jahr 1996 bzw. 1997 unbesetzt war. Wurde eine Planstelle im Jahre 1996 bzw. 1997 geschaffen, gilt ein Arzt in jenen Quartalen des Jahres 1997 bzw. 1998 als „im Vertragszeitraum neu zugelassener Arzt“, denen keine Vergleichsquartale 1996 bzw. 1997 (weil in diesen Quartalen die Planstelle noch nicht geschaffen war) gegenüberstehen.

II. Einbehalt von Überschreibungsbeträgen

A) Generelle Regelung

1. Wird die zulässige Honorarsumme in den einzelnen Quartalen des Vertragszeitraumes überschritten, so wird die abgerechnete Honorarsumme der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) und Fachärzte (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) und neu zugelassene Ärzte nach der Definition des Punkt IV B), bis zum Ausmaß der zulässigen Honorarsumme pro Quartal vermindert.
2. Festgestellte Überschreibungsbeträge sind von der Fachgruppe einzubehalten, auf die die Überschreitung zurückzuführen ist. Eventuell von der Fachgruppe unter Berücksichtigung des Pt. 3. nicht einbringbare Überschreibungsbeträge sind von allen Ärzten aliquot einzubehalten.
3. Die Honorarbeträge, die für den Einbehalt von Überschreibungsbeträgen herangezogen werden, errechnen sich wie folgt:
 - a) Honorarbeträge pro Arzt und Quartal bis 80 % des Durchschnittshonorares der Fachgruppe bleiben unberücksichtigt.
 - b) Sind Honorarbeträge über 120 % des Durchschnittshonorares der Fachgruppe gegeben, werden die Honorarbeträge zwischen 80 % und 120 % des Durchschnittshonorares pro Arzt und Quartal zur Hälfte, darüber hinausgehende Honorarbeträge zur Gänze in Ansatz gebracht. Sind nur Honorarbeträge zwischen 80 % und 120 % des durchschnittlichen Honorares der Fachgruppe gegeben, so sind diese Honorarsummen zur Berechnung der Kürzung heranzuziehen.
4. Die gemäß Punkt 3. errechneten Honorarsummen pro Arzt und Quartal sind insoweit anteilmäßig zu reduzieren, als dies zum Erreichen der zulässigen Honorarsumme pro Quartal erforderlich ist.
5. Ein Jahresausgleich ist erforderlichenfalls durchzuführen.

B) Regelung für neu zugelassene Ärzte

1. Für neu zugelassene Ärzte wird als maximal zulässige Honorarsumme pro Quartal und Arzt das Produkt von Fallzahl mal den um 20% erhöhten durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe bzw. Fachärzte mit vergleichbarem Leistungsangebot zugestanden.
2. Als neu zugelassener Arzt gilt ein Vertragsarzt für die Dauer von 2 Jahren ab Vertragsbeginn.
3. Beträge, die pro Quartal und Arzt die gemäß Absatz 1 berechnete maximal zulässige Honorarsumme überschreiten, gelangen nicht zur Auszahlung.

C) Honorarabzüge und Honorareinbehalt

Die in §§ 32 und 36 des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 geregelten Bestimmungen (Honorarabzüge und Honorareinbehalt sowie Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuß) sind bei der Einbringung von Überschreibungsbeträgen gemäß Punkt IV. nicht anzuwenden.

D) Regelung für den Fall, daß eine neue Verhandlungs- und Wertsicherungsvereinbarung mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1999 vereinbart wird

1. Als Basis für die Berechnung der zulässigen Honorarsumme 1997 wird die abgerechnete Honorarsumme 1996 der Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Ärzte) und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, in der Höhe von S 416.690.949,35 festgelegt. Die weitere Berechnung erfolgt gemäß III. A) Pt. 2 bis 5.
2. Die sich aus der Neuberechnung der zulässigen Honorarsumme 1997 ergebenden Folgewirkungen für den Zeitraum 1997 und 1998 sind in Form einer pauschalierten Nachzahlung (korrigierter Kürzungsbetrag) an die Vertragsärzte auszuschütten und eine sich daraus ergebende Tarifwirksamkeit mit Wirksamkeit per 1. Jänner 1999 nachzuholen.

III. LKF-Klausel

1. Im Falle der Überschreitung der gemäß Punkt III. errechneten zulässigen Honorarsumme analysiert eine paritätisch zusammengesetzte Arbeitsgruppe, welche Fälle und Leistungen in Folge von Veränderungen der Leistungsangebote der Krankenanstalten im stationären und ambulanten Bereich im Vertragszeitraum zusätzlich von den Vertragsärzten (ausgenommen die Vertragsärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) zu erbringen waren.
2. Die Aufwendungen für einvernehmlich festgestellte Behandlungen und/oder Untersuchungen gemäß Absatz 1 werden vom Überschreibungsbetrag in Abzug gebracht.

IV. Tarifvalorisierung

1. Die für die Tarifvalorisierung zur Verfügung stehenden Beträge erfolgt dergestalt, als pro Jahr die Differenz zwischen der abgerechneten Honorarsumme und der gemäß Punkt III. berechneten zulässigen jährlichen Honorarsumme gebildet wird.
2. Übersteigt der in Absatz 1 pro Jahr errechnete Betrag jenen Betrag der sich errechnet aus der Basishonorarsumme gemäß Punkt III. A) Absatz 1 bis 4 bzw. B) multipliziert mit den vereinbarten Erhöhungsprozentsätzen gemäß Punkt III. A) Absatz 5 bzw. B) Absatz 2, so sind für die Tarifvalorisierung die für die Honorarsummenerhöhungen vereinbarten Prozentsätze heranzuziehen.
3. Bei der Berechnung und Feststellung der unter Absatz 1 und 2 angeführten abgerechneten und zulässigen Honorarsummen sind die Honoraraufwendungen der im Vertragszeitraum neu zugelassenen Ärzte außer Ansatz zu lassen.
4. Als Zeitpunkt der Wirksamkeit der gemäß Absatz 1 bzw. 2 unter Berücksichtigung von Absatz 3 berechneten Tarifierhöhung wird der jeweils 1.1. des auf das Abrechnungsjahr folgende Jahr festgelegt.
5. Die Form der Tarifierhebung (punktuelle und/oder lineare Anhebung) wird zwischen den Vertragsparteien festgelegt.
6. Im Falle der Ausschöpfung der zulässigen Honorarsummen erfolgt keine Tarifvalorisierung.

V. Neue Sonderleistungen

1. Im Jahr 1997 werden keine neuen Sonderleistungen in die Honorarordnung aufgenommen.
2. Nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten und bei nachgewiesenem Bedarf werden ab 1. Jänner 1998 Gespräche über die Einführung neuer Sonderleistungen geführt. Unter Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten ist auch zu verstehen, daß Mittel, die durch Honorarumschichtungen (z.B.: Neugestaltung des Laborkataloges und Streichung obsoleter Leistungen) frei werden, für die Einführung neuer Sonderleistungen verwendet werden.
3. Als neue Sonderleistungen im Sinne dieses Vertrages werden jene Leistungen verstanden, die in die Leistungspflicht der Burgenländischen Gebietskrankenkasse fallen und bisher im kassenfreien Raum abgerechnet wurden.
4. Der Aufwand für vereinbarte neue Sonderleistungen ist bei der Berechnung der zulässigen Honorarsumme nicht zu berücksichtigen.

VI. Regelung im Bereich Heilmittel

1. Die Ärztekammer für Burgenland und die Burgenländische Gebietskrankenkasse werden gemeinsam versuchen, die Kostensteigerung im Bereich der Heilmittel einzudämmen. Die maximalen Steigerungsraten werden mit jährlich 2,3 % angestrebt. Um dieses Ziel zu erreichen, wird ein von Vertretern der Ärztekammer und der Kasse besetzter Arbeitskreis installiert, der die vorliegenden Heilmitteldaten analysieren und Einsparungspotentiale aufzeigen soll.
2. Den niedergelassenen Vertragsärzten werden statistische Unterlagen mit dem Ziel zur Verfügung gestellt, ihre Verschreibgewohnheiten zu analysieren und allenfalls umzustellen.
3. Mit statistisch auffälligen Vertragsärzten werden vermehrt amikale Aussprachen geführt und auf die Einhaltung der Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln hingewiesen.

VII. Neugestaltung des Laborbereiches bei den Ärzten für Allgemeinmedizin und den Allgemeinen Fachärzten

1. Im Vertragszeitraum werden Gespräche über die Neugestaltung des Laborbereiches mit dem Ziel geführt, daß unter Berücksichtigung einer ökonomisch sinnvollen Leistungserbringung eine kostendeckende Honorierung der Laborparameter erzielt wird. Auf das jeweilige Fachgebiet abgestellt, sollen zukünftig medizinisch und ökonomisch sinnvolle Laborparameter verrechenbar sein.
2. Erste Umsetzungsschritte haben im Vertragszeitraum zu erfolgen.

VIII. Mindestordinationszeiten

§ 11 Abs. 2 „Behandlung in der Ordination“ des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 wird für Einzelvertragsabschlüsse ab dem 1. Juli 1997 wie folgt ergänzt:

1. Ärzte für Allgemeinmedizin (praktische Vertragsärzte):

Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen für Ärzte für Allgemeinmedizin 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf mindestens vier Werktage. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, daß der Vertragsarzt an zwei Werktagen (davon jedenfalls am Freitag) nach 15.00 Uhr seine Ordinationsstätte geöffnet hat. Werden an einem Samstag Ordinationszeiten vereinbart, so kann die Ordinationszeit an einem anderen Werktag bzw. an einem Nachmittag entfallen.

2. Allgemeine Fachärzte:

Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen für allgemeine Fachärzte 15 Wochenstunden, aufgeteilt auf mindestens vier Werktagen. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, daß der Vertragsarzt an zwei Werktagen nach 15.00 Uhr seine Ordinationsstätte geöffnet hat.

3. Unterschreitungen der 20 bzw. 15 Wochenstunden bzw. eine andere zeitliche Verteilung auf die Werktage ist nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Dem Vertragsarzt ist es unbenommen, mehr als 20 bzw. 15 Wochenstunden als Ordinationszeiten festzulegen und dem Versicherungsträger bekanntzugeben. Beabsichtigt der Vertragsarzt, die mit dem Versicherungsträger vereinbarten Ordinationszeiten zu ändern, so hat er dies dem Versicherungsträger bekanntzugeben. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an die Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die paritätische Schiedskommission.

IX. Urlaubsregelung

1. Die Regelung der Teilung des Erholungsurlaubes in Anhang B Absatz 7 „Sonderbestimmungen über die Vertretung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin (praktische Vertragsärzte) bei Urlaub“ wird von bisher „.....drei Urlaubsperioden....“ auf „.....vier Urlaubsperioden...“ geändert.
2. Der Satz „Bei einer Teilung des Urlaubes müssen mindestens 6 Tage konsumiert werden.“ wird auf „Bei einer Teilung des Urlaubes muß ein Teil mindestens 12 Tage und die übrigen Teile mindestens 6 Tage betragen.“

X. PSY-Paket

1. Zwischen den Vertragsparteien sind umgehend Gespräche mit dem Ziel aufzunehmen, fachspezifische Leistungspositionen bei den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie im Sinne eines qualitativ verbesserten Leistungsangebotes neu zu vereinbaren. Wesentlich ist dabei, daß für die Leistungserbringer ein Ausbildungsnachweis vorgesehen wird, wobei dem bisher für Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie vorgesehenen Ausbildungsnachweis „ÖÄK-Diplom, psychotherapeutische Medizin - Modul III“ eine Eintragung in die Psychotherapeutenliste gleichzuhalten ist.
2. Die Umsetzung der in Absatz 1 skizzierten Regelung hat umgehend zu erfolgen.

XI. Verrechnung der Position 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“ bei Serienbehandlungen

Mit Wirksamkeit 1. Juli 1997 wird die gemeinsame Verrechnung der Position 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“ mit folgenden Leistungspositionen in Punkt G im Anhang 2 der Honorarordnung wie folgt festgelegt:

A. Physiotherapie (Pos. 501 bis 516), i. m. Injektionen (Pos. 026) und Psychotherapeutische Sitzung (Pos. 432):

1. Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartals mehr als vier gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.
2. Bei einer Serienbehandlung wird die Position 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“ bis 4 Leistungen (Sitzungen) maximal zweimal, darüber hinaus je weitere 4 Leistungen (Sitzungen) einmal honoriert.

B. I. v. Injektion (Pos. 027 bis 030) und Infusion (Pos. 043):

1. Eine Serienbehandlung liegt nur dann vor, wenn während eines Quartals mehr als fünf gleiche Leistungen bei gleicher Diagnose und in Folge erbracht werden.
2. Bei einer Serienbehandlung wird die Position 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“ bis 5 Leistungen maximal dreimal, darüber hinaus je weitere 4 Leistungen einmal honoriert.

Eisenstadt, den 15. Dezember 1997

Ärztchammer für Burgenland
Der Präsident:

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Der Präsident:

Der Generaldirektor:

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Franz HARTER

Alfred F. SZENKURÖCK

Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

Der Obmann:

Der leitende Angestellte: