

Zusatzvereinbarung 1999

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.

Die spezifischen Regelungen für den Bereich der SVA der Bauern werden in einer gesonderten Vereinbarung (Zusatzprotokoll 1999 zur Zusatzvereinbarung – SVB vom 29. Juni 1998) geregelt.

Mit dieser Zusatzvereinbarung wird die Honorarordnung mit Stand 31. Dezember 1998 für den Zeitraum 1. Jänner 1999 bis 30. Juni 2001 verlängert, soweit im folgenden keine Änderungen vereinbart werden.

II. Honorarwertsicherungsvereinbarung

1. Die Vereinbarung über die Honorarautomatikregelung gemäß Honorarordnung im Anhang zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 (Zusatzvereinbarung 1994), die mit 30. Juni 1997 gemäß Zusatzvereinbarung 1997 und 1998 außer Kraft getreten ist, bleibt bis zum 30. Juni 2000 weiterhin außer Kraft.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich in konstruktive Gespräche einzutreten, um ein Nachfolgemodell einer Honorarwertsicherungsvereinbarung mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2000 zu erreichen.
3. Auf die Rückforderung des sich aus dem Zusatzprotokoll 1996 zur Zusatzvereinbarung 1994 zum Gesamtvertrag vom 20. Mai 1994 errechnenden Überschreibungsbetrages in der Höhe von S 1,932.900,45 wird von der BGKK verzichtet.
4. Für den Fall, daß eine Einigung der Vertragsparteien gemäß Pt. 2 nicht 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 BGKK aliquot von der Honorarsumme der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, einzubehalten.

III. Progressiv- degressive Honorierung der Grundleistungsvergütung

1. Mit Wirksamkeit per 1. Jänner 1999 wird die Honorierung der Grundleistungsvergütung wie folgt vereinbart:

Ärzte für Allgemeinmedizin:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	500	170,00
Staffel 2	900	160,00
Staffel 3	1.200	150,00
Staffel 4	1.400	120,00
Staffel 5	darüber	100,00

Fachärzte für Lungenkrankheiten:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	400	170,00
Staffel 2	600	160,00
Staffel 3	700	150,00
Staffel 4	800	140,00
Staffel 5	darüber	125,00

Fachärzte für Augenheilkunde:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	850	170,00
Staffel 2	1.400	160,00
Staffel 3	1.800	145,00
Staffel 4	2.000	135,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Chirurgie:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	100	170,00
Staffel 2	600	160,00
Staffel 3	700	150,00
Staffel 4	800	145,00
Staffel 5	darüber	140,00

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	650	170,00
Staffel 2	1.000	160,00
Staffel 3	1.300	150,00
Staffel 4	1.600	140,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	550	170,00
Staffel 2	950	160,00
Staffel 3	1.150	145,00
Staffel 4	1.400	135,00
Staffel 5	darüber	125,00

Fachärzte für Innere Medizin:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	300	170,00
Staffel 2	500	160,00
Staffel 3	700	140,00
Staffel 4	900	135,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	400	170,00
Staffel 2	750	160,00
Staffel 3	950	145,00
Staffel 4	1.200	130,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	450	170,00
Staffel 2	700	160,00
Staffel 3	950	145,00
Staffel 4	1.100	130,00
Staffel 5	darüber	125,00

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	300	170,00
Staffel 2	550	160,00
Staffel 3	750	150,00
Staffel 4	900	130,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Orthopädie:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	550	170,00
Staffel 2	900	160,00
Staffel 3	1.050	150,00
Staffel 4	1.550	140,00
Staffel 5	darüber	120,00

Fachärzte für Urologie:

	bis Fälle:	Schilling
Staffel 1	350	170,00
Staffel 2	600	160,00
Staffel 3	750	150,00
Staffel 4	950	135,00
Staffel 5	darüber	125,00

2. Die Grundleistungsvergütung für Erste-Hilfe-Fälle wird von S 160,-- auf S 100,-- pro Quartal reduziert. Erste-Hilfe-Fälle werden außerhalb der unter Pt. 1. angeführten Honorierung der Grundleistungsvergütung abgegolten. Der Erste-Hilfe-Fall bleibt als Zählfall für die Berechnung der Limitgrenze der Pos. 015 erhalten.
3. Weiters werden die Fälle für Überweisungen bei Vertretung bei Urlaub (Honorar der Grundleistungsvergütung S 100,--) und Krankenstand (Honorar der Grundleistungsvergütung S 160,--) außerhalb der unter Pt. 1. angeführten Honorierung der Grundleistungsvergütung abgegolten.
4. Im Falle wesentlicher Fallzahlveränderungen werden die Degressionsgrenzen gemäß Pt. 1. einvernehmlich angepaßt.

IV. Honorierung der Visitenpositionen 007 "Zuschlag für Erstvisite bei Tag an Werktagen" und Pos. 017 "Zuschlag für jede weitere Tagesvisite"

Die Honorierung der Positionen 007 und 017 wird wie folgt geregelt:

Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte:

1. Mit Wirksamkeit per 1. Jänner 1999 wird die Honorierung der Pos. 007 und Pos. 017 wie folgt vereinbart:

	bis Fälle pro Quartal	Faktor für Visitenanzahl (007 und 017)
Staffel 1	400	0,50
Staffel 2	700	0,35
Staffel 3	950	0,25
Staffel 4	1.250	0,20
Staffel 5	ab 1.251	0,10

2. Das aus Pt. 1. resultierende Honorareinsparungspotential wird mit Wirksamkeit per 1. Jänner 1999 für die Anhebung des Tarifs der Position 017 von S 180,-- um S 14,-- auf S 194,-- verwendet.
3. Die in Pt. 1. erstellte Regelung der Visitenhonorierung ist unter Bedachtnahme auf die Urlaubsvertretung sowie der Verpflichtung zur Erste-Hilfe-Leistung festgesetzt worden.
4. Mit dem IV. Quartal eines jeden Jahres ist ein Jahresausgleich durchzuführen.

V. Einführung eines Organtarifes für die Verrechnung von röntgendiagnostischen Leistungen bei den Vertragsfachärzten für Radiologie

Mit Wirksamkeit per 1. Juli 1999 soll die Honorierung der röntgendiagnostischen Leistungen nach Organen bzw. Organsystemen vereinbart werden.

VI. Erhöhungsprozentsätze

A) Zeitraum 1. Jänner 1999 bis 31. Dezember 1999

1. Die abgerechnete Honorarsumme 1998 der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (exkl. Honorare für VU, MKP und med. Hauskrankenpflege sowie der Honorare für die Anspruchsberechtigten der SVA der Bauern), wird als Basissumme für die Berechnung des für die Anhebung der Ärztehonorare zur Verfügung stehenden Betrages herangezogen.
2. Die Basissumme gemäß Pt. 1. wird mit 1,2% multipliziert.
3. Der unter Pt. 2. errechnete Betrag wird in Form einer Pauschalzahlung aliquot auf die abgerechnete Honorarsumme der Vertragsärzte aufgeschlagen, wobei eine quartalsweise Zahlung vorgenommen wird.
4. Die Vertragsparteien kommen überein, die Vergütung für Einzelleistungen der Honorarordnung gemeinsam auf Nomenklatur, Qualitätsvoraussetzungen und Tarifhöhe zu analysieren. Die durch die historische Entwicklung der Honorarordnung zunehmend unproportionale Honorierung der Einzelleistungen untereinander soll bereinigt werden. Angestrebt wird eine möglichst aufwandsneutrale Bereinigung.
5. Die Tarife der Honorarordnung werden im Vertragszeitraum ab dem Zeitpunkt valorisiert, ab dem Einvernehmen über die neue Honorarordnung besteht. Für die Tarifierhöhungen steht der Betrag gemäß Ziff. 2 zur Verfügung und sind als Bemessungsgrundlage die Frequenzen des Jahres 1998 heranzuziehen.
6. Die Honorarabrechnungen für jene Quartale, die mit den nicht valorisierten Tarifen abgerechnet wurden, sind aufzurollen und mit den valorisierten Tarifen abzurechnen. Daraus resultierende Differenzen sind nachzuzahlen oder als Saldo vorzutragen.

B) Zeitraum 1. Jänner 2000 bis 31. Dezember 2000

1. Die abgerechnete Honorarsumme 1999 der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (exkl. Honorare für VU, MKP und med. Hauskrankenpflege sowie der Honorare für die Anspruchsberechtigten der SVA der Bauern), wird als Basissumme für die Berechnung des für die Anhebung der Ärztehonorare zur Verfügung stehenden Betrages herangezogen.
2. Die Basissumme gemäß Pt. 1. wird mit 1,2% multipliziert.
3. Die Verteilung des unter Pt. 2. errechneten Betrages wird von den Vertragsparteien festgelegt.

4. Pt. A 6. gilt sinngemäß.

C) Zeitraum 1. Jänner 2001 bis 30. Juni 2001

1. Die abgerechnete Honorarsumme im Zeitraum 1. Jänner 2000 bis 30. Juni 2000 der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (exkl. Honorare für VU, MKP und med. Hauskrankenpflege sowie der Honorare für die Anspruchsberechtigten der SVA der Bauern), wird als Basissumme für die Berechnung des für die Anhebung der Ärztehonorare zur Verfügung stehenden Betrages herangezogen.
2. Die Basissumme gemäß Pt. 1. wird mit 1,2% multipliziert.
3. Die Verteilung des unter Pt. 2. errechneten Betrages wird von den Vertragsparteien festgelegt. Außer Streit gestellt wird, daß bei der Aufteilung des Erhöhungsbetrages auf das gesamte Jahr bedacht zu nehmen ist, sodaß die Tarifauswirkung im Durchschnitt 0,6% beträgt.
4. Pt. A 6. gilt sinngemäß.

VII. Neue Sonderleistungen

Mit Wirkung ab 1. April 1999 werden folgende Sonderleistungen in die Honorarordnung aufgenommen:

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. Nr. 594

"Sonographie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)"

zum Tarif von S 492,--

Pos. Nr. 595

"Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschl. der Bauchorta)"

zum Tarif von S 332,--

Pos. Nr. 596

"Sonographie des Unterbauches (Harnblase einschließlich Restharnbestimmung, Prostata, Uterus, Adnexe, Apendix, Raumforderungen)"

zum Tarif von S 325,--

Die Pos. Nr. 594 bis 596 können jeweils in maximal 5% der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden. Mit Wirkung ab 1. Jänner 2000 wird dieses Limit von 5% auf 7% und mit Wirkung ab 1. Jänner 2001 von 7% auf 10% der Fälle pro Arzt und Quartal angehoben. Mit

dieser Regelung ist sichergestellt, daß ab dem 1. Jänner 2001 die angeführten Leistungspositionen bezüglich der Limitierung analog den Vertragsfachärzten für Innere Medizin verrechenbar sind.

Pos. Nr. 597

"Sonographie des Scrotalinhaltes"

zum Tarif von S 269,--

Die Pos. Nr. 597 kann in maximal 5% der Fälle pro Arzt und Quartal verrechnet werden. Eine Limitausweitung im Vertragszeitraum ist nicht vorgesehen.

Gemäß den Bestimmungen der Honorarordnung "Grundsätze für die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen" A 9. Lit. c) sind Ausbildungsnachweis und das verwendete Gerät der Kasse zu melden.

VIII. Änderung bestehender Sonderleistungen

Fachärzte für Gynäkologie

Pos. Nr. 587

"Gynäkologische Sonographie"

zum Tarif von S 318,--

Anhebung des Verrechnungslimits von derzeit 15% auf 17% der Fälle pro Arzt und Quartal.

Die Textierung wird gemäß der Tarifausschußempfehlung um *".....(inkl. endovaginale Sonographie)"* ergänzt.

IX. Ärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Fachärzte

Die Pos. 217 *"Operative Entfernung einer größeren bzw. tiefergelegenen Geschwulst, incl. Naht"* wird von derzeit S 355,-- um S 145,-- auf S 500,-- angehoben. Das notwendige Nahtmaterial wird im Rahmen des Ordinationsbedarfes zur Verfügung gestellt.

X. Regelung im Bereich Heilmittel

Arbeitsgruppe Heilmittel

1. Die bestehende Arbeitsgruppe (Mitglieder Ärztekammer für Burgenland und BGKK) soll intensiviert und konkrete Projekte im Bereich Heilmittel umgesetzt werden. Der Einsatz des neuen Mitarbeiters der BGKK (ehemaliger Pharmavertreter) soll eine praxisnahe Umsetzung von Forderungen der Kasse mit dem Ziel die exorbitanten Kostensteigerungen im Heilmittelbereich einzudämmen, sicherstellen.

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 amikale Aussprachen geführt und über die Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln informiert.

Vereinbarung Heilmittel

1. Die Vertragsparteien stellen einvernehmlich fest, daß Überschreibungsbeträge aus vergangenen Vertragszeiträumen in der Höhe von insgesamt 13,807.984,01 Schilling (*vorläufige Berechnung ohne Berücksichtigung der Honorarautomatikregelung gemäß II. Pt. 3. und Pt. XI. „Überschreibungsbeträge aus vergangenen Vertragszeiträumen“*) offen sind. Im Falle der Anrechnung des Betrages gemäß II. Pt. 3. verringert sich der Überschreibungsbetrag von 13,807.984,01 Schilling auf 8,003.649,09 Schilling.
2. Der Betrag gemäß Pt. 1. wird im gesamten Vertragszeitraum durch Einsparungen im Bereich der Heilmittel nach folgendem Modell kompensiert:
 - 2.1. Als Kennzahl für die Bewertung der Heilmittelkostenentwicklung im Zeitraum 1. Jänner 1999 bis 30. Juni 2001 wird die Veränderung des Heilmittelaufwandes je Versicherten der BGKK im Vergleich zum Durchschnitt der übrigen Gebietskrankenkassen herangezogen.
 - 2.2. Die Berechnung des Heilmittelaufwandes je Versicherten erfolgt anhand der Daten der maschinellen Heilmittelabrechnung des Hauptverbandes sowie des Jahresdurchschnittes der Gesamtzahl der Versicherten nach Versicherungssträgern.
 - 2.3. Verändert sich im Zeitraum 1. Jänner 1999 bis 30. Juni 2001 der Heilmittelaufwand je Versicherten der BGKK in einem geringeren prozentuellen Ausmaß als der Durchschnitt der übrigen Gebietskrankenkassen, so wird der sich daraus ergebende Einsparungsbetrag zur Kompensation der Überziehungsbeträge gemäß Pt. 1. verwendet.
3. Die eingesparten Beträge gemäß Pt. 2 werden außerdem für die Aufnahme neuer Sonderleistungen in die Honorarordnung zur Verfügung gestellt. Die neuen Sonderleistungen und der Zeitpunkt der Aufnahme in die Honorarordnung sind von den Vertragsparteien einvernehmlich festzulegen.

XI. Überschreibungsbeträge aus vergangenen Vertragszeiträumen

Jene Mehraufwendungen im vertragsärztlichen Bereich, welche durch eingeforderte Leistungen des intramuralen Bereiches entstanden sind (z.B.: präoperative Leistungen), sind auf die zulässige Honorarsumme 1997 und 1998 anzurechnen.

XII. Barrierefreier Zugang zu Ordinationen

1. Eine Grundsatzregelung über den barrierefreien Zugang zu Ordinationen wird in der Zusatzvereinbarung verankert.
2. Eine Evaluierung des derzeitigen Zustandes aller Ordinationen (nicht nur Ordinationen von Vertragsärzten) wird von den Vertragsparteien gemeinsam durchgeführt.
3. Für Neuinvertragnahmen ist der barrierefreie Zugang der Ordination verpflichtend.

XIII. Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung

1. Über die Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung sind ernsthafte Gespräche aufzunehmen. Mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2000 soll eine einvernehmliche Regelung vereinbart werden, ob und unter welchen Bedingungen die Sicherstellung der Qualitätsmedizin als Sachleistung realisiert werden kann.

XIV. Mindestordinationszeiten

§ 11 Abs. 2 "Behandlung in der Ordination" des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 wird für Einzelvertragsabschlüsse ab dem 1. April 1999 wie folgt ergänzt:

1. Allgemeine Fachärzte:

Die zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger zu vereinbarenden Ordinationszeiten umfassen für allgemeine Fachärzte 20 Wochenstunden, aufgeteilt auf mindestens vier Werktage. Weiters sind die Ordinationszeiten so zu vereinbaren, daß der Vertragsarzt an zwei Werktagen 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. Unterschreitungen der 20 Wochenstunden bzw. eine andere zeitliche Verteilung auf die Werktage ist nur mit Zustimmung des Versicherungsträgers möglich. Dem Vertragsarzt ist es unbenommen, mehr als 20 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.

In einem Übergangszeitraum von 5 Jahren werden alle Verträge (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte) an die festgelegten Mindestordinationszeiten angepaßt.

Eisenstadt, den 14. April 1999

ÄRZTEKAMMER FÜR BURGENLAND

Der Präsident:

OA Dr. Walther HELPERSTORFER

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

Der Präsident:

Der Generaldirektor:

Hans SALLMUTTER

Dr. Walter GEPPERT

BURGENLÄNDISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Franz HARTER

Alfred F. SZENKURÖCK

VERSICHERUNGSANSTALT DES ÖSTERREICHISCHEN BERGBAUES

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Kurt HAMMER

Dipl.Ing. Kurt VÖLKL

SOZIALVERSICHERUNGSANSTALT DER BAUERN

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

ÖKR Karl DONABAUER

Dr. Josef KANDLHOFER