Zusatzvereinbarung 2002

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.

Ausgenommen der Punkte II. und VI. gelten die in dieser Zusatzvereinbarung normierten Regelungen auch für den Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, sofern nicht in einer gesonderten Vereinbarung Abweichendes vereinbart wird.

In Punkt VIII. gelten ausgenommen der Position 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“ sämtliche Degressions- und Limitbestimmungen nicht für den Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Mit dieser Zusatzvereinbarung wird die Honorarordnung mit Stand 31. Dezember 2001 für den Zeitraum 1. Jänner 2002 bis 31. Dezember 2002 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 gemäß Zusatzvereinbarung 1999 und Zusatzprotokoll zur Zusatzvereinbarung 1999 bis 31. Dezember 2001 außer Kraft gesetzt wurde, bleibt bis zum 31. Dezember 2002 außer Kraft.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich in konstruktive Gespräche einzutreten, um ein Nachfolgemodell einer Honorarwertsicherungsvereinbarung mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 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 ATS 1,932.900,45 (€ 140.469,35) 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 sowie gemäß den Zusatzvereinbarungen 1997 und 1998 noch aushaftende Überschreibungsbetrag in der Höhe von ATS 5.804.334,92 (€ 421.817,47) ist von der BGKK aliquot von der Honorarsumme der Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, einzubehalten.

III. Honorarregelung 2002

1. Für die Honorarerhöhung der burgenländischen Vertragsärzte werden 1,55% der abgerechneten Honorarsumme des Jahres 2001 zur Verfügung gestellt.

2. Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und allgemeine Vertragsfachärzte:

Der auf diese beiden Gruppen entfallende Erhöhungsbetrag wird ab 1. Oktober 2002 für die Einführung der Position 019 „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“ zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“ verwendet.

Weiters steht der den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin jener Betrag zur Verfügung, der sich aus der Differenz der für die Vertragsfachärzte für Radiologie zugestandenen Anhebung des Sonographielimits im Ausmaß von 0,5% der Honorarsumme 2001 und der fiktiven Anhebung der Honorarsumme 2001 der Fachgruppe für Radiologie um 1,55% errechnet (€ 32.120,37).

Die verbleibende Restsumme wird für strukturelle Änderungen von Honorarordnungspositionen bzw. für nominelle Tarifsatzerhebungen verwendet. Die Honorarsätze für Laborleistungen bzw. die bestehenden Degressionsregelungen bei Laborumsätzen werden nicht angehoben bzw. verändert.

3. Vertragsfachärzte für Radiologie:

Das gemäß Honorarordnung A. Pkt. 9 lit d) vereinbarte Sonographielimit für Vertragsfachärzte für Radiologie von € 53.036,83 pro Quartal wird um € 3.823,85 auf € 56.860,68 pro Quartal angehoben. Dies entspricht einer Erhöhung der abgerechneten Honorarsumme 2001 um 0,5%.

4. Auszahlung der vereinbarten Erhöhung:

Der sich aus Punkt III.1. und 2. errechnende Erhöhungsbetrag gelangt in Form einer pauschalierten Nachzahlung zur Auszahlung an die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und an die allgemeinen Vertragsfachärzte.

Die Höhe der Nachzahlung für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin errechnete sich aus:

- abgerechneter Honorarsumme 2002 erhöht um 1,72% (die Berechnung erfolgt auf 4 Kommastellen)
- abzüglich des für die Position 019 „*Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache*“ rückgestellten Betrages im 4. Quartal 2002 unter Anrechnung der im Vorjahresvergleichszeitraum abgerechneten Honorare für die Position 428 „*Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen mit erhöhtem Zeitaufwand*“.
- abzüglich der geleisteten Akontierungen (Vorauszahlungen für die Quartal 1 bis 3/2002 in Höhe von 1,1% der in den Vergleichsquartalen 1 bis 3/2001 abgerechneten Honorarsummen exklusive Labor)

Die Höhe der Nachzahlung für die allgemeinen Vertragsfachärzte errechnet sich aus:

- abgerechneter Honorarsumme 2002 erhöht um 1,55 %
- abzüglich des für die Position 019 „*Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache*“ rückgestellten Betrages im 4. Quartal 2002 unter Anrechnung der im Vorjahresvergleichszeitraum abgerechneten Honorare für die Position 428 „*Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen mit erhöhtem Zeitaufwand*“.
- abzüglich der geleisteten Akontierungen (Vorauszahlungen für die Quartal 1 bis 3/2002 in Höhe von 1,1% der in den Vergleichsquartalen 1 bis 3/2001 abgerechneten Honorarsummen exklusive Labor)

IV. EDV-Abrechnung

Gemäß § 340a ASVG sind die Vertragsärzte verpflichtet, spätestens ab 1. Jänner 2003 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Grundsätzen elektronisch abzurechnen.

Jene Vertragsärzte, die bereits ab dem Leistungszeitraum 2. Quartal 2002 die EDV-Abrechnung selbst durchführen bzw. ein Drittunternehmen zur Durchführung der EDV-Abrechnung beauftragt haben, erhalten eine EDV-Prämie gemäß der darüber getroffenen Vereinbarung zwischen Ärztekammer für Burgenland und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung und Wirkung für die im § 2 des Gesamtvertrages vom 20. Mai 1994 angeführten Krankenversicherungsträgern.

Jene Vertragsärzte, die ab dem 1. Jänner 2003 ihre Abrechnung der Burgenländischen Gebietskrankenkasse weiterhin in konventioneller Form vorlegen, wird pro verrechnetem Schein ein Pönale von € 0,50 in Abzug gebracht.

V. Vertretungsregelung

In Ergänzung der Vertretungsregelung wird gemäß Punkt B. 6. und 7. der Honorarordnung Folgendes vereinbart:

Ärzte können nur dann zur Vertretung bestellt werden, wenn sie sich während der Vertretungszeit innerhalb des jeweils zur versorgenden Sprengels bzw. in an diesen Sprengel unmittelbar angrenzenden Ortschaften aufhalten und eine Ordination im Sprengel zur Verfügung haben.

VI. Heilmittelvereinbarung

A) Grundsätzliches:

Im Falle des Erzielens von Einsparungen im Heilmittelbereich werden entsprechend der Diktion dieser Heilmittelvereinbarung die hierdurch frei werdenden Mittel für die Aktualisierung des Leistungskataloges sowie für Strukturmaßnahmen zur Verfügung gestellt.

B) Messung des Erfolges – zulässiger Medikamentenaufwand:

Für die Jahre 2003 und 2004 wird jeweils ein zulässiger Medikamentenaufwand errechnet. Als Ausgangsmessgröße ist der Medikamentenaufwand des Kalenderjahres 2002 (Absolutvolumen) erhöht um 5% heranzuziehen. Dieser errechnete Wert stellt den zulässigen Medikamentenaufwand im Sparbeobachtungszeitraum 1. Jänner 2003 bis 31. Dezember 2003 dar. Für das Kalenderjahr (Sparbeobachtungszeitraum) 2004 ist der Medikamentenaufwand 2002 (Absolutvolumen) erhöht um 10,25% maßgebend.

Zur Berechnung der genannten Vorhaben werden die Daten der Finanzstatistik des Hauptverbandes, in welche die Erfolgsrechnung der BGKK einfließt, Position „Heilmittel (Arzneien)“ herangezogen. Alle diesbezüglichen Berechnungen erfolgen netto, also ohne Mehrwertsteuer. Zu berücksichtigen sind außergewöhnliche Ereignisse, wie z.B.

- Spannungsenkung
- außerordentliche Preisentwicklungen
- erhebliche Änderungen der Rezeptgebühr
- Arzneimittel mit neuem(n) Wirkstoff(en) und/oder neuer Wirkstoffstärke und/oder neuer Darreichungsform, wenn damit erstmalig eine medikamentöse Behandlung und damit ein nachweisbarer medizinisch-therapeutischer Fortschritt gegenüber anderen therapeutischen Möglichkeiten erzielt wird
- besonderes Ordnungsverhalten von Spitalärzten.

Wird der zulässige Medikamentenaufwand unterschritten, so liegt ein entsprechender Einsparungsbetrag vor.

Festgehalten wird, dass der oben definierte Heilmittelaufwand der BGKK im Jahr 2002 € 45.441.207,30 netto (€ 54.327.817,82 brutto) betragen hat.

C) Weitergabe der Einsparungsbeträge:

Wird der für die Jahre 2003 und 2004 ermittelte zulässige Medikamentenaufwand unterschritten, so liegt eine Einsparung vor, welche 30% den Vertragsärzten und 70% der Kasse zu Gute kommen soll. Die Feststellung eines eventuell eingesparten Betrages findet im jeweiligen II. Quartal der Jahre 2004 und 2005 statt. Der den Vertragsärzten zukommende Teil wird für die Aktualisierung des Leistungskataloges (Einführung weiterer neuer Leistungen, welche bei anderen Krankenversicherungsträgern bereits im Leistungskatalog enthalten sind) und Strukturmaßnahmen frühestens, abhängig vom Einsparungsbetrag und der Finanzierbarkeit, ab 1. Juli 2004 und 1. Juli 2005 verwendet werden.

Bei den Honorarmaßnahmen sind jene Arztgruppen, die zur Einsparung besonders beigetragen haben, nach medizinischer Notwendigkeit besonders zu berücksichtigen. Der jährliche Aufwand für diese Honorarmaßnahmen entspricht dem nach den obigen Grundsätzen ermittelten Anteil an den Einsparungserfolgen des jeweiligen Jahres.

D) Zusätzliche Anreizregelung:

Ferner wird folgende Anreizregelung vereinbart:

Falls die Steigerung des Medikamentenaufwandes vom Jahr 2002 auf 2003 zwischen 6 und 7 % liegt, kommen 10 % des Einsparungsbetrages dieser Bandbreite den Ärzten zugute. Für die Fortschreibung dieses Prozentsatzes für die Jahre 2004 und 2005 (Kumulierung) sowie für die sonstigen Bedingungen gelten die Ausführungen unter Punkt B) und C) entsprechend.

Falls die Steigerung des Medikamentenaufwandes vom Jahr 2002 auf 2003 zwischen 5 und 6 % liegt, kommen 20 % des Einsparungsbetrags dieser Bandbreite den Ärzten zugute. Für die Fortschreibung diese Prozentsatzes für das Jahr 2004 (Kumulierung) sowie für die sonstigen Bedingungen gelten die Ausführungen unter Punkt B) und C) entsprechend.

- Steigt der Versichertenstand der BGKK stärker als der Durchschnitt der übrigen Gebietskrankenkassen, werden die Prozentsätze der Anreizregelung um die Hälfte jenes Überschreitungsprozentsatzes erhöht, der sich aus der Differenz der burgenländischen Versichertenstandsteigerung abzüglich der durchschnittlichen Versichertenstandsteigerung der übrigen Gebietskrankenkassen ergibt.

Beispiel:

Ausgangsprozentsätze der Anreizregelung:	5%, 6%, 7%
durchschnittliche Versichertenstandsteigerung in Ö:	1%
Versichertenstandsteigerung Bgld:	1,5%
Erhöhung der Ausgangsprozentsätze um 0,25%:	5,25%, 6,25%, 7,25%

- Steigt der Versichertenstand der BGKK gleich oder geringer als der Gebietskrankenkassen-Durchschnitt, bleiben die Ausgangsprozentsätze unverändert.
- Sinkt der Versichertenstand der BGKK im Vergleich zum Vorjahr, werden die Prozentsätze der Anreizregelung um die Hälfte des Unterschreitungsprozentsatzes verringert.

E) Klarstellung zur Verwendung von Einsparungsbeträgen:

Die Systematik der gegenständlichen Regelung bedingt, dass die ermittelten Einsparungsbeträge nur einmal berücksichtigt werden können. Es gilt daher Folgendes:

Jener den Ärzten zu Gute kommender Einsparungsbetrag, der in einem Vorjahr verwendet worden ist, ist im Folgejahr bzw. in den Folgejahren von dem den Ärzten zu Gute kommenden Einsparungsbetrag dieses Jahres (dieser Jahre) abzuziehen.

F) Tabelle zur Berechnung:

Der zur Verfügung zu stellende Betrag wird nach dem Einsparungserfolg gestaffelt und beträgt für die einzelnen Jahre jeweils 10, 20 oder 30 % des eingesparten Betrages. In der folgenden Tabelle wird dargestellt, für welche Bandbreiten der Einsparung 10 %, 20 % und 30 % vereinbart werden.

Die Bandbreiten sind jeweils in Prozent der Ausgangsmessgröße Medikamentenaufwand 2002 darstellt:

	2003	2004	2005
10 %	106,01 - 107	112,361 – 114,49	119,1017 – 122,5043
20 %	105,01 – 106	110,251 – 112,36	115,7626 – 119,1016
30 %	- 105	- 110,25	- 115,7625

G) Grobbeispiel zur Erläuterung:

- Steigerung 2003 gegenüber 2002 6 % → 0,1 % des Heilmittelaufwandes 2002 kommen den Ärzten zugute
- Steigerung 2004 gegenüber 2002 8 % → 1,3097 % des Heilmittelaufwandes 2002 kommen den Ärzten zugute. Davon sind allerdings 0,1 % des Heilmittelaufwandes 2002 abzuziehen.

VII. Stellenplan

Gemäß § 3 des Gesamtvertrages sowie dem Anhang zu § 3 werden folgende neue Planstellen vereinbart.

1. 1. Planstelle Chirurgie in Oberwart
Besetzungszeitpunkt 1. Jänner 2002
2. 6. Planstelle Allgemeinmedizin in Eisenstadt
Besetzungszeitpunkt 1. Juli 2002
3. 2. Planstelle Urologie in Eisenstadt
Besetzungszeitpunkt 1. April 2003
4. 2. Planstelle Innere Medizin in Oberpullendorf
Besetzungszeitpunkt 1. Juli 2003
5. 1. Planstelle Haut- und Geschlechtskrankheiten in Güssing
Besetzungszeitpunkt 1. Oktober 2003
6. 2. Planstelle Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Eisenstadt
Besetzungszeitpunkt noch offen

VIII. Änderung der Honorarordnung

A) Progressiv-degressive Honorierung der Grundleistungsvergütungen

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 wird die Honorierung der Grundleistungsvergütung gemäß Punkt C. a. der Honorarordnung wie folgt vereinbart:

Ärzte für Allgemeinmedizin

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	500	12,50
<i>Staffel 2</i>	700	12,10
<i>Staffel 3</i>	950	11,80
<i>Staffel 4</i>	1.200	11,00
<i>Staffel 5</i>	1.450	8,90
<i>Staffel 6</i>	darüber	7,80

Fachärzte für Lungenkrankheiten

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	400	12,50
<i>Staffel 2</i>	600	11,80
<i>Staffel 3</i>	800	11,00
<i>Staffel 4</i>	950	10,30
<i>Staffel 5</i>	darüber	9,60

Fachärzte für Augenheilkunde

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	850	12,50
<i>Staffel 2</i>	1.400	11,80
<i>Staffel 3</i>	1.800	11,00
<i>Staffel 4</i>	2.000	10,30
<i>Staffel 5</i>	2.150	10,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,60

Fachärzte für Chirurgie

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	150	12,50
<i>Staffel 2</i>	600	12,10
<i>Staffel 3</i>	700	11,80
<i>Staffel 4</i>	800	11,40
<i>Staffel 5</i>	900	11,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	10,30

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	750	12,50
<i>Staffel 2</i>	1.050	12,10
<i>Staffel 3</i>	1.450	11,50
<i>Staffel 4</i>	1.650	10,75
<i>Staffel 5</i>	1.700	10,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,30

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	600	12,50
<i>Staffel 2</i>	1.000	11,80
<i>Staffel 3</i>	1.250	11,00
<i>Staffel 4</i>	1.400	10,30
<i>Staffel 5</i>	1.500	10,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,20

Fachärzte für Innere Medizin

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	400	12,50
<i>Staffel 2</i>	600	12,10
<i>Staffel 3</i>	850	11,00
<i>Staffel 4</i>	900	10,70
<i>Staffel 5</i>	1.000	10,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	8,90

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	600	12,50
<i>Staffel 2</i>	800	12,00
<i>Staffel 3</i>	900	11,00
<i>Staffel 4</i>	1.050	10,70
<i>Staffel 5</i>	1.200	9,60
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,20

Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	500	12,50
<i>Staffel 2</i>	800	12,10
<i>Staffel 3</i>	950	11,00
<i>Staffel 4</i>	1.000	10,30
<i>Staffel 5</i>	1.200	9,60
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,20

**Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
bzw. Psychiatrie und Neurologie**

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	300	12,50
<i>Staffel 2</i>	600	12,10
<i>Staffel 3</i>	800	11,00
<i>Staffel 4</i>	950	10,00
<i>Staffel 5</i>	1.050	9,20
<i>Staffel 6</i>	darüber	8,90

Fachärzte für Orthopädie

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	600	12,50
<i>Staffel 2</i>	900	11,80
<i>Staffel 3</i>	1.250	11,40
<i>Staffel 4</i>	1.350	10,70
<i>Staffel 5</i>	1.600	10,30
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,20

Fachärzte für Urologie

	bis Fälle:	€
<i>Staffel 1</i>	350	12,50
<i>Staffel 2</i>	500	12,10
<i>Staffel 3</i>	650	11,40
<i>Staffel 4</i>	950	10,70
<i>Staffel 5</i>	1.000	10,00
<i>Staffel 6</i>	darüber	9,60

- Das Honorar für den Urlaubsüberweisungsschein bzw. Urlaubskrankenkassenscheck beträgt € 7,40
- Das Honorar für die Krankenvertretung beträgt € 11,80
- Das Honorar für die Erste-Hilfe-Vergütung beträgt € 7,40

B) Grundleistungen

1. Mit Wirksamkeit ab 1. Oktober 2002 wird folgende neue Position eingeführt:

Pos. 019	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil	€ 10,90
----------	--	---------

Die vorstehende Leistung ist unter folgenden Bedingungen verrechenbar:

- Mit der „Ausführlichen diagnostisch-therapeutischen Aussprache“ (kurz: TA) soll grundsätzlich eine Erweiterung der Vertiefung der Therapie erreicht werden; darunter fällt jedenfalls nicht die Anamnese.
- Zur Verrechnung sind die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und die Vertragsfachärzte mit Ausnahme der Vertragsfachärzte für Labormedizin, Radiologie und für physikalische Medizin berechtigt.
- Der Arzt hat die TA persönlich zu führen. Die Verwendung medialer Hilfsmittel (z.B. Video) oder die TA mit mehreren Patienten gleichzeitig ist unzulässig. Die Gesprächsführung mit Eltern von Kindern bzw. mit Angehörigen von geistig eingeschränkten Patienten (Apoplexiepatienten) ist zulässig.
- Die TA hat im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten zu dauern.
- Die TA ist grundsätzlich in der Ordination zu führen. In medizinisch begründeten Fällen ist die TA auch im Rahmen einer Visite zulässig.
- Die TA ist von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin, Vertragsfachärzten für Innere Medizin und Vertragsfachärzten für Kinderheilkunde in höchstens 10% der Behandlungsfälle pro Quartal, von den übrigen Vertragsfachärzten (ausgenommen Vertragsfachärzten für Labormedizin, Radiologie und physikalische Medizin) in höchstens 6% der Behandlungsfälle pro Quartal verrechenbar.
- Die TA ist grundsätzlich nur bei eigenen Patienten verrechenbar. Eine Zuweisung zum Zweck einer TA ist unzulässig. Bei zugewiesenen Patienten kann die TA nur dann verrechnet werden, wenn dies im Zuge der weiteren Behandlung medizinisch notwendig ist. Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie können bei zugewiesenen Patienten keine TA verrechnen.

- h) Die gleichzeitige Verrechnung der TA mit der Pos. 432 „Psychotherapeutische Sitzung“ ist für Vertragsfachärzte für Neurologie und Psychiatrie bei eigenen Patienten innerhalb eines Quartals nur mit Begründung möglich.
- i) Die gleichzeitige Verrechnung der TA mit der Pos 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“ am selben Tag ist unzulässig.

Gleichzeitig mit der Einführung der therapeutischen Aussprache wird die Pos. 428 „Eingehende psychische Beratung bei larvierten Depressionen mit erhöhtem Zeitaufwand“ aufgegeben, das hierdurch frei werdende Honorarvolumen wird zur Finanzierung der TA mitverwendet.

Für die ersten zwei Quartale (4/02 und 1/03) wird für die TA ein Finanzierungsvolumen von € 150.000,-- für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und € 55.000,-- für die Vertragsfachärzte veranschlagt.

Sollte in dieser Einführungsphase des vierten Quartals 2002 und ersten Quartals 2003 das zur Verfügung stehende Finanzierungsvolumen überschritten werden, ist der Honorartarif adäquat zu kürzen.

2. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2003 werden folgende Grundleistungspositionen tariflich angehoben wie folgt:

Ordinationen

Pos. 001	Nachtordination (20 - 7 Uhr)	von € 15,26 auf € 16,00
Pos. 002	Ordination an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen...	von € 14,17 auf € 15,00
Pos. 003	Dringende Ordination außerhalb der normalen Sprechstunde	von € 6,18 auf € 6,50

Visiten

Pos. 005	Nachtvisite (Berufung nach 20 Uhr und Vollerfüllung vor 7 Uhr)	von € 33,43 auf € 35,00
Pos. 006	Visite an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen...	von € 23,26 auf € 24,50
Pos. 008	Dringende und sofort getätigte Visite....	von € 25,44 auf € 26,00

Zuschlag für Zeitversäumnis

Pos. 012	Wartezeit bei Tag bei Krankenbesuch oder Geburt...	von € 8,36 auf € 10,00
Pos. 013	Wartezeit bei Nacht...	von € 16,71 auf € 20,00

C) Einzelleistungen

Fachärzte für Lungenkrankheiten

Pos. 423 „Atemwiderstandsmessung“

Anhebung des Verrechnungslimits von 33% auf 45% der Fälle

Fachärzte für Augenheilkunde

Pos. 116 „Applanationstonometrie...“

Tarifierhebung von € 6,98 auf € 7,50

Fachärzte für Chirurgie

Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“

Anhebung des Verrechnungslimits von 0,75 auf 0,93 mal im Durchschnitt pro Fall und Quartal

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos. 454 „Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie...“

Tarifierhebung von € 7,56 auf € 7,80

Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos. 587 „Gynäkologische Sonographie...“

Anhebung des Verrechnungslimits von 22% auf 23% der Fälle

Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“

Anhebung des Verrechnungslimits von 0,30 auf 0,31 mal im Durchschnitt pro Fall und Quartal

Pos. 197 „Exstirpation oder Excision einer Geschwulst bis 10 mm Durchmesser ...“

Pos. 198 „Operative Entfernung,...“

Pos. 199 „Operative Entfernung,...“

Erweiterung der Verrechenbarkeit der Positionen für die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fachärzte für Innere Medizin

Pos. 580 „Sonographie „Oberbauch(...)“

Anhebung des Verrechnungslimits von 10% auf 13% der Fälle

Pos. 408 „Ergometrie“

Tarifanhebung von € 51,23 auf € 51,68

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde

Pos. 429 „Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen...“

Anhebung des Verrechnungslimits von 5% auf 10% der Fälle pro Jahr

Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos. 149 „...Otomikroskopie“

Anhebung des Verrechnungslimits von 20% auf 30% der Fälle

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie

Pos. 591 „Dopplersonographische Untersuchung...“

Pos. 592 „Duplexsonographie...“

Anhebung des Verrechnungslimits von 12% auf 13% der Fälle

Pos. 432 „Psychotherapeutische Sitzung“

Tarifanhebung von € 9,08 auf € 9,34

Fachärzte für Orthopädie

Pos. 015 „Weitere Ordination bei begründeter Mehrleistung“

Anhebung des Verrechnungslimits von 0,85 auf 0,97 mal im Durchschnitt pro Fall und Quartal

Fachärzte für Urologie

Pos. 585 „Urologische Sonographie...“

Anhebung des Verrechnungslimits von 54% auf 56% der Fälle

Pos. 306 „Funktionsprüfung durch endoskopische Betrachtung der Harnpropulsion...“

Tarifanhebung von € 18,17 auf € 18,65

Pos. 314 „Uroflowmetrie...“

Tarifanhebung von € 16,35 auf € 16,83

Eisenstadt, 12. Juni 2003

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Ärztchammer für Burgenland

Der Kurienobmann:

Der Präsident:

Dr. Milan KORNFEIND

OA Dr. Walther HELPERSTORFER

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Franz HARTER

Otto MARON

Versicherungsanstalt
des österr. Bergbaues

Der Obmann:

Der leitende Angestellte:

Sozialversicherungsanstalt
der Bauern

Der Obmann:

Der leitende Angestellte: