

Adresse

RS Nr. 1191/2010
VP-I
September 2010

Neue Positionen für „UVB-Therapie“ ab 1. Oktober 2010

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor!

Gegenüber den bereits in der Honorarordnung geregelten Therapieformen hat die Schmalspektrum UVB Therapie (311 bis 313nm) den Vorteil der geringeren Erythemerzeugung bei besserer oder gleicher Wirksamkeit (je nach Indikation).

Mit Wirksamkeit **1.10.2010** wird daher – vorbehaltlich der Zustimmung der beschlussfassenden Organe der Kasse – die UVB-Therapie in die Honorarordnung aufgenommen.

Die Verrechnung erfolgt in Form von Zuschlägen zu bereits vorhandenen und weiterhin verrechenbaren Positionen. Die Zuschläge sind nicht gesondert limitiert, jedoch nur gleichzeitig mit PUVA und SUP verrechenbar. Die genauen Positionsformulierungen entnehmen Sie bitte der Beilage.

Zur Verrechnungsberechtigung:

Bitte füllen Sie das beiliegende Formular aus und senden Sie es gemeinsam mit den notwendigen Unterlagen an die OÖGKK, VP-I/Ärztliche Verrechnung, z.H. Frau Edeltraud Biber, Garnisonstr. 1, 4020 Linz oder FAX: 057807 66104853 oder Edeltraud.Biber@oegkk.at



Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Ärztekammer OÖ

Mag. Christoph Voglmair, voglmair@aekoee.or.at, Tel. 0732/778371-291

OÖGKK

Gerald Dunzinger, gerald.dunzinger@oegkk.at, Tel. 057807-104813

Freundliche Grüße

OÖ Gebietskrankenkasse

Mag. Franz Kiesl

Ressortdirektor

Ärztekammer für Oberösterreich

MR Dr. Oskar Schweninger

Kurienobmann niedergelassene Ärzte

Dr. Peter Niedermoser

Präsident

MR Dr. Johannes Neuhofer eh.

Fachgruppenvertreter Haut- und Geschlechtskrankheiten

MR Dr. Thomas Fiedler

Kurienobmann-Stv. niedergelassene Ärzte

An alle Vertragsfachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur Kenntnis

UVB Therapie ab 01.10.2010

Pos. 320b Zuschlag für UVB-Therapie (311-313nm)-PUVA Punkte 16,8
Grundbehandlung 1. bis 16. Sitzung, pro Sitzung
(+50 Pkte f. Pos 320 x Punktwert € 0,190628 = € 12,73)

Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hierzu berechtigt wurden.

Die Position ist bei folgenden Indikationen verrechenbar:
Psoriasis, Atopische Dermatitis, renale und hepatische Pruritus, Parapsoriasis, Mycosis Fungoides, Seborrhoische Dermatitis, polymorphe Lichtdermatosen, Vitiligo.

Nur in Zusammenhang mit der Pos. 320 verrechenbar.

*Für die Geräteausstattung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Pos. 321b Zuschlag für UVB-Therapie (311-313nm)-PUVA Punkte 11
Fortsetzungsbehandlung, ab der 17. Sitzung, pro Sitzung
(+33 Pkte f. Pos. 321 x Punktwert € 0,190628 = € 8,39)

Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hierzu berechtigt wurden.

Die Position ist bei folgenden Indikationen verrechenbar:
Psoriasis, Atopische Dermatitis, renale und hepatische Pruritus, Parapsoriasis, Mycosis Fungoides, Seborrhoische Dermatitis, polymorphe Lichtdermatosen, Vitiligo.

Nur in Zusammenhang mit der Pos. 321 verrechenbar.

*Für die Geräteausstattung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Pos. 322b Zuschlag für UVB-Therapie (311-313nm)-SUP Punkte 26,8
Grundbehandlung 1. bis 16. Sitzung, pro Sitzung
(+40 Pkte f. Pos 322 x Punktwert € 0,190628 = € 12,73)

Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hierzu berechtigt wurden.

Die Position ist bei folgenden Indikationen verrechenbar:
Psoriasis, Atopische Dermatitis, renale und hepatische Pruritus, Parapsoriasis, Mycosis Fungoides, Seborrhoische Dermatitis, polymorphe Lichtdermatosen, Vitiligo.

Nur in Zusammenhang mit der Pos. 322 verrechenbar.

*Für die Geräteausstattung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

Pos. 323b Zuschlag für UVB-Therapie (311-313nm)-SUP Punkte 24
Fortsetzungsbehandlung, ab der 17. Sitzung, pro Sitzung
(+20 Pkte f. Pos. 323 x Punktwert € 0,190628 = € 8,39)

Verrechenbar nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die von den Kassen im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Oberösterreich hierzu berechtigt wurden.

Die Position ist bei folgenden Indikationen verrechenbar:
Psoriasis, Atopische Dermatitis, renale und hepatische Pruritus, Parapsoriasis, Mycosis Fungoides, Seborrhoische Dermatitis, polymorphe Lichtdermatosen, Vitiligo.

Nur in Zusammenhang mit der Pos. 323 verrechenbar.

*Für die Geräteausstattung gelten die im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der Kasse erstellten Richtlinien in der jeweiligen Fassung.

*Gerätevoraussetzung:

Dermalight 5000 bzw. gleichwertig oder höherwertig. Zeitlich befristete Abrechnungsberechtigung bei Aufrüstung eines Altgerätes mindestens auf das Niveau des Dermalight 5000, wobei das Alter bzw. die Nutzungsdauer bei Aufrüstung bestehender Geräte maximal 5 Jahre betragen darf.

BEISPIEL:

Altgerät, Rechnungsdatum des Ankaufs 15.10.2008. Aufrüstung auf Niveau des Dermalight 5000 mit Rechnungsdatum 01.08.2010. Maximale Abrechnungsberechtigung bis 30.09.2013.

**Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung
der**

Pos. 320b, 322b Schmalspektrum UVB-Therapie (311-313nm), Grundbehandlung 1. – 16. Sitzung

**Pos. 321b, 323b Schmalspektrum UVB-Therapie (311-313nm), Fortsetzungsbehandlung,
ab der 17. Sitzung**

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des öö. Gesamtvertrages

Vorlage

1) bei Geräten, die keiner technischen Hochrüstung bedürfen:

- der Rechnung samt Zahlungsbestätigung (bei Kauf) oder
- des Leasingvertrages (bei Leasinggeräten) oder
- der Übernahmebestätigung (bei Geräten, die vom Vorgänger übernommen wurden) und
- der Gerätebeschreibung

2) bei Geräten, die hochgerüstet wurden:

- alle Nachweise wie unter Pkt. 1) und
- alle Nachweise für die Hochrüstung wie unter Pkt. 1) und
- sicherheitstechnischer Prüfbericht

Geräte-Type	Marke	Erzeuger/Lieferant	Baujahr

.....
Datum

.....
Stempel und Unterschrift
des Vertragsarztes/der Vertragsärztin