

ZUSATZVEREINBARUNG

gemäß § 32 des Gesamtvertrages vom zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen (künftig "Gesamtvertrag" genannt, abgeschlossen zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg (künftig "Kurie" genannt), einerseits und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (künftig "Kasse" genannt), andererseits.

I.

Allgemeine Bestimmungen

- (1) Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.
- (2) Soweit im Folgenden nicht abweichende Regelungen getroffen werden, gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages in der jeweils zum Anwendungszeitpunkt geltenden Form.
- (3) Soweit im Folgenden Paragraphen ohne weitere Spezifizierung genannt werden, sind dies solche des dieser Zusatzvereinbarung zugrunde liegenden Gesamtvertrages.
- (4) Soweit im Folgenden auf freiberufliche Ärzte Bezug genommen wird, gelten die entsprechenden Bestimmungen für Gruppenpraxen sinngemäß.

II.

Alternative oder kumulative Vorsorgeuntersuchungsprogramme

Ergänzend zur Präambel des Gesamtvertrages vereinbaren Kurie und Kasse, dass im Bereich der Untersuchungsziele alternative oder kumulative Vorsorgeparameter und/oder -programme nur im Einvernehmen zwischen Kurie und Kasse durchgeführt oder empfohlen werden dürfen.

III.

Zur Durchführung berechnigte Ärzte

- (1) Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages gem. § 5 Abs. 1 haben nur Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin sowie Gruppenpraxen mit Gesellschaftern dieser Fachrichtungen. Für Gruppenpraxen gilt, dass die Durch-

führung des allgemeinen Untersuchungsprogramms gemäß § 2 Abs. 1 auf Rechnung der Kasse – entgegen § 5 Abs. 1 bzw. § 11 Abs. 1 - ausschließlich Gesellschaftern der Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin vorbehalten ist.

- (2) Zur Durchführung des gyn. Vorsorgeuntersuchungsprogrammes gem. § 34 sind ausschließlich Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsfachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Gesellschafter dieser Fachrichtungen im Rahmen von Gruppenpraxen berechtigt.
- (3) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, mit der Durchführung der Laborleistungen auf Rechnung der Kasse ausschließlich folgende Vertragslaboratorien zu beauftragen:
 - Die medizinisch-chemische Zentrallaboratorium GmbH, Feldkirch, und
 - das medizinisch-diagnostische Labor Dr. Alois Stangassinger, Dornbirn.

Mit der im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung durchzuführenden zytologischen Untersuchung darf ausschließlich das Pathologische Institut in Feldkirch beauftragt werden.

Zur Inanspruchnahme anderer Laboreinrichtungen bedarf es der besonderen Zustimmung der Kurie und der Kasse.

IV.

Gynäkologisches Vorsorgeprogramm

- (1) Fachärzte für Gynäkologie und Ärzte für Allgemeinmedizin haben nach Maßgabe des Gesamtvertrages Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages in Bezug auf das gynäkologische Vorsorgeprogramm. Dies gilt entsprechend für Gruppenpraxen.
- (2) Das gem. § 34 aufrechte gynäkologische Vorsorgeuntersuchungsprogramm wird nach Maßgabe der folgenden Absätze in den neuen Gesamtvertrag überführt.
- (3) Im Muster des Einzelvertrages gem. Anlage 4 des Gesamtvertrages wird im § 2 die Liste der einzelnen Fachgruppen wie folgt geändert: Ersatz des Ausdrucks „Facharzt für Lungenheilkunde“ durch „Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“.
- (4) Die in der Anlage zu dieser Zusatzvereinbarung enthaltenen Richtlinien III¹ und IV² des AKS sind integrierender Bestandteil dieser Zusatzvereinbarung.

¹ Diese ist entsprechend dem Gesamtvertrag und dieser Zusatzvereinbarung anzupassen.

² Diese ist entsprechend dem Gesamtvertrag und dieser Zusatzvereinbarung anzupassen.

V.

Pilotprojekt „Screening Prostatakarzinom“

- (1) Die im Rahmen der VU vorgesehene Intervention hinsichtlich des Prostatakarzinoms wird wie folgt geregelt.
- (2) Wenn männliche Anspruchsberechtigte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nach einem PSA-Test fragen, erfolgt durch den Vertragsarzt eine strukturierte Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Durchführung eines PSA-Tests.
- (3) Will der Proband nach Durchführung dieser Aufklärung die Durchführung dieses Tests, ist wie folgt vorzugehen:
 - a) Patient hat das 50. Lj noch nicht vollendet:

Der Patient ist nachweislich darauf aufmerksam zu machen, dass die Kasse die Kosten hierfür nicht übernimmt. Der Arzt beauftragt die PSA Untersuchung und kennzeichnet den Auftrag mit dem Vermerk VU und Rechnung an den Patienten. Die Ausstellung eines Zuweisungsscheines an den Urologen ist nicht zulässig.
 - b) Proband hat das 50. Lebensjahr vollendet:

Diesfalls kann der Vertragsarzt selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes mittels Zuweisung an eine der beiden für Laboruntersuchungen vorgesehenen Einrichtungen veranlassen.

Für beide Fallgruppen gilt: die Bestimmung des PSA umfasst nicht die gleichzeitige Bestimmung des freien PSA-Wertes. Dessen Veranlassung ist lediglich zulässig, wenn der PSA-Wert einen Krankheitsverdacht nahe legt.
- (4) Unterscheidung zum kurativen Bereich: Eine Veranlassung eines PSA-Tests als kurative Leistung ist nur bei Vorliegen und Dokumentation von klinischen Symptomen einer Erkrankung der Prostata zulässig.
- (5) Da die wissenschaftliche Evidenz für die Durchführung eines PSA-Screenings nicht ausreichend gesichert ist, wird die Möglichkeit der Veranlassung der Laboruntersuchung durch den Vertragsarzt bis 31.12.2006 befristet.

VI.

Honorierung

- (1) Für die Vorsorgeuntersuchungen gelten folgende Tarife :
 1. Das allgemeine Untersuchungsprogramm wird honoriert bei
 - a) Männern und Frauen vom 18. bis 49. Lebensjahr
(exkl. Blut im Stuhl) mit € 53,20

Dieser Tarif erhöht sich per 01.07.05 auf Euro 55,60, per 1.1.2006 auf Euro 56,60, per 1.1.2007 auf Euro 57,60 und per 1.1.2008 auf Euro 58,60.

b) Männer und Frauen ab dem 50. Lebensjahr
(inkl. Blut im Stuhl) mit € 55,00

Dieser Tarif erhöht sich per 01.07.05 auf Euro 57,00 , per 1.1.2006 auf Euro 58,00, per 1.1.2007 auf Euro 59,00 und per 1.1.2008 auf Euro 60,00.

2. Die Laborleistungen (Pkt. III. Abs. 3) werden honoriert wie folgt:

Frauen, Männer ab 18. Lebensjahr
Gesamt- und HDL-Cholesterin, g-GT gesamt € 6,00
(Die Parameter Triglyceride, rotes Blutbild für Frauen und Harnstreifen werden nicht mehr veranlasst und honoriert)

3. a) Die gynäkologische Untersuchung wird mit € 18,97 honoriert.

b) Die im Rahmen gynäkologischer Untersuchungen zu veranlassende zytologische Untersuchung wird mit € 6,40 honoriert.

4. Die Mammographie-Untersuchungen können im Rahmen der Gesundenuntersuchungen vom Vertragsarzt für Allgemeinmedizin, für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder für Innere Medizin veranlasst werden. Die Mammographie-Untersuchung wird vergütet bei

- freipraktizierenden Vertragsradiologen mit € 50,07
- spitalsambulanter Untersuchung mit € 35,46

5. Die Bestimmung des PSA-Wertes wird mit € 6,00 honoriert.

(2) Mit den Tarifen sind sämtliche mit der Untersuchung zusammenhängenden Leistungen und Veranlassungen abgegolten. Eine zusätzliche Verrechnung einzelner, nicht gesondert angeführter, Teilleistungen an die Patienten oder im Rahmen der kurativen Abrechnung ist unzulässig.

VII.

Abrechnung

(1) Hinsichtlich der Abrechnung gelten die Bestimmungen der §§ 15 bis 17 und 22 sowie der Anlage 1 mit der Maßgabe, dass die Kasse bis auf Widerruf einverstanden ist, dass die Kurie oder der von der Kurie zu beauftragende Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin die Organisation, Verrechnungsvorarbeiten und Dokumentation der Gesundenuntersuchungen nach Maßgabe der Bestimmun-

- gen des Gesamtvertrages bzw. der Anlage 1 durchführt, sofern der AKS die im Gesamtvertrag vorgesehenen Daten der Kasse elektronisch in der benötigten Struktur der Kasse zur Verfügung stellt. Das Einverständnis beinhaltet auch, dass der diesbezügliche Aufwand auch aus Mitteln der Gesamtvergütung für die Gesundenuntersuchung vergütet wird, wobei die Höhe der Vergütung an den AKS im Einvernehmen mit der Kasse zu vereinbaren ist.
- (2) Die Kasse ist berechtigt, dieses Einverständnis unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres zu widerrufen, wenn durch die Übernahme seitens der Kasse der Gesamtvergütung keine Kosten entstehen und das Call/Recall-System gleichwertig funktioniert wie beim AKS. Diesfalls gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages wieder vollinhaltlich. Die Kurie ist damit einverstanden, dass in einem solchen Fall die Kasse die Organisation, Verrechnung und Dokumentation der Gesundenuntersuchungen (auch des bisherigen gyn. Vorsorgeprogrammes) durchführt. Insoweit sind dann auch die in der Anlage enthaltenen Bestimmungen der Richtlinie III mit der Maßgabe anzuwenden, dass soweit dort auf den AKS Bezug genommen wird, stattdessen die Kasse einzusetzen ist.
 - (3) Insoweit die Bestimmungen des zwischen Kurie und Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin abzuschließenden Vertrages die gegenseitigen Rechte und Pflichten zwischen Kasse und Vertragsärzten berühren, bedürfen diese Bestimmungen zu ihrer Rechtsgültigkeit der Zustimmung seitens der Kasse.
 - (4) § 13 Abs. 2 gilt mit der Maßgabe, dass für eine vollständige Untersuchung nur die Laborparameter lt. dieser Zusatzvereinbarung zu veranlassen und damit auch zu dokumentieren sind.

VIII.

Verhältnis zu kurativen Leistungen

- (1) Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung soll unterbleiben, wenn der Proband im laufenden oder im vorangegangenen Quartal beim betreffenden Vertragsarzt in ärztlicher Behandlung war und die Untersuchungen sich mit den Interventionen der Vorsorgeuntersuchung im Wesentlichen decken. Ausnahmen sind nur in begründeten Fällen zulässig.
- (2) Wurden vom gleichen Vertrags(fach)arzt im Rahmen der kurativen ärztlichen Hilfe bereits im laufenden oder im vorangegangenen Quartal Parameter des Laborblocks bestimmt oder ein gynäkologischer Abstrich entnommen, dürfen diese Untersuchungen bei der Vorsorgeuntersuchung nicht noch einmal verrechnet oder veranlasst werden.

IX.

Anlagen zum Gesamtvertrag

Die Anlagen 1, 2, 3 und 4 des Gesamtvertrages gelten nur insofern als dessen integrierende Bestandteile, als sie nicht durch diese Zusatzvereinbarung aufgehoben oder ersetzt werden.

X.

Finanzierung

- (1) Die Finanzierung der Gesundenuntersuchungen und allfällige weitere Details sind in der jeweils gültigen Honorarordnung geregelt. Insofern ist diese auch ein integrierender Bestandteil des Gesamtvertrages.
- (2) Die Kasse verpflichtet sich, zur Finanzierung des Zusatzaufwandes für die Gesundenuntersuchungen jene Zahlungen zusätzlich der Gesamtvergütung zur Verfügung zu stellen, welche ihr – zweckgewidmet für diese Gesundenuntersuchungen – gemäß § 447 h ASVG zufließen. Insofern diese zusätzlichen Mittel für die Finanzierung des Zusatzaufwandes nicht benötigt werden, werden diese einer für Gesundenuntersuchungen zweckgewidmeten Rücklage zugeführt, über deren Verwendung Kurie und Kasse einvernehmlich verfügen.
- (3) Sämtliche Honorare (siehe Pkt. VI.) verstehen sich excl. Umsatzsteuer bzw. excl. Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfegesetz, BGBl. Nr. 746/1996, in der jeweils geltenden Fassung.
- (4) Mit den Honoraren gemäß Pkt. VI. sind auch die Kosten für den Ordinationsbedarf abgegolten.

XI.

Bestehende Einzelverträge

Alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Zusatzvereinbarung bestehenden Gesundenuntersuchungs-Einzelverträge bleiben aufrecht.

XII.

Geltungsdauer

- (1) Diese Zusatzvereinbarung tritt gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des ihr zugrunde liegenden Gesamtvertrages für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse in Kraft und erlischt ohne Kündigung mit Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse.

(2) Unbeschadet Abs. 1 kann diese Zusatzvereinbarung von beiden Vertragsteilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt werden. Eine Kündigung kann jedoch von jedem der Vertragsteile nicht mit Wirksamkeit vor dem 31.12.2008 ausgesprochen werden.

Dornbirn, am 27.06.05

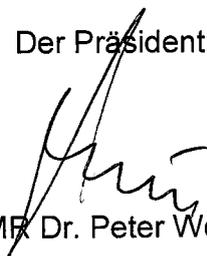
Kurie der Niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg

Der Kurienobmann:


(Dr. Michael Jonas)



Der Präsident:


(MR Dr. Peter Wöß)

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Der leitende Angestellte:


(Dir. Dr. Karl Schiemer)



Der Obmann:


(Manfred Brunner)

1. Die Kasse beauftragt die Ärztekammer als Verrechnungsstelle mit der Durchführung der nachfolgend unter Z 3 beschriebenen Tätigkeiten im Rahmen der Abrechnung der Vorsorgeuntersuchungen der Vertragsärzte. Mit eingeschlossen sind allfällige, im Rahmen der beschriebenen Prüfroutinen erforderliche mündliche oder schriftliche Abklärungen bei den Vertragsärzten.
2. Der diesbezügliche Aufwand der Kurie ist mit den Zahlungen, die die Kasse gem. den Bestimmungen der jeweils gültigen Honorarordnung an die Ärztekammer für Vorarlberg leistet, abgegolten.
3. Tätigkeiten der Kurie im Auftrag der Kasse:
 - a. Entgegennahme der von den Vertragsärzten übermittelten elektronischen Befunde gem. § 22 des Gesamtvertrags (Befundblatt, PAP-Befund, Dokumentationsblatt „Mammographie“).
 - b. Entgegennahme der von den Vertragsärzten übermittelten elektronischen Abrechnungen gem. § 15 des Gesamtvertrags.
 - c. Prüfung der Vollständigkeit der Dokumentationen gem. § 13 Abs. 2 des Gesamtvertrags.
 - d. Prüfung der Einhaltung der Fristen gem. den Bestimmungen des Gesamtvertrags (12 Monatsfrist, Fristen für PAP-Abstrich, Mammographie...).
 - e. Prüfung der Einhaltung der Bestimmung des Art VIII der Zusatzvereinbarung (Verhältnis zu kurativen Leistungen).
 - f. Prüfung, ob zu jeder Abrechnung in den Abstimmungsdaten des e-card-Systems ein Betriebsfall „VU“ vorhanden ist.
 - g. Prüfung, ob die Konsultationsart korrekt ist.
 - h. Prüfung, ob in jenen Fällen, die außerhalb der e-card abgewickelt werden (Nichtversicherte), ein Anspruchsnachweis der Kasse vorhanden ist .
 - i. Prüfung, ob die Abstimmungsdaten und die Abrechnungsdaten übereinstimmen (Behandlungsdatum, leistungszuständiger VTr...).
 - j. Prüfung, ob im Gesamtvertrag bzw. in der Zusatzvereinbarung vorgesehene, entsprechende (mit „VU“ gekennzeichnete) Überweisungsscheine vorhanden sind.
 - k. Prüfung der Laborabrechnungen hinsichtlich der als VU und als kurativ verrechenbaren Fälle und Leistungen (z.B. Altersgrenze, klinische Symptome für PSA-Bestimmungen auf Kosten der Gesamtvergütung,).
 - l. Prüfung der rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung.
 - m. Nach Durchführung der Prüfung: Weiterleitung der fehlerbereinigten elektronischen Abrechnungen samt den Daten der Fehlerbereinigungen und der elektronischen Befunde an die Kasse.

**ARBEITSKREIS FÜR VORSORGE- UND SOZIALMEDIZIN
6900 BREGENZ, RHEINSTRASSE 61**

20.07.1994
vo/richtl3

RICHTLINIE III
(MERKBLATT A)

über die organisatorische Durchführung der gynäkologischen Untersuchungen zur Früherkennung des weiblichen Genital- und Mamma-Karzinoms.

1. UMFANG DER UNTERSUCHUNG:

- a) der Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin organisiert im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Vorarlberg und den Krankenversicherungen die Untersuchungen zur Früherkennung des weiblichen Genital- und Mamma-Karzinoms.
- b) Der Umfang des Untersuchungsprogrammes ist in der Richtlinie IV (Merkblatt B, Diagnosenschema) detailliert festgehalten.

2. UNTERSUCHUNGSBERECHTIGTE ÄRZTE:

Die Untersuchungen können von allen freiberuflich tätigen Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie von Praktischen Ärzten in deren Ordinationen durchgeführt werden, sofern sie hierfür einen Kassenvertrag für kurative Medizin mit zusätzlichem Vorsorgevertrag besitzen. Bei keinem Kassenvertrag (Wahlärzte) ist bei der jeweiligen Krankenkasse vom Arzt ein Ansuchen auf Durchführungsberechtigung der Vorsorgeuntersuchungen einzureichen.

3. ANSPRUCHSBERECHTIGTE PERSONEN:

- a) Anspruchsberechtigt auf eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung sind alle Frauen mit ordentlichem Wohnsitz in Österreich ab dem vollendeten 19. Lebensjahr, sofern sie innerhalb der letzten zwölf Kalendermonate keine solche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben.

Einfachheitshalber wird nachstehende Regelung hinsichtlich des Alters angewendet:

z.B.:

1974 Geborene anspruchsberechtigt ab Kalenderjahr 1994
1975 Geborene anspruchsberechtigt ab Kalenderjahr 1995

Ab vollendetem 40. Lebensjahr hat die Frau darüberhinaus alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie.

Der Mammographie hat eine Gyn- bzw. KSK-Untersuchung voranzugehen.

- b) Für die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung muß die Versicherungsnummer der Österr. Sozialversicherungsträger der zu Untersuchenden (bei Mitversicherten zusätzlich die des Hauptversicherten) vorhanden sein (ansonsten Anforderung - siehe Punkt 4) und weiters je nach Krankenkasse der zutreffende Krankenschein.

4. ERFASSUNG UND DURCHFÜHRUNG:

- a) Die Frau meldet sich beim Arzt ihres Vertrauens zur gynäkologischen Untersuchung an. Hiefür erhält sie den Fragebogen zur Erhebung der Anamnese. **Ab dem 40. Lebensjahr** wird der spezielle Fragebogen mit dem integrierten Mammographie-Anamnese-Befundblatt übergeben. Die Zweitschrift (gelb) dieses Blattes ist der Frau für die Mammographie mitzugeben.

*noch
abholen*

- b) Hat die Frau keine Versicherungsnummer der Österr. Sozialversicherungsträger, so soll ihr der Fragebogen mit integriertem Formular zur Anforderung der Versicherungsnummer übergeben werden. Die Versicherungsnummer ist mittels diesem Anforderungsformular bei der zuständigen Krankenkasse entweder vom Arzt oder vom Probanden anzufordern. Für Personen, die nicht sozialversichert sind, ist die Gebietskrankenkasse zuständig.

- c) Für die Vorsorgeuntersuchung sind dem Arzt der vollständig ausgefüllte Fragebogen (mit kompletten Stammdaten, Unterschriften der Frau, Anamnese) und der Krankenschein zu übergeben.

- d) Die Vorsorgeuntersuchung wird nach der Richtlinie IV durchgeführt.

Die zytologische Untersuchung wird entweder vom Institut für Pathologie in Feldkirch oder von einem anderen derartigen Labor vorgenommen.

Hiefür dürfen nur die Einsendeformulare des Arbeitskreises mit dem Aufdruck "Nur Prophylaxe" verwendet werden - und zwar die weißen Formulare für Fälle die über die GKK verrechnet werden und die rosa Formulare (BVA, VA etc.), die über den Arbeitskreis zur Verrechnung gelangen.

*noch
abholen*

- e) Nach erfolgter Untersuchung und Abschlußberatung (ärztliches Gespräch) sind die **Untersuchungskarten** und das **Personalblatt** des Fragebogens (auf dem die Stammdaten und die Unterschriften der Frau enthalten sind) monatlich an den Arbeitskreis zu übersenden bzw. sie werden vom Zustell- Abholdienst des Arbeitskreises beim Arzt abgeholt.

Letzter Annahmetag für die Quartalsabrechnung ist jeweils der **12. Tag** nach Quartalsende. Später einlangende Untersuchungsunterlagen werden im nächstfolgenden Quartal verrechnet - wobei höchstens bis zu zwei Quartale zurück, gerechnet ab dem laufenden Quartal, die Untersuchungsunterlagen zur Verrechnung anher gesandt werden können.

Der Anamneseteil des Fragebogens bleibt beim Arzt.

- f) Vorsorgeuntersuchungen sind grundsätzlich außerhalb der für die kurative ärztliche Hilfe vereinbarten Ordinationszeiten durchzuführen.

5. VERRECHNUNG:

- **Abrechnungsgrundlage** bilden die vollständig und richtig ausgefüllten Untersuchungsunterlagen (braune Karte, Personalblatt des Fragebogens mit Stammdaten und Unterschriften). Diese Unterlagen sind **an den Arbeitskreis**, unabhängig welcher Versicherung die Frau angehört, zu übermitteln. Betreffend jeweiliger letzter Annahmetag siehe Punkt e). } noch
erklärt
- Die Honorierung bzw. Anweisung wird wie folgt vorgenommen:
 - a) für Zugehörige der Vbg. Gebietskrankenkasse, Gebietskrankenkassen anderer Bundesländer, Betriebskrankenkassen, Grenzgänger und Nichtversicherte durch die Vbg. Gebietskrankenkasse;
 - b) für Zugehörige der BVA, VA, SVB, SVGEW, KFA-Bregenz und andere Kassen durch den Arbeitskreis.
- Der Arzt erhält jeweils vom Arbeitskreis und der Vbg. Gebietskrankenkasse alphabetisch geordnete Namenslisten der abgerechneten Fälle - aufgliedert nach Kassenzugehörigkeit.
- Die Untersuchungskarten werden nach erfolgter Abrechnung den Ärzten zur weiteren Verwendung retourniert.

6. VERMERK "VO" IM KRANKENSCHHEIN:

e-lad

- Am Tage der Vorsorgeuntersuchung ist im Krankenschein mit Rotstift der Vermerk "VO" einzutragen. Dieser Vermerk ist je nach Krankenkasse wie folgt vorzunehmen:

| | |
|-------------|---|
| VGKK | Im Feld der Grundleistungen des Krankenscheines. |
| BVA | Im Feld der Diagnose des Arzthilfe- bzw. Ersatzpatientenscheines "VO" und in die Datumsrubrik das jeweilige Untersuchungsdatum. |
| VA + SVGEW | Im Feld der Diagnose des Patienten- bzw. Ersatzpatientenscheines "VO" und in die Datumsrubrik das jeweilige Untersuchungsdatum. |
| KFA Bregenz | Im Feld der Diagnose des Behandlungsscheines "VO" und in die Datumsrubrik das jeweilige Untersuchungsdatum. |

Bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr ist weiters, sofern eine Mammographie stattfindet, im Röntgenüberweisungsschein in der Rubrik für die Diagnose ebenfalls ein "VO" zu vermerken.

ACHTUNG:

Am Tag der Vorsorgeuntersuchung können keine kurativen Ordinationen verrechnet werden (ausgenommen Pos. Nr. 1e), es sei denn, daß am selben Tag eine weitere von der Vorsorgeuntersuchung unabhängige Leistung erforderlich ist. Diese Ordination muß jedoch im Krankenschein begründet werden.

Sollte sich bei der Vorsorgeuntersuchung die Notwendigkeit von zusätzlichen Sonderleistungen ergeben, so können diese ebenfalls verrechnet werden.

Die Krankenscheine sind an die jeweilige Krankenkasse zu den üblichen Terminen einzusenden (Krankenscheine der Vbg. Gebietskrankenkasse an die kasernenärztliche Verrechnungsstelle).

Bei BVA, VA und SVGEW ist folgendes zu berücksichtigen:

Werden für einen Probanden in ein- und demselben Abrechnungszeitraum sowohl kurative als auch Vorsorgeuntersuchungsleistungen getätigt, so sind die jeweiligen Arzthilfe- bzw. Patientenscheine aufeinanderfolgend gereiht an die Krankenkasse einzusenden.

*noch
abklären
?*

7. DRUCKSORTEN UND ORDINATIONSBEDARF:

Drucksorten:

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung werden vom Arbeitskreis folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt:

1. Richtlinie III (Merkblatt A) über die Organisation
2. Richtlinie IV (Merkblatt B, Diagnoschema) über die ärztlichen Belange
3. Untersuchungskarte (braun) *gelb?*
4. Fragebogen (rosa) *gelb + grün*
bei Mammographie mit integriertem Anamnese-Befundblatt
5. Zytologie-Einsendeformulare (weiß und rosa)
6. Einladung zur Routineuntersuchung

Ordinationsbedarf:

Mit der Auslieferung des Ordinationsbedarfes wurde die Vbg. Gebietskrankenkasse beauftragt. Die Bestellung erfolgt mittels den üblichen Ordinationsbestellisten; die nicht eingedruckten Produkte können in die Leerzeilen eingetragen werden.

1. Abstrichspateln
2. Fixierlösung
3. Objektträger
4. Versandschachteln

ARBEITSKREIS FÜR VORSORGE- UND SOZIALMEDIZIN
6900 BREGENZ, RHEINSTRASSE 61

20.07.1994
vo/richtl4

RICHTLINIE IV

(MERKBLATT B)
Diagnosenschema

über die ärztlichen Belange der Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung des Genital- und Mammakarzinoms.

1. Über Selbstuntersuchung der Brust aufgeklärt

| | |
|------|---|
| ja | 1 |
| nein | 2 |

2. Inspektion

| | |
|----------------------------------|---|
| Größendifferenz | 1 |
| Asymmetrie beim Armhochheben | 2 |
| Apfelsinenhaut | 3 |
| Erworbene Einziehung der Mamilla | 4 |
| Perimamilläre Hautveränderungen | 5 |
| Ulzeration | 6 |

3. Tastbefund

| | |
|-------------------------------------|---|
| Knotenbildung | 1 |
| Unverschieblichkeit gegen Unterlage | 2 |
| Mamilläre Sekretion oder Blutung | 3 |
| Regionäre Lymphknoten | 4 |

4. Graphische Eintragung

Tumor mit rotem Stift eintragen

5. Zusatzuntersuchung Mammographie

(dieser Punkt entfällt; siehe Schreiben 26.06.90)

6. Ca-Symptomatik

ja

(wenn Beschwerden bestehen, die Ca-verdächtig sind)

1

7. Vulva Inspektion

auffällig

Kraurosis-Leukoplakie

Ulkus

rektale Untersuchung, path.-susp.

1

2

3

4

8. Vaginal-digitale Untersuchung

auffällig

Uterus abnorm (Myom)

Uterus, path.-susp.

Parametrien, path.-susp.

Adnexe einseitig, abnorm

Adnexe beidseitig, abnorm

Adnexe, path.-susp.

Douglas, path.-susp.

Zustand nach Hysterektomie

1

2

3

4

5

6

7

8

9

9. Spekulum

Fluor

Blutung aus CK

Vagina (Leukoplakie, Erythropl.) path.-susp.

Portio (Erosion, Ulzeration, Exopht.) path.-susp.

1

2

3

4

10. Kolposkopie

atypische Umwandlung

Felderung, Grund Leukopl.

Gefäßatypien

1 (Eintragungen nur für statistische

2 Zwecke - gehört nicht zum Vorsorge-

3 programm)

11. Zytologie

| | | |
|--------------|------------|---|
| negativ | I/II | 1 |
| positiv | (IVa, IVb) | 2 |
| positiv | V | 3 |
| verdächtig | III | 4 |
| Dysplasie | III D | 5 |
| unverwertbar | | 6 |

12. Neuentdeckte Krankheiten

13. Weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich

14. Gravid

| | | |
|----|--|---|
| ja | | 1 |
|----|--|---|

15. Abschlußbericht

(dieser Punkt entfällt; siehe Schreiben 26.06.90)

16. Kontrolle (Wiederbestellung)

| | | |
|-------------|---------------|---|
| Prakt. Arzt | (1 1/2 Jahre) | 1 |
| Facharzt | (1 1/2 Jahre) | 2 |