8 VORSORGEUNTERSUCHUNGEN/MUTTER-KIND-PASS/IMPFUNGEN

8.1 Vorsorgeärzte

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen sind folgende Vertragsärzte verpflichtet:

- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Radiologie (Mammographie)

Wahlärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Gynäkologie erhalten auf Wunsch einen Vorsorgeuntersuchungseinzelvertrag. Bei konkretem Interesse ist ein entsprechender Antrag an die Ärztekammer für Vorarlberg zu richten, die diesen an die ÖGK weiterleitet. Die Österreichische Gesundheitskasse schließt für alle Sozialversicherungsträger den Einzelvertrag für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ab.

Achtung:
Die ÖGK hat beschlossen (Beschluss vom 7.3.2018), dass die Kasse Verträge mit Wahlärzten über die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen nur noch dann abschließt, wenn bei Fachärzten im selben politischen Bezirk und bei Ärzten für Allgemeinmedizin im selben Sprengel lt. Stellenplan keine offene Kassenvertragsstelle vorhanden ist.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

8.2 Ort und Zeit der Vorsorgeuntersuchung

Die Vorsorgeuntersuchung ist vom Vorsorgearzt in seiner Ordination vorzunehmen. Vertragsärzte sollen Vorsorgeuntersuchungen grundsätzlich außerhalb der im kurativen Einzelvertrag vereinbarten Ordinationszeiten durchführen.

8.3 Anspruchsberechtigung und Nachweis

Die Inanspruchnahme erfolgt mit der e-card direkt beim Arzt. Die e-card des Probanden ist bei jeder Vorsorgeuntersuchung einzulesen. Bei Wahlärzten ohne e-card-Ausstattung haben sich die Probanden vor der Vorsorgeuntersuchung beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Anspruchsnachweis (e-card-Ersatzbeleg) ausstellen zu lassen. Dieser ist mit der Abrechnung abzugeben. Ohne diesen Anspruchsnachweis ist eine Abrechnung der Vorsorgeuntersuchung mit der Sozialversicherung nicht möglich.

Betreffend einer nötigen Ausstellung eines E-card-Ersatzbeleges bei einer VU kann sich der Proband (wenn er bei der ÖGK versichert ist) an die Kundenbetreuung der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg (Tel. 050766-191420), per Fax (DW 191429) wenden. In Ausnahmefällen kann auch der Wahlarzt für seine Probanden diesen E-card-Ersatzbeleg dort anfordern. Probanden, die bei den kleinen Kassen (SVS, BVAEB) versichert sind, können sich wegen des e-card-Ersatzbeleges an die jeweilige Landesstelle von SVS bzw. BVAEB wenden.

<u>Nichtsozialversicherte Patienten:</u>
Sofern diese über keine e-card verfügen, müssen sie sich bei der ÖGK vor Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung einen Anspruchsnachweis ausstellen lassen (Achtung: Grenzgänger in die Schweiz oder nach Liechtenstein, die sich aufgrund der Optionsmöglichkeiten für eine Privatversicherung entschieden haben, erhalten keine Ersatzbelege für eine Vorsorgeuntersuchung ausgestellt - die Kosten für eine Vorsorgeuntersuchung sind von diesen Personen selbst zu tragen). Mit Ausstellung eines solchen Anspruchsnachweises werden sie von der ÖGK im e-card-System erfasst, sodass ihre Befundblätter vom VU-Arzt mit dessen o-card „aufgerufen, befüllt und versendet“ werden können. Ein solcher Anspruchsnachweis (und

somit die Erfassung derselben im e-card-System) kann auch vom Vorsorgearzt selbst direkt bei der ÖGK (Tel. 050766-191420, Fax. 050766-191479) für den Patienten angefordert werden. Der Anspruchsnachweis muss vom VU-Arzt mit der Abrechnung in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle abgegeben werden, widrigenfalls eine Honorierung nicht möglich ist. Sofern eine e-card vorhanden ist, muss der Anspruch im e-card-System von der ÖGK freigeschaltet werden. Hierfür gilt die gleiche Vorgangsweise wie oben beschrieben.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung kommt für anspruchsberechtigte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in Betracht. Die Vorsorgeuntersuchung kann auf Kosten der Sozialversicherungsträger 1 x jährlich in Anspruch genommen werden.

8.4 Umfang der Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Bereiche:

- allgemeine Vorsorgeuntersuchung
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- Vorsorgemammographie (ab dem 40. Lebensjahr)
- Vorsorgekoloskopie (ab dem 50. Lebensjahr; Hinweis: bei der SVS kann aufgrund eines Pilotprojektes eine Vorsorgekoloskopie bereits ab dem vollendeten 45. Lebensjahr in Anspruch genommen werden)

Die **allgemeine Vorsorgeuntersuchung** kann von Ärzten für Allgemeinmedizin und Innere Medizin durchgeführt werden.

Für das Abschlussgespräch bei der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung mit dem Patienten sind grundsätzlich 15 Minuten vorzusehen. Es soll in drei Schwerpunkte gegliedert sein:

- Information
- Aufklärung
- Beratung

Der Arzt hat den Probanden über seinen Gesundheitszustand, allfällige Risikofaktoren sowie über allenfalls erforderliche Änderungen seiner Lebensgewohnheiten zu informieren.

Die **gynäkologische Vorsorgeuntersuchung** kann von Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe durchgeführt werden; der VU-Arzt hat eine zytologische Untersuchung mittels Überweisung an das Pathologische Institut in Feldkirch zu veranlassen.

Vorsorgemammographie:
Informationen sind auf der Website: www.frueh-erkennen.at erhältlich, weiters unter Pkt. 8.5.

Die **Vorsorgekoloskopie** kann nur von jenen Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie durchgeführt werden, die bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Nähere diesbezügliche Informationen erhalten Sie in der Ärztekammer für Vorarlberg. Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Vorsorgekoloskopie ist die Durchführung einer VU-Basisuntersuchung.
Seit 1.1.2018 verkürzt sich bei der ÖGK im Hinblick auf diesbezügliche Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie bei Vorliegen entsprechender Befunde im Rahmen eines Routinescreenings der Abstand von 10 Jahren bis zur nächsten Vorsorgekoloskopie, die in diesen Fällen dann als Nachsorge in kürzeren Abständen (das diesbezügliche Schema kann im Kammeramt angefordert werden bzw. ist auf unserer Homepage abrufbar https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk) zu den gleichen Tarifen wie eine Vorsorgekoloskopie durchgeführt werden kann. Vor der Durchführung einer solchen weiteren Vorsorgekoloskopie vor Ablauf von 10 Jahren ist vom durchführenden niedergelassenen Arzt für den betreffenden Patienten bei der ÖGK mittels Vorlage des Vorbefundes, aus dem die Erfüllung der Kriterien ersichtlich ist, ein e-card-Ersatzbeleg anzufordern, der anstelle

einer e-card-Steckung als Grundlage für die Abrechnung dient. Der e-card-Ersatzbeleg ist bei folgenden Stellen anzufordern:

a) Anforderung samt Befundübermittlung via medizinischem Dienst über GNV: vgkkcaed;

b) Ansprechpartner für Rückfragen: Frau Martina Troppacher - Tel: 0500766 -191650

Die Formulare für die Vorsorgeuntersuchung erhalten Sie mittels des Bestellscheines für Drucksorten und Formulare (Herr Gerhard Vetter, Tel. 050766-191181) bei der Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Vorarlberg. **Seit 1. April 2009 müssen die VU-Befundblätter (Allgemeines Befundblatt, PAP-Blatt, Mammographie) über das e-card-System elektronisch übermittelt werden, widrigenfalls von den Krankenversicherungsträgern € 3.- (bei der ÖGK € 6.-) vom Honorar abgezogen werden. Nähere Informationen darüber, wie die Abrechnung und Übermittlung im Detail erfolgen muss, erhalten Sie in der Ärztekammer für Vorarlberg.**

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

8.5 Unterschiede bei der Vorsorgeuntersuchung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern

Derzeit bestehen im Wesentlichen folgende Unterschiede bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern:

1) ÖGK:

a) Allgemeines Untersuchungsprogramm bei ÖGK:
Hinsichtlich **Laborparameter** ist folgendes zu beachten:
Cholesterin, HDL-Cholesterin und Gamma GT sind zwingend durch das Medizinische Zentrallabor in Feldkirch oder in Dornbirn zu veranlassen; die Parameter Triglyceride und Rotes Blutbild sind im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung neu nicht zu veranlassen und daher im Befundblatt auch nicht einzutragen.

Blutzucker und Hämocult (Hämocult nur bei Probanden ab dem 50. Lebensjahr) sind - wie bisher im Tarif inkludiert - im Eigenlabor zu veranlassen; der Harnstreifentest kann im Eigenlabor veranlasst werden, es ist jedoch nicht mehr zwingend, diesen durchzuführen (er wird auch nicht gesondert honoriert).

Honorierung:
€ 85.-

PSA-Bestimmung im Rahmen des Allgemeinen Untersuchungsprogramms bei der ÖGK:
Bei der ÖGK ist eine PSA-Bestimmung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bei ÖGK-Versicherten bereits ab dem 45. Lebensjahr wie folgt möglich ist:

1. 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 anhand der gemeinsam von Ärztekammer, ÖGK, Österreichischer Krebshilfe Vorarlberg und Vorarlberger Selbsthilfe Prostatakrebs aufgelegten Informationsbroschüre https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk.

2. Will der Proband nach Durchführung dieser Aufklärung die Durchführung dieses Tests, ist wie folgt vorzugehen:

a) Patient hat das 45. Lebensjahr 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) Patient hat das 45. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch das 50. Lebensjahr: Dies falls kann der Vertragsarzt selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes als kurative Leistung unter Einhaltung der im Folgenden ausgeführten Regelung mittels Zuweisung an das MZL veranlassen.

c) Patient hat das 50. Lebensjahr vollendet:

Dies falls kann der Vertragsarzt im Rahmen der VU selbst eine Bestimmung des PSA-Wertes mittels Zuweisung an das MZL veranlassen.

Für lit b) und lit c) gilt: Die Bestimmung des PSA ist maximal einmal jährlich zulässig, wobei die allenfalls längeren Intervalle gemäß Leitlinie S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie des Prostatakarzinoms der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. nicht unterschritten werden dürfen und umfasst nicht die gleichzeitige Bestimmung des freien PSA-Wertes. Dessen Veranlassung ist lediglich zulässig, wenn der PSA-Wert einen Krankheitsverdacht nahe legt.

<u>Auszug aus der aktuellen S3-Leitlinie:</u>

Die Empfehlung für die Altersgruppe ab 45 Jahren und einer Lebenserwartung >10 Jahren lautet wie folgt:

- PSA < 1 ng/ml: Intervall alle 4 Jahre

- PSA 1-2 ng/ml: Intervall alle 2 Jahre

- PSA > 2ng/ml : Intervall jedes Jahr

Männer über 70 Jahre und PSA < 1 ng/ml wird eine weitere PSA gestützte Früherkennung nicht empfohlen.

3. Unterscheidung zum kurativen Bereich: Eine Veranlassung eines PSA-Tests als kurative Leistung ist abgesehen von Pkt. 2 lit. b) nur bei Vorliegen und Dokumentation von klinischen Symptomen einer Erkrankung der Prostata zulässig.

<u>Hinweis:</u>

Diese Regelung gilt nur für ÖGK-Versicherte, sie gilt nicht für die Versicherten der kleinen Kassen (SVS und BVAEB).

b) Gynäkologisches Untersuchungsprogramm bei ÖGK:
Folgende Unterlagen sind vollständig auszufüllen und mit der Quartalsabrechung der Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg zu übermitteln:

- das Krebsfrüherkennungsblatt der ÖGK (seit 1.10.2013 muss dieses bis auf Weiteres nicht mehr übermittelt werden)
- das PAP-Formular (dieses muss rechtzeitig elektronisch über das e-card-System übermittelt werden, widrigenfalls die ÖGK € 6.- vom Honorar abzieht)

Die zytologische Untersuchung darf nur vom Institut für Pathologie in Feldkirch durchgeführt werden. Hiefür sind die bei der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg erhältlichen Einsendeformulare zu verwenden.
<u>Honorierung:</u>
€ 32,62

c) Abrechnung der Vertragsärzte bei der ÖGK:
Auf der kurativen Quartalsabrechnung müssen die Vertragsärzte folgendes beachten sowie die nachstehenden Abrechnungspositionen eingeben. Dies ist unbedingt notwendig, da andernfalls eine Abrechnung der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen nicht möglich ist.

Allgemeines Untersuchungsprogramm (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin):

- Pos. 4030 (Untersuchung) und Pos. 4040 (Abschlussgespräch)

In jenen Fällen, in denen der Proband binnen 3 Monaten nach der Vorsorgeuntersuchung nicht zum Abschlussgespräch erschienen ist, ist dennoch auf der Abrechnung die Pos. 4040 einzugeben. Zusätzlich ist im Begründungsfeld der Abrechnung einzugeben, dass der Patient zum Abschlussgespräch nicht erschienen ist. Zudem ist das vollständig ausgefüllte Befundblatt elektronisch über das e-card-System zu übermitteln.

Gynäkologisches Untersuchungsprogramm (Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe):

- Pos. 4020 (gynäkologische Vorsorgeuntersuchung)

Brustkrebsfrüherkennungsprogramm/VU-Mammographie

A) Fachärzte für Radiologie:

VU-Mammographie/Mammasonographie
Die Verrechnung erfolgt mit der Pos. *MAMSON „BKFP-Mammographie beidseitig, inkl. Sonographie“* in Höhe von € 107,21.

Dieser Tarif wird wie folgt jährlich zum 1.1. erhöht:

Tarif 2026	€ 109,26
Tarif 2027	€ 111,30
Tarif 2028	€ 113,34
Tarif 2029	€ 115,38

Pos. 4056 - Vorsorgemammasonographie (€ 34,04) - Diese Position ist zu verrechnen, wenn es nach dem vorgesehenen Untersuchungsprozess im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogrammes zu einer Einladung zum ReScreen vor Ablauf der definierten Untersuchungsintervalle kommt und im Zuge dessen die Durchführung einer Mammasonographie ohne vorherige Durchführung einer Mammographie vorgesehen ist.

Betrag für Übermittlung an ELGA

Ab 1.1.2024 befristet bis 31.12.2026 wird zur Förderung der Digitalisierung pro Übermittlung eines Mammographiebefundes samit Bilddaten an ELGA eine Zahlung in Höhe von € 1,-- geleistet. Die Verrechnung erfolgt ab 1.1.2024 mit der *Pos. MAMBEF „Übermittlung BKFP-Mammographiebefund samt Bilddatei an ELGA“* in Höhe von € 1,-- (Hinweis: max. 1x pro MAMSON verrechenbar)

B) Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Innere Medizin

Die *Pos. 4052 „Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP“* ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr mit einem Tarif in Höhe von € 3,62 kann verrechnet werden.

C) Allgemeinmedizin:

Pos. BERAUF (Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen des BKFP): € 18.- (bis max. 30.6.2025 verrechenbar)

Zielgruppe dieser Position sind Frauen von Beginn des 41. bis Vollendung des 75.Lebensjahres. Die Leistung kann alle zwei Jahre bei 20 Prozent der Zielgruppe von Allgemeinmediziner:innen verrechnet werden.

Für die Verrechnung gilt:

- Konkrete Inhalte der Gesprächsposition sind Ersteinschätzung des familiären Risikos (Indikationenliste), Erhebung weiterer Risikofaktoren anhand der Anamnese und vorliegender Radiologiebefunde sowie Beratung bzgl. Inanspruchnahme des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms

- Die Position ist bei Frauen von Beginn des 41. bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres einmal alle 2 Jahre verrechenbar. In diesem Zwei-Jahreszeitraum kann sie von den Kassenvertragsärzt:innen für Allgemeinmedizin in 20% der Fälle in der Zielgruppe verrechnet werden.

- Diese Position kann auch von Wahlärzt:innen für Allgemeinmedizin mit VU-Vertrag in diesem zwei-Jahreszeitraum in 20 % der Fälle der Zielgruppe verrechnet werden. Nähere Informationen, wie die Verrechnung erfolgt, sind bei der kassenärztlichen Verrechnungsstelle (Klaus Hausmann oder Daniela Stadelmann, 05572/21900-36 od. 47) erhältlich.

- Die Honorarposition ist auf zwei Jahre befristet.

Für das zweite Jahr der Laufzeit stehen für Ärzte für Allgemeinmedizin eine Summe von € 52.257,00 zur Verfügung. Sollte diese Summen zur Honorierung der verrechneten Positionen nicht ausreichen, werden die Honorare für diese Positionen in jenem Quartal, in dem die entsprechende Summe zur Neige geht, soweit aliquot gekürzt, dass mit der entsprechenden Summe das Auslangen gefunden wird.

Vorsorgekoloskopie (Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie):

- Pos.4060 „Hohe diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung“: € 330,54
- Pos.4061 „Inkomplette diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbioptischer Polypenabtragung“: € 239,66
- Pos. 215 Schlingenpolypektomie im Kolon: 40 Punkte

Auch Nichtversicherte müssen auf der vom Vertragsarzt übermittelten kurativen elektronischen ÖGK-Quartalsabrechnung vorhanden sein. D.h. die Patientendaten (Satzart 01) der Abrechnung müssen bei Nichtversicherten als Versicherungsträger den Code 19 und als Versichertenkategorie den Code 26 (VU-Nichtversicherter) enthalten. Weiters sind die oben genannten Abrechnungspositionen unbedingt einzugeben.

Weitere Voraussetzung für die Honorierung ist die rechtzeitige Übermittlung des Befundblattes! Nähere Informationen erhalten Sie bei der Ärztekammer.

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

d) Abrechnung der Wahlärzte bei der ÖGK:
Bitte wenden Sie sich an die Mitarbeiter der kassenärztlichen Verrechnungsstelle, diese erläutern Ihnen, wie die Abrechnung im Detail funktioniert.

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

2) Kleine Kassen (SVS und BVAEB):

a) Allgemeines Untersuchungsprogramm bei SVS und BVAEB:
Folgende Laborparameter sind verpflichtend zu veranlassen:

- Rotes Blutbild (nur bei Frauen)
- Triglyceride
- Harnstreifentest
- Gamma-GT
- Gesamtcholesterin
- HDL-Cholesterin
- Blutzucker
- Hämocult (bei Probanden ab dem 50. Lebensjahr)

Sämtliche Laborparameter können - im Gegensatz zur Österreichischen Gesundheitskasse - vom Vertragsarzt zur Gänze im Eigenlabor veranlasst werden. In diesem Fall erhält der Vertragsarzt insgesamt € 110.- (davon € 15.- für den Laborblock).

Der Vertragsarzt hat aber auch die Möglichkeit (zumindest bis zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte und der SVS und BVAEB etwas anderes vereinbart wird) die Untersuchung dieser Laborparameter zur Gänze im Großlabor zu veranlassen. Diesfalls erhält er € 95.- als Honorar für die Durchführung der Basisuntersuchung.

Die Ärztekammer für Vorarlberg empfiehlt dennoch bis auf weiteres zumindest den Hämoculttest und die Harnuntersuchung - so wie bisher - nicht im Großlabor, sondern im Eigenlabor im Rahmen des Tarifs für die Basisuntersuchung durchzuführen. Dies insbesondere deshalb, da der administrative Aufwand und die Kosten für die Einsendung dieser beiden Laboruntersuchungen ins Großlabor für den einzelnen Arzt vermutlich größer sein werden, als wenn er diese selber durchführt (Hämoculttest und Harnstreifentest können im Rahmen des Ordinationsbedarfes von der ÖGK bezogen werden).

b) Gynäkologisches Untersuchungsprogramm bei SVS und BVAEB:
Beim gynäkologischen Programm muss das PAP-Blatt mit der Abrechnung elektronisch über das e-card-System an die kleinen Kassen gesendet werden, widrigenfalls die Krankenversicherungsträger € 3.- vom Honorar abziehen. Das Krebsfrüherkennungsblatt der ÖGK muss nicht ausgefüllt und abgegeben werden.
Honorierung:
€ 18,24

c) Abrechnung bei SVS und BVAEB:
Sämtliche Vorsorgeabrechnungen und Befundblätter sind direkt an die kleinen Kassen zu senden (monatliche Abrechung). Sofern die Befundblätter nicht elektronisch über das e-card-

System (sondern in Papierform) übermittelt werden, beträgt das Honorar für die Vorsorgeuntersuchung nicht € 110.- sondern weiterhin € 88.- (wie bis 31.12.2023)
Vertragsärzte haben darüber hinaus sämtliche VU-Abrechnungspositionen im Zuge der elektronischen Abrechnung an die kleinen Kassen zu senden.

Folgende Abrechnungspositionen sind für die diversen VU-Leistungen im SVS-Honorarkatalog vorgesehen:

VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm incl. Labor) - € 110,00
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor) - € 95,00
VB	Laborblock - € 15,00
VUG	gynäkologisches Programm - € 18,24
VZYT1	PAP-Abstrich zytolog. Untersuchung - Labor - € 5,32
VZYT2	PAP-Abstrich zytolog. Untersuchung - Arzt - € 6,02
VZ	Zellentnahme für zytolog. Untersuchung - € 4,59
BERAUF	Beratung und Risikoaufklärung im Rahmen des BKFP - € 18,00
BKFM	Brustkrebsfrüherkennungsmammographie beidseits - € 115,1158
BKFS	Brustkrebsfrüherkennungssonographie je Seite bei Dichtegrad ACR 3 und ACR 4, sowie im Falle eines suspekten Mammographiebefundes (verrechenbar in max. 35% der Mammographien im Rahmen des BKFP) - € 14,6950
BKFRS	Brustkrebsfrüherkennungs-Rescreen-Sonographie je Seite - € 14,6950
BKFMI	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP (nur einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69 Lebensjahr verrechenbar, nur für Allgemeinmediziner und Gynäkologen) - € 3,00
VUCO	Vorsorgekoloskopie - € 349,0267
VUCOP	Vorsorgekoloskopie inkl. Abtragung eines Polypen - € 413,9832
VUCOP2	Vorsorgekoloskopie inkl. Abtragung mehrerer Polypen - € 463,9966

Folgende Abrechnungspositionen sind für die diversen VU-Leistungen im BVAEB-Honorarkatalog vorgesehen:

VU	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm incl. Labor) - € 110,00
VUOL	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor) - € 95,00
VUPB	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm incl. Labor) Papierbefundblatt - € 93,00
VUOLPB	Vorsorgeuntersuchung (Basisprogramm ohne Labor) Papierbefundblatt - € 78,00
VB	Laborblock - € 15,00
VPSA	PSA-Untersuchung als Vorsorgemaßnahme - € 13,8187
VG	gynäkologisches Programm - € 18,2409
MAMSON	BKFP-Mammographie inkl. Sonographie - € 112,2374
MAMBEF	BKFP-Mammographiebefund und Bilddatei ELGA-Übermittlung € 1,00
BKFMI	Information und individuelle Beratung im Rahmen des BKFP (nur einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren für Frauen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr bis zum vollendeten 69 Lebensjahr verrechenbar; nur für Allgemeinmediziner und Gynäologen) - € 3,00
VP	PAP-Abstrich - € 5,8184
VZ	Zellenentnahme für zytologische Untersuchung - € 3,1696
VUCO	Vorsorgekoloskopie - € 338,38
VUCOP	Vorsorgekoloskopie inkl. Polypenabtragung - € 400,49

Bei der BVAEB ist die PSA-Bestimmung als Vorsorgemaßnahme möglich. Bei der SVS ist die PSA-Bestimmung als Vorsorgemaßnahme derzeit noch nicht möglich.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

8.6 Mutter-Kind-Pass:

8.6.1 Inhalt des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes:

Den vollständigen Inhalt des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes können Sie der Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002 entnehmen. Diese Verordnung können Sie im Internet unter
http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001694 herunterladen.

8.6.2 Abrechnung/Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie durchführungsberechtigte Vertragsärzte:

ÖGK:
Hinsichtlich der abzurechnenden Tarifpositionen, der MUKI-Honorare sowie der durchführungsberechtigten Vertragsärzte verweisen wir Sie auf die mit der ÖGK bestehende MUKI-Vereinbarung. Diese können Sie auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk herunterladen.

Mit 1.1.2018 wurde eine neue **Pos. 5142** („Zuschlag zur Augenuntersuchung gemäß Pos. 5141 für den Fall, dass diese als **Autorefraktometrie** zur Früherkennung von Sehstörungen mit einem Photorefraktometriegerät durchgeführt wird“) mit einen Tarif von **€ 12,53** (abrechenbar für Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Fachärzte für Augenheilkunde und Optometrie) eingeführt.

Jene Ärzte, die diese neue Pos. 5142 abrechnen möchten, müssen vorher eine von der Kammer organisierte Schulung absolvieren sowie einen Gerätenachweis über die Anschaffung eines entsprechenden Gerätes vorlegen, widrigenfalls eine Abrechnung dieser neuen Pos. nicht möglich ist.

Kleine Kassen (SVS und BVAEB):
Hinsichtlich der kleinen Kassen können Sie die abzurechnenden Tarifpositionen, die Honorare sowie die durchführungsberechtigten Vertragsärzte den jeweiligen Honorarordnungen entnehmen.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

8.7 Impfungen:

8.7.1 Elektronischer Impfpass (e-Impfpass)

Nähere Informationen dazu finden Sie unter:
https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.882492
https://www.e-impfpass.gv.at/allgemeines/

Derzeit sind folgende Impfungen verpflichtend im e-Impfpass einzutragen:

- Covid-19-Impfung
- Influenza-Impfung
- Affenpocken
- HPV-Impfungen

8.7.2 Impfungen gemäß dem öffentlichen Impfkonzept

Das 1997 zwischen dem Bund und den Ländern vereinbarte Impfkonzept sieht vor, dass die kostenlose Impfung aller Kinder in Österreich gemäß dem jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Impfplan durch öffentlich bestellte Impfärztinnen/Impfärzte erfolgen soll. In Vorarlberg werden diese Impfungen von den niedergelassenen Ärzten in ihren Ordinationen im Namen und Auftrag des Landes Vorarlberg und für das Land Vorarlberg durchgeführt. Die Bestellung zum öffentlichen Impfarzt erfolgt dabei durch den **Abschluss einer Vereinbarung zwischen niedergelassenem Arzt und Land Vorarlberg.** In der Vereinbarung werden insbesondere die Honorierung, der Impfstoffbezug, die Haftung und die Form der Aufklärung geregelt.
Nähere Informationen sind im Amt der Vorarlberger Landesregierung, Sanitätsabteilung, Landhaus, 6900 Bregenz, sowie im Kammeramt erhältlich.
Die Abrechnungen dieser Impfungen erfolgt elektronisch mit der aks gesundheit GmbH. Näheres können Sie der Kammerhomepage entnehmen:
https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/impfen

8.7.3 Schulimpfungen

Schulimpfungen werden im Namen und Auftrag des Landes Vorarlberg und für das Land Vorarlberg durchgeführt. Diesbezüglich wird eine **Vereinbarung zwischen dem Land Vorarlberg und dem (Schul-)arzt abgeschlossen.** In der Vereinbarung werden insbesondere die Honorierung, der Impfstoffbezug, die Haftung und die Form der Aufklärung geregelt.

Nähere Informationen sind im Amt der Vorarlberger Landesregierung, Sanitätsabteilung, Landhaus, 6900 Bregenz, sowie im Kammeramt erhältlich.

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

8.7.4 Haftungsübernahme/Aufklärung bei Impfungen gemäß dem öffentlichen Impfkonzept sowie bei Schulimpfungen:

In den oben erwähnten Vereinbarungen wird die Haftungsübernahme für Impfungen gemäß dem öffentlichen Impfkonzept sowie bei Schulimpfungen wie folgt geregelt:
Der zivilrechtliche Behandlungsvertrag wird zwischen dem Impfling bzw. dem diesen vertretenden Elternteil einerseits und dem Land Vorarlberg andererseits abgeschlossen. Die Haftung aus dem Behandlungsvertrag (vertragliche Haftung, ex contractu) trifft somit das Land, d.h. ein durch eine oben genannte Impfung geschädigter Patient kann direkt das Land klagen.

Die deliktische Haftung (ex delicto) trifft zwar weiterhin den Arzt, allerdings verpflichtet sich das Land in der Vereinbarung Haftungsansprüche gegen den Arzt, die aus den oben genannten Impfungen resultieren, längstens binnen 3 Monaten nach Feststehen (z.B. rechtskräftiges Gerichtsurteil) derselben, zur Gänze zu erfüllen (= Haftungsübernahme) sowie auf jeglichen Regress aus der vertraglichen Haftung gegenüber dem Arzt zu verzichten, sofern die

Aufklärung in der nachstehend beschriebenen Form erfolgt, die Schäden durch den Arzt nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt worden sind und der Arzt das Land Vorarlberg längstens binnen 1 Monat unterrichtet, wenn Haftungsansprüche im Zusammenhang mit den oben genannten Impfungen gegen ihn geltend gemacht werden.

Die Impfaufklärung ist bisher wie folgt vorzunehmen:

- Der Arzt muss eine schriftliche Aufklärung mit dem ihm von der aks Gesundheit GmbH zur Verfügung gestellten Aufklärungsmaterial (Aufklärungsblatt) vornehmen und dies in der Krankengeschichte dokumentieren.
- Bei mündig Minderjährigen muss der Impfling selbst bzw. bei unmündig Minderjährigen ein Elternteil (bzw. die Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist) auf ein mündliches Aufklärungsgespräch verzichten oder der Arzt muss bei mündig Minderjährigen dem Impfling bzw. bei unmündig Minderjährigen einem Elternteil (bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist) im Rahmen eines mündlichen Aufklärungsgespräches (z.B. in einem Gespräch zeitlich unmittelbar vor der Impfung) weiterführende Auskünfte zur Impfung geben.
- Die von der aks Gesundheit GmbH zur Verfügung gestellte schriftliche Einverständniserklärung zur Impfung muss bei mündig Minderjährigen vom Impfling selbst bzw. bei unmündig Minderjährigen von einem Elternteil (bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist) vollständig vor der Impfung ausgefüllt und unterfertigt werden.
- Die Einverständniserklärungen müssen von dem impfenden Arzt sorgfältig und vollständig aufbewahrt werden, da diese in einem Haftungsfall von entscheidender Bedeutung sind.

Da von einzelnen Ärztinnen und Ärzten in der Vergangenheit Kritik an der Verwendung der von der aks Gesundheit Gmbh zur Verfügung gestellten Aufklärungsbögen/ Einverständniserklärungen vorgebracht worden ist, hat die Ärztekammer das Amt der Landesregierung um Prüfung ersucht, ob die Aufklärung nicht auch in anderer Form (z.B. mündlich, weniger umfangreiche Aufklärungsbögen) erfolgen kann und dass dennoch eine Haftungsübernahme seitens des Landes erfolgt.

Nach Abklärung mit dem Gesundheitsministerium steht fest, dass die Impfaufklärung und die Einholung des Einverständnisses durch den Impfarzt eine zwingende Voraussetzung vor der Durchführung einer Impfung ist. Die standardisierte schriftliche Einverständniserklärung ist dabei als Hilfestellung zu verstehen. Es dürfen jedoch sowohl die Aufklärung als auch die Einwilligung in mündlicher Form erfolgen, wobei die Vornahme der Aufklärung als auch die Einwilligung zu dokumentieren sind.

Folgende Änderungen wurden daher in der sog. *„Bestellung zum öffentlichen Impfarzt“* vorgenommen:

1. Vom Gesundheitsministerium werden auf der Homepage auch Zustimmungserklärungen zu Schutzimpfungen für niedergelassene Ärzte und für Schulärzte in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt.
   Künftig können daher entweder das Aufklärungsmaterial und die Einverständniserklärung der aks Gesundheit GmbH oder die Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen des Gesundheitsministeriums verwendet werden, die sonstigen Punkte (siehe oben) bleiben unverändert.
   Sofern die Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen des Gesundheitsministeriums verwendet werden, muss die Impfärztin/der Impfarzt den Patienten mündlich darüber informieren, dass die Impfung im Namen und Auftrag des Landes Vorarlberg und für das Land Vorarlberg durchgeführt wird. Die Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen des aks enthalten einen entsprechenden schriftlichen Hinweis - hier bedarf es dieser mündlichen Information nicht.

2. Alternativ ist auch eine mündliche Aufklärung mit entsprechender Dokumentation möglich. Das mündliche Impf-Aufklärungsgespräch, das bei mündigen Minderjährigen mit dem Impfling selbst bzw. bei unmündigen Minderjährigen mit einem Elternteil (bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist) zu führen ist, hat dabei jedenfalls folgende Punkte zu umfassen:
   - Die Impfärztin/der Impfarzt führt die Impfung im Namen und Auftrag des Landes Vorarlberg und für das Land Vorarlberg durch
   - Information über die zu verhütende Krankheit
   - allfällige Behandlungsmöglichkeiten der Infektionskrankheit
   - Nutzen der Schutzimpfung für den Einzelnen und die Allgemeinheit
   - Information über den Impfstoff
   - mögliche Nebenwirkungen und/oder Komplikationen
   - Kontraindikationen
   - Angaben über Beginn und Dauer des Impfschutzes sowie über das Impfschema
   - Notwendigkeit von Auffrischungsimpfungen
   - Verhalten nach der Impfung

   Der mündig Minderjährige Impfling selbst bzw. bei unmündigen Minderjährigen ein Elternteil (bzw. die Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist) hat eine mündliche (oder schriftliche) Einverständniserklärung abzugeben. Die mündliche Aufklärung sowie die (mündliche oder schriftliche) Einwilligung muss in den ärztlichen Aufzeichnungen dokumentiert werden.

   Im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand bei mündlicher Impfaufklärung empfiehlt es sich vermutlich in den meisten Fällen weiterhin die schriftlichen Aufklärungsmaterialien und Einverständniserklärungen zu verwenden

8.8 SVS-Gesundheitscheck Junior

Der SVS-Gesundheitscheck Junior zielt darauf ab, die bestehende Lücke bei der medizinischen Vorsorge zwischen Kindern im Schulalter und Erwachsenen zu schließen.

Im Mittelpunkt des Programms stehen die Früherkennung von gesundheitlichen Risiken und die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. Im Rahmen eines ärztlichen Coachings werden altersgerechte Informationen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Medienverhalten und Suchtmittel vermittelt.

Der persönliche Umfang beschränkt sich auf Probanden ab dem 72. Lebensmonat (vollendetes 6. Lebensjahr) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, die einen abrechnungsberechtigten Vertragsarzt für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Allgemeinmedizin aufsuchen.

Der „SVS-Gesundheits-Check Junior" ist für den Vertragsarzt wie auch für den Proband freiwillig. Die Inanspruchnahme erfolgt durch Vorlage der e-card, die vom Vertragsarzt einzulesen ist. Dabei ist die Konsultationsart „Regelfall“ und nicht „Vorsorgeuntersuchung“ auszuwählen.

Die durchgeführten Untersuchungen sind unter Verwendung der Position JUNC „SVS-Gesundheits-Check Junior“, einmal innerhalb von 12 Monaten verrechenbar.
Honorar: € 98,40
Die gleichzeitige Verrechnung am selben Tag von Leistungen nach den Abschnitten A.I „Grundleistungen“ und A.II „Diagnose- und Therapiegespräche" der Honorarordnung laut Ärztegesamtvertrag ist untersagt. Die gleichzeitige Verrechnung von sonstigen notwendigen kurativen Leistungen ist möglich.

Mit dem Honorar sind sämtliche Schulungs- und Dokumentationstätigkeiten abgegolten.

Die Formulare werden dem teilnehmenden Vertragsarzt von der SVS elektronisch auf www.svs.at/gesundheitscheckjunior wie auch in Papierform zur Verfügung gestellt. Eine Abschrift des ausgefüllten Formulars ist pseudonymisiert der SVS quartalsweise zu übermitteln.

Auch Wahlärzte für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde können den SVS-Gesundheitscheck-Junior durchführen. Dazu hat die SVS der Ärztekammer Folgendes mitgeteilt:

Der SVS ist es wichtig, möglichst vielen Kindern und Jugendlichen (6. Lebensjahr bis 18. Geburtstag) den Gesundheitscheck-Junior zugänglich zu machen. AllgemeinmedizinerInnen und KinderfachärztInnen, die in keinem Einzelvertragsverhältnis zur SVS stehen, können daher den Gesundheitscheck-Junior ebenfalls durchführen. Die SVS leistet dann an die Versicherten nach Vorlage der Privatrechnungen den Kostenersatz in Höhe von € 80,70. Der ausgefüllte Befundbogen (pseudonymisierter Teil) kann entweder vom Wahlarzt oder von einem Elternteil der SVS übermittelt werden.