

Gebührenfrei gemäß
§ 110 ASVG

GESAMTVERTRAG

abgeschlossen gemäß

§ 343a ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 bzw.
§ 181 BSVG, BGBl. Nr. 559/1978 bzw.
§ 193 GSVG, BGBl. Nr. 684/1978 bzw.
§ 128 B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967

sowie gemäß

§ 66 (2) Z. 8 bzw.
§ 118 (2) Z. 10 des Ärztegesetzes BGBl. I 1998/169

in der jeweils geltenden Fassung zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der österreichischen Ärztekammer (kurz BKNÄ) für ihren Zuständigkeitsbereich und für die im § 3 genannten Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern (kurz KNÄ) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die im § 3 angeführten Krankenversicherungsträger (kurz Versicherungsträger) andererseits.

Präambel

Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass das vorliegende Vorsorgeprogramm dem Inhalt und Umfang nach dem derzeitigen aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.

Das gemeinsame Bekennen zu dem Programm als optimales Programm, vor allem auch medial, bei Informationsveranstaltungen, ist für die SV eine unbedingte Voraussetzung für ein gemeinsames Marketing.

Soweit im Folgenden ausschließlich auf Bestimmungen des ASVG verwiesen wird, sind die Parallelbestimmungen der weiteren Sozialversicherungsgesetze (B-KUVG, GSVG, BSVG) sinngemäß anzuwenden.

Soweit im Folgenden freiberuflich tätige Ärzten genannt sind, gelten die diesbezüglichen Bestimmungen für Gruppenpraxen sinngemäß.

§ 1 Gegenstand

(1) Dieser Gesamtvertrag wird zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der Vorsorgeuntersuchungen für die bei den im § 3 angeführten Versicherungsträgern Versicherten und ihrer Angehörigen sowie von Nichtversicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich (kurz Probanden) abgeschlossen.

(2) Die Vorsorgeuntersuchungen dienen der Verhütung und Erkennung folgender Krankheiten im Frühstadium bzw. dem Aufzeigen folgender Gesundheitsrisiken:

- a) Arteriosklerose, Herz-Kreislaufkrankungen, erhöhter Blutdruck
- b) Bestimmte Karzinome (insbesondere Darmkarzinom, Cervix-Karzinom, Mamma-Karzinom, Haut-Karzinom, Prostatakarzinom und ausgewählte familiär gehäuft auftretende Karzinome)
- c) Diabetes mellitus, Alkoholmissbrauch, Rauchen, Arzneimittelmisbrauch, Adipositas, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel, Periodontitis (Erkrankung des Zahnhalteapparates)
- d) Bestimmte Hör- und Sehstörungen (Glaukom, Altersfehsichtigkeit und Altersschwerhörigkeit)

§ 2 Umfang der Vorsorgeuntersuchungen

(1) Der sachliche Umfang der Vorsorgeuntersuchungen ergibt sich aus dem beiliegenden Untersuchungsprogramm (Anlage 1). Das Untersuchungsprogramm umfasst:

- a) Ein allgemeines Untersuchungsprogramm
- b) Eine spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP)
- c) Eine spezifische Untersuchung auf Mammakarzinom (Mammographie)
- d) Eine spezifische Untersuchung auf Kolon-Karzinom (Kolonoskopie)
- e) Eine spezifische Vorgehensweise bei Wunsch des Probanden auf Abklärung Prostatakarzinom

(2) Der persönliche Umfang beschränkt sich auf Probanden, die das 19. Lebensjahr vollendet haben.

§ 3 Geltungsbereich

Dieser Gesamtvertrag wird mit Zustimmung und mit Wirkung für die KNÄ folgender Ärztekammern und für folgende Versicherungsträger abgeschlossen:

Österreichische Ärztekammer,
Ärztékammer für Wien,
Ärztékammer für Niederösterreich,
Ärztékammer für Burgenland,
Ärztékammer für Oberösterreich,
Ärztékammer für Steiermark,
Ärztékammer für Kärnten,
Ärztékammer für Salzburg,
Ärztékammer für Tirol,
Ärztékammer für Vorarlberg bzw.

Wiener Gebietskrankenkasse,
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
Burgenländische Gebietskrankenkasse,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,
Steiermärkische Gebietskrankenkasse,
Salzburger Gebietskrankenkasse,
Kärntner Gebietskrankenkasse,
Tiroler Gebietskrankenkasse,
Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Betriebskrankenkasse Austria Tabak,
Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe,
Betriebskrankenkasse Semperit,
Betriebskrankenkasse Neusiedler,
Betriebskrankenkasse Donawitz,
Betriebskrankenkasse Zeltweg,
Betriebskrankenkasse Kindberg,
Betriebskrankenkasse Kapfenberg,

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ,
Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern

§ 4 Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 5

Voraussetzungen für den Abschluss eines VU-Einzelvertrages

(1) Freiberuflich tätige Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Gruppenpraxen mit Gesellschaftern dieser Fachrichtungen, die die Voraussetzungen gemäß § 11 (5) erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages gemäß Anlage 4.

(2) Der VU-Einzelvertrag wird zwischen der nach dem Berufssitz des Arztes örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und dem freiberuflich tätigen Arzt abgeschlossen. Der VU-Einzelvertrag wird mit Wirkung für alle, oder einzelne Versicherungsträger abgeschlossen.

(4) Der Anspruch auf Abschluss eines VU-Vertrages erlischt, wenn der VU-Einzelvertrag oder der kurative Einzelvertrag nach den Bestimmungen des § 343 ASVG beendet wurde.

(5) Die Ärztekammer überprüft die Voraussetzungen des Arztes für die Tätigkeit im Rahmen dieses Gesamtvertrages. Sie leitet die Erklärung samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme an die Gebietskrankenkasse weiter.

§ 6

VU-Einzelvertragsverhältnis

(1) Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 5 ist binnen vier Wochen nach Einlangen der Erklärung bei der Gebietskrankenkasse zwischen dieser mit Wirkung für die vom Arzt gemäß § 5 Abs. 2 beanspruchten Versicherungsträger und dem Arzt bzw. der Gruppenpraxis ein VU-Einzelvertrag abzuschließen.

(2) Alle Ärzte gemäß § 5 Abs. 1 die am Tag des in Kraft Tretens dieses GV in einem VU-Vertragsverhältnis zu einem Versicherungsträger standen, werden in das Vertragsverhältnis nach diesem GV übernommen.

(3) Durch den VU-Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.

(4) Eine Gleichschrift des VU-Einzelvertrages wird von der Gebietskrankenkasse der Ärztekammer übermittelt.

(5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des VU-Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem VU-Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

§ 7

Abschluss eines VU-Einzelvertrages

(1) Dem Abschluss eines Einzelvertrages ist der als Anlage 4 beigefügte Muster-Einzelvertrag zu Grunde zu legen. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

(2) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. In besonderen Fällen kann im Einvernehmen der Vertragsparteien ein Einzelvertrag auf bestimmte Zeit abgeschlossen werden.

§ 8

Ort und Zeit der Vorsorgeuntersuchungen

Der Vertragsarzt hat die Vorsorgeuntersuchung (Allgemeines Untersuchungsprogramm gemäß Anlage 1) in seiner Ordination selbst vorzunehmen. Mit den Probanden sind Termine zu vereinbaren, die grundsätzlich außerhalb der im kurativen Einzelvertrag (sofern vorhanden) vereinbarten Ordinationszeiten liegen sollen. Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Untersuchung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Auf Verlangen des Versicherungsträgers ist diesem der Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 9

Wechsel der Ordinationsstätte

Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt bzw. der Vertragsgruppenpraxis der Ärztekammer und der Gebietskrankenkasse mittels eingeschriebenen Briefes bekanntzugeben.

§ 10

Stellvertretung

Der Vertragsarzt kann sich im Falle einer persönlichen Verhinderung durch Krankheit oder Urlaub unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen in seiner Ordination vertreten lassen.

§ 11

Durchführung der Vorsorgeuntersuchung

(1) Das allgemeine Untersuchungsprogramm kann von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Lungenheilkunde durchgeführt werden.

PAP-Abstriche können sowohl von Ärzten für Allgemeinmedizin als auch von Fachärzten für Gynäkologie durchgeführt werden.

Die ab dem 40. Lebensjahr in Abständen von zwei Jahren mögliche Mammographie kann nur von einem Facharzt für Radiologie durchgeführt werden.

Koloskopien können von Fachärzten für Innere Medizin oder Fachärzten für Chirurgie durchgeführt werden.

Für die Zuweisungen ist ein Zu(Über)weisungsschein zu verwenden, der mit VU gekennzeichnet werden muss.

(2) Der Vertragsarzt hat die Anamnese zu erheben und die Probanden gemäß dem jeweiligen Untersuchungsprogramm zu untersuchen.

(3) Nach Erhebung der Anamnese und nach Auswertung aller durchgeführten Untersuchungen hat der Vertragsarzt mit dem Probanden ein ausführliches Abschlussgespräch zu führen, für das grundsätzlich 15 Minuten vorzusehen sind. Der Proband ist hierbei in verständlicher Form ausführlich über den erfassten Gesundheitszustand, über bestehende oder mögliche Risikofaktoren (z. B. riskante Lebens- und Ernährungsgewohnheiten) zu informieren und über die erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung aufzuklären. Eventuell notwendige weitergehende Untersuchungen sind ihm vorzuschlagen und zu erklären.

(4) Der Vertragsarzt, der den PAP-Abstrich durchführt, hat eine zytologische Untersuchung zu veranlassen. Der vorgenommene Abstrich ist zugleich mit dem Zuweisungsformular, welches mit "VU" gekennzeichnet werden muss, an eine zytologische Untersuchungsstelle einzusenden. Die Probandin ist über das Ergebnis zu informieren.

(5) Die Schulung der VU-Ärzte erfolgt gemeinsam durch die Gesamtvertragsparteien auf Basis Internetschulung und Workshop.

Die Internetschulung wird von der BKNÄ finanziert.

SV und BKNÄ werden ein gemeinsames Schulungskonzept erarbeiten und Powerpoint-Folien für die Schulung erstellen.

Für Vertragsärzte die nach Inkrafttreten dieses Gesamtvertrages neu in Vertrag genommen werden, wird es eine verpflichtende Informationsveranstaltung geben, die vor Abschluss des VU-Einzelvertrages absolviert werden muss.

Schulungen für bestehende Vertragsärzte sind freiwillig.

Bei den bestehenden Qualitätszirkeln, die es in Österreich flächendeckend gibt, wird die Vorsorgeuntersuchung Neu im Jahr 2005 Inhalt sein.

Die BKNÄ ist einverstanden, dass die Krankenversicherungsträger im Hinblick auf die Qualität der Vorsorgeuntersuchung eigene Evaluierungen durchführen, wie zB Kundenbefragung.

(6) Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung soll unterbleiben, wenn der Proband in den letzten zwei Quartalen in ärztlicher Behandlung war und die Untersuchungen sich mit den Interventionen der Vorsorgeuntersuchung im Wesentlichen decken.

Zum PAP-Abstrich ist nicht zuzuweisen, wenn die Probandin angibt, dass in den letzten 12 Monaten ein PAP-Abstrich durchgeführt worden ist.

Zur Mammographie ist nicht zuzuweisen, wenn die Probandin angibt, dass in den letzten 24 Monaten eine Mammographie durchgeführt wurde.

§ 12 Inanspruchnahme

(1) Die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen erfolgt bis zur Einführung der e-card Infrastruktur mit dem Krankenschein (Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfeschein, Patientenschein). Danach gilt die e-card, verbunden mit einer positiven Online-Abfrage als Anspruchsnachweis.

(2) Vertragsärzte mit ausschließlichem Vorsorgeuntersuchungsvertrag, die den VU-Einzelvertrag vor dem 31.12.2008 abgeschlossen haben und die nicht auf Kosten der Sozialversicherung die e-card-Geräteausstattung erhalten, sind zu einer entsprechenden Geräteausstattung nicht verpflichtet. Probanden, die diese Ärzte in Anspruch nehmen, müssen sich beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Anspruchsnachweis ausstellen lassen. Entsprechendes gilt generell für Nichtversicherte.

(3) Bis zur Einführung der e-card Infrastruktur hat der Proband auf dem Befundblatt durch Unterschrift zu bestätigen, dass er innerhalb der letzten zwölf Kalendermonate vor dem Untersuchungstermin keine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat. Ab Einführung der e-card Infrastruktur hat der Arzt die Anspruchsberechtigung vor Durchführung der Untersuchung online zu überprüfen.

§ 13 Honorierung der Vorsorgeuntersuchungen

(1) Das Allgemeine Untersuchungsprogramm (Anlage 1) wird mit 75 Euro honoriert.

Mit diesem Betrag sind auch die Kosten für den Ordinationsbedarf abgegolten. Für den Fall, dass bestimmte in der Anlage 1 vorgesehene

Laboruntersuchungen nicht von dem Vertragsarzt, der die klinische Untersuchung durchgeführt hat, erbracht werden, ist zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztekammern bzw. der Österreichischen Ärztekammer für diese Laboruntersuchungen ein Tarif im Rahmen des Honorars für das allgemeine Untersuchungsprogramm festzulegen. Das gleiche gilt für die Übernahme allfälliger Portokosten durch den Versicherungsträger im Falle der Übersendung von Blutproben.

(2) Eine Honorierung des allgemeinen Untersuchungsprogramms erfolgt nur dann, wenn dieses vollständig laut Anlage 1 durchgeführt (untrennbare Gesamtleistung) und gemäß Ausfüllanleitung vollständig und sorgfältig dokumentiert wurde und das Befundblatt elektronisch lesbar ist. Eine Honorierung erfolgt allerdings auch dann, wenn der Proband nicht innerhalb von drei Monaten nach der Vorsorgeuntersuchung zum Abschlussgespräch beim Vertragsarzt erschienen ist und der Arzt dies auf dem Befundblatt vermerkt hat. Gleiches gilt, wenn der Arzt vollständig und sorgfältig dokumentiert hat und das Befundblatt aus Gründen, die nicht im Einflussbereich des Arztes liegen, nicht lesbar ist.

(3) Die Untersuchungen PAP-Abstrich, zytologische Untersuchung, Mammographie und Koloskopie werden im Rahmen einer Zuweisung extra honoriert. Gleiches gilt wenn der Arzt für Allgemeinmedizin den PAP-Abstrich selbst durchführt.

(4) Die Vertragsparteien kommen überein, für Gruppenpraxen im Sinne des Wiener Gruppenpraxengesamtvertrages eine Evaluierung mit Umsetzung bis 1. Juli 2006 durch zu führen.

§ 14

Clausula rebus sic stantibus

Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder sonstigen Voraussetzungen, die bei der Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

§ 15

Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen

(1) Abgeschlossene Vorsorgeuntersuchungen sind mit dem für die Abrechnung zuständigen Versicherungsträger elektronisch (§ 340a ASVG) abzurechnen.

(2) Für die Abrechnung gelten die diesbezüglichen Bestimmungen des kurativen Gesamtvertrages des leistungszuständigen Versicherungsträgers. Eventuelle zusätzliche Bestimmungen sind zwischen den Versicherungsträgern und Ärztekammern bzw. der Österreichischen Ärztekammer zu vereinbaren.

(3) Der Anspruch auf das Honorar für die Vorsorgeuntersuchungen verjährt nach Ablauf von drei Jahren.

(4) Die Honorare für die Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 13 dieses Gesamtvertrages sind Aufwände gemäß § 132b ASVG. Der in den Jahresberichten ausgewiesene Aufwand und die Fallzahlen werden der ÖÄK bekanntgegeben. Limite und Staffellungen im kurativen Bereich gelten für die aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm zugewiesenen bzw. erbrachten PAP – Abstriche nicht.

§ 16 Elektronische Dokumentation

Die elektronische Dokumentation der durchgeführten Untersuchungen erfolgt über die Sozialversicherung. Soweit SV und ÖÄK gemeinsame Initiativen hinsichtlich Evaluierung setzten, wird das benötigte anonymisierte Datenmaterial zur Verfügung gestellt.

§ 17 Einladungssystem (Call/Recall)

Die Einladung wird durch die Sozialversicherung in folgenden Intervallen erfolgen: für unter 40-jährige alle 3 Jahre, für über 40-jährige alle 2 Jahre.

§ 18 Gemeinsames Marketing

SV und ÖÄK beabsichtigen gemeinsame Marketingaktivitäten für die neue Vorsorgeuntersuchung zu unternehmen. Voraussetzung ist die Verfügbarkeit zusätzlicher finanzieller Mittel.

§ 19 Honorareinbehalt bei Vorsorgeuntersuchungen

Für Honorareinbehalte durch den abrechnungszuständigen Versicherungsträger (Gemeinsame Verrechnungsstelle) gelten die diesbezüglichen Bestimmungen des kurativen Gesamtvertrages. Wurde das Befundblatt nicht vollständig ausgefüllt oder ist es elektronisch nicht lesbar kann ein Honorareinbehalt jedenfalls erfolgen.

§ 20 Gegenseitige Unterstützungspflicht

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, dem Schlichtungsausschuss, der paritätischen Schiedskommission, der Landesschiedskommission, der

Landesberufungskommission und der Bundesschiedskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

(3) Die Vertragsparteien verpflichten sich, auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Versicherungsträger haben alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Probanden oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso haben die Ärztekammer und der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was die Versicherungsträger und deren Einrichtungen in den Augen der Probanden oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.

§ 21

Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem chef(kontroll)ärztlichen Dienst

(1) Der Chef(kontroll)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.

(2) Die Eigenverantwortlichkeit des Vertragsarztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef(Kontroll)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Tätigkeit unmittelbar einzugreifen.

(3) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef(Kontroll)arzt vertreten.

§ 22

Administrative Mitarbeit

Der VU-Ärzte

(1) Der Vertragsarzt ist zur Vornahme aller schriftlichen Arbeiten verpflichtet, die sich aus der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen nach diesem Gesamtvertrag ergeben. Insbesondere hat er den vom Probanden auszufüllenden Anamnesebogen und (falls verwendet) den Alkoholfragebogen auf Vollständigkeit abzuklären und das Befundblatt vollständig auszufüllen. Liegen positive Vorbefunde auf Alkoholabusus vor, oder kann der Arzt aus medizinischer Sicht einen Verdacht auf Alkoholmissbrauch ausschließen, muss der Alkoholfragebogen nicht ausgegeben werden. Das Ausfüllen des Alkoholfragebogens ist für den Probanden freiwillig.

(2) Ab Einführung der e-card Infrastruktur ist die VU-neu vom Vertragsarzt verpflichtend elektronisch abzuwickeln. Für VU-Ärzte ohne e-card Ausstattung gilt bezüglich der elektronischen Übermittlung, dass eine solche durch einen Dienstleister erfolgen kann.

(3) Vorgangsweise bei elektronischer Abwicklung (spätestens ab Einführung e-card Infrastruktur): Der Vertragsarzt füllt das Befundblatt (die Fragen) elektronisch aus und sendet es an den jeweiligen KV-Träger.

(4) Vorgangsweise bei Abwicklung auf Papier: Das Befundblatt wird je nach Vorgangsweise bei den einzelnen Trägern entweder dem jeweiligen Träger oder dem Competence Center geschickt.

(5) Falls der VU-Arzt die Abstrichnahme für den PAP-Befund selbst durchführt, ist er außerdem verpflichtet, das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ vollständig auszufüllen. Für die weitere Vorgangsweise gelten die Absätze 2 bis 4 analog. Die Ergebnisse des PAP-Abstrichs sind in diesem Fall auch im Abschlussgespräch zu berücksichtigen und der Vertragsarzt ist verpflichtet, die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

(6) Dem Probanden ist ein Arztbrief oder die Kopie, bzw. ein Ausdruck des Befundblattes auszuhändigen.

Der Gynäkologen

(7) Der Gynäkologe, der die VU-Leistung PAP-Abstrich durchführt, ist verpflichtet das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ vollständig auszufüllen und die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

(8) Spätestens ab Einführung e-card Infrastruktur füllt der Gynäkologe das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ elektronisch aus und sendet es an den jeweiligen KV-Träger.

(9) Vorgangsweise bei Abwicklung auf Papier: Das Dokumentationsblatt wird je nach Vorgangsweise bei den einzelnen Trägern entweder dem jeweiligen Träger oder dem Competence Center geschickt. Zusätzlich wird der zuweisende VU-Arzt vom Ergebnis der zytologischen Untersuchung benachrichtigt.

Der Radiologen

(10) Die Probandin sowie der zuweisende sind Arzt über das Ergebnis der radiologischen Untersuchung zu informieren. Die Radiologen, die die VU-Leistung Mammographie durchführen, sind erst ab Einführung der e-card Infrastruktur verpflichtet das Dokumentationsblatt „Mammographie“ elektronisch vollständig auszufüllen und an den jeweiligen KV-Träger zu übermitteln.

§ 23

Abwicklung der VU-neu

(1) Die Erfassungsinstrumente (Formulare) werden zwischen der BKNÄ und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbart. Die Formulare für das allgemeine Untersuchungsprogramm, für den PAP-Abstrich und für die Mammographie werden dem Vertragsarzt bis zur Einführung der e-card Infrastruktur sowohl in Papierform als auch elektronisch kostenlos und in ausreichender Zahl von den Versicherungsträgern zur Verfügung gestellt. Jeder Arzt kann bis zur Einführung e-Card-Infrastruktur wählen, ob er auf Papier oder elektronisch dokumentiert.

(2) Die benötigten Zu(Über)weisungsscheine zu Ärzten für Gynäkologie und Radiologie werden von dem die Abrechnung durchführenden Versicherungsträger (gemeinsame Verrechnungsstelle) kostenlos zur Verfügung gestellt.

(3) Die Versicherungsträger sind verpflichtet, die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestausmaß zu beschränken.

§ 24 Programmerprobung

Erproben kasseneigene Einrichtungen Untersuchungen bzw. Methoden für eine Änderung im Untersuchungsprogramm, sollen von Ärztekammer und Versicherungsträger ausgewählte Vertragsärzte ebenfalls zur Durchführung solcher Untersuchungen herangezogen werden. Die Honorierung dieser Untersuchungen ist von den Vertragsparteien gesondert zu vereinbaren.

§ 25 Tod eines Vertragsarztes

Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die dem verstorbenen Vertragsarzt im Zeitpunkt seines Todes aus dem Einzelvertrag zustehenden Honorare werden auf Grund einer gerichtlichen Verfügung ausgezahlt.

§ 26 Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

(1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 21). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt:

(2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Ärztekammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.

(3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann.

(4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes

bekanntzugeben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.

(5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.

(6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die Sechsmonatsfrist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung der Honorare, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung.

§ 27 Verfahren bei Streitigkeiten

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem auf Grund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien ergeben, unterliegen dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 28 Auflösung des Einzelvertragsverhältnisses

(1) Das Einzelvertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - unbeschadet der einvernehmlichen Lösung des Vertragsverhältnisses – auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 4 ASVG, gekündigt werden.

(2) Wenn im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien ein kurativer Einzelvertrag mit einem Arzt abgeschlossen werden soll, der bereits in einem Einzelvertragsverhältnis gemäß § 6 Abs. 1 steht und der Arzt den Abschluss des kurativen Einzelvertrages ablehnt, kann der Versicherungsträger den Einzelvertrag zum nächsten Kündigungstermin kündigen.

(3) Das Einzelvertragsverhältnis erlischt auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 ASVG, und durch Beendigung dieses Gesamtvertrages gemäß § 348 Abs. 3 ASVG.

(4) Das Einzelvertragsverhältnis wird aufgelöst auf Grund der Bestimmungen des § 343 Abs. 3 ASVG.

(5) Das Einzelvertragsverhältnis erlischt, wenn ein kurativer Einzelvertrag gemäß § 343 Abs. 2 ASVG, ohne Kündigung erlischt oder gemäß § 343 Abs. 3 ASVG aufgelöst wird. Das gleiche gilt, wenn ein kurativer Einzelvertrag wirksam

gemäß § 343 Abs. 4 ASVG bzw. § 343 Abs. 5 ASVG gekündigt wird. es sei denn, der kurative Einzelvertrag wurde vom Vertragsarzt wegen Erreichung des Anfallsalters für eine Alterspension nach dem FSVG gekündigt. In einem solchen Fall kann der Einzelvertrag längstens fünf Jahre nach Beendigung des K-Einzelvertrages, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres fortbestehen.

§ 29

Geltungsdauer und Kündigung des Gesamtvertrages

(1) Dieser Gesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

(2) Soweit sich aus § 30 nichts anderes ergibt, kann der Gesamtvertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt werden.

(3) Im Fall der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 30

Sonderbestimmungen über die Beendigung des Gesamtvertrages

(1) Erlischt der kurative Gesamtvertrag infolge Zeitablaufes, steht jedem Vertragsteil das Recht zu, diesen Gesamtvertrag für den Geltungsbereich des erloschenen kurativen Gesamtvertrages unter Einhaltung einer siebentägigen Kündigungsfrist zum 15. des auf das Außerkrafttreten des kurativen Gesamtvertrages folgenden Kalendermonates zu kündigen, wobei die Kündigung vor Ablauf dieser Kündigungsfrist mittels eingeschriebenen Briefes oder mittels Boten in den Besitz der anderen Vertragspartei gelangt sein muss.

(2) Wird im Fall der Kündigung des kurativen Gesamtvertrages bei der Bundesschiedskommission ein Antrag gemäß § 348 Abs. 1 ASVG, auf Festsetzung seines Inhaltes gestellt, kann dieser Gesamtvertrag von jedem Vertragsteil unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des Abs. 1 gekündigt werden.

(3) Hat keiner der Vertragsteile nach Kündigung des kurativen Gesamtvertrages die Bundesschiedskommission gemäß § 348 Abs. 1 ASVG angerufen, kann dieser Gesamtvertrag innerhalb von sieben Kalendertagen nach Außerkrafttreten des kurativen Gesamtvertrages rückwirkend zum Zeitpunkt des Außerkrafttretens des kurativen Gesamtvertrages unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmung des Abs.1 gekündigt werden.

§ 31 Anlagen

Die Anlagen 1 bis 4 sind Bestandteil dieses Gesamtvertrages.

§ 32 Zusatzvereinbarung

Abweichende Vereinbarungen zu diesem Gesamtvertrag sind zwischen den jeweiligen Versicherungsträgern und den Ärztekammern bzw. der Österreichischen Ärztekammer möglich.

§ 33 Wirksamkeitsbeginn

Dieser Gesamtvertrag tritt am 1. 1. 2005 in Kraft. Die Vertragsparteien werden unter Rücksichtnahme auf die Vorbereitungshandlungen einvernehmlich den Zeitpunkt der Umsetzung des neuen Vorsorgeuntersuchungs-Programms festlegen. Die tatsächliche Umsetzung hat jedenfalls bis zum 30. Juni 2005 zu erfolgen.

Bis zur Umsetzung des neuen Vorsorgeuntersuchungsprogramms erfolgt die Abwicklung weiterhin auf der Basis der Vorsorgeuntersuchung auf Grund des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 1988.

§ 34 Übergangsbestimmung zum bisherigen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungsprogramm

(1) Bestehende gesamtvertragliche Regelungen bleiben im vollen Umfang (bisherige Leistungserbringer, bisheriger Leistungsumfang, bisherige Tarife) zu den bisherigen rechtlichen Bedingungen aufrecht, bis sie durch eine österreichweite Regelung oder andere Länderregelungen ersetzt werden.

(2) Wird im Rahmen des gynäkologischen Programms auch zur Mammographie überwiesen, so ist der Vertragsarzt, der das gynäkologische Programm durchführt verpflichtet auch das Dokumentationsblatt "Mammographie" zu verwenden.

(3) Der Vertragsarzt, der das gynäkologische Programm durchführt soll das Dokumentationsblatt „Pap-Abstrich“ auch dann verwenden wenn der PAP-Abstrich im Rahmen des gynäkologischen Programms erfolgt.

§ 35 Schlussbestimmung

Voraussetzung für die österreichweite Umsetzung des Call/ Recallsystems und Einführung der neuen Vorsorgeleistung Koloskopie ist das Vorhandensein zusätzlicher Finanzmittel.

§ 36 Verlautbarung

Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer und der des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht.

Wien, am 09. März 2005

Österreichische Ärztekammer, BKNÄ

Der Obmann:



Der Präsident:

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

~~Für die Geschäftsführung~~



Anlagen

Anlage 1

Tabelle Med. Programm (Konsensusbeschluss der ÖÄK und SV)

Anlage 2

Anamneseblatt
Alkoholfragebogen
Befundblatt

Anlage 3

Dokumentationsblatt PAP-Abstrich
Dokumentationsblatt Mammographie

Anlage 4

Muster VU-Einzelvertrag