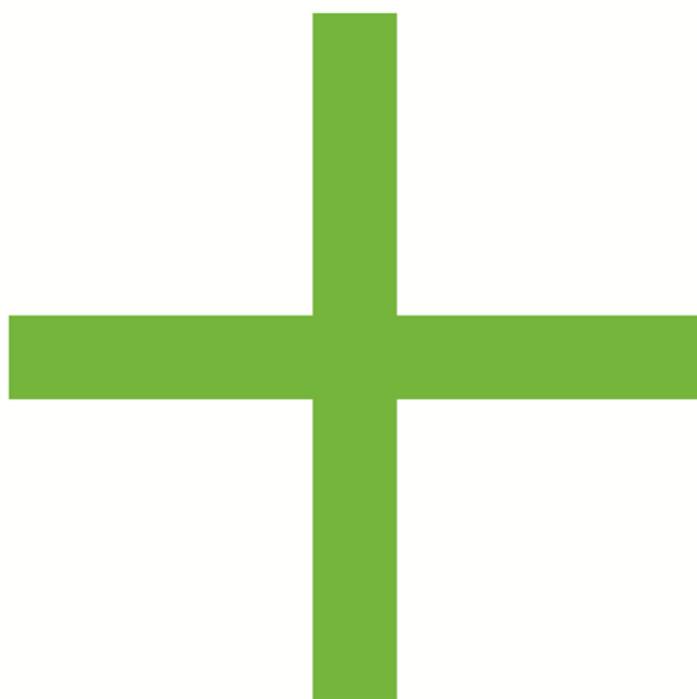


Praxisgründungsleitfaden

der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg



Impressum:

Verleger, Medieninhaber und Herausgeber:
Ärztelkammer für Vorarlberg, Körperschaft öffentlichen Rechts,
6850 Dornbirn, Schulgasse 17
Tel: 0043(0)5572/21900-0; Fax: 0043(0)5572/21900-43;
Internet: www.arztinvorarlberg.at; E-Mail: aek@aekvbg.at

Stand der Daten: 01. Jänner 2025
Redaktion: Dr. Jürgen Heinzle

Teile dieses Praxisgründungsleitfadens wurden aus dem von der Ärztekammer für Niederösterreich herausgegebenen Wahlarztratgeber entnommen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Texte urheberrechtlich geschützt sind. Eine Vervielfältigung für den privaten Gebrauch ist gestattet. Jede Übernahme des Inhaltes und jede weitere Vervielfältigung ist nur mit Zustimmung der Ärztekammer für Vorarlberg zulässig. Die hier gebotenen Informationen sind gewissenhaft erstellt worden, dennoch kann keine Haftung für deren Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Hinweis: Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurde entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts. Frauen und Männer mögen sich gleichermaßen angesprochen fühlen



Kurienobfrau
Dr. Alexandra Rümmele-Waibel

1 VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Als Kurie niedergelassene Ärzte haben wir den gesetzlichen Auftrag uns mit allen beruflichen, rechtlichen und standespolitischen Anliegen von niedergelassenen Ärzten zu beschäftigen. Wir sehen unsere Aufgabe auch darin, Ihnen ein bestmögliches Service für Ihre Tätigkeit als niedergelassener Arzt zu bieten.

Aus diesem Grund ist bereits vor Jahren ein Praxisgründungsleitfaden begründet worden, der Ihnen vor allem Information über die rechtlichen und organisatorischen Hintergründe einer Praxisgründung bieten soll.

Federführend wurde dieser Praxisleitfaden vom Kammeramtsdirektor Dr. Jürgen Heinzle gestaltet und vom Funktionärsteam des damaligen Kurienobmannes Dr. Michael Jonas inhaltlich mitgestaltet.

Allen, die sich hier engagiert haben möchte ich einen herzlichen Dank aussprechen.

Als Kurienobfrau freut es mich sehr, dass Sie sich entschieden haben, eine Praxis zu eröffnen. Trotz allem, was in der letzten Zeit teilweise auch belastend auf die niedergelassene Ärzteschaft an Aufgaben und bürokratischen Hürden übertragen wurde, ist es eine wunderschöne und erfüllende Möglichkeit als Arzt in der Niederlassung tätig zu sein. Neben dem Vorteil, dass Sie Ihre Praxisorganisation ganz auf sich selbst abstimmen können, ist es vor allem so, dass die Patienten in der Niederlassung genau Sie als Vertrauensperson und Arzt auswählen.

Als ich mich selbst entschlossen habe mich niederzulassen, sagte mir ein Kollege, der bereits längere Erfahrungen als niedergelassener Arzt hatte, ich solle die Praxis so gestalten, dass ich jeden Tag gerne dorthin arbeiten gehen. Diesen Tipp erlaube ich mir, an Sie weiterzugeben.

Ich bin mir sicher, dass Sie die notwendigen Informationen für eine Praxisgründung in diesem Leitfaden finden. Auch wenn die Inhalte häufig komplex und trocken sind, so ist das vorliegende Werk meiner Meinung nach gut lesbar und auch nach erfolgter Praxisgründung als Nachschlagewerk wertvoll. Wir werden uns bemühen, alle Änderungen in den unterschiedlichen Bereichen aktuell zu halten.

Der Praxisgründungsleitfaden kann das persönliche Gespräch natürlich nicht ersetzen. Sollten Sie also noch eine persönliche Beratung benötigen, zögern Sie nicht die Funktionäre aus der Kurie niedergelassene Ärzte anzusprechen, auch das Kammeramt steht Ihnen selbstverständlich gerne hilfreich zur Seite.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Alexandra Rümmele-Waibel

INHALTSVERZEICHNIS

1	<u>VORWORT</u>	3
2	<u>KURIE DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE IHRE ANSPRECHPARTNER</u>	11
3	<u>DAS RECHTLICHE UMFELD DER NIEDERLASSUNG</u>	13
3.1	Voraussetzungen für die Niederlassung	13
3.2	Wichtig vor der Ordinationseröffnung	13
3.3	Die Meldung an die Ärztekammer muss beinhalten:	13
3.4	Information zur obligatorischen Berufshaftpflichtversicherung	15
3.5	Anmeldebescheinigung für EWR- ÄrztInnen	15
4	<u>BEWERBUNG UM EINE KASSENVERTRAGSARZTSTELLE</u>	16
5	<u>PLANUNG DER ARZTPRAXIS</u>	21
5.1	Zweitordination	21
5.2	Mögliche Nebentätigkeiten	21
5.2.1	Vertragsärzte:	21
5.2.2	Praxisvertretungen:	21
5.2.3	Schularzt	22
5.2.4	Arbeitsmedizin	22
5.2.5	Umweltarzt	23
5.2.6	Gutachterliche Tätigkeit	23
5.3	Formen der Zusammenarbeit	23
5.3.1	Ordinations- und Apparategemeinschaft	23
5.3.2	Job-Sharing bei Kassenvertragsärzten	23
5.3.3	Erweitertes Job-Sharing bei Kassenvertragsärzten	24
5.3.4	Gruppenpraxis	25
5.3.5	Anstellung von Ärzten bei Ärzten	26
5.3.6	Primärversorgungseinheiten (PVE)	27
5.4	Der pharmazeutische Notapparat	27
5.5	Versorgung Blutzuckermessstreifen (Folgeverordnungen Diabetiker):	27
5.6	Kommunikation aufbauen	27
5.6.1	Gemeinde	27
5.6.2	Kolleginnen und Kollegen	28
5.6.3	Sozialversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB)	28
5.7	Auswahl der Ordinationshilfe	28
5.8	Kollektivvertrag für die nichtärztlichen Angestellten von Ärzten sowie Musterdienstvertrag	28
5.9	Ordinationszeit – Erreichbarkeit für die Patienten	28
5.10	Formularwesen	29
5.11	Krankmeldungen	31
6	<u>DIE VERORDNUNG VON MEDIKAMENTEN</u>	32
6.1	Arzt und Apotheker	32
6.2	Grundsätzliches zum Erstattungskodex und zu chef- und kontrollärztlichen Bewilligungen:	32
6.3	Ökonomische Verschreibung von Arzneimitteln:	33
6.4	TNF-alpha-Blocker:	33
6.5	e-Medikation:	33
6.6	e-Rezept	35
6.7	Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei der ÖGK:	36
6.8	Verschreibung von Medikamenten durch Wahlärzte bei der ÖGK:	45
6.9	Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei den kleinen Kassen (SVS und BVAEB):	55
6.10	Die Suchtgiftverschreibung	56

6.10.1	Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften außerhalb der Substitutionsbehandlung (insb. Schmerzbehandlungen):	56
6.10.2	Erhalt/Verlust der Suchtgiftvignetten und Formblättern:	57
6.10.3	Tageshöchstmengen:	57
6.10.4	Psychotropenverordnung:	58
6.10.5	Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften im Rahmen einer Substitutionsbehandlung:	58
6.11	Verordnung von enteraler Ernährung bei der ÖGK:	58
7	<u>HONORIERUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT</u>	59
7.1	Vertragsärzte	59
7.2	Wahlärzte	59
7.3	Muster für einen Antrag auf Rückvergütung der Kosten (für Wahlarztpatienten)	61
7.4	Preisinformation des Arztes:	63
7.5	Gemeindearztvertrag/Honorare:	63
7.6	Weitere Empfehlungstarife sowie Empfohlener Privatpunktwert:	63
7.7	Empfehlungstarif für im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg krankenversicherte Ärzte/Zahnärzte:	63
7.8	Lebensversicherungsuntersuchungen:	63
7.9	Empfehlungstarife für Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Honorierung (gültig ab 1. Jänner 2025)	65
7.10	Private Zusatzkrankensversicherungen:	66
7.11	Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht:	67
7.11.1	Registrierkassen	67
7.11.2	Belegerteilungspflicht	69
7.11.3	Rezeptgebühren	69
7.11.4	Hausbesuche	70
7.11.5	Zweitordinationen	70
8	<u>VORSORGEUNTERSUCHUNGEN/MUTTER-KIND-PASS/IMPFUNGEN</u>	71
8.1	Vorsorgeärzte	71
8.2	Ort und Zeit der Vorsorgeuntersuchung	71
8.3	Anspruchsberechtigung und Nachweis	71
8.4	Umfang der Vorsorgeuntersuchungen	72
8.5	Unterschiede bei der Vorsorgeuntersuchung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern	73
8.6	Mutter-Kind-Pass:	79
8.6.1	Inhalt des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes:	79
8.6.2	Abrechnung/Honorierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie durchführungsberechtigte Vertragsärzte:	79
8.7	Impfungen:	80
8.7.1	Elektronischer Impfpass (e-Impfpass)	80
8.7.2	Impfungen gemäß dem öffentlichen Impfkonzept	80
8.7.3	Schulimpfungen	80
8.7.4	Haftungsübernahme/Aufklärung bei Impfungen gemäß dem öffentlichen Impfkonzept sowie bei Schulimpfungen:	80
8.8	SVS-Gesundheitscheck Junior	82
9	<u>DER WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER FÜR VORARLBERG</u>	84
10	<u>SOZIALE SICHERHEIT FÜR DEN ARZT</u>	85
10.1	Pensions-, Unfall- und Krankenversicherung	85
10.2	Mutterschutz/Karenz	85
11	<u>BETRIEBLICHE VERSICHERUNGEN - DER VERSICHERUNGSBEDARF VON ÄRZTEN</u>	87
11.1	Allgemeines	87
11.1.1	Gewichtung des Risikos (Riskmanagement)	87
11.1.2	Korrekturer Abschluss nach Gewichtung	87

11.1.3	Empfohlene Gewichtung	87
11.1.4	Versicherungs-Rahmenverträge (Gruppenverträge):	87
11.2	Die Ärzte-Haftpflicht-Versicherung	87
11.3	Die Ärzte-Rechtsschutzversicherung	88
11.4	Die Berufsunfähigkeitsrente	89
11.5	Die Betriebsunterbrechungsversicherung	90
11.5.1	Vorschlag für den Deckungsumfang einer Betriebsunterbrechungs-Versicherung	90
11.5.2	Haftungsdauer und Form der Leistung:	91
11.5.3	Entfall bzw. Änderung der Karenzfristen:	91
11.6	Die Unfallversicherung	91
11.7	Die Ordinationsbündelversicherung	92
11.8	Die Elektrogeräte-Versicherung	92
11.9	Cyber-Risk Versicherung	93
11.10	Abschluss von Versicherungsverträgen:	93
12	<u>STEUERN</u>	94
12.1	Steuerberater und Arzt	94
12.2	Die wesentlichsten Steuerarten	94
12.3	Steuerliche Geltendmachung von Aufwendungen vor Praxiseröffnung	95
12.4	Gewinnermittlung	95
12.5	Buchführung und Belegwesen	96
12.6	Ausgewählte Betriebsausgaben	97
12.6.1	Autokosten	97
12.6.2	Studien- und Fortbildungsreisen, Seminare	97
12.6.3	Geringwertige Wirtschaftsgüter	98
12.7	Finanzamt	98
12.8	Praxisangestellte	98
12.9	Umsatzsteuer	98
12.10	sonstige Neuerungen	103
13	<u>EDV UND ORGANISATION</u>	105
13.1	Hardware, Software, ...	105
13.1.1	Verkabelung, Strom, Serverstandorte	105
13.1.2	Einplatz- oder Mehrplatzsystem	105
13.1.3	PC (mind. Empfehlung für einen Standard-Arbeitsplatz)	106
13.1.4	Notebook	106
13.1.5	Tablet	106
13.1.6	Server	106
13.1.7	Drucker	106
13.1.8	Router, Firewall, Virenschutz, Internetanbindung	107
13.1.9	USV Anlage	108
13.1.10	Tastatur, Maus, Monitor	108
13.1.11	Kosten	108
13.1.12	Betriebssystem	108
13.1.13	Arzt-Softwareanforderungen	109
13.2	WLAN	109
13.3	Datensicherung	110
13.4	Notfallvorsorge-Konzept	111
13.5	Datenschutz in der Arztpraxis	111
13.6	Cloud-Lösungen	112
13.7	IT-Sicherheit	113
13.7.1	Sicherer Umgang mit Passwörtern	113
13.7.2	IT-Sicherheitskonzept	114
13.8	Informationen zur e-card	115
13.8.1	Ablauf e-card anfordern	115
13.8.2	e-card-Kosten	116
13.8.3	e-card-Services	117
13.9	Informationen zu ELGA	117
13.10	GNV - Gesundheitsnetz Vorarlberg	118
13.11	Elektronische Abrechnung (Vertragsärzte)	119

13.11.1	ÖGK-Honorartarif / Ärzte + Zuweisungsstellen	119
13.12	Registrierkassenpflicht	119
13.13	Weitere Auskünfte	119
14	<u>ÄRZTEGESETZ 1998</u>	120
15	<u>ARZT UND ÖFFENTLICHKEIT</u>	121
15.1	Werberichtlinie:	121
15.2	Gesetzeskonforme Gestaltung der Arzt-Homepage:	121
15.2.1	Standesrechtliche Werbebeschränkungen	121
15.2.2	„Impressumpflicht“ nach dem E-Commerce-Gesetz	121
15.2.3	Verstoß gegen die Informationspflichten	121
15.2.4	Offenlegungspflicht nach dem Mediengesetz	122
15.2.5	Verantwortlichkeit für Links	122
15.2.6	Vorsicht vor Urheberrechtsverletzungen	122
15.2.7	Homepage und Datenschutzgrundverordnung	123
15.2.8	Rechtlicher Schutz vor Bewertungen in Internetportalen	123
16	<u>SCHILDERORDNUNG</u>	124
17	<u>BUNDESGESETZ ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON ÄSTHETISCHEN BEHANDLUNGEN UND OPERATIONEN</u>	125
18	<u>MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN IN ÖSTERREICH</u>	126
19	<u>DOKUMENTATIONS- UND AUFBEWAHRUNGSPFLICHT – AUSKUNFTSERTEILUNG</u>	127
19.1	Dokumentationspflicht	127
19.2	Aufbewahrungspflicht	127
19.3	Auskunftserteilung	129
20	<u>AUSKUNFTSERTEILUNG GEGENÜBER PRIVATVERSICHERUNGEN</u>	130
21	<u>VERSCHWIEGENHEITS-, ANZEIGE- UND MELDEPFLICHT</u>	133
21.1	Verschwiegenheitspflicht	133
21.2	Anzeige- und Meldepflicht	134
21.2.1	Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz:	134
21.2.2	Ärztegesetz:	136
21.2.3	Dokumentations-Checkliste bei Gewaltverletzungen - Projekt MedPol (Medizin-Polizei)	138
22	<u>ARZTANGESTELLTE</u>	139
22.1	Ordinationsassistenz (MAB-G):	139
22.2	Haftung	141
22.3	Verschwiegenheitspflicht	141
22.4	Arbeitnehmerschutz:	142
22.4.1	Nadelstichverordnung:	142
22.5	Auswahl der Ordinationshilfe	143
22.6	Kollektivvertrag für die nichtärztlichen Angestellten von Ärzten sowie Musterdienstvertrag	143
22.7	Präventionsberatung	143
22.8	Sechste Urlaubswoche GUKG-Personal in Ordinationen	143
22.9	Gesundheitsberuferegister	144
22.10	Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten	144
23	<u>BETRIEBLICHE ABFÄLLE IN ARZTPRAXEN</u>	146
23.1	nicht gefährlicher Abfall	146
23.2	rein medizinische Abfälle ohne Verletzungsgefahr	146
23.3	rein medizinische Abfälle mit Verletzungsgefahr	147
23.4	Gefährlicher Abfall	147

24	<u>BEHINDERTENGERECHTE ARZTPRAXEN</u>	149
24.1	Vorarlberger Baugesetz und Bautechnikverordnung:	149
24.2	Qualitätssicherungsverordnung:	149
24.3	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz	149
24.4	Förderungen für barrierefreie Umbauten	150
25	<u>BEGRIFFSKLÄRUNG SOZIALRECHT</u>	151
25.1	Arbeitsunfähigkeit	151
25.1.1	Krankentgelt vom Arbeitgeber und Krankengeld von der Krankenkasse	151
25.2	Arbeitslosengeld	151
25.3	Notstandshilfe	151
25.4	Pensionsvorschuss	151
25.5	Krankengeld bei Arbeitslosigkeit	152
25.6	Invalidität - Berufsunfähigkeit	152
25.7	Langzeitversichertenregelung	152
25.8	Korridorpension	153
25.9	Schwerarbeitspension	153
26	<u>QUALITÄTSSICHERUNG</u>	154
27	<u>PATIENTENVERFÜGUNGEN</u>	156
27.1	Was ist eine Patientenverfügung?	156
27.2	Was sind die Voraussetzungen für die Errichtung einer Patientenverfügung?	156
27.3	Welche Arten von Patientenverfügungen gibt es?	156
27.4	Die verbindliche Patientenverfügung:	156
27.4.1	Inhalt:	156
27.4.2	Aufklärung:	157
27.4.3	Errichtung:	157
27.4.4	Geltung und Gültigkeitsdauer:	157
27.5	Andere Patientenverfügungen:	158
27.6	Notfälle und Patientenverfügungen:	158
27.7	Dokumentation:	158
27.8	Unwirksame Patientenverfügungen:	159
27.9	Bereits bestehende Patientenverfügungen:	159
28	<u>ELEKTROTECHNISCHE VORSCHRIFTEN</u>	160
28.1	Elektromedizinische Geräte	160
28.2	Elektrische Installation	161
28.3	Prüfanstalten für elektromedizinische Geräte:	162
29	<u>MEDIZINPRODUKTE-BETREIBERVERORDNUNG</u>	163
29.1	Eingangsprüfung	163
29.2	Einweisung	163
29.3	Wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung	163
29.4	Messtechnische Kontrollen	164
29.5	Gerätedatei	164
29.6	Bestandsverzeichnis	164
30	<u>DIABETES MELLITUS PROGRAMM</u>	166
31	<u>HYGIENE-VERORDNUNG</u>	169
32	<u>CODE OF CONDUCT</u>	170
33	<u>PATIENTENANWALT</u>	171
34	<u>DRINGLICHKEITSTERMINSYSTEM</u>	179
34.1	Wie funktioniert dieses Notfall-/Dringlichkeitsterminsystem?	179

34.2	Wie erfolgt die Honorierung und Abrechnung?	180
34.3	Was ist organisatorisch zu beachten?	180
34.4	Was sind die Vorteile dieses Systems?	181
35	<u>GESAMTVERTRÄGE UND HONORARORDNUNGEN</u>	182
35.1	Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern	182
35.2	Verrechnungsberechtigungen	182
35.2.1	ÖGK:	182
35.2.2	Kleine Kassen (SVS und BVAEB):	183
	Sonographische Untersuchungen	183
	Ergometrien:	183
35.3	Eigenlabor/Ordinationslabor:	186
35.4	Spezifisches zur ÖGK-Honorarordnung	189
35.5	Spezifisches zu den Honorarordnungen von SVS und BVAEB	198
35.6	Vorarlberger Poollösung für Kontrastmittel	201
35.7	Niederlassungsförderung	202
35.8	Verbesserte Honorierung bei unbesetzten Kassenvertragsarztstellen bei der ÖGK:	202
36	<u>BEREITSCHAFTSDIENST UND VERTRETUNGEN</u>	208
36.1	Freiwilliger Wochentags-Bereitschaftsdienst der Kassenärzte für Allgemeinmedizin:	208
36.2	Verpflichtender Wochenend-/Feiertagsbereitschaftsdienst der Kassenärzte für Allgemeinmedizin:	209
36.3	Textvorschläge Anrufbeantworter Kassenallgemeinmediziner	210
36.4	Einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 141 (Wochentags- und Wochenende):	211
36.5	Erfassung der Vertreter von Kassenärzten im Medicus-Online:	212
36.6	Ärztbereitschaftsdienste der RFL/des Roten Kreuzes	213
36.7	Todesfalluntersuchungen	213
37	<u>KRANKSCHREIBUNG AUS GEFÄLLIGKEIT</u>	216
38	<u>NICHTÄRZTLICHE GESUNDHEITSBERUFE</u>	220
39	<u>DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG</u>	221
40	<u>ORDINATIONSÜBERNAHMEN</u>	222
41	<u>E-CARD</u>	223
41.1	Jedmaliges Stecken der e-card - Vorgangsweise bei der ÖGK:	223
41.2	Kosten für die e-card-Infrastruktur:	229
42	<u>SCHMERZBOARD</u>	230
43	<u>WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN</u>	232
44	<u>IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!</u>	233

„Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde.

Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterricht teilnehmen lassen, ihm, wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden.

Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben. Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.

In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgange mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.

Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.“

Der Eid des Hippokrates

2 KURIE DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE IHRE ANSPRECHPARTNER

Für Informationen, Anfragen und Problemlösungen steht Ihnen die Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg gerne zur Verfügung:

Kurienobfrau und 1. Kurienobfrau-Stellvertreterin:

Obfrau Dr. Alexandra Rümmele-Waibel
Fachärztin für Kinder- Jugendheilkunde

1. Obfrau-Stv. Dr. Gabriele Gort
Ärztin für Allgemeinmedizin

Sprechstunden jeweils Donnerstag Nachmittag in der Ärztekammer für Vorarlberg, Schulgasse 17, 6850 Dornbirn, nach vorheriger telefonischer Vereinbarung.

Weitere Kurienmitglieder:

Präsident MR Dr. Burkhard Walla, Facharzt für Innere Medizin

Dr. Bernhard Schlosser, Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. Martin Tschann, Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie

Dr. Markus Baldessari, Arzt für Allgemeinmedizin (2. Obfrau-Stellvertreter)

Dr. Barbara Schmidbauer, Ärztin für Allgemeinmedizin

Dr. Ulrich Amann, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Gründungsmentoring für die Niederlassung

Wo informiere ich mich bzgl. einer Immobilie? Wer ist der verlässlichste Medizintechnikanbieter, wer steht bzgl. EDV zur Verfügung? Welche Auflagen muss ich beachten? All dies und mehr bereitet zu Beginn einer Niederlassung mitunter Kopfzerbrechen. Oft möchte man keine unnützen Fragen stellen, die aber im persönlichen Kontext sehr wohl hochrelevant sein können.

Ziel des Gründungsmentorings soll sein, in dieser doch recht komplexen Phase einer Praxisgründung einen niederschweligen, unkomplizierten AnsprechpartnerIn zu haben. Zudem können die Erfahrungen der MentorInnen dabei helfen, dass sich Fehler nicht wiederholen und dass Abläufe von vornherein optimiert werden können.

Die unten genannten KollegInnen stehen für derartige Fragen zur Verfügung:

Allgemeinmedizin:

Bezirk	Mentor In	Kontakt
Bregenz	Dr. Matthias König Dr. Thomas Jungblut	06508622774 06641544828
Dornbirn	Dr. Philipp Burghard Dr. Bernhard Schlosser	06641827744 06502213101
Feldkirch	Dr. Peter Pircher Dr. Stefan Schauer	06645319179 06503030232
Bludenz	Dr. Winfried Burtscher Dr. Evelyn Sitter	06643563058 07679368216
Bregenzerwald	Dr. Heidi Kaufmann	06641430016

Augenheilkunde:

Dr. Martin Tschann, Bludenz; martin.tschann@gmx.at, 0664 73637338

Psychiatrie:

Dr. Petra Steger-Adami, Bregenz; 0664 4602634

Dr. Klaus Schwendinger, Dornbirn; 0680 2031313

Haut- und Geschlechtskrankheiten:

Dr. Bernd Feuerstein, Feldkirch; 0664 75021797

Dr. Mirjam Volgger, Dornbirn; info@dermatologie-praxis.at 0650 8505282

Im Kammeramt stehen Ihnen zur Verfügung:

KAD Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 0 55 72/21 900-52

Fax: -43, E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

Mag. Stefan Nitz, Tel. 0 55 72/21 900-46

Fax: -43, E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Klaus Hausmann (Verrechnungsstelle), Tel. 0 55 72/21 900-36,

Fax: -42, E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

Susanne Stockklauser oder Helga Zelzer (Sekretariat), Tel. 0 55 72/21 900-29

oder -31, Fax: -43, E-Mail: susanne.stockklauser@aekvbg.at;

helga.zelzer@aekvbg.at

Hans-Peter Rauch (EDV-Angelegenheiten), Tel. 0 55 72/21 900-28

Fax: -43, E-Mail: hans-peter.rauch@aekvbg.at

Christoph Luger (Wohlfahrtsfonds), Tel. 0 55 72/21 900-37, Fax: -43,

E-Mail: christoph.luger@aekvbg.at

3 DAS RECHTLICHE UMFELD DER NIEDERLASSUNG

3.1 Voraussetzungen für die Niederlassung

- Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung
- Nachweis Berufshaftpflichtversicherung (siehe nachstehende Information)
- Eintragung in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (Nähere Informationen hinsichtlich der Eintragung in die Ärzteliste (insb. welche Unterlagen vorzulegen sind) sind auf unserer Homepage (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/aerzteliste>) oder bei Frau Helga Zelzer, Tel. 05572/21900-31, helga.zelzer@aekvbg.at, bzw. bei Frau Susanne Stockklauser, Tel. 05572/21900-29, susanne.stockklauser@aekvbg.at erhältlich)
- maximal zwei Ordinationsstandorte möglich
- Falls die Ordination neben einer spitalsärztlichen Tätigkeit geführt werden soll, ist gemäß den dienstrechtlichen Bestimmungen noch **vor** Eröffnung der Ordination das Einvernehmen mit dem Dienstgeber herzustellen.

3.2 Wichtig vor der Ordinationseröffnung

- Antrag auf Ausstellung einer Steuernummer beim Finanzamt
- Finanzierung mit Bank und Steuerberater erarbeiten
- Der Arzt hat angestellte Mitarbeiter vor Arbeitsantritt bei der Österreichischen Gesundheitskasse (= ÖGK) anzumelden.
- Bei Verwendung von Röntgengeräten ist um eine Bewilligung beim Amt der Vorarlberger Landesregierung/der Bezirkshauptmannschaft anzusuchen
- Hausapotheke muss von der Bezirkshauptmannschaft bewilligt werden und ist nur in bestimmten ländlichen Landesteilen möglich
- Kontaktaufnahme mit ÖGK (Frau Martina Troppacher Tel. 050766-191650; martina.troppacher@oegk.at) insbesondere wegen e-card, Vertragspartnernummer, Rezeptrecht und Kassenformularen
- Meldung an die Ärztekammer sechs Wochen vor Ordinationseröffnung (beachten Sie dazu auch Kapitel 5 - Sozialversicherungsträger (Vertragspartnernummer, Rezeptrecht, Formularbestellung))

3.3 Die Meldung an die Ärztekammer muss beinhalten:

- Name und Fachrichtung
- Ordinations- und Wohnungsanschrift
- Zeitpunkt der Ordinationseröffnung sowie Telefonnummer und Ordinationszeiten
- Weitere ärztliche Tätigkeiten
- allfällige Ordinations- und Apparategemeinschaft mit anderen Ärzten (Details siehe Kapitel 5)
- Nachweis Berufshaftpflichtversicherung mit bundeseinheitlichem Formular

► **Formular für Ärztekammer-Meldung hier öffnen:** <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/downloads>

Formular allenfalls zum Heraustrennen

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10–12
1010 Wien

Im Wege der zuständigen Landesärztekammer (elektronisch/per mail)

Formblatt

Meldung der Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d ÄrzteG

Meldung über den Abschluss bzw. das Bestehen einer den gesetzlichen Anforderungen gemäß § 52d ÄrzteG und der zwischen der ÖÄK und dem VVO getroffenen Vereinbarung vom 10.3.2011 entsprechenden Berufshaftpflichtversicherung über eine Mindestversicherungssumme von € 2 Mio. Euro

Daten des Versicherten

Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr
-------------------	---------	---------------------------

oder Daten der versicherten Gruppenpraxis

Firmenname der Gruppenpraxis:		
Gesellschafter:		
Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr.
Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr.
Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr.
Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr.
Familiennamenname	Vorname	Geburtsdatum oder Arzt-Nr.

Zuständige Ärztekammer(n):

BGL KTN NOE OOE SBG STM TIR VBG W

Beginndatum des Versicherungsvertrages:

Polizzennummer:

Datum:

Firmenwortlaut des Versicherers
(Namen zweier Zeichnungsberechtigter, elektronisch gefertigt)

3.4 Information zur obligatorischen Berufshaftpflichtversicherung

Eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d Ärztegesetz aufgenommen werden.

Wenn Sie eine Ordination eröffnen, als Wohnsitzarzt tätig werden oder ärztliche Nebentätigkeiten auf freiberuflicher Basis ausüben möchten, muss eine solche gesetzliche Haftpflichtversicherung abgeschlossen und nachgewiesen werden. Diese hat eine Mindestversicherungssumme von € 2 Mio. für jeden Versicherungsfall, der durch die ärztliche Berufsausübung verursacht wird, zu umfassen. Die Haftungshöchstgrenze pro einjähriger Versicherungsperiode beträgt bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH das 5-fache der Mindestversicherungssumme, bei sonstiger freiberuflicher Tätigkeit das 3-fache; dies gilt gleichermaßen für Personen-, Sach- und reine Vermögensschäden.

Eine Eintragung in die Ärzteliste ist erst nach Vorlage des vollständig ausgefüllten bundeseinheitlichen Formulars (siehe vorhergehende Seite) möglich. **Dieses Formular muss von einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Haftpflichtversicherungsunternehmen ausgefüllt und unterfertigt sein.**

Die Ärztekammer für Vorarlberg hat einen Haftpflicht-Gruppenversicherungsvertrag mit der Donau-Versicherung abgeschlossen, welchem grundsätzlich jedes Kammermitglied beitreten kann - Näheres dazu siehe im Kapitel 11 (Betriebliche Versicherungen).

Info: Helga Zelzer, Tel. 05572 / 21900 – 31 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: helga.zelzer@aekvbg.at

Info: Susanne Stockklauser, Tel. 05572/21900-29 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: susanne.stockklauser@aekvbg.at

3.5 Anmeldebescheinigung für EWR- ÄrztInnen

Auf Grundlage eines Falles, der sich im Bundesland Salzburg abgespielt hat, möchten wir darauf hinweisen, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem EWR-Raum (und aus der Schweiz), die sich erstmals in Österreich zur Eintragung anmelden und einer Berufstätigkeit in Vorarlberg mehr als 3 Monate nachgehen, gemäß § 53 des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes verpflichtet sind, eine Anmeldebescheinigung bei der Bezirkshauptmannschaft des Wohnsitzes zu beantragen, sofern ein Wohnsitz in Vorarlberg besteht.

Diese Bescheinigung ist trotz des unionsrechtlichen Aufenthaltstitels bei Erwerbstätigkeit (Anstellung und Niederlassung zählen als Erwerbstätigkeit) erforderlich und soll den rechtmäßigen Aufenthalt dokumentieren. Die Anmeldebescheinigung ist bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft spätestens ab dem 4. Monat des Aufenthaltes zu beantragen. Wer dieser Verpflichtung nicht nachkommt, begeht eine Verwaltungsübertretung und kann somit eine Verwaltungsstrafe bekommen.

Ärztinnen und Ärzte, welche eine Anmeldebescheinigung beantragen, sind verpflichtet persönlich bei der Bezirkshauptmannschaft zu erscheinen und nachfolgende Unterlagen vorzulegen:

- Lohnzettel/Arbeitsbestätigung
- gültiger Personalausweis

4 BEWERBUNG UM EINE KASSENVERTRAGSARZTSTELLE

Freie Kassenvertragsarztstellen werden im Internet (Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg) <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/kassenplanstellen> öffentlich ausgeschrieben.

Die Reihung der eingelangten Bewerbungen erfolgt anhand der mit der Österreichischen Gesundheitskasse vereinbarten Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten (die aktuellen Richtlinien finden Sie im Internet unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/kassenplanstellen>. Dzt. werden für folgende Kriterien Punkte vergeben:

- Zeiten ärztlicher Tätigkeit (0,195 Punkte pro Monat; bei Allgemeinmedizinerinnen maximal 28 Punkte, bei Fachärztinnen maximal 35 Punkte)
- Zusatzqualifikationen (siehe Anlage 1 zu den Reihungsrichtlinien, maximal 15 Punkte)
- Eintragung in die Warteliste (0,1 Punkte pro Monat, maximal 10 Punkte)
- Präsenz- und Zivildienst (0,195 Punkte pro Monat, maximal 3 Punkte)
- Mutterschutz und Karenz (0,195 Punkte pro Monat, maximal 5 Punkte)
- Unterhaltspflichten für Kinder (für jedes Kind 1 Punkt; maximal 4 Punkte)
- Zeiten der Arbeitslosigkeit (0,08 Punkte pro Monat, maximal 1 Punkt)
- Zusätzlich vermittelbare besondere Vertrauenswürdigkeit durch das weibliche Geschlecht im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (5,8 Punkte)
- Erfolgreiche Vorbewerbungen (1 Punkt pro erfolgreicher Bewerbung, max. 4 Punkte)

(Da es sich bei Präsenz-, Zivildienst-, Mutterschutz-, Karenz- und Arbeitslosigkeitszeiten nur um Ersatzzeiten handelt, werden die Punkte nur dann und nur insoweit angerechnet, als die Maximalpunktzahl bei den Zeiten der ärztlichen Tätigkeit noch nicht erreicht ist.)

Allen Ärztinnen, die beabsichtigen sich künftig für eine Kassenvertragsarztstelle zu bewerben wird **dringend empfohlen**, die aktuellen Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten zu studieren und sich die für eine solche Bewerbung notwendigen Nachweise (insbesondere Bestätigungen, Zeugnisse, Urkunden,...) so früh wie möglich zu beschaffen, damit diese dann im tatsächlichen Bewerbungsfall auch zur Verfügung stehen.

Für Bewerbungen ist ausnahmslos der bei der Österreichischen Gebietskrankenkasse, Landesstelle Vorarlberg, oder bei der Ärztekammer erhältliche Fragebogen zu verwenden. Bewerbungen, welche nicht mittels des ausgefüllten Fragebogens erfolgen, dürfen im Auswahlverfahren nicht berücksichtigt werden. Auch dieser Bewerbungsbogen kann von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/kassenplanstellen> heruntergeladen werden.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Job-Sharing bei Kassenvertragsärztinnen

Für die Teilung eines Kassenvertrages (**Job-Sharing**) bestehen 3 Modelle:

- a) vorübergehendes Job-Sharing für längstens 12 Jahre mit grundsätzlich freier Auswahl des Teilungspartners
- b) dauerhaftes Job-Sharing - hier finden die Reihungsrichtlinien bei der Auswahl des Teilungspartners Anwendung
- c) Gemeinsame Bewerbung auf eine Kassenstelle - auch hier finden die Reihungsrichtlinien Anwendung.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines sog. **erweiterten Job-Sharings**. Mit einem solchen kann die Versorgungskapazität einer Kassenstelle für längstens 12 Jahre mit grundsätzlich freier Auswahl des Teilungspartners auf bis zu 190% erweitert werden (Details siehe Kapitel 5)

Interessierte Ärztinnen erhalten gerne nähere Informationen zu allen Formen des Job-Sharings im Kammeramt oder auf der Kammerhomepage (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/jobsharing>).

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Gruppenpraxen mit Kassenvertrag

Freie Kassenvertragsarztstellen für Gruppenpraxen („originäre Gruppenpraxen“) bzw. freie Gesellschaftsanteile von Gruppenpraxen („Erweiterungs-Gruppenpraxen“ sowie „Nachbesetzungen von ausgeschiedenen Gesellschaftern“) werden im Internet <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/kassenplanstellen> öffentlich ausgeschrieben.

Interessierten Ärzten wird das Studium des ÖGK-Gruppenpraxis-Gesamtvertrages (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk>) dringend empfohlen. Gerne erhalten diese auch nähere Informationen im Kammeramt. Weitere Informationen zu Gruppenpraxen sind im Kapitel 5 abgedruckt.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten

Allgemein:

- Eine Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt oder einer Vertragsgruppenpraxis ist nur zulässig, wenn die vorherige Zustimmung der Ärztekammer und der ÖGK vorliegt. Bei Erfüllung der Bedingungen des Gesamtvertrags wird die Zustimmung kassenseits grundsätzlich mit Wirksamkeit auch für die kleinen Kassen (SVS und BVAEB) erteilt.
- Jede Anstellung setzt einen schriftlichen Dienstvertrag zwischen Kassenarzt und anzustellendem Arzt voraus.
- Der anzustellende Arzt darf zum Zeitpunkt der Anstellung das 70-igste Lebensjahr grundsätzlich noch nicht vollendet haben (in Einzelfällen sind Ausnahmen möglich).
- Ein Wechsel des angestellten Arztes ist grundsätzlich möglich.

Voraussetzungen für ein Anstellungsverhältnis:

- Der Kassenarzt hat grundsätzlich drei Monate vor der geplanten Anstellung diese bei der Ärztekammer und der ÖGK schriftlich zu beantragen und in diesem Antrag darzulegen, ob mit der Anstellung der Zweck einer Aufstockung der Vertragsarztstelle (temporär oder auf Dauer) oder die gemeinsame Abdeckung (vergleichbar einem normalen Job-Sharing) der vorhandenen Vertragsarztstelle verfolgt wird. In diesem Antrag sind die Zeitdauer, das Ausmaß der geplanten Anstellung, sowie wenn eine Aufstockung der Kassenstelle angestrebt wird, die geplante Steigerung der Patientenzahl (bzw. der %-tuell zusätzliche Versorgungsanteil) sowie die geplanten Öffnungszeiten anzugeben. Der Antrag hat darüber hinaus den Namen, die Fachrichtung und Nachweise über für die Ausübung der Kassenstelle erforderliche Aus- und Fortbildungen des anzustellenden Arztes zu enthalten.
- Wenn im Rahmen der Stellenplanung zwischen Ärztekammer und ÖGK im Versorgungsgebiet ein ungedeckter Bedarf an einer vollen oder anteiligen Kassenstelle festgestellt wird, der mangels Bewerber für die konkrete (anteilige) Stelle nicht durch die Ausschreibung einer Einzelpraxis oder einer Gruppenpraxis bzw. eines Gruppenpraxis-Anteiles abgedeckt werden kann, dann ist die Genehmigung der Anstellung unbefristet unter Anrechnung auf den Stellenplan zu erteilen. Die Genehmigung ist im Einzelvertrag des anstellenden Kassenarztes anzuführen.
- Soll ein temporärer Zusatzbedarf (z.B. zum Abbau von Wartezeiten oder Teilabdeckung einer vakanten Stelle) abgedeckt werden, wird die Genehmigung der Anstellung nur befristet erteilt.
- Wenn zur Abdeckung eines (temporär oder dauerhaft) ungedeckten Bedarfs an einer vollen oder anteiligen Kassenstelle mehrere Kassenärzte eine Anstellung beantragen, so wird die Entscheidung, welcher Kassenarzt die Genehmigung erhält, insbesondere unter Beachtung des Antragszeitpunkts, der Auswirkung der geplanten Anstellung auf die Versorgungssituation und der bisherigen Auslastung der Vertragspartner getroffen.

- In allen Fällen besteht gegen den anzustellenden Arzt ein Widerspruchsrecht von Ärztekammer oder ÖGK aus sachlichen Gründen (z.B. grobe Probleme im bisherigen Verhältnis zwischen dem anzustellenden Arzt und seinen Patienten bzw. dem anzustellenden Arzt und einem Versicherungsträger oder im Zusammenhang mit der bisherigen wahlärztlichen Tätigkeit des anzustellenden Arztes), die im Widerspruch darzulegen sind. Gegen einen Widerspruch kann vom Kassenarzt Einspruch an die Paritätische Schiedskommission erhoben werden.
- Die Genehmigung der Anstellung durch die Ärztekammer und die ÖGK erfolgt durch eine Zusatzvereinbarung zum Einzelvertrag des Kassenarztes. In dieser Zusatzvereinbarung wird angeführt, ob und in welchem Bedarfsausmaß die Aufstockung der Kassenstelle mittels Anstellung zulässig ist, wann das Anstellungsverhältnis beginnt, für welche Zeitdauer die Genehmigung erteilt wird und ob in der Honorarordnung allfällig bestehende Verrechnungsbeschränkungen (z.B. Limits, Degressionen) zugunsten des Kassenarztes angepasst werden, wobei diesbezüglich grundsätzlich auf die bestehenden regionalen Regelungen bei Ärzte-Kooperationen (Anm.: das sind bei uns in Vorarlberg die bestehenden Job-Sharing-Vereinbarungen - normales und erweitertes Job-Sharing) abzustellen ist.

Rechte und Pflichten des Kassenarztes:

- Die vertragsärztlichen Leistungen dürfen auch vom angestellten Arzt erbracht werden; sofern besondere Verrechnungsvoraussetzungen bestehen (z.B. bei Sonographie) allerdings nur dann, wenn diese vom angestellten Arzt erfüllt werden.
- Der Kassenarzt ist trotz Anstellung maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Ordination verpflichtet.
- Erfolgt die Anstellung zur Aufstockung der Kassenstelle, sind die Ordinationszeiten entsprechend anzupassen, wobei die bestehenden regionalen Regelungen für Öffnungszeiten bei Ärztekoooperationen zugrunde zu legen sind (Anm. dies ist bei uns in Vorarlberg die Vereinbarung über das erweiterte Job-Sharing).
- Erfolgt die Anstellung ohne Zusatzbedarf gelten die bisherigen Öffnungszeiten des Kassenarztes unverändert weiter, müssen aber gegebenenfalls auf die im Gesamtvertrag aktuell festgelegten Mindestordinationszeiten und deren Verteilung angepasst werden (das ist derzeit wie folgt: Mindestordinationszeit von 20 Stunden an 5 Tagen. Die Ordination muss mindestens zweimal auch an Nachmittagen geöffnet sein. Diese Grundvoraussetzung ist auch erfüllt, wenn der Bewerber eine regelmäßige Mindestordinationszeit von 20 Stunden an 4 Tagen anbietet, wenn die Ordination an mindestens drei Nachmittagen geöffnet ist; ist an einem Samstag offen, kann eine Nachmittagsöffnung entfallen. Eine Nachmittagsöffnung beginnt frühestens ab 13:00 Uhr und dauert mindestens zwei Stunden)
- Zur Sicherstellung der freien Arztwahl sind die regelmäßigen Anwesenheitszeiten (und wenn möglich die aktuellen Anwesenheitszeiten) des Kassenarztes und des angestellten Arztes gegenüber den Patienten transparent zu machen.
- Aufzuzeichnen ist, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat und diese Aufzeichnungen sind im Bedarfsfall der ÖGK zur Verfügung zu stellen.
- Die vom angestellten Arzt erbrachten Leistungen können mit dem jeweiligen Krankenversicherungsträger im selben Ausmaß abgerechnet werden, wie dies bei Erbringung der Leistung durch den Kassenarzt möglich wäre. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber dem jeweiligen Krankenversicherungsträger erfolgt ausschließlich durch den Kassenarzt; der angestellte Arzt erhält das zwischen ihm und dem Kassenarzt vereinbarte Entgelt.

Persönliche Verhinderung eines der beiden Ärzte:

- Im Falle der persönlichen Verhinderung des Kassenarztes ist eine Übernahme seiner Aufgaben durch den angestellten Arzt zulässig. Im Falle einer persönlichen Verhinderung des angestellten Arztes (z.B. Urlaub, Krankheit, Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz) sind seine Aufgaben durch den Kassenarzt zu übernehmen, sofern keine Aufstockung der Kassenplanstelle mit erweiterten Öffnungszeiten vereinbart wurde. Im Falle einer Aufstockung der Kassenplanstelle mit erweiterten Öffnungszeiten erfolgt die Aufgabenübernahme soweit zumutbar.
- Sollte eine gegenseitige Aufgabenübernahme nicht möglich sein, ist die Vertretung durch einen anderen Kassenarzt der gleichen Fachrichtung im gleichen Versorgungsgebiet sicherzustellen.
- Sollten bei Verhinderung des angestellten Arztes oder des Kassenarztes allenfalls vereinbarte erweiterte Öffnungszeiten nicht durch eine Aufgabenübernahme/Vertretungen im Sinn der obigen beiden Absätze aufrechterhalten werden können, ist eine Reduktion der Öffnungszeiten auf die Öffnungszeiten vor der Erweiterung zulässig, wobei jedenfalls die Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden an 5 Tagen (siehe oben) gewährleistet sein müssen. Diese Reduktion ist der ÖGK und der Ärztekammer unter Angabe der (bekannten oder voraussichtlichen) Dauer und (soweit datenschutzrechtlich zulässig) des Grundes der Verhinderung sowie von Beginn, Ende und Ausmaß der reduzierten Öffnungszeiten unverzüglich schriftlich zu melden, sofern die voraussichtliche Dauer der Öffnungszeitenreduktion länger als zwei Wochen beträgt.

Beendigung/Entzug der Anstellungsberechtigung:

- Setzt der angestellte Arzt durch sein Verhalten einen Kündigungs- bzw. Auflösungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG, erlischt der Einzelvertrag mit dem Kassenarzt bzw. kann der Kassenarzt von der Kasse gekündigt werden. Der Kassenarzt kann die Kündigung bzw. die Auflösung des Einzelvertrages abwenden, wenn das Dienstverhältnis zum nächst möglichen Zeitpunkt beendet wird.
- Die Genehmigung der Anstellung kann durch die ÖGK entzogen werden. Gegen den Entzug der Anstellungsberechtigung kann der Kassenarzt Einspruch an die Paritätische Schiedskommission erheben.
- Die Genehmigung einer unbefristeten Anstellung kann frühestens nach 3 Jahren auch dann unter Einhaltung einer 6-monatigen Frist zum Jahresende im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und ÖGK entzogen werden, wenn der Bedarf für den erweiterten Versorgungsanteil nach einvernehmlicher Feststellung von Ärztekammer und ÖGK entfällt (z.B. bei Besetzbarkeit einer ursprünglich vakanten Kassenstelle, die zur Anstellungsbewilligung führte).

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Teilkassenverträge (mindestens 35%)

- Von Kammer und Kasse wird im Einzelfall einvernehmlich festgelegt, bei welchen Stellen eine Ausschreibung von Teilstellen vorgenommen wird.
- Die vom Gesamtvertrag abweichenden Regelungen (u.a. Degression, Mindestordinationszeiten,...) werden zur Herstellung der Rechtsverbindlichkeit im Einzelvertrag unter § 3 festgelegt.
- Teilstellen werden erst ausgeschrieben, wenn trotz dreimaliger Ausschreibung (ÄK-Homepage, Österreichische Ärztezeitung und Deutsches Ärzteblatt) keine Bewerbungen für die freie Kassenstelle eingegangen sind; Nachstehend finden Sie die Details im „Muster-Ausschreibungstext“

Ausschreibung einer Kassenvertragsarztstelle

Im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Vorarlberg wird von der Österreichischen Gesundheitskasse (in Vollmacht auch der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sowie der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen) gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages und den zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der Österreichischen Gesundheitskasse vereinbarten Richtlinien über die Auswahl von Vertragsärzten folgende Kassenvertragsarztstelle ausgeschrieben:

Fachärztin/Facharzt für in der Stadt/Gemeinde *

Niederlassungsbeginn:
(Nfg. Dr.)

* *Da diese Stelle das gesamtvertraglich vorgesehene dreistufige Ausschreibungsverfahren erfolglos durchlaufen hat, wird gemäß § 4 des Gesamtvertrags in der geltenden Fassung eine Standortförderung in der Höhe von EUR 44.000,00 gewährt, sofern die Stelle an eine Bewerberin oder einen Bewerber vergeben wird, der/die zum Stichtag keinen kurativen Einzelvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse innehat.*

Sollten für diese Stelle keine regulären Bewerbungen eingehen, sich jedoch Interessenten für eine Teil-Kassenstelle in melden, besteht die Möglichkeit im Einvernehmen von Kammer und Kasse einen Teil - Vertrag (mindestens 35%) abzuschließen (die Punktwert-Degressionsstufen laut Honorarordnung und die Mindestöffnungszeiten werden aliquot angepasst; abweichend von Pkt. III/5 der Reihungsrichtlinien kommt die Regelung über die wöchentliche Ordinationszeitenverteilung nicht zur Anwendung). Beim Abschluss eines Teil- Vertrags gebührt die Standortförderung entsprechend den gesamtvertraglichen Regelungen nur in aliquoter Form. Gemäß Pkt. IV.1.2. der Reihungsrichtlinien kommt bei einem Teil-Vertrag hinsichtlich einer allfälligen daneben ausgeübten Erwerbstätigkeit als Angestellter in einer Krankenanstalt die Begrenzung mit 18 Stunden pro Woche nicht zur Anwendung. Im Falle von Mehrfachbewerbungen für eine Teil-Kassenstelle ist - abweichend von den Reihungsrichtlinien - für die Reihung die %-tuelle Höhe des angestrebten Teil-Vertrages maßgeblich, diese ist bei der Bewerbung zwingend mit anzugeben. Bei allfälligem Reihungsgleichstand entscheidet die Punktereihung nach den Reihungsrichtlinien.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

5 PLANUNG DER ARZTPRAXIS

Voraussetzung für die Eröffnung einer Ordination ist die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung und die Eintragung in die Ärzteliste. Bleibt ein Anstellungsverhältnis im Krankenhaus aufrecht, ist die Zustimmung des Rechtsträgers erforderlich (unbedingt schriftlich ansuchen und schriftlich die Zusage einfordern).

5.1 Zweitordination

Jeder niedergelassene Wahlarzt darf ohne Genehmigung eine Zweitordination eröffnen, hierzu ist lediglich die schriftliche Meldung an die Ärztekammer erforderlich. Eine Drittordination ist nicht zulässig.

Vertragsärzte bedürfen der Zustimmung der Krankenversicherungsträger, wenn sie eine Zweitordination eröffnen möchten (vgl. insb. § 11 Abs 5 ÖGK-Gesamtvertrag). Die Eröffnung einer Zweitordination ohne Zustimmung der ÖGK stellt einen Kündigungsgrund für den Kassenvertrag dar.

5.2 Mögliche Nebentätigkeiten

5.2.1 Vertragsärzte:

Vertragsärzte, die seit 1.4.2004 in Vertrag genommen werden, dürfen neben ihrem Kassenvertrag nur solche Tätigkeiten ausüben, die geeignet sind, die Arbeit als Vertragsarzt nicht zu beeinträchtigen. Nicht zulässig sind daher zum Beispiel die Leitung einer Krankenanstalt bzw. einer Krankenanstaltenabteilung sowie sonstige (Neben-)Erwerbstätigkeiten im Ausmaß von mehr als 18 Wochenstunden Arbeitsverpflichtung oder tatsächlicher Inanspruchnahme (Ausnahmen bestehen für Teil-Vertragsärzte z.B. im Rahmen eines Job-Sharings).

5.2.2 Praxisvertretungen:

Dies ist für Wahlärzte eine gute Möglichkeit Erfahrung zu sammeln und zusätzliches Einkommen zu lukrieren, da in vielen Fächern Bedarf an Ordinationsvertretungen besteht. Kontaktieren Sie Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Bezirk am Besten persönlich, um die Bereitschaft zur Vertretung anzubieten. Sie haben zusätzlich die Möglichkeit sich in der Ärztekammer für Vorarlberg auf die Vertretungsarztliste setzen zu lassen. Interessierte Kolleginnen und Kollegen finden Sie in der Job- und Vertretungsbörse unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/agl-ordinationspersonal-finden>.

Seit einigen Jahren prüft die Sozialversicherung Praxisvertretungen immer strenger im Hinblick auf das Vorliegen von echten Dienstverhältnissen. Vor diesem Hintergrund waren gerade *zeitraumbegleitende* fixe Entgelte (Stundenlohn, Tageslohn) problematisch und wir empfehlen seit einigen Jahren die Verwendung eines Mustervertrages für Praxisvertretungen, der auf dem Prinzip „Umsatz mit fixer Miete“ beruht.

Inzwischen ist es nach langjährigem Bemühen der Ärztekammer gelungen, dass im Ärztegesetz und im ASVG/FSVG gesetzlich klargestellt wurde, dass Praxisvertretungen als freiberufliche ärztliche Tätigkeiten gelten, unabhängig von der Gestaltung des Entgeltes. So lautet der neue § 47a Abs 4 ÄrzteG:

„Sowohl eine regelmäßige als auch eine fallweise Vertretung der Ordinationsstätteninhaberin/des Ordinationsstätteninhabers oder der Gesellschafterinnen/Gesellschafter der Gruppenpraxis ist eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit, sofern die vertretende Ärztin/der vertretende Arzt und die vertretene Ärztin/der vertretene Arzt nicht überwiegend gleichzeitig in der Ordinationsstätte oder Gruppenpraxis ärztlich tätig sind.“

Aufgrund dieser gesetzlichen Änderungen hat die Ärztekammer den Mustervertrag für Praxisvertretungen überarbeitet. Dieser Mustervertrag kann im Kammeramt angefordert werden.

Wir empfehlen Ihnen weiterhin die umsatzabhängige Entlohnung im Mustervertrag zu verwenden.

5.2.3 Schularzt

Nach dem Schulunterrichtsgesetz haben Schulärzte die Aufgabe, die Lehrer in gesundheitlichen Fragen zu beraten und die hierfür erforderlichen Untersuchungen der Schüler durchzuführen.

Die schulärztliche Tätigkeit bietet sich vor allem für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde an. Wenden Sie sich betreffend der Bundesschulen diesbezüglich an die Bildungsdirektion für Vorarlberg, Bahnhofstraße 12, 6900 Bregenz (Tel. 05574/4960-0). Hinsichtlich der Pflichtschulen, insbesondere Volks- und Mittelschulen wenden Sie sich bitte an die Landessanitätsdirektion, Dr. Wolfgang Grabher bzw. Paloma Pikus, im Landhaus in Bregenz (05574-511-0).

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 finden Sie im Kapitel 8.

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

5.2.4 Arbeitsmedizin

Diese Tätigkeit bietet sich vor allem für Allgemeinmediziner an. Arbeitsmediziner müssen zwingend eine 12wöchige Ausbildung an der Akademie für Arbeitsmedizin absolviert haben. Daneben gibt es auch einen „Facharzt für Arbeitsmedizin“. Für Arbeitsmediziner gibt es einen Mustervertrag (sofern die Tätigkeit auf freiberuflicher Basis und nicht in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden soll - dieser kann im Kammeramt angefordert werden) und einen entsprechenden Empfehlungstarif (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorarehttps://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/content-219.html>).

Info: Mag. Stefan Holzer, Tel. 05572 / 21900 – 26 DW, Fax: 43 DW
E-Mail: stefan.holzer@aekvbg.at

Kurative Tätigkeiten von Arbeitsmedizinern in Betrieben

Niedergelassene Ärzte erbringen gemäß § 45 Abs 2 ÄrzteG ihren Beruf in ihrer Ordinationsstätte bzw. von ihrer Ordinationsstätte aus. Pro Arzt dürfen maximal 2 Ordinationsstätten begründet werden.

§ 45 Abs 3 ÄrzteG regelt, inwieweit ärztliche Tätigkeiten auch außerhalb von Ordinationsstätten erbracht werden dürfen. Aus dieser Bestimmung folgt, dass ein Arzt freiberuflich ohne Ordinationsstätte u.a. auch in Betrieben im Rahmen von arbeitsmedizinischen Tätigkeiten ärztlich tätig werden darf. Zu beachten ist dabei jedoch der Aufgabenbereich der Arbeitsmediziner. Dieser ist im Wesentlichen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geregelt. Demnach kommt Arbeitsmedizinern die Aufgabe zu, die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer, die Sicherheitsvertrauenspersonen und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesen Gebieten zu unterstützen. Weiters haben Arbeitgeber dafür zu sorgen, dass alle Arbeitnehmer sich auf Wunsch einer regelmäßigen geeigneten Überwachung der Gesundheit je nach den Gefahren für ihre Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz durch die Arbeitsmediziner unterziehen können. Auch Eignungs- und Folgeuntersuchungen gemäß §§ 49 ff ArbeitnehmerInnenschutzgesetz fallen in den Aufgabenbereich der Arbeitsmediziner.

Arbeitsmedizinische Tätigkeiten sind somit in erster Linie präventivmedizinische Tätigkeiten.

Die Ausübung kurativer (vom Aufgabenbereich der Arbeitsmediziner nicht umfasster) ärztlicher Tätigkeiten in Betrieben (sofern dort keine Ordinationsstätte begründet wird) verstößt gegen das im ÄrzteG verankerte Verbot der Wanderpraxis und ist daher nicht statthaft.

5.2.5 Umweltschutzzarzt

Die Ausbildung auf diesem Gebiet (ÖÄK - Diplom) befähigt in besonderem Maße zu einer gutachterlichen Tätigkeit bei verschiedenen Behörden und in entsprechenden Verwaltungsverfahren.

5.2.6 Gutachterliche Tätigkeit

Eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung ist nachzuweisen, weiters ist eine Gutachterprüfung abzulegen. Anschließend kann man sich, wenn Bedarf in diesem Fachgebiet besteht, beim Präsidenten des gewünschten Landesgerichtes vereidigen lassen. Danach ist man „*allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger*“. Mögliche Aufträge erhält man von Versicherungen, Gerichten und Privatpersonen. Nähere Informationen sind beim Landesgericht Feldkirch (Tel. 05522/302-0) erhältlich.

Es kommt vor, dass Privatpersonen glauben, sich Bestätigungen oder Gutachten „kaufen“ zu können, weil sie ja dafür zahlen.

✔ **TIPP:** Stellen Sie NIE Gefälligkeitsgutachten- oder Bestätigungen aus. Solche Schriftstücke können Ersatzansprüche oder peinliche Situationen vor Gericht nach sich ziehen. Bestätigen Sie nur Krankheitsbilder oder Einschränkungen, die tatsächlich vorliegen und objektiv nachvollziehbar sind.

Bitte beachten Sie auch das diesbezügliche Kapitel 37 - Krankschreibung aus Gefälligkeit!

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,

E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

5.3 Formen der Zusammenarbeit

Bei der Niederlassung sollte sich jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt die Frage stellen, ob die Berufsausübung in Zusammenarbeit mit Kollegen aus organisatorischen, finanziellen oder aus Gründen der medizinischen Qualität von Vorteil ist. In der Praxis hat sich vor allem die gemeinsame Nutzung von Ordinationsräumen und medizinischen Geräten (Ordinations- und Apparategemeinschaft) bewährt.

5.3.1 Ordinations- und Apparategemeinschaft

Unter Beibehaltung der jeweils eigenen Praxis erfolgt eine gemeinsame Nutzung von bestimmten Räumen, von Personal, medizinischen Apparaten, gemeinsamen Einrichtungen von allen an der Ordinations- und Apparategemeinschaft beteiligten Ärzten. Der Grad der Zusammenarbeit hängt von der jeweiligen Organisation ab. Jeder Arzt hat seine eigenen Patienten zu betreuen. Seine persönliche Verantwortung bleibt unangetastet.

Die Ordinations- und Apparategemeinschaft und ihre Mitglieder sind bei der Ärztekammer zu melden.

Ordinations- und Apparategemeinschaften zwischen Kassenvertragsärzten bedürfen darüber hinaus der Zustimmung der Ärztekammer und der Österreichischen Gesundheitskasse und müssen zu einer Serviceverbesserung für die Anspruchsberechtigten führen. Eine solche Serviceverbesserung ist beispielsweise beim Zusammenschluss von zwei Ärzten für Allgemeinmedizin dann gegeben, wenn Mindestordinationszeiten von Montag bis Freitag, vormittags und nachmittags, angeboten werden (vgl. § 8a ÖGK-Gesamtvertrag).

5.3.2 Job-Sharing bei Kassenvertragsärzten

Für die Teilung eines Kassenvertrages (**Job-Sharing**) bestehen 3 Möglichkeiten:

- vorübergehendes Job-Sharing für längstens 12 Jahre mit grundsätzlich freier Auswahl des Teilungspartners
- dauerhaftes Job-Sharing - hier finden die Reihungsrichtlinien bei der Auswahl des Teilungspartners Anwendung
- Gemeinsame Bewerbung auf eine Kassenstelle - auch hier finden die Reihungsrichtlinien Anwendung.

Interessierte Ärzte erhalten gerne nähere Informationen im Kammeramt oder auf der Kammerhomepage (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/jobsharing>).

5.3.3 Erweitertes Job-Sharing bei Kassenvertragsärzten

Zusätzlich zum normalen Job-Sharing (Kapitel 5.3.2.) besteht auch die Möglichkeit des sog. **erweiterten Job-Sharings** wie folgt:

- a) Mit dem erweiterten Job-Sharing soll die Versorgungskapazität einer Kassenstelle vorübergehend (bis zu 12 Jahre) um bis zu 90% erhöht werden, der Teilungspartner kann frei ausgewählt werden.
- b) Anwendungsfälle sind:
 - eine trotz zumindest zweimaliger Ausschreibung nicht besetzte Vertragsarztstelle
 - ein vorübergehender Versorgungsengpass. Ein solcher ist dann gegeben, wenn in einem Versorgungsgebiet (als solches gilt bei AllgemeinmedizinerInnen der Sprengel lt. Stellenplan und bei FachärztInnen der Gerichtsbezirk) von Kammer und Kasse gemeinsam anhand von Kriterien wie insbesondere Bevölkerungszahl/-struktur/-wachstum, Fallzahlen, Ärztedichte, Wartezeiten, medizinische Entwicklung, Beschwerden, Alter der Vertragsärzte ein solcher festgestellt wird.
- c) Kammer und Kasse legen einvernehmlich und unter Berücksichtigung des Ausmaßes des vorübergehenden Engpasses den zusätzlichen Versorgungsanteil fest (10% bis 90%).
- d) Der zusätzliche Versorgungsanteil ist den im jeweiligen Versorgungsgebiet tätigen VertragsärztInnen von der Ärztekammer nachweislich zur Kenntnis zu bringen mit dem Hinweis auf die beabsichtigte Ermöglichung einer vorübergehenden erweiterten Vertragsteilung und die Möglichkeit, hierzu binnen einer Frist von 4 Wochen ab Zustellung Interesse zu bekunden. Wird von mehr als einem Vertragsarzt Interesse bekundet, erhält der Vertragsarzt mit der im Durchschnitt der letzten 12 Quartale höchsten Anzahl an abgerechneten kurativen Kassenfällen die Möglichkeit zur vorübergehenden Vertragsteilung. Bei jenen VertragsärztInnen, die noch keine 12 Quartale tätig sind, werden nur die vorliegenden Quartale für diese Durchschnittsberechnung herangezogen.
- e) Die erweiterte Teilung einer Vertragsarztstelle ist für längstens 12 Jahre möglich. Nach diesem Zeitraum ist eine weitere Zusammenarbeit - sofern Kammer und Kasse einer solchen zustimmen - grundsätzlich wie folgt möglich:
 - Gründung einer Erweiterungsgruppenpraxis
 - Dauerhafte erweiterte Vertragsteilung (diesfalls ist der Erweiterungsanteil öffentlich auszuschreiben, die Reihungsrichtlinien finden Anwendung,...).
- f) Der bestehende Kassenvertragsarzt und der Teilungspartner müssen sich verpflichten die Mindestordinationszeit für die Dauer der erweiterten Vertragsteilung entsprechend dem Ausmaß der Erhöhung der Versorgungskapazität auszudehnen (d.h. bei z.B. Erhöhung der Versorgungskapazität auf z.B. 150% auf 30 Stunden pro Woche) und diese wie folgt zu verteilen: 5-Tage-Woche, mindestens zwei Nachmittagsordinationen bzw. eine Nachmittags- und eine Samstagordination; alternativ 4-Tage-Woche, mindestens drei Nachmittagsordinationen bzw. zwei Nachmittags- und eine Samstagordination; eine Nachmittagsordination beginnt frühestens um 13.00 Uhr. Abweichungen hiervon können im Einvernehmen mit Kammer und Kasse vereinbart werden.
- g) Die Mindestordinationszeiten der beiden Teil-Vertragsärzte dürfen sich nicht decken.
- h) Die erweiterte Vertragsteilung darf erst vorgenommen werden, wenn die schriftliche Zustimmung von Kammer und Kasse vorliegt.

Auch besteht die Möglichkeit, dass bei den **Modellen B (dauerhaftes Job-Sharing)** sowie **C (gemeinsame Bewerbung auf eine Kassenvertragsarztstelle)** der Versorgungsauftrag analog dem oben ausgeführten erweiterten Job-Sharing-Modell ausgeweitet wird; beim Modell B allerdings erst nach Ablauf des ersten Jahres der Vertragsteilung.

Interessierte ÄrztInnen erhalten gerne nähere Informationen im Kammeramt oder auf der Kammerhomepage (<https://www.arztinvoarlberg.at/aek/public/jobsharing>).

5.3.4 Gruppenpraxis

Bei dieser Form der Zusammenarbeit erfolgt ein völliger Zusammenschluss der teilnehmenden Ärzte, d.h. nach außen, z.B. gegenüber dem Patienten tritt nicht der einzelne Arzt, sondern die Gruppenpraxis als solche auf.

Als Gruppenpraxen gelten Zusammenschlüsse von Ärzten in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG) und der GmbH.

Wesentliche Kriterien für Gruppenpraxen sind insbesondere:

- Nur zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärzte dürfen Gesellschafter werden.
- Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.
- Unzulässig ist die Anstellung von Gesellschaftern
- Größenbegrenzung: pro Gesellschafter können höchstens fünf vollbeschäftigte Personen angestellt werden, die einen Gesundheitsberuf ausüben, maximal jedoch 30 Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben (ausgenommen Ordinationsgehilfen). Diese Größenbegrenzung gilt solange nicht für Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Radiologie, als die ärztliche Verantwortung für die ärztliche Leistung für einen bestimmten Behandlungsfall bei einem bestimmten Gesellschafter liegt.

Es gibt drei Arten von Gruppenpraxen:

1) Gruppenpraxen mit Kassenverträgen:

- Die Zulassung zur Gruppenpraxis erfolgt über einen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag im Rahmen des „Stellenplanes“. Der mit der ÖGK abgeschlossene Gruppenpraxen-Gesamtvertrag kann im Internet heruntergeladen werden: <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk>
- Zudem ist eine schriftliche Anzeige an den Landeshauptmann erforderlich – daran anschließend wird die Gründung einem Ausschuss der Landesgesundheitsplattform angezeigt, der aus Vertretern von Land Vorarlberg, ÖGK und Ärztekammer besteht. Zudem muss die Errichtung einer Gruppenpraxis auch der Wirtschaftskammer angezeigt werden, wenn die Gesellschafter keinen Einzelvertrag zuvor hatten.
- Für Gruppenpraxen sind eigene Gesamtverträge mit speziellen Regelungen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben (insbesondere hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektren) mit einer eigenen Honorarordnung abzuschließen (der mit der ÖGK abgeschlossene Gruppenpraxen-Gesamtvertrag enthält demzufolge in § 9 insbesondere entsprechende Honorarabschlüsse für Gruppenpraxen).
- Reihungskriterienverordnung gilt bei Nachfolgen in Gruppenpraxen (d.h. bei Ausscheiden eines Gesellschafters aus der Gruppenpraxis muss dessen Gesellschaftsanteil öffentlich ausgeschrieben werden, wobei für die Besetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle prozentmäßig eine Bandbreite festgelegt ist, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen).
- Die Abrechnung von Gruppenpraxen hat seit 1.1.2014 auf Basis einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu erfolgen.
- Vergütung der Tätigkeit von Gruppenpraxen:
Fachgleiche Gruppenpraxen: vgl. insbesondere § 9 ÖGK-Gruppenpraxen-Gesamtvertrag (u.a. Honorarabschlüsse gegenüber Einzelordinationen bzw. Ordinations- und Apparategemeinschaften).
Fachunterschiedliche Gruppenpraxen: hier sind nur Pauschalmodelle (z.B. Fallpauschalen, Deckelungen, Kopfpauschalen) möglich; der ÖGK-Gruppenpraxen-Gesamtvertrag gilt für diese Art von Gruppenpraxen erst, wenn eine gesamtvertragliche Vereinbarung über Pauschalmodelle abgeschlossen wird. Bis dahin könnten allenfalls nach bundeseinheitlichen Grundsätzen Sonder-Einzelverträge abgeschlossen werden.

2) Wahl-Gruppenpraxis mit Kostenerstattung:

- Die bescheidmäßige Genehmigung von Wahlgruppenpraxen erfolgt – sofern sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen – nach einem Zulassungsverfahren (= Bedarfsprüfung) durch den Landeshauptmann nur bei wesentlicher Verbesserung der Versorgung. Dabei wird vom Landeshauptmann durch Auflagen der Versorgungsauftrag der Gruppenpraxis hinsichtlich des Leistungsangebotes (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung sowie Leistungsspektrum) und der Öffnungszeiten (unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) bestimmt.

3) Wahl-Gruppenpraxis, die ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbringt:

- Die Gründung einer solchen Gruppenpraxis setzt die Eintragung in das Firmenbuch und die Eintragung in die Ärzteliste voraus; sie ist vom obigen Zulassungsregime ausgenommen.
- Wenn eine solche Gruppenpraxis sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge nichtig (d.h. kein Honoraranspruch gegenüber dem Patienten), worüber der Patient vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist.

Die Gründung einer Gruppenpraxis stellt an die beteiligten Ärzte weitreichende organisatorisch-rechtliche Anforderungen. Im Hinblick auf die teilweise rigiden Vorschriften sollte eine Gruppenpraxisgründung gut überlegt sein.

5.3.5 Anstellung von Ärzten bei Ärzten

Zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte können in einer Ordination angestellt werden (vgl. § 47a ÄrzteG). Turnusärzte hingegen können ausschließlich im Rahmen der Lehrpraxisausbildung in einer anerkannten Lehrpraxis angestellt werden.

Das Gesetz schränkt allerdings die Anzahl der anzustellenden Ärzte für Einzelordinationen und Gruppenpraxen ein. Die Anstellungsmöglichkeit wird in Vollzeitäquivalenten bemessen, wobei ein Vollzeitäquivalent 40 Wochenstunden entspricht. Ein Vollzeitäquivalent kann auf maximal zwei zeitbeschäftigte Ärzte aufgeteilt werden (wobei das Ausmaß der Beschäftigung frei wählbar ist). Im Konkreten sind folgende Anstellungsmöglichkeiten vorgesehen:

Einzelordination:	ein Vollzeitäquivalent (= 40 Wochenstunden, aufgeteilt auf max. 2 Ärzte)
Gruppenpraxis:	die Anzahl der Gesellschafter-Vollzeitäquivalente (höchstens aber insgesamt zwei Vollzeitäquivalente)

Eine Anstellung darf immer nur im jeweiligen Fachgebiet des Ordinationsinhabers erfolgen. Der Ordinationsinhaber ist trotz Anstellung eines Arztes ex lege weiterhin maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet (dh der anstellende Arzt muss überwiegend selbst in der Ordination anwesend sein). Für die Patienten ist die freie Arztwahl zu gewährleisten, wobei der angestellte Arzt die medizinische Letztverantwortung trägt.

Den jeweils aktuellen **Kollektivvertrag für die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten** finden Sie auf unserer Homepage (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/arzt-als-dienstgeber>). Gerne können Sie diesen auch im Kammeramt anfordern (Mag. Stefan Holzer - DW 26; stefan.holzer@aekvbg.at).

Für Kassenärzte gelten spezielle Vorgaben - Näheres dazu siehe Kapitel 4.

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

5.3.6 Primärversorgungseinheiten (PVE)

Kassenärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde können sich – wenn die Kassenstellenplanung dies vorsieht – im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung um die Bildung einer Primärversorgungseinheit bewerben. Voraussetzung für ein PVE sind mindestens 2 Vollzeitäquivalente (2 Kassenstellen), im Hinblick auf die umfangreichen Öffnungszeiten eines PVE (40 Stunden ganzzährige, Tagesrandzeiten) ist allerdings dringend anzuraten, ein PVE mit mindestens 3 Vollzeitäquivalenten umzusetzen. Dabei wird zwischen PVE-Zentren und PVE-Netzwerken unterschieden. Zusätzlich sind die Vorgaben des PVE-Gesamtvertrages sowie der regionalen gesamtvertraglichen PVE-Vereinbarung für Vorarlberg zu beachten und einzuhalten. Eine Primärversorgungseinheit stellt sehr weitreichende organisatorisch-rechtliche Anforderungen an die Ärzte dar. Interessierte Ärzte erhalten gerne nähere Informationen in der Ärztekammer für Vorarlberg.

PVE-Gesamtvertrag und regionale PVE-Vereinbarung für Vorarlberg
<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/primaerversorgung>

PVE-Stellenplan Vorarlberg
<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk>

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

5.4 Der pharmazeutische Notapparat

Nach dem Ärztegesetz besteht für alle Ärzte die Verpflichtung „die nach der Art ihrer Praxis und nach den örtlichen Verhältnissen für die Erste – Hilfe – Leistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten“.

Kassenärzten werden Heilmittel, Verbandsmaterialien und Reagenzien von der Sozialversicherung (ÖGK) in Form des sogenannten **Ordinationsbedarfes** zur Verfügung gestellt. Nähere diesbezügliche Informationen, insbesondere wie die Bestellung im Detail erfolgt und welche Artikel erhältlich sind, sind bei Herrn Mag. (FH) Philipp Bonadimann von der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg, erhältlich.
Tel. +43 5 0766-191180 (quartalsbestellung@oegk.at)

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879309&portal=oegkvportal>

5.5 Versorgung Blutzuckermessstreifen (Folgeverordnungen Diabetiker):

Für den Bezug von Diabeteszubehör (Blutteststreifen, Lanzetten, Geräte, Nadeln) ist eine medizinische Verordnung und eine Schulung zur Blutzuckerselbstkontrolle durch einen Facharzt für Innere Medizin, einen am Programm „Therapie aktiv - Diabetes im Griff“ teilnehmenden Arzt oder einer Internen Abteilung eines Krankenhauses notwendig. Aufgrund dieser Erstverordnung, welche eine Gültigkeit von einem Jahr besitzt, ist der Patient berechtigt, den erforderlichen Selbstkontrollbedarf (Blutteststreifen, Lanzetten, Geräte, Nadeln) jeweils für ein Quartal bei der Ausgabestelle der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg, anzufordern.

Nach Ablauf dieses Jahres ist eine Folgeverordnung für den weiteren Bezug des Zubehörs bei der ÖGK vorzulegen. Diese Folgeverordnung kann entweder durch den Erstverordner aber auch von einem anderen Arzt (z.B. Hausarzt) ausgestellt werden. Um Missverständnisse und Mehraufwände zu verhindern, wurde ein neues Formular eigens für Folgeverordnungen entworfen. Dieses ist bei der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg, erhältlich (Frau Kathrin Prantl; kathrin.prantl@oegk.at).

5.6 Kommunikation aufbauen

5.6.1 Gemeinde

Knüpfen Sie Kontakte mit Vertretern der Gemeinde. Vor allem im ländlichen Bereich sind Gemeinden bereit, Ärzte zu unterstützen, die eine Ordinationseröffnung planen. Teilweise werden günstige

oder zinsfreie Kredite zur Verfügung gestellt, teilweise Ordinationsräumlichkeiten mit ermäßigter Miete in den ersten Jahren.

5.6.2 Kolleginnen und Kollegen

Planen Sie ein Eröffnungsfest und laden Sie die Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Umfeld zusätzlich zu Ihrem Freundeskreis ein. Dies ist eine nette Geste. Sie müssen nicht befürchten, dass alle Eingeladenen kommen.

5.6.3 Sozialversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB)

Nehmen Sie spätestens 6 Wochen vor Aufnahme ihrer vertrags- oder wahlärztlichen Tätigkeit Kontakt mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern, insbesondere mit der ÖGK (Frau Martina Troppacher Tel. 050766-191650; martina.troppacher@oegk.at) auf. Dies ist notwendig, damit die erforderlichen Schritte von diesen in die Wege geleitet werden können (Vertragspartnernummer anfordern, Rezeptrecht, Formularbestellung,...).

5.7 Auswahl der Ordinationshilfe

Die Ordinationshilfe ist die erste Person, mit der Ihr Patient Kontakt hat, und auch die letzte Person, bevor er die Ordination verlässt. Sie ist somit eine zentrale Person in Ihrer Praxis, die den „ersten Eindruck“ entscheidend mitbestimmt. Bedenken Sie diese Tatsache bei Ihren Einstellungsgesprächen.

Die Ordinationshilfe nimmt Ihnen vor allem organisatorische Arbeiten ab, um nicht Ihre wertvolle Zeit zu blockieren.

Die Ärztekammer für Vorarlberg verfügt seit vielen Jahren über eine Stellenbörse für stellensuchende Arzthelferinnen. Beachten Sie bitte auch die Ausführungen im Kapitel 22, dort können Sie nachlesen, welche (insbesondere medizinischen) Tätigkeiten von der Ordinationsgehilfin ausgeübt werden dürfen, sofern diese über eine entsprechende Ausbildung (z.B. MAB-Gesetz) verfügt. Achten Sie unbedingt bei der Einstellung darauf, dass die Ordinationsgehilfin über die für Ihren Praxisbetrieb erforderliche Ausbildung verfügt!

Sie suchen eine Ordinationshilfe und möchten von dieser Stellenbörse Gebrauch machen? Sie finden nähere diesbezügliche Informationen im internen Bereich der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/login.html>).

Info: Manuela Mandl, Tel. 05572 / 21900 – 40 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: manuela.mandl@aekvbg.at

5.8 Kollektivvertrag für die nichtärztlichen Angestellten von Ärzten sowie Musterdienstvertrag

Den derzeit gültigen Kollektivvertrag für nichtärztliche Angestellte sowie einen Musterdienstvertrag für Ordinationshilfen finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/arzt-als-dienstgeber>.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

5.9 Ordinationszeit – Erreichbarkeit für die Patienten

Die Ordinationszeit ist bei Wahlärzten prinzipiell frei gestaltbar, Vertragsärzte haben hingegen die mit den Krankenkassen vertraglich vereinbarten Ordinationszeiten einzuhalten. Dabei gilt für Vertragsärzte folgende Vorgabe seitens der Krankenkassen (vgl. Pkt. III/4 der Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten - siehe Kapitel 4):

Bereitschaft des Bewerbers, sich im Einzelvertrag zu einer regelmäßigen wöchentlichen Mindestordinationszeit von 20 Stunden an 5 Tagen zu verpflichten. Die Ordination muss mindestens zweimal auch an Nachmittagen geöffnet sein. Diese Grundvoraussetzung ist auch erfüllt, wenn der Bewerber eine regelmäßige Mindestordinationszeit von 20 Stunden an 4 Tagen anbietet, wenn die Ordination an mindestens drei Nachmittagen geöffnet ist; ist an einem Samstag offen, kann eine Nachmittagsöffnung entfallen. Eine Nachmittagsöffnung beginnt frühestens ab 13:00 Uhr und dauert mindestens

zwei Stunden. Die konkret zu vereinbarenden Mindestordinationszeiten haben sich an den im jeweiligen Versorgungsgebiet bereits bestehenden Mindestordinationszeiten der dort ordinierenden Vertrags(fach)ärzte zu orientieren. Als Maßstab für die zeitliche Verteilung gilt die von Kammer und Kasse beschlossene Empfehlung zur Abstimmung der Ordinationszeiten für Vertragsärzte (Anlage 4 der Reihungsrichtlinien). Kammer und Kasse können Bewerber, welche nicht bereit sind, die zeitliche Verteilung der wöchentlichen Mindestordinationszeit zur Gänze zu erfüllen, in begründeten Ausnahmefällen dennoch im Bewerbungsverfahren berücksichtigen.

5.10 Formularwesen

Die Vertragsärzte erhalten sämtliche für die vertragsärztliche Tätigkeit notwendigen Formulare von der Österreichischen Gesundheitskasse.

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879309&portal=oegkvportal>

Im Unterschied zu den anderen österreichischen Bundesländern stellt die ÖGK in Vorarlberg sämtliche Formulare auch den Wahlärzten zur Verfügung.

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879314&portal=oegkvportal>

Ansprechpartner für die Formularbestellung bei der ÖGK ist Frau Martina Troppacher (Tel. 050766-191650; martina.troppacher@oegk.at). Mindestens 6 Wochen vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit muss Kontakt mit Frau Troppacher aufgenommen werden, damit die Formulare bestellt und rechtzeitig geliefert werden können.

Es gibt aber auch die Möglichkeit, Kassenformulare auf "Standard A4 weiß" zu drucken. Von den kleinen Kassen (SVS und BVAEB) gibt es ebenfalls die Zusage, dass diese Formulare verwendet werden können. Für die Umsetzung in Ihrem Arztpaket, wenden Sie sich bitte an Ihren EDV-Anbieter. Die Formulare können auf der Ärztekammer-Homepage eingesehen/abgerufen werden (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/kassenformulare>).

Info: Hans-Peter Rauch, Tel. 05572 / 21900 – 28 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: edv@aekvbg.at

eKOS - elektronisches Kommunikationssystem

Noch steht nicht fest, ob und ab wann eKOS von den Vertragsärzten verpflichtend verwendet werden muss, da zahlreiche Fragen bei diesem System noch nicht geklärt sind. **Verwenden Sie dieses System daher vorerst nicht und kaufen Sie auch kein Modul von Ihrem Softwareanbieter.** Erkundigen Sie sich in der Ärztekammer für Vorarlberg über den aktuellen Stand.

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

Bei der eKOS-Applikation handelt es sich um die elektronische Erfassung, Übermittlung und Bearbeitung von Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen.

Bei eKOS sollen sowohl die Anschaffungskosten als auch die laufenden Wartungskosten zum Teil von der Sozialversicherung finanziert werden. Die Investitionskosten sollen nach Ermittlung der tatsächlichen Anzahl an Installationen im Wege der Ärztekammer für Vorarlberg rückerstattet werden. Die laufenden Wartungskosten können mit der neuen Honorarordnungsposition 45 (siehe dazu auch Kapitel 35) mit der ÖGK abgerechnet werden.

Hinsichtlich der Implementierung von eKOS in Ihre Arztsoftware wenden Sie sich bitte an Ihren Arztsoftware-Hersteller.

Damit die Investitionskosten abgegolten werden können bzw. damit die Pos. 45 abgerechnet werden kann, muss das nachstehende Formular vollständig ausgefüllt der Ärztekammer für Vorarlberg vor Verwendung von eKOS retourniert werden.

**An die
Ärztekammer für Vorarlberg
z.H. Standesführung
Schulgasse 17, 6850 Dornbirn**

Bestätigung über die Implementierung von eKOS

Ich bestätige hiermit, dass die Implementierung des „elektronischen Kommunikationssystems eKOS“ in meine Arztesoftware durch die angeführte Softwarefirma erfolgt ist, und ich eKOS somit produktiv verwende.

Name Arzt: _____
Vertragspartner-
nummer: _____
Kontonr. (IBAN): _____

Softwarefirma: _____
Installation am: _____

Diese Bestätigung dient der Auszahlung des SV-Anteils an den Anschaffungskosten und ist Voraussetzung für die Abrechnung der Position 45 der ÖGK-Honorarordnung. Eine Abrechnung der Pos. 45 ist erst nach Übermittlung dieser vollständig ausgefüllten Bestätigung an die Ärztekammer für Vorarlberg möglich.

Der SV-Anteil an den Anschaffungskosten orientiert sich an der Anzahl der österreichweiten eKOS-Implementierungen.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Bitte senden Sie dieses Blatt ausgefüllt per Post, Fax oder E-Mail (aek@aekvbg.at) an die Ärztekammer für Vorarlberg (z.H. Standesführung).

5.11 Krankmeldungen

Krankmeldungen im Sozialversicherungsbereich sind den Vertragsärzten vorbehalten und in den Satzungen der Sozialversicherungsträger für Wahlärzte grundsätzlich nicht vorgesehen. Der Wahlarzt kann jedoch eine Krankenstandsempfehlung an den Vertrauensarzt der Krankenkasse oder einen Vertragsarzt (Hausarzt) weitergeben.

Die Krankenstandsmeldung ist elektronisch mittels des über das e-card-System angebotenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungsservice (AUM) zu erstatten. Folgende Felder sind vom Vertragsarzt verpflichtend zu befüllen:

- SVNr. (falls nicht durch Stecken der e-card ohnehin erfasst)
- Zuständiger KV-Träger (falls nicht automatisch ermittelt bzw. Patient nur Meldung an bestimmten KV-Träger wünscht)
- EKVK-Daten (falls es sich um einen Patienten handelt, der den Arzt aufgrund eines Anspruches gemäß diesbezüglichen rechtlichen Bestimmungen mittels EKVK in Anspruch nimmt)
- Arbeitsunfähig von
- Letzter Tag der AU (Feld ‚vorauss. Ende der AU‘ ist bis auf schriftlichen Widerruf durch den Versicherungsträger nicht zu befüllen!)
- Behandlungsbeginn
- Rückdatierungsgrund (falls Rückdatierung erfolgt)
- Diagnose (im Klartext, keine verpflichtende Codierung); hier kommt es möglicherweise durch die Neuregelung des § 51 Abs 1a ÄrzteG im Laufe des Jahres 2025 zu Änderungen.
- Bettruhe
- Berufskrankheit
- Stromunfall
- Ereignis (Zusatzdiagnose)
- Besonderer Erkrankungstyp
- Abweichende Ausgehzeit von bis (falls Ausgehzeit bewilligt wird)

Wir empfehlen Ihnen darauf zu achten, dass Sie die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen korrekt durchzuführen (vgl. dazu auch Kapitel 37 - Krankschreibung aus Gefälligkeit).

6 DIE VERORDNUNG VON MEDIKAMENTEN

Jeder Arzt, der seine Ausbildung zum Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin abgeschlossen hat, darf Heilmittel, Medikamente, Heilbehelfe etc. verordnen.

6.1 Arzt und Apotheker

Die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern ist wichtig, um das Vertrauen der Patienten in der Medikamentenversorgung zu erhalten, d.h. vor der Niederlassung ist eine Kontaktaufnahme mit den umliegenden Apotheken sehr empfehlenswert.

Informationen, die zwischen Arzt und Apotheker regelmäßig fließen sollten:

- Einführung neuer Medikamente
- Hinweise auf Medikamentenmissbrauch
- Vorschläge zur besseren Bevorratung
- Absprache über Impfkationen
- Gegenseitige Kritik und Anregungen
- Arzneimittelzwischenfälle

6.2 Grundsätzliches zum Erstattungskodex und zu chef- und kontrollärztlichen Bewilligungen:

Der **Erstattungskodex** enthält die auf Kosten der Sozialversicherung verschreibbaren Arzneimittel. Arzneimittel können daher nur dann auf Kosten der Krankenversicherungsträger verschrieben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt sind. Lediglich in besonders begründeten Einzelfällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn die Arzneyspezialität nicht im Erstattungskodex angeführt ist (No-Box-Medikament) und eine chef- und kontrollärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes vorliegt. Der Erstattungskodex gliedert sich in einen grünen, einen gelben und einen roten Bereich.

Der **Grüne Bereich** enthält jene Arzneyspezialitäten, welche entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen in der als frei verschreibbar angegebenen Menge ohne die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes abgegeben werden dürfen.

Der **Gelbe Bereich** enthält jene Arzneyspezialitäten, welche einen wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für Patienten aufweisen und die aus medizinischen und/oder gesundheitsökonomischen Gründen nicht in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen wurden. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des medizinischen Dienstes übernommen. Für einzelne Arzneyspezialitäten des Gelben Bereiches, deren Aufnahme sich auf eine bestimmte Verwendung bezieht, ist vorgesehen, dass die ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendung ersetzt werden kann. Diese Arzneyspezialitäten sind mit RE 2 gekennzeichnet. Anstelle der Einholung der vorherigen Bewilligung des medizinischen Dienstes ist bei diesen Arzneimitteln die Einhaltung der bestimmten Verwendung in der Patientenkartei zu dokumentieren. Werden RE 2 gekennzeichnete Arzneyspezialitäten ohne oder nur mit mangelhafter Dokumentation verschrieben, so kann es nach einem abgestuften Verfahren (Verwarnung, Rückzahlung, ausnahmslose Vorabbewilligungspflicht) zu einer Kündigung des Kassenvertrages kommen.

Der **Rote Bereich** enthält zeitlich befristet jene Arzneyspezialitäten, die erstmalig am österreichischen Markt lieferbar sind und für deren Aufnahme in den Erstattungskodex ein Antrag gestellt wurde. Die Kosten werden von den Krankenversicherungsträgern nur bei Vorliegen einer ärztlichen Bewilligung des medizinischen Dienstes übernommen. Dieser Bereich wird aufgrund der häufigen Änderungen nur im Internet (www.avsv.at) veröffentlicht.

Die erforderliche chef- und kontrollärztliche Bewilligung ist vom verordnenden Vertragsarzt einzuholen. Die Einholung der Bewilligung darf nicht auf den Patienten übertragen werden. Wichtig:

Sofern ein gültiges Kassenrezept vorliegt, geben die Apotheken - ohne weitere Kontrolle - die auf dem Kassenrezept verordneten Arzneimittel auf Kosten der Krankenversicherungsträger ab. Das gesamte finanzielle Risiko der Medikamentenverschreibung liegt beim verordnenden Arzt.

Für Arzneispezialitäten und magistrale Zubereitungen, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch – siehe insbesondere § 351c Abs. 2 ASVG bzw. EKO) müssen daher unbedingt Privatrezepte verwendet werden.

6.3 Ökonomische Verschreibung von Arzneimitteln:

Die bestehenden Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV) sehen vor, dass bei mehreren therapeutisch geeigneten Heilmitteln das ökonomisch günstigste Heilmittel zu wählen ist.

Im Gesamtvertrag mit der ÖGK ist verankert, dass die Vertragsärzte bei medizinischer Vertretbarkeit (diese ist z.B. bei nachgewiesener Allergie gegen einen Inhaltsstoff nicht gegeben) und unter Berücksichtigung einer gesicherten Compliance verpflichtet sind, die kostengünstigste wirkstoffgleiche Arzneispezialität (für wirkstoffähnliche Arzneispezialitäten sowie Biosimilars gilt diese Verpflichtung erst, wenn es zwischen ÖÄK und Dachverband zu einer entsprechenden gesamtvertraglichen Regelung kommt – dies ist derzeit noch nicht der Fall) vor allem bei Neueinstellungen, aber auch bei Folgeverordnungen zu verschreiben. Diese Verpflichtung gilt grundsätzlich auch bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Krankenbesuchen, es sei denn, die im Rahmen des Krankenbesuches verordnete Arzneispezialität wird nicht regelmäßig vom Vertragsarzt verordnet. Um diese Verpflichtung einhalten zu können, steht den Vertragsärzten ein Ökotool als Webversion unter folgendem Link zur Verfügung:

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844503&portal=svportal>

Vertragsärzte mit Arztsoftware haben das Ökotool sofern technisch möglich in ihre Software zu integrieren. Für die Implementierung des Ökotools in die Arztsoftware erhält jeder Vertragsarzt von der ÖGK einen einmaligen Zuschuss in Höhe der vom Arztsoftwareanbieter verrechneten Kosten, max. jedoch in Höhe von € 220.-, sofern er eine Bestätigung des Arztsoftwareanbieters, wonach das Ökotool gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen funktionsfähig in die Arztsoftware integriert ist, und eine entsprechende bezahlte Rechnung der ÖGK, vorlegt.

6.4 TNF-alpha-Blocker:

Die ÖGK verlangt für Fachärzte für Innere Medizin - sofern sie diese Medikamente verordnen möchten - dass diese vor Aufnahme in die Liste der verordnungsberechtigten Ärzte folgende Fortbildung der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen müssen:

Eine alle 3 Jahre wiederholende rheumatologische Fortbildung wie den EULAR oder Ähnliche, die auch das Thema der "Biologicals" beinhaltet, im Ausmaß von 14,5 bis 18 Stunden. Zusätzlich haben alle in diese Liste aufgenommenen Fachärzte für Innere Medizin eine solche Fortbildung alle 3 Jahre zu absolvieren und der Ärztekammer für Vorarlberg nachzuweisen.

Nähere diesbezügliche Informationen sind beim Abteilungsleiter des medizinischen Dienstes der ÖGK in Vorarlberg sowie im Kammeramt erhältlich.

6.5 e-Medikation:

Die ÖGK-Vertragsärzte sind verpflichtet, seit 01.02.2018 ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit. b GTelG im Informationssystem „e-Medikation“ bei der Verordnung zu speichern, sofern dies nicht durch die Ausübung von Teilnehmerrechten ausgeschlossen oder aus sonstigen Gründen (z.B. Offline-Betrieb, Hausbesuche etc.) nicht bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Sie haben das Recht, ELGA-Gesundheitsdaten gemäß § 2 Z 9 lit b GTelG, die im Informationssystem e-Medikation auffindbar sind, unter Berücksichtigung ihrer

Berufspflichten (§ 49 ÄrzteG) zu ermitteln, sofern im GTelG nichts Anderes, etwa durch die Ausübung von Teilnehmerrechten gemäß § 16 GTelG, festgelegt ist.

Die Prüfung von Wechselwirkungen erfolgt in der Eigenverantwortung des jeweiligen Arztes. Nach den Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes sind die Ärzte verpflichtet, über die ELGA-Patientenrechte in Form eines leicht lesbaren, gut sichtbaren und zugänglichen **Aushanges** in Ihren Räumlichkeiten zu informieren (der Aushang ist im Kammeramt erhältlich).

Situatives Opt-Out:

Auf Grund der datenschutzrechtlichen Anforderungen wurde im Gesundheitstelematikgesetz (§ 16 Abs 2 Z 2) die Möglichkeit des „*situativen Opt-Out*“ für ELGA Gesundheitsdaten und Medikamente verankert. Das bedeutet, dass der Patient der Aufnahme einzelner oder mehrerer Arzneimittel in die e-Medikation widersprechen kann. Die Entscheidung dafür liegt beim Patienten selbst. Der Arzt hat aber gegenüber seinen Patienten eine Informationspflicht, insbesondere dann, wenn es um die Aufnahme von ELGA-Gesundheitsdaten geht, die sich auf HIV-Infektionen, psychische Erkrankungen, Ergebnisse aus genetischen Analysen des Typs 2 und 3 (§ 71a Abs. 1 Gentechnikgesetz) oder Schwangerschaftsabbrüche beziehen.

a) Wann hat die Information über das situative Opt-Out zu erfolgen?

Da eine Aufklärung sinnvollerweise nur vor der zu treffenden Entscheidung erfolgen kann, hat die Information jedenfalls zu Beginn des Behandlungs- oder Betreuungsfalles vorzuliegen.

b) Besteht nur bei Hauptdiagnosen oder auch bei Nebendiagnosen eine Informationspflicht über das situative Opt-Out?

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die nach Durchführung aller Untersuchungen der Hauptgrund/Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten ist. Die Informationspflicht über das situative Opt-Out bezieht sich nur auf Hauptdiagnosen. Die Informationspflicht auch für Nebendiagnosen vorzusehen, würde wesentliche Prinzipien des Gesundheitstelematikgesetzes 2012, wie eine

- maximale Patient/inn/en/sicherheit,
- eine verbesserte, schnellere Verfügbarkeit medizinischer Informationen,
- die Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsdienstleistungen,
- die Aufrechterhaltung einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung oder
- die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

beeinträchtigen.

c) Wie oft hat die Information über das situative Opt-Out zu erfolgen?

Die Information hat nur einmal pro Behandlungs- oder Betreuungsfall stattzufinden. „Logische Klammer“ des Behandlungs- oder Betreuungsfalles ist der Krankheitsfall, unabhängig von der Abrechenbarkeit einzelner Teilleistungen in Laufe der Betreuung des Krankheitsfalls. Die Dauer des Behandlungs- oder Betreuungsfalles kann nur anhand der konkreten Umstände des jeweiligen Einzelfalles verlässlich beurteilt werden und durchaus auch mehr als 24 Monate betragen (OGH 17.09.2014, 7 Ob 143/14a), insbesondere dann, wenn es sich um die Betreuung einer chronisch erkrankten Person handelt. Man spricht hier auch von einer „fortgesetzten Behandlung“, heißt die Information hat zu Beginn des Behandlungs- und Betreuungsfalles zu erfolgen und nicht bei jedem erneuten Ordinationsbesuch oder jeder einzelnen Verschreibung im Zuge dieser fortgesetzten Behandlung.

d) Besteht die Hinweispflicht neben den 4 genannten Fällen auch in Fällen der Substitutionsbehandlung?

Die Aufzählung der Informationsfälle im Gesundheitstelematikgesetz (psychische Erkrankungen, HIV-Infektionen, Schwangerschaftsabbrüche, gentechnische Untersuchungen/Analysen) ist eine demonstrative. D.h. auch andere Fälle, in denen möglicherweise stigmatisierende Informationen in ELGA gelangen könnten, sind von der Informationspflicht umfasst. Zu diesen Fällen zählt sicherlich auch eine Substitutionsbehandlung. Aber auch hier gilt: Nicht bei jeder

einzelnen Verordnung entsteht die mögliche Hinweispflicht sondern am Beginn einer Substitutionsbehandlung.

e) Kann die Informationspflicht auch mit einem Formular wahrgenommen werden?

Ja - ein Muster kann im Kammeramt angefordert werden.

Es ist nicht vorgegeben, in welcher Form die Information an den Patienten zu erfolgen hat. Es wird empfohlen einen entsprechenden Ausdruck des Hinweises vom Patienten unterschreiben zu lassen und der Krankengeschichte beizulegen, um nachträglich ein ausgesprochenes situatives Opt-Out beweisen zu können.

f) Ist auch auf die potentiellen, negativen Konsequenzen eines situativen Opt-Outs hinzuweisen?

Diese Hinweispflicht ist nicht ausdrücklich im Gesundheitstelematikgesetz geregelt, allerdings können die gesundheitlichen Folgen eines erklärten situativen Opt-Outs für ELGA-Teilnehmer/innen wesentlich gravierender sein, als eines – mangels Information– nicht erklärten situativen Opt-Outs. Es darf daher von einem sorgfältigen Arzt erwartet werden, im Rahmen seiner Aufklärungspflicht auch die Risiken und Folgen eines situativen Widerspruchs zu erörtern.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass die Informationspflicht iZm dem situativen Opt-Out auch durch Formulare erfüllt werden kann. Dabei ist auf allfällige (medizinische) Nachteile eines situativen Opt-Outs hinzuweisen (das im Kammeramt erhältliche Formular enthält einen entsprechenden Hinweis).

Weitere Informationen zur e-Medikation finden Sie unter

<https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.789418&portal=ecardportal>

6.6 e-Rezept

Die relevanten Informationen zum e-Rezept finden Sie unter

<https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.865475&portal=ecardportal>

6.7 Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei der ÖGK:

Eine Verordnung von Heilmitteln auf Kosten der ÖGK darf nur für deren Versicherte und Angehörige bzw. für Versicherte und Angehörige anderer EU-Mitgliedsstaaten, EWR-Staaten und der Schweiz unter Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) oder mit einer diese Karte ersetzenden Anspruchsbescheinigung, erfolgen.

Vertragsärzte müssen das **elektronische Rezept (=eRezept)** verwenden. Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Softwareanbieter bzw. unter <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.865475&portal=ecardportal>

Beim Ausfüllen des Rezeptes muss seit 1. Jänner 2020 als leistungszuständiger Krankenversicherungsträger die „**ÖGK**“ **mit** dem jeweiligen Bundesland aufscheinen:

ÖGK-W für Wien,
ÖGK-N für Niederösterreich,
ÖGK-B für Burgenland,
ÖGK-K für Kärnten
ÖGK-ST für Steiermark,
ÖGK-S für Salzburg,
ÖGK-O für Oberösterreich,
ÖGK-T für Tirol und
ÖGK-V für Vorarlberg.

1. Die in der Anlage 1 aufgelisteten Arzneimittel können unter den dortigen Voraussetzungen verordnet werden (ehemalige **Positivliste, ausländische Medikamente, € 11,00 Regelung,...**).

2. **Grüner Bereich des Erstattungskodex:**

a) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB.: Facharztbeschränkung, Indikation) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:

- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
- in dringlichen Fällen bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes
- in dringlichen Fällen mit Facharzteinschränkung, in denen eine Facharztverordnung nicht eingeholt werden kann
- Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch einen nach dem EKO berechtigten Facharzt können Folgeverordnungen auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von dem nach dem EKO berechtigten Facharzt durchgeführt werden.
- Medizinische Notwendigkeit von alternativen Darreichungsformen eines Arzneimittels (über F2J, F6J und F 14 hinaus).

In diesen Fällen sind die Gründe für das Abgehen von den im grünen Bereich des Erstattungskodex genannten einschränkenden Regelungen in der Arztkartei des verordnenden Arztes wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt

- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann bzw. warum eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
- Folgeverordnung: Vorliegen eines Arztbriefes des Erstverordners, in dem die Verordnung dokumentiert ist
- F2J, F6J und F14: medizinische Gründe, weshalb die Verordnung einer anderen im grünen Bereich ohne Einschränkung enthaltenen Darreichungsform nicht möglich ist.

Eine besondere Kennzeichnung dieser Verordnungen auf dem Rezept ist in diesen Fällen nicht notwendig (ausgenommen per.vit. bei Lebensgefahr). Allerdings wäre hinsichtlich der Notfälle und dringlichen Fälle bei Nichterreichbarkeit des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der/die Patient/in dahingehend aufzuklären, dass eine Abgabe in der Apotheke nur am gleichen Tag oder während der Sperrzeit bis zur Öffnung am nächsten Tag und nur in Form der kleinsten zum Apothekenverkehr zugelassenen Packung möglich ist.

- b) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex hingegen eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 2a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe- willigung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) beim medizinischen Dienst eingeholt werden.

Eine Anfrage wird seitens des medizinischen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Bewilligungsanfrage von Montag bis Freitag (ausgenommen Feiertag) in der Zeit von 7.00 Uhr bis 19.30 Uhr und am Samstag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspanne einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt. Bewilligungsanfragen, die außerhalb der Kernzeit von Montag bis Freitag, 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr bei der ÖGK einlangen werden zur Bearbeitung an ein Kompetenzzentrum weitergeleitet. Für den Fall, dass ein Bewilligungsansuchen wegen eines Systemausfalles nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert, ist eine entsprechende Verschreibung ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung gegen Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei zulässig. Für den Fall, dass eine Antwort des chef- und kontrollärztlichen Dienstes nicht innerhalb der oben beschriebenen Frist von 30 Minuten erfolgt, reicht ebenso eine Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei für die Verschreibung aus.

Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

- c) Die im grünen Bereich des Erstattungskodex aufgelisteten Arzneyspezialitäten können ohne ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes verschrieben werden, wenn die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten und allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkungen (zB Indikationen, Facharztbeschränkungen) eingehalten werden. Bei Arzneyspezialitäten, bei denen „IND“ angeführt ist, und die gemäß der Indikation eingesetzt werden, ist auf dem Rezept der Vermerk „IND“ anzubringen.

3. hellgelber Bereich des Erstattungskodex (RE 2):

- a) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:

- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
- in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe für das Abgehen von diesen im hellgelben Bereich des Erstattungskodex genannten Einschränkungen sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 2a) aufzuklären.

b) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 3a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbeurteilung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) beim medizinischen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte. Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

c) Bei regelkonformen Verschreibungen aus dem hellgelben Bereich des Erstattungskodex (RE 2) ist vom verschreibenden Arzt eine der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung der Gesundheitsministerin entsprechende Dokumentation anzufertigen, die im Nachhinein durch den medizinischen Dienst kontrolliert werden kann. Dabei ist folgendes in der Arztkartei zu dokumentieren:

- Begründung, warum Sie bei Verschreibung eines Arzneimittels aus dem gelben Bereich nicht ein therapeutisch gleichwertiges Arzneimittel aus dem grünen Bereich verordnen
- Rezeptdaten (Name des Patienten, VSNR, Verordnungsdatum, Name des Medikamentes, Dosierung - „Rezept-Kopie“)
- Diagnose im Volltext oder auf Basis einer softwaregesteuerten Codierung
- Anamnese und Vorbehandlungsdaten, medizinische Befunde (Nachweis der bestimmten Verwendung (=Einhaltung der EKO-Regel). Es ist nachvollziehbar festzuhalten, dass die durch den EKO bestimmte Regel zutrifft).

Diese Daten sind bei einer Kontrolle durch den medizinischen Dienst diesem in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

Folgt der verschreibende Arzt der Verordnungsempfehlung eines vorverordnenden Facharztes bzw. einer vorverordnenden Krankenanstalt, so hat er die Dokumentation des Vorverordners nachzuweisen. Wenn ihm diese Dokumentation nicht bereits mit der Verordnungsempfehlung übermittelt wurde, hat er sie schriftlich, beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Ist die vom vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt übermittelte Dokumentation offensichtlich unvollständig, so hat der verschreibende Arzt eine Vervollständigung derselben schriftlich beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Solange der Vorverordner der schriftlichen Aufforderung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Folgeverordner zur Befolgung der Verordnungsempfehlung berechtigt.

Die Nichtbefolgung einer Aufforderung durch den Vorverordner binnen 4 Wochen ist der Verletzung der Dokumentationspflicht (§ 5 Abs 5 HBKV) gleich zu halten.

Bei Vertretungen (zB.: Urlaub, Krankheit, Wochenende,...) wird von der ÖGK anerkannt, dass die Vertretung auf die Dokumentation des vertretenen Arztes verweisen kann.

4. dunkelgelber (RE 1) und roter Bereich des Erstattungskodex:

a) Medikamente aus dem dunkelgelben oder roten Bereich des Erstattungskodex können in folgenden Fällen ohne Einholung einer chef- und kontrollärztlichen Bewilligung verschrieben werden:

- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
- in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe hierfür sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 2a) aufzuklären.

b) In allen anderen Fällen muss für Medikamente aus dem dunkelgelben (RE 1) oder roten Bereich des Erstattungskodex eine **Vorabbewilligung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)** beim chef- und kontrollärztlichen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte.

Das Kassenrezept darf dem Patienten erst dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt. .

5. Sofern ein Arzneimittel, das **nicht im Erstattungskodex aufgelistet ist (= No-Box) und auch nicht in der Anlage 1 als bewilligungsfrei genannt ist, verschrieben werden soll,** muss eine **Vorabbewilligung mittels elektronischem Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)** beim medizinischen Dienst eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 2b Gesagte.

Das Kassenrezept darf dem Patienten nur dann ausgehändigt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

6. Die nunmehr mit der Österreichischen Gesundheitskasse abgeschlossene Zielvereinbarung ist mit 31. Juli 2026 befristet. Eine Verlängerung für jeweils höchstens weitere zwei Jahre ist möglich, wenn die vereinbarten Kostenziele erreicht werden. Die Erreichung der Ziele setzt daher voraus, dass alle Vertragsärzte ihren Patienten Arzneimittel möglichst ökonomisch verschreiben.

7. Die Ausstellung von Privatrezepten durch Vertragsärzte zur Umgehung von Dokumentations- und Bewilligungspflichten während der Geltungsdauer dieser Zielvereinbarung ist unzulässig.

In folgenden Fällen müssen jedoch unbedingt - eindeutig als solche gekennzeichnete - Privatrezepte durch Kassenvertragsärzte ausgestellt werden:

- Verordnung von Arzneyspezialitäten und magistralen Zubereitungen, die nicht in die Leistungspflicht der ÖGK fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch,...)

Zusätzlich können insbesondere in folgenden Fällen - eindeutig als solche gekennzeichnete -Privatrezepte durch Kassenvertragsärzte ausgestellt werden:

- Der Kassenvertragsarzt stellt eine ABS-Anfrage an den medizinischen Dienst, die chef- und kontrollärztliche Bewilligung wird jedoch nicht erteilt, da die für dieses Medikament erforderliche EKO-Regel nicht zutrifft. Es gibt auch kein entsprechendes in die Leistungspflicht der Kasse fallendes Alternativmedikament. Wünscht der Patient dieses Medikament nach entsprechender Aufklärung durch den Vertragsarzt dennoch ausdrücklich, so kann ihm ein Privatrezept ausgestellt werden.
- Der Kassenvertragsarzt stellt eine ABS-Anfrage an den medizinischen Dienst, die chef- und kontrollärztliche Bewilligung wird jedoch abgelehnt, da es ein „kostengünstigeres“ Alternativmedikament (zB. ein Generikum) gibt. Wünscht der Patient nach entsprechender Aufklärung durch den Vertragsarzt dennoch das angefragte Medikament ausdrücklich, so kann ihm ein Privatrezept ausgestellt werden.

8. Arzneimittel, die für ÖGK-Versicherte während einer bzw. für eine Untersuchung oder Behandlung in der Ambulanz einer Krankenanstalt bzw. während oder für einen stationären Aufenthalt benötigt werden, dürfen nicht auf Kassenrezepten verschrieben werden (zB. Thyrogen).

9. Haftung:

Hat der Vertragsarzt keine Bewilligung eingeholt, haftet er für die der Kasse durch die Verordnung tatsächlich entstandenen Kosten unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite). Die Kasse verzichtet (unbeschadet der Bewilligungspflicht) im Rahmen dieser Vereinbarung auf die Geltendmachung der Haftung, wenn die nicht bewilligten und ihr tatsächlich entstandenen Heilmittelkosten unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) pro Arzt und Apothekenabrechnungsmonat den Betrag von € 300,00 nicht übersteigen. Wird diese monatliche Betragsgrenze überschritten, erfolgt eine schriftliche Mitteilung an den Vertragsarzt. Der Arzt hat in diesem Fall pro Kalenderjahr in dem die Verordnung erfolgte, maximal dreimal die Möglichkeit, gegen den Abzug Einspruch zu erheben, im Rahmen dessen er sich binnen 4 Wochen ab schriftlicher Mitteilung freibeweisen kann (Nachweis, dass die Verordnung im konkreten Fall bewilligt worden wäre). Gelingt der fristgerechte Nachweis, erfolgt kein Abzug, andernfalls werden die der Kasse tatsächlich unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) entstehenden Kosten dem Arzt vom nächstfolgenden Arzthonorar bzw. Hausapothekenumsatz abgezogen. Mit dem vierten Verstoß pro Kalenderjahr verliert der Vertragsarzt die Möglichkeit des Freibeweises und es erfolgt für jeden weiteren Monat, in dem die Betragsgrenze von € 300,00 überschritten wird, ein Abzug der der Kasse tatsächlich unter Abzug der Rezeptgebühr (ausgenommen Rezeptgebührenbefreite) entstehenden Kosten vom Arzthonorar bzw. Hausapothekenumsatz.

Hat der Vertragsarzt eine Bewilligungsanfrage gestellt und wurde die Bewilligung durch den medizinischen Dienst nicht erteilt, haftet der Vertragsarzt für die der Kasse durch die Verordnung entstandenen Kosten (ohne Freibeweismöglichkeit).

Anlage 1

Anlage zur Vereinbarung im Sinne des § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

1.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung keiner Bewilligungskommunikation.

a.) inländische Arzneispezialitäten

<u>Bezeichnung</u>	<u>Packungsgröße</u>	<u>Menge</u>
Kamillosan Tropfen	500 ml	OP I

b.) ausländische Arzneispezialitäten

Pharma-Zentralnummer	Medikamentenname	AEP €	KKP €	asept. Zubereitung	VGKK freie Menge
09999577	Bicanorm, 100 Filmtabletten	19,30	28,95		OP I
09999531	Fluphenazin-neuraxpharm D 25 mg, 5 Stk.	51,83	69,25		
09999548	Fluphenazin-neuraxpharm D 100 mg, 5 Stk.	183,97	205,30		
09999554	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 50 Tbl.	13,61	21,30		
09999560	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 100 Tbl.	24,19	34,85		

Achtung: Namensänderung von Natriumhydrogencarbonat auf Bicanorm
- es sind € 2,90 Importservice bereits in den Kassenpreis eingerechnet.

2.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO (hinsichtlich Pkt. c auch solcher aus dem EKO) bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung mit den jeweils aufgelisteten Ausnahmen ebenfalls keiner Bewilligungskommunikation.

a.) Indikationsgruppen

aa) Zytostatika

bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Adjuvantien,
- Zubereitung aus Organen und Mikroorganismen
- Kinasehemmer.

ab) Tuberkulostatika

bis OP II

insoweit diese Arzneimittel nach aa) und ab) nachweislich in der Ordination des niedergelassenen Verordners appliziert werden.

ac) Desensibilisierungspräparate, aufgrund einer Austestung bis OP II

insoweit diese Arzneimittel außerhalb einer Krankenanstalt appliziert werden.

b.) Langzeitbewilligungen

Arzneispezialitäten, für die auf Antrag des behandelnden Arztes vom chef/kontroll-ärztlichen Dienst eine Langzeitbewilligung entsprechender Packungsgrößen und -mengen erteilt wurde.

c.) Preisgrenze

Im Gegensatz zu Pkt. 2. lit. a, b und d bezieht sich die nachstehende Regelung auch auf Heilmittel aus dem EKO, wenn diese

- **dort als bewilligungspflichtig gekennzeichnet sind oder**
- **nicht gem. den dort angegebenen Voraussetzungen verschrieben werden und daher aus diesem Grund bewilligungspflichtig sind (sog. NoBox-Präparate). Diese dürfen gem. § 31 Abs 3 Z 12 ASVG jedoch nur in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung nicht mit Arzneispezialitäten aus dem EKO durchgeführt werden kann.**

ca) In Österreich registrierte Arzneispezialitäten mit einem Kassenpreis bis einschließlich

€ 11,00 (ohne USt), auch als Bestandteil einer magistralen Zubereitung (Kassenpreis ca. 70% des im Austria Codex ausgewiesenen Apothekenabgabepreises) bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Arzneimittel aus der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG (zB: Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs, Arzneimittel zur Empfängnisverhütung etc)
- reine Vitaminpräparate, auch in Kombination mit Mineralstoffen und Spurenelementen
- Vitaminpräparate als Kombination mit Analgetika
- Prophylaktika

- Impfstoffe
- Magnesiumpräparate

cb) Magistrale Zubereitungen mit einem Gesamtkassenpreis bis einschließlich € 11,00 (ohne USt)

Anthroposophika, Homöopathika, Schüsslersalze, Mistelpräparate oder sonstige Phytopharmaka sind generell keine Kassenleistung.

d.) Parenteralia

Parenteral anzuwendende, in Österreich registrierte Arzneispezialitäten in der kleinsten Verpackungseinheit bis OP

II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Arzneimittel aus der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG (zB: Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs, Arzneimittel zur Empfängnisverhütung etc)
- Biologika/Biosimilars aus dem gelben RE1 Bereich sowie roten Bereich des EKO und aus der NoBox
- Arzneimittel zur Behandlung von Orphan Diseases
- RNA-Interferenz Therapeutika
- Diagnostika lt. Austria-Codex (z.B. Thyrogen)
- Hyaluronsäure-Präparate zur intraartikulären Anwendung
- Immunglobuline
- Impfstoffe
- Kinasehemmer
- Monoklonale Antikörper
- Papaverin
- Peripher angreifende Muskelrelaxanzien, sonstige
- Prophylaktika
- Prostaglandine
- Röntgenkontrastmittel
- Seren
- Somatostatin
- Zytokine

Anthroposophika, Homöopathika, Mistelpräparate oder sonstige Phytopharmaka sind generell keine Kassenleistung.

Die Gesamtvertragspartner kommen überein, dass weitere Ausnahmen von der Kasse einseitig festgelegt werden können, wenn dies im Sinne der Rechtsgrundlagen erforderlich ist. Sie kommen weiters überein, die Aktualität dieser Anlage anlässlich der in der Zielvereinbarung vorgesehenen Evaluierung gemeinsam zu überprüfen.

6.8 Verschreibung von Medikamenten durch Wahlärzte bei der ÖGK:

Wahlarztrezepte sind grundsätzlich Privatrezepte und vor Medikamentenabgabe durch die Apotheke auf Kosten der Sozialversicherung vom Patienten bewilligen zu lassen. Ausgenommen hiervon sind Wahlarztrezepte mit frei verschreibbaren Heilmitteln (Arzneispezialitäten und magistrale Zubereitungen) aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex - diese bedürfen keiner vorherigen Bewilligung durch die ÖGK sondern sind Kassenrezepten gleichgestellt.

Wahlärzte erhalten auf Wunsch darüber hinaus eine **Rezepturbefugnis** von der ÖGK (diese gilt für ÖGK, SVS und BVAEB), wenn sie sich verpflichten das **elektronische Rezept** (= eRezept) sowie das Arzneimittel- und Bewilligungssystem (= ABS) zu verwenden. Damit können sie auch Heilmittel aus dem gelben und roten Bereich des EKO auf Kosten der Sozialversicherung verordnen. Ein Rechtsanspruch auf eine Rezepturbefugnis besteht nicht.

Info zum eRezept:
<https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.865475&portal=ecardportal>

Mit Bekanntgabe des Interesses für ein solches Rezepturrecht müssen die bei der Ärztekammer eingetragenen Wahlärzte einen Gesprächstermin mit der AG Behandlungsökonomie bei der ÖGK in Vorarlberg vereinbaren. Im Zuge dieses Gespräches kann eine Rezepturbefugnis-Vereinbarung unterfertigt werden, mit der sie sich neben der Verwendung des eRezeptes und des Arzneimittel- und Bewilligungsservice (ABS) insbesondere verpflichten, die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung (HBKV) und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV 2005) zu beachten.

Seitens der Ärztekammer für Vorarlberg konnte erreicht werden, dass die für die Vertragsärzte gültige Zielvereinbarung mit der ÖGK (Details siehe oben Pkt. 6.6.) sinngemäß auch für Wahlärzte Anwendung findet.

In jenen Fällen, in denen die e-card-Ausstattung vorläufig nicht erhältlich und somit die Anwendung des eRezeptes sowie des ABS nicht möglich ist, kann in Absprache mit der ÖGK (martina.troppacher@oegk.at) im Ausnahmefall in Papierform rezeptiert werden bzw. können chef- und kontrollärztliche Bewilligungen schriftlich (siehe Anlage 2) eingeholt werden.

Wichtig: Wahlärzte ohne Rezepturrecht können nur Arzneimittel aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex auf Kosten der ÖGK verordnen.

Auf dem Rezept muss ab 1. Jänner 2020 als leistungszuständiger Krankenversicherungsträger die „**ÖGK**“ **mit** dem jeweiligen Bundesland aufscheinen:

- ÖGK-W für Wien,
- ÖGK-N für Niederösterreich,
- ÖGK-B für Burgenland,
- ÖGK-K für Kärnten
- ÖGK-ST für Steiermark,
- ÖGK-S für Salzburg,
- ÖGK-O für Oberösterreich,
- ÖGK-T für Tirol und
- ÖGK-V für Vorarlberg.

Bei Abschluss einer Rezepturrechtsvereinbarung mit der ÖGK gelten daher auch für Wahlärzte folgende Bestimmungen für Arzneimittelverschreibungen auf Kosten der ÖGK:

1. Die in der Anlage 1 aufgelisteten Arzneimittel können unter den dortigen Voraussetzungen verordnet werden (ehemalige **Positivliste, ausländische Medikamente, € 11,00 Regelung,...**).
2. **Dauerbewilligungen (Langzeitbewilligungen)** sind **möglich, sofern diese über das ABS-System der e-card eingeholt werden.**
3. **Grüner Bereich des Erstattungskodex:**
 - a) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB.: Facharztbeschränkung, Indikation) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:
 - in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes
 - in dringlichen Fällen mit Facharzteinschränkung, in denen eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
 - Nach gesicherter Diagnostik und Vorliegen eines Therapiekonzeptes durch einen nach dem EKO berechtigten Facharzt können Folgeverordnungen auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde erfolgen. Medizinisch indizierte fachärztliche Kontrollen müssen jedoch regelmäßig von dem nach dem EKO berechtigten Facharzt durchgeführt werden.
 - Medizinische Notwendigkeit von alternativen Darreichungsformen eines Arzneimittels (über F2J, F6J und F 14 hinaus).

In diesen Fällen sind die Gründe für das Abgehen von den im grünen Bereich des Erstattungskodex genannten einschränkenden Regelungen in der Arztkartei des verordnenden Arztes wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann bzw. warum eine Facharzteerstverordnung nicht eingeholt werden kann
- Folgeverordnung: Vorliegen eines Arztbriefes des Erstverordners, in dem die Verordnung dokumentiert ist
- F2J, F6J und F14: medizinische Gründe, weshalb die Verordnung einer anderen im grünen Bereich ohne Einschränkung enthaltenen Darreichungsform nicht möglich ist.

Eine besondere Kennzeichnung dieser Verordnungen auf dem Rezept ist in diesen Fällen nicht notwendig (ausgenommen per.vit. bei Lebensgefahr). Allerdings wäre hinsichtlich der Notfälle und dringlichen Fälle bei Nichterreichbarkeit des medizinischen Dienstes der/die Patient/in dahingehend aufzuklären, dass eine Abgabe in der Apotheke nur am gleichen Tag oder während der Sperrzeit bis zur Öffnung am nächsten Tag und nur in Form der kleinsten zum Apothekenverkehr zugelassenen Packung möglich ist.

- b) Wenn im grünen Bereich des Erstattungskodex hingegen eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 3a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe- willigung mittels ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden.

Eine Anfrage wird seitens des medizinischen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Anfrage an Werktagen von Montag bis Freitag zwischen 7.00 Uhr und 15.30 Uhr einlangt. Nach 15.30 Uhr einlangende Anfragen werden in der Regel bis 7.30 Uhr des nächsten Werktages beantwortet.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgestellt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

- c) Die im grünen Bereich des Erstattungskodex aufgelisteten Arzneispezialitäten können ohne ärztliche Bewilligung des medizinischen Dienstes verschrieben werden, wenn die im Erstattungskodex angegebene frei verschreibbare Menge nicht überschritten und allenfalls vorgesehene Abgabebeschränkungen (zB Indikationen, Facharztbeschränkungen) eingehalten werden. Bei Arzneispezialitäten, bei denen „IND“ angeführt ist, und die gemäß der Indikation eingesetzt werden, ist auf dem Rezept der Vermerk „IND“ anzubringen.

4. hellgelber Bereich des Erstattungskodex (RE 2):

- a) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist und der verschreibende Arzt hält diese einschränkende Regelung nicht ein, so kann er dieses Arzneimittel in folgenden Fällen dennoch verschreiben:

- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
- in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe für das Abgehen von diesen im hellgelben Bereich des Erstattungskodex genannten Einschränkungen sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 3a) aufzuklären.

- b) Wenn im hellgelben Bereich (RE 2) des Erstattungskodex eine einschränkende Regelung (zB Indikation, Facharztbeschränkung, Additivfachbeschränkungen) festgelegt ist, der verschreibende Arzt diese einschränkende Regelung nicht einhält und es sich nicht um einen oben unter Punkt 4a genannten Fall handelt, dann muss für diese Verschreibung eine Vorabbe willigung mittels ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte.

Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgestellt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.

- c) Bei regelkonformen Verschreibungen aus dem hellgelben Bereich des Erstattungskodex (RE 2) ist vom verschreibenden Arzt eine der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung der Gesundheitsministerin entsprechende Dokumentation anzufertigen, die im Nachhinein durch den medizinischen Dienst kontrolliert werden kann.

Dabei ist folgendes in der Arztkartei zu dokumentieren:

- Begründung, warum Sie bei Verschreibung eines Arzneimittels aus dem gelben Bereich nicht ein therapeutisch gleichwertiges Arzneimittel aus dem grünen Bereich verordnen
- Rezeptdaten (Name des Patienten, VSNR, Verordnungsdatum, Name des Medikamentes, Dosierung - „Rezept-Kopie“)
- Diagnose im Volltext oder auf Basis einer softwaregesteuerten Codierung
- Anamnese und Vorbehandlungsdaten, medizinische Befunde (Nachweis der bestimmten Verwendung (=Einhaltung der EKO-Regel). Es ist nachvollziehbar festzuhalten, dass die durch den EKO bestimmte Regel zutrifft.

Diese Daten sind bei einer Kontrolle durch den medizinischen Dienst diesem in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen.

Folgt der verschreibende Arzt der Verordnungsempfehlung eines vorverordnenden Facharztes bzw. einer vorverordnenden Krankenanstalt, so hat er die Dokumentation des Vorverordners nachzuweisen. Wenn ihm diese Dokumentation nicht bereits mit der Verordnungsempfehlung übermittelt wurde, hat er sie schriftlich, beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern. Ist die vom vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt übermittelte Dokumentation offensichtlich unvollständig, so hat der verschreibende Arzt eine Vervollständigung derselben schriftlich, beim vorverordnenden Facharzt bzw. der vorverordnenden Krankenanstalt anzufordern.

Solange der Vorverordner der schriftlichen Aufforderung nicht oder nicht vollständig nachkommt, ist der Folgeverordner zur Befolgung der Verordnungsempfehlung berechtigt.

Die Nichtbefolgung einer Aufforderung durch den Vorverordner binnen 4 Wochen ist der Verletzung der Dokumentationspflicht (§ 5 Abs 5 HBKV) gleich zu halten.

Bei Vertretungen (zB.: Urlaub, Krankheit, Wochenende,...) wird von der ÖGK anerkannt, dass die Vertretung auf die Dokumentation des vertretenen Arztes verweisen kann.

5. **dunkelgelber (RE 1) und roter Bereich des Erstattungskodex:**

- a) Medikamente aus dem dunkelgelben oder roten Bereich des Erstattungskodex können in folgenden Fällen ohne Einholung einer chef- und kontrollärztlichen Bewilligung verschrieben werden:
- in Notfällen (Lebensgefahr; Vermerk per.vit. ist auf dem Rezept anzubringen)
 - in dringlichen Fällen zu Zeiten in denen der medizinische Dienst nicht erreichbar ist.

Die Gründe hierfür sind in der Arztkartei wie folgt zu dokumentieren:

- Notfälle: Beschreibung der Umstände, wonach ohne sofortige Verordnung und unverzügliche Abgabe des Arzneimittels Lebensgefahr vorliegt
- Dringlichkeit: Datum und Uhrzeit der Behandlung sowie Beschreibung der Umstände, wonach bis zur Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes nicht zugewartet werden kann.

Auch in diese Fällen ist der/die Patient/in über die Abgabemöglichkeit wie für solche Fälle im grünen Bereich (siehe Punkt 3a) aufzuklären.

- b) In allen anderen Fällen muss für Medikamente aus dem dunkelgelben (RE 1) oder roten Bereich des Erstattungskodex eine **Vorabbeurteilung schriftlich** (unter Verwendung oder im Sinne des beiliegenden Dokumentationsblattes (siehe Anlage 2) oder ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte. Das Wahlarztrezept darf dem Patienten erst dann ausgestellt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.
6. Sofern ein Arzneimittel, das **nicht im Erstattungskodex aufgelistet ist (= No-Box)** und auch nicht in der Anlage 1 als bewilligungsfrei genannt ist, verschrieben werden soll, muss eine **Vorabbeurteilung mittels** ABS beim medizinischen Dienst der ÖGK eingeholt werden. Hinsichtlich Zeiten der Erreichbarkeit des medizinischen Dienstes gilt das oben unter Punkt 3b Gesagte.
Das Wahlarztrezept darf dem Patienten nur dann ausgestellt werden, wenn die chef- und kontrollärztliche Bewilligung vorliegt.
7. Die mit der ÖGK abgeschlossene Zielvereinbarung ist mit 31. Juli 2026 befristet. Eine Verlängerung für jeweils höchstens weitere zwei Jahre ist möglich, wenn die Evaluierung ergibt, dass die Kostenziele eingehalten werden. **Die Erreichung dieser Ziele setzt daher voraus, dass alle Ärzte ihren Patienten Arzneimittel möglichst ökonomisch verschreiben.**
8. Arzneimittel, die für ÖGK-Versicherte während einer bzw. für eine Untersuchung oder **Behandlung in der Ambulanz** einer Krankenanstalt bzw. **während oder für einen stationären Aufenthalt** benötigt werden, dürfen nicht auf Wahlarztrezepten verschrieben werden (zB. Thyrogen).
9. **Haftung:**
Siehe dazu § 5 der zu unterfertigenden Vereinbarung über das Rezepturrecht; die Regelung für Vertragsärzte betreffend der € 300.- Grenze findet mit der Maßgabe Anwendung, dass kein Honorarabzug erfolgt, sondern die Kosten dem Wahlarzt in Rechnung gestellt werden.

Anlage 1

Anlage zur Vereinbarung im Sinne des § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung

1.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung keiner Bewilligungskommunikation.

a.) inländische Arzneispezialitäten

<u>Bezeichnung</u>	<u>Packungsgröße</u>	<u>Menge</u>
Kamillosan Tropfen	500 ml	OP I

b.) ausländische Arzneispezialitäten

Pharma-Zentralnummer	Medikamentenname	AEP €	KKP €	asept. Zube- reitung	VGKK freie Menge
09999577	Bicanorm, 100 Filmtabletten	19,30	28,95		OP I
09999531	Fluphenazin-neuraxpharm D 25 mg, 5 Stk.	51,83	69,25		
09999548	Fluphenazin-neuraxpharm D 100 mg, 5 Stk.	183,97	205,30		
09999554	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 50 Tbl.	13,61	21,30		
09999560	Perphenazin-neuraxpharm 8 mg, 100 Tbl.	24,19	34,85		

Achtung: Namensänderung von Natriumhydrogencarbonat auf Bicanorm
- es sind € 2,90 Importservice bereits in den Kassenpreis eingerechnet.

2.) Die Verschreibung der nachfolgend aufgelisteten Heilmittel außerhalb des EKO (hinsichtlich Pkt. c auch solcher aus dem EKO) bedarf gem. § 9 Z 1 der Vereinbarung mit den jeweils aufgelisteten Ausnahmen ebenfalls keiner Bewilligungskommunikation.

a.) Indikationsgruppen

aa) Zytostatika

bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Adjuvantien,
- Zubereitung aus Organen und Mikroorganismen
- Kinasehemmer.

ab) Tuberkulostatika

bis OP II

insoweit diese Arzneimittel nach aa) und ab) nachweislich in der Ordination des niedergelassenen Verordners appliziert werden.

ac) Desensibilisierungspräparate, aufgrund einer Austestung bis OP II

insoweit diese Arzneimittel außerhalb einer Krankenanstalt appliziert werden.

b.) Langzeitbewilligungen

Arzneispezialitäten, für die auf Antrag des behandelnden Arztes vom chef/kontroll-ärztlichen Dienst eine Langzeitbewilligung entsprechender Packungsgrößen und -mengen erteilt wurde.

c.) Preisgrenze

Im Gegensatz zu Pkt. 2. lit. a, b und d bezieht sich die nachstehende Regelung auch auf Heilmittel aus dem EKO, wenn diese

- **dort als bewilligungspflichtig gekennzeichnet sind oder**
- **nicht gem. den dort angegebenen Voraussetzungen verschrieben werden und daher aus diesem Grund bewilligungspflichtig sind (sog. NoBox-Präparate). Diese dürfen gem. § 31 Abs 3 Z 12 ASVG jedoch nur in begründeten Einzelfällen verordnet werden, wenn die Behandlung aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist und eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung nicht mit Arzneispezialitäten aus dem EKO durchgeführt werden kann.**

ca) In Österreich registrierte Arzneispezialitäten mit einem Kassenpreis bis einschließlich

€ 11,00 (ohne USt), auch als Bestandteil einer magistralen Zubereitung (Kassenpreis ca. 70% des im Austria Codex ausgewiesenen Apothekenabgabepreises) bis OP II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Arzneimittel aus der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG (zB: Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs, Arzneimittel zur Empfängnisverhütung etc)
- reine Vitaminpräparate, auch in Kombination mit Mineralstoffen und Spurenelementen
- Vitaminpräparate als Kombination mit Analgetika
- Prophylaktika

- Impfstoffe
- Magnesiumpräparate

cb) Magistrale Zubereitungen mit einem Gesamtkassenpreis bis einschließlich € 11,00 (ohne USt)

Anthroposophika, Homöopathika, Schüsslersalze, Mistelpräparate oder sonstige Phytopharmaka sind generell keine Kassenleistung.

d.) Parenteralia

Parenteral anzuwendende, in Österreich registrierte Arzneispezialitäten in der kleinsten Verpackungseinheit bis OP

II

Ausnahmen (d.h. jedenfalls Bewilligung erforderlich):

- Arzneimittel aus der Liste nicht erstattungsfähiger Arzneimittelkategorien gemäß § 351c Abs. 2 ASVG (zB: Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, Arzneimittel zur Ausübung des Geschlechtsverkehrs, Arzneimittel zur Empfängnisverhütung etc)
- Biologika/Biosimilars aus dem gelben RE1 Bereich sowie roten Bereich des EKO und aus der NoBox
- Arzneimittel zur Behandlung von Orphan Diseases
- RNA-Interferenz Therapeutika
- Diagnostika lt. Austria-Codex (z.B. Thyrogen)
- Hyaluronsäure-Präparate zur intraartikulären Anwendung
- Immunglobuline
- Impfstoffe
- Kinasehemmer
- Monoklonale Antikörper
- Papaverin
- Peripher angreifende Muskelrelaxanzien, sonstige
- Prophylaktika
- Prostaglandine
- Röntgenkontrastmittel
- Seren
- Somatostatin
- Zytokine

Anthroposophika, Homöopathika, Mistelpräparate oder sonstige Phytopharmaka sind generell keine Kassenleistung.

Die Gesamtvertragspartner kommen überein, dass weitere Ausnahmen von der Kasse einseitig festgelegt werden können, wenn dies im Sinne der Rechtsgrundlagen erforderlich ist. Sie kommen weiters überein, die Aktualität dieser Anlage anlässlich der in der Zielvereinbarung vorgesehenen Evaluierung gemeinsam zu überprüfen.

Anlage 2:

Briefkopf des verordnenden Arztes:

1. Vor- und Familienname des Patienten/der Patientin:

2. Plausible Begründung (Diagnose und Befunde), warum dieses Medikament anstelle eines anderen bewilligungsfreien EKO-Medikamentes verordnet wird:

3. Rezept mit Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Verordnungsdatum

6.9 Verschreibung von Medikamenten durch Vertragsärzte bei den kleinen Kassen (SVS und BVAEB):

Die mit der ÖGK abgeschlossene Zielvereinbarung gilt nicht für die kleinen Kassen, d.h. die von der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung sowie dem Erstattungskodex abweichenden Sonderregelungen finden für die kleinen Kassen keine Anwendung.

Chef- und kontrollärztliche Bewilligungen müssen jedoch auch bei den kleinen Kassen mittels des elektronischem Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) eingeholt werden. Eine chef- und kontrollärztliche Bewilligung ist für

- die Verschreibung von IND-Präparaten des grünen Bereiches, wenn die IND-Voraussetzungen nicht erfüllt sind,
- die facharztgebundene Verschreibung von Arzneispezialitäten des grünen Bereiches, wenn die Verordnungsvoraussetzungen (siehe Bereich Zeichenerklärung des EKO) nicht erfüllt sind,
- Arzneispezialitäten des hellgelben Bereiches (RE 2), deren Verschreibung nicht der bestimmten Verwendung des EKO entspricht,
- Arzneispezialitäten des dunkelgelben Bereiches (RE 1) des Erstattungskodex,
- magistrale Verordnungen, die bewilligungspflichtige Stoffe beinhalten,
- Arzneispezialitäten des roten Bereiches des EKO,
- Arzneispezialitäten, die nicht im EKO angeführt sind, auch nicht in Österreich registrierte Arzneispezialitäten bzw. „Off-Label-Use“, bzw.
- Überschreitung der im EKO vorgegebenen Packungsgrößen bzw. -zahl,

erforderlich.

Die Verschreibung von Arzneispezialitäten aus dem hellgelben Bereich (RE 2), welche vollinhaltlich der bestimmten Verwendung des EKO entsprechen und somit der nachfolgenden Kontrolle unterliegen, muss entsprechend der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung dokumentiert werden.

Eine Anfrage wird seitens des chef- und kontrollärztlichen Dienstes in der Regel innerhalb von 30 Minuten beantwortet, wenn die Bewilligungsanfrage von Montag bis Freitag (ausgenommen Feiertag) in der Zeit von 7.00 Uhr bis 19.30 Uhr und am Samstag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr einlangt. Eine außerhalb dieser Zeitspanne einlangende Bewilligungsanfrage gilt mit dem Beginn der jeweils nächstfolgenden Zeitspanne als eingelangt.

Für den Fall, dass ein Bewilligungsansuchen wegen eines Systemausfalles nicht gestellt werden kann und dieser Ausfall länger als 15 Minuten andauert, ist eine entsprechende Verschreibung ohne chef- und kontrollärztliche Bewilligung gegen Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei zulässig. Für den Fall, dass eine Antwort des chef- und kontrollärztlichen Dienstes nicht innerhalb der oben beschriebenen Frist von 30 Minuten erfolgt, reicht ebenso eine Dokumentation des Bewilligungsansuchens in der ärztlichen Kartei für die Verschreibung aus.

Für Arzneimittel, welche nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger fallen (zB. Arzneimittel zur Empfängnisverhütung, zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch,...) ist unbedingt ein - eindeutig als solches gekennzeichnetes - Privatrezept zu verwenden.

Verschreibung von Medikamenten durch Wahlärzte bei den kleinen Kassen (SVS und BVAEB): Wahlärzte erhalten ein Rezepturrecht für alle Kassen (ÖGK, SVS und BVAEB) bei der ÖGK – siehe oben unter 6.7.

6.10 Die Suchtgiftverschreibung

6.10.1 Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften außerhalb der Substitutionsbehandlung (insb. Schmerzbehandlungen):

Suchtgifte der Anhänge I, II und IV der Suchtgiftverordnung sind auf Kassenrezepten/e-Rezepten zu verschreiben (Wahlärzte, die über kein Rezepturrecht verfügen, haben die Verschreibung auf ein Privatrezept vorzunehmen).

Auf der Vorderseite des Rezeptes hat der Arzt grundsätzlich die Suchtgiftvignette aufzukleben (vgl. § 18 Abs 1 SuchtgiftVO), bei Suchtgiftverschreibungen mittels eRezept bedarf es keiner Suchtgiftvignetten mehr, vielmehr muss das Suchtgift-Kennzeichen verpflichtend markiert werden. Nähere Informationen zum e-Rezept finden Sie unter <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.865475&portal=ecardportal>

Die Verordnung des Suchtgiftes ist vom verschreibenden Arzt in geeigneter Form zu dokumentieren und hat folgende Angaben zu enthalten:

- den Namen und Berufssitz – bei Wohnsitzärzten den Wohnsitz – des Arztes (Stamplie);
- den Namen und die Anschrift des Patienten, für den das Arzneimittel bestimmt ist; bei Verschreibung für einen Patienten auch dessen Geburtsjahr; bei Verschreibung für den Praxisbedarf den Vermerk „pro ordinatione“;
- die Bezeichnung des verordneten Arzneimittels;
- die Darreichungsform, Menge und Stärke des verordneten Arzneimittels; die Menge des enthaltenen Suchtgiftes ist ziffernmäßig und wörtlich so anzugeben, dass die verschriebene Suchtgiftmenge eindeutig ersichtlich ist; bei Arzneyspezialitäten ist deren Handelsbezeichnung, die Packungsgröße und die Anzahl der verschriebenen Packungen wörtlich anzugeben; in Verschreibungen von Zubereitungen des Anhangs III dieser Verordnung sowie bei automationsunterstützt ausgefertigten Suchtgiftverschreibungen sind die wörtlichen Angaben nicht erforderlich;
- bei Verschreibungen für eine Patientin/einen Patienten eine genaue Gebrauchsanweisung; im Falle der Verschreibung einer Depotformulierung gegebenenfalls den Vermerk „ad manus medici“;
- das Ausstellungsdatum;

Sofern bei der Verschreibung eine Suchtgiftvignette verwendet wurde, hat die Dokumentation auch die fortlaufende Alphanummerierung der auf der Verordnung aufgebrachten Suchtgiftvignette zu enthalten. Die Dokumentation ist drei Jahre, nach dem Ausstellungsdatum des Rezeptes geordnet, aufzubewahren und auf Verlangen den Behörden zu übersenden oder vorzulegen.

Verschreibung im Notfall:

Im Notfall (bei Gefahr für das Leben des Patienten) ist die Verschreibung von Suchtgift auch ohne Aufkleben der Suchtgiftvignette zulässig. Die Verschreibung ist in diesen Fällen durch den Vermerk „Notfall“ zu kennzeichnen. Die Abgabe darf nur in der kleinsten im Handel erhältlichen Packung erfolgen (vgl. § 18 Abs 2 Suchtgiftverordnung).

Dauerverschreibungen von Suchtgift für Schmerzbehandlungen sind nicht möglich.

Behandlung von Erkrankungen aus dem ADHS-Formenkreis

Rezepte für Arzneimittel mit dem Inhaltsstoff Methylphenidat und verwandte Zubereitungen (Ritalin, Medikinet, Concerta, Elvanse,...) können nur mit einer Suchtgift-Vignette versehen ausgestellt werden.

Die erleichterte Verschreibungs- und Dokumentationsmethode durch das eRezept findet auch hier ihre Anwendung - davon ausgenommen sind magistrale Zubereitungen (sie benötigen nach wie vor die Klebevignette).

6.10.2 Erhalt/Verlust der Suchtgiftvignetten und Formblättern:

Suchtgiftvignetten sind bei den Bezirkshauptmannschaften unentgeltlich erhältlich.

Die Suchtgiftvignetten sind diebstahlssicher aufzubewahren. Ein etwaiger Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist bei der Sicherheitsbehörde (Polizeidienststelle) anzuzeigen sowie unter Anführung der betreffenden Nummernfolge der verlorenen bzw. gestohlenen Suchtgiftvignetten und einer Kopie der erstatteten Anzeige der Bezirkshauptmannschaft unverzüglich bekannt zu geben (vgl. § 22 Abs 2 und 3 SuchtgiftVO).

6.10.3 Tageshöchstmengen:

Für den Praxisbedarf bestehen folgende Tageshöchstmengen:

§ 15. (1) *Der Arzt oder Zahnarzt darf an einem Tag für den Praxisbedarf als Höchstmenge verschreiben:*

1.	Alfentanil	0,1000 g,
2.	Cocain	0,1000 g,
3.	Dextromoramid	0,1000 g,
4.	Fentanyl	0,1000 g,
5.	Hydrocodon	0,2000 g,
6.	Hydromorphon	1,0000 g,
7.	Methadon	1,0000 g,
8.	Methylphenidat	1,7000 g,
9.	Morphin	6,0000 g,
10.	Nicomorphin	0,2000 g,
11.	Opium	2,0000 g,
12.	Opiumextrakt	1,0000 g,
13.	Opiumtinktur	20,0000 g,
14.	Oxycodon	2,4000 g,
15.	Pantopon oder ähnliche suchtgifthaltige Zubereitungen	0,4000 g,
16.	Pentazocin	0,5000 g,
17.	Pethidin	1,0000 g,
18.	Piritramid	0,4500 g,
19.	Remifentanil	0,0500 g,
20.	Sufentanil	0,0020 g.

(2) *Die Beschränkungen des Abs. 1 finden auf die Verschreibungen für einen Patienten oder für den Bedarf von Krankenanstalten keine Anwendung.*

6.10.4 Psychotropenverordnung:

Mit 15.12.2012, 29.9.2014, 30.10.2017, 08.01.2021, 29.06.2021 und 20.12.2024 sind Novellen zur Psychotropenverordnung in Kraft getreten. Diese enthalten unter anderem folgende Neuerung:

Aufgrund der Novellierung unterliegen Medikamente mit dem Wirkstoff Flunitrazepam hinkünftig der Suchtgiftverschreibung. Dies bedeutet, dass das Arzneimittel Rohypnol seit 15.12.2012 suchtgiftvignettenpflichtig ist.

Die Novelle trifft dabei keine Unterscheidung, ob es sich bei dem Patienten, für den Flunitrazepam (Rohypnol) verschrieben wird, um einen Patienten im Substitutionsbehandlungsprogramm handelt oder nicht. Sie gilt somit für jegliche Art der Flunitrazepam-Verschreibung, sowie für sämtliche Patientengruppen.

Die Verschreibung anderer Substanzen aus der Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine (wie zB Clonazepam, Diazepam, Nitrazepam, Oxazepam und andere) ist nicht suchtgiftvignettenpflichtig.

Gem § 10 (2) Psychotropenverordnung darf der Arzt ein Medikament, das einen psychotropen Stoff enthält, pro Verschreibung höchstens den Bedarf für 2 Monate in der hierfür in Betracht kommenden Packungsgröße verschreiben. Ist mehr Bedarf notwendig, ist der Vermerk „necesse est“ auf dem Rezept anzubringen.

Gem. § 10 (4) Psychotropenverordnung darf bei Verschreibung von Arzneimitteln, die Benzodiazepine enthalten, keine wiederholte Abgabe angeordnet werden.

6.10.5 Vorgangsweise bei der Verschreibung von Suchtgiften im Rahmen einer Substitutionsbehandlung:

Diesbezüglich wird auf die umfangreichen Vorschriften in der Suchtgiftverordnung sowie in der Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution verwiesen. Interessierte Ärzte können diese beiden Verordnungen in der Ärztekammer für Vorarlberg anfordern oder im Rechtsinformationssystem des Bundes (www.ris2.bka.gv.at) in der Spalte „Bundesrecht/geltende Fassung“ herunterladen. Seit 1.10.2014 werden die Formulare für die Substitutionsverschreibung nicht mehr vom Bundesministerium für Gesundheit, sondern von der sozialen Krankenversicherung gedruckt und an die zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärzte verteilt.

Bei Fragen zur Substitutionsbehandlung wird eine direkte Kontaktaufnahme mit den AmtsärztInnen der Bezirkshauptmannschaften empfohlen.

Es wird darauf hingewiesen, dass es für das Mitführen von psychotropen oder suchtgifthaligen Arzneimitteln im Reiseverkehr (innerhalb des Schengenraumes bzw international) entsprechende Vorlagen für Bescheinigungen in den Anlagen der Suchtgiftverordnung und der Psychotropenverordnung gibt. Diese Bescheinigungen sind von den verschreibenden Ärzten auszufüllen und von der Gesundheitsbehörde zu beglaubigen.

6.11 Verordnung von enteraler Ernährung bei der ÖGK:

Hinsichtlich der genauen Vorgangsweise bei der Verordnung von enteraler Ernährung auf Kosten der ÖGK wird eine direkte Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Dienst der ÖGK in Vorarlberg oder Frau Martina Troppacher von der ÖGK, Jahngasse 4, 6850 Dornbirn empfohlen.

7 HONORIERUNG DER ÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

7.1 Vertragsärzte

Die Höhe des Honoraranspruches der Vertragsärzte für Kassenleistungen gegenüber den Krankenversicherungen richtet sich nach den **jeweils gültigen Honorarordnungen** samt allfälligen Zusatzvereinbarungen. Diese sind auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg unter abrufbar (Spalte niedergelassene Ärzte). **Weitere Informationen dazu finden Sie im Kapitel 35.** Bei Fragen zur ÖGK-Honorarordnung wenden Sie sich bitte an die kassenärztliche Verrechnungsstelle in der Ärztekammer für Vorarlberg (Herr Klaus Hausmann). Die Honorarordnungen der kleinen Kassen (SVS, BVAEB) können auch beim jeweiligen Krankenversicherungsträger (SVS: 6800 Feldkirch, Schlossgraben 14; BVAEB: 6900 Bregenz, Montfortstraße 11) angefordert werden.

7.2 Wahlärzte

- Wahlärzte können die Höhe ihres Honorares grundsätzlich frei mit dem Patienten vereinbaren. Üblicherweise orientieren sich jedoch die Wahlärzte am Honorartarif der Österreichischen Gesundheitskasse bzw. dem der kleinen Kassen. Patienten von Wahlärzten können die Honorarnoten bei den Krankenversicherungsträgern zwecks Kostenrückersatz einreichen (siehe beiliegendes Muster für einen Antrag auf Rückvergütung der Kosten). Die Satzung der ÖGK sieht vor, dass sich der Kostenrückersatz bei Wahlärzten nach der Honorarordnung der Vertragsärzte richtet. Insoweit in der Honorarordnung eine Punktwertstaffelung vorgesehen ist, gilt für den Kostenrückersatz seit 1.1.2024 ein Punktwert in Höhe von € 0,7935, d.h. aufgrund der Regelung des § 131 ASVG werden einem **ÖGK-Versicherten € 0,6348 pro Punkt rückvergütet** (80 % gemäß § 131 ASVG).

Seit 1. Juli 2024 sind Wahlärzte gesetzlich verpflichtet die von den Patienten nachweislich bezahlten Honorarnoten nach deren Zustimmung mit einem vom Dachverband der Sozialversicherungsträger vorgegebenen Datensatz **elektronisch an die Sozialversicherungsträger zu übermitteln** (WAHOnline). Nähere Informationen zur technischen Übermittlung erhalten Sie von Ihrem Softwareanbieter. Ausgenommen sind jene Wahlärzte, die weniger als 300 verschiedene Patienten pro Jahr behandeln, deren Honorarnoten bei den Krankenversicherungsträgern zur Kostenerstattung eingereicht werden.

Insbesondere jene Wahlärzte, die von der elektronischen Übermittlungspflicht ausgenommen sind und wo somit weiterhin der Patient die Honorarnote an die Sozialversicherung übermittelt, sollten nachfolgende Punkte beachten:

- Originalrechnung: Die Krankenversicherungsträger leisten in der Regel nur auf Originalrechnungen Kostenersätze. Bei manchen Rechnungen lässt sich nicht erkennen, ob es sich um Originale handelt bzw. werden auch Kopien vorgelegt, die sich vom Original nicht unterscheiden lassen. Laut Umsatzsteuerrichtlinien 2000 darf nur eine Originalrechnung ausgestellt werden - sollte der Patient eine zweite Rechnung verlangen (zB. für seine Zusatzversicherung), muss lt. Auskunft des Finanzamts diese als Kopie ausgefertigt werden und als solche gekennzeichnet sein. Zudem wäre es von Vorteil, wenn auf der Originalrechnung ein Stempel oder eine Unterschrift des Arztes angebracht wird, um so das Original von der Kopie unterscheiden zu können.
- Zahlungsbestätigung: Um einen Kostenersatz vornehmen zu können, muss die Rechnung bezahlt sein. Beim Einreichen der Rechnung muss eine Zahlungsbestätigung beigelegt werden bzw. diese als bezahlt bestätigt sein.

- **Diagnose:** Da die Krankenversicherungsträger für Vorsorgeuntersuchungen keine Kostenersätze leisten können, muss für eine Kostenrückerstattung auf der Rechnung eine Diagnose angegeben werden.
- **Überweisungsschein:** Wenn die Behandlung auf Grund einer Überweisung stattfindet, ist der Überweisungsschein zusammen mit der Rechnung dem Patienten zu übergeben, damit der Überweisungsschein mit der Rechnung und der Zahlungsbestätigung zum Rückersatz eingereicht werden kann.
- **Leistungen:** Für den Kostenersatz sind die detaillierten ärztlichen Leistungen nach Art und Anzahl notwendig (Untersuchungsdatum und Angabe der erbrachten Leistungen analog der jeweiligen Honorarordnung).
- **Daten von Patienten:** Das Geburtsdatum des Patienten muss auf jeder Honorarnote ersichtlich sein. Um eine rasche Bearbeitung gewährleisten zu können, ist es vorteilhaft, wenn zusätzlich noch die Sozialversicherungsnummer angeführt wird. Handelt es sich um ein Kind oder eine mitversicherte Person, sollte ebenfalls Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Hauptversicherten angeführt werden.

7.3 Muster für einen Antrag auf Rückvergütung der Kosten (für Wahl- arztpatienten)

Vom Versicherten auszufüllen:

An die

.....
.....
.....
.....

Betrifft: Antrag auf Rückvergütung der Kosten umseitiger Honorar-Note

Als Versicherter: Versicherungs-Nr.:

Adresse:

Telefon:

bzw. als Angehöriger: Vers-Nr. (Geb. Datum):

Verwandschaftsverhältnis:

stelle ich den

Antrag

für die beiliegende Honorarnote den mir gebührenden Ersatz der Behandlungskosten zu leisten.

Die Überweisung des Kostenersatzes wird erbeten auf das

Konto

IBAN: BIC:

.....
Datum

.....
Unterschrift des Anspruchsberechtigten

Hier die Adressen der Versicherungen:

(als Empfänger nach "An die" müssen Sie Ihre Versicherung eintragen!).

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) Landesstelle Vorarlberg Jahngasse 4 6850 Dornbirn	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) Landesstelle Vorarlberg Montfortstraße 11/III 6900 Bregenz
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) Landesstelle Vorarlberg Schlossgraben 14 6801 Feldkirch	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien Schlesingerplatz 5 1080 Wien

7.4 Preisinformation des Arztes:

Mit Wirkung vom 24. April 2014 ist eine Änderung des Ärztegesetzes in Kraft getreten, welche auszugsweise wie folgt lautet:

„Im Rahmen der Auskunftspflicht [...] hat der Arzt der zur Beratung oder Behandlung übernommenen [...] Person aus einem EU-Mitgliedsstaat insbesondere eine klare Preisinformation über die von ihm zu erbringende ärztliche Leistung zur Verfügung zu stellen, sofern nicht eine direkte Abrechnung mit einem inländischen Träger der Sozialversicherung [...] erfolgt. Nach erbrachter ärztlicher Leistung hat der Arzt eine Rechnung auszustellen. Der Arzt hat sicherzustellen, dass in jedem Fall die dem Patienten [...] gelegte Rechnung nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien erstellt wird.“

Mit dieser Bestimmung wird eine EU-Richtlinie (Richtlinie 2011/24/EU) ins innerstaatliche Recht umgesetzt. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage wird diesbezüglich auszugsweise wie folgt ausgeführt: *„Die Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sieht die Verpflichtung der Gesundheitsdienstleister zur Bereitstellung von ausreichenden Informationen an die Patienten/-innen vor, um diesen eine sachkundige Entscheidung über die Behandlung und Betreuung zu ermöglichen. Dem entsprechend werden in das ÄrzteG 1998 klärende ausdrückliche Bestimmungen über die Informationspflichten, insbesondere über die Kosten der Behandlung, aufgenommen, die sich bisher bereits implizit aus den Gesetzestexten ergeben haben.“* Weiters halten die Erläuternden Bemerkungen fest, dass *„bei der Inanspruchnahme von Leistungen im inländischen niedergelassenen Bereich durch Angehörige anderer Mitgliedsstaaten die Verpflichtung zur Gleichbehandlung in- und ausländischer Patientinnen/Patienten besteht: Ausländischen Patientinnen/Patienten dürfen für die gleiche Leistung keine höheren Beträge in Rechnung gestellt werden als inländischen Patientinnen/Patienten.“*

Für ästhetische Behandlungen und Operationen bestehen zusätzliche Sondervorschriften (Näheres siehe Kapitel 17).

7.5 Gemeindearztvertrag/Honorare:

Näheres können Sie unserer Homepage entnehmen: <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/gemeindearzt>.

7.6 Weitere Empfehlungstarife sowie Empfohlener Privatpunktwert:

Näheres können Sie unserer Homepage <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare> bzw. der Homepage der Österreichischen Ärztekammer <https://www.aerztekammer.at/honorempfehlungen> entnehmen.

7.7 Empfehlungstarif für im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg krankenversicherte Ärzte/Zahnärzte:

Den diesbezüglichen Empfehlungstarif erhalten Sie auf Anfrage im Kammeramt (christoph.lugger@aekvbg.at - Tel. 05572/21900-37).

7.8 Lebensversicherungsuntersuchungen:

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte hat eine Vereinbarung mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVÖ) betreffend Durchführung von Lebensversicherungsuntersuchungen abgeschlossen. Die diesbezüglich wesentlichen Punkte lauten:

Für jede ärztliche Leistung aus dieser Vereinbarung ist vom Versicherungsunternehmen ausschließlich jene niedergelassene Ärztin bzw. jener niedergelassene Arzt heranzuziehen, die bzw. der von der zu versichernden Person in ihrem Versicherungsantrag angegeben oder

nachträglich von der zu versichernden Person genannt wurde. Das Versicherungsunternehmen hat der in Anspruch genommenen Ärztin bzw. dem in Anspruch genommenen Arzt, gemeinsam mit dem Ersuchen um eine Leistung gemäß dieser Vereinbarung, eine Kopie der aktuellen und auf den konkreten Anlassfall bezogenen Erklärung der zu versichernden Person hinsichtlich ihres Einverständnisses zur Bekanntgabe der medizinischen Daten durch die Ärztin bzw. den Arzt an den Versicherungsunternehmer zu übermitteln.

Die Versicherungsunternehmen können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ausschließlich unter den in dieser Vereinbarung angeführten Voraussetzungen zur Erstattung eines ärztlichen Attestes oder einer Arztauskunft im Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Erhöhung von Lebensversicherungen einladen. Es liegt im alleinigen Ermessen des betreffenden Unternehmens, in diesem Zusammenhang ein ärztliches Attest für Lebensversicherungen oder eine Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen anzufordern. In der Anforderung ist aber jedenfalls auf diese Vereinbarung in der jeweils geltenden Fassung hinzuweisen und die in dieser Vereinbarung festgelegten Formulare zu verwenden. Honorierungsangebote, welche die in dieser Vereinbarung vorgesehenen Tarife unterschreiten, sind unzulässig. Der geforderte Umfang des ärztlichen Attests für Lebensversicherungen bzw. der Arztauskunft darf vom nachstehend geforderten nicht abweichen.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die von einem Versicherungsunternehmen oder einer Antragstellerin bzw. einem Antragsteller eingeladen werden, ein ärztliches Attest für Lebensversicherungen oder eine Arztauskunft im Sinne dieser Vereinbarung zu erstatten, sind - sofern sie sich bereit erklären, sich dabei der gegenständlichen Vereinbarung zu unterwerfen - verpflichtet, diesen Befund im Umfang der nachstehend beschriebenen Vordrucke abzugeben.

ÄRZTLICHES ATTEST FÜR LEBENSVERSICHERUNGEN

Der Umfang des ärztlichen Attests für Lebensversicherungen ergibt sich aus Beilage 1. Es besteht aus den beiden Teilen "I. Erklärungen der zu versichernden Person vor dem Arzt" und "II. Ärztliches Attest". In Teil I sind von der befundenden Ärztin oder dem befundenden Arzt ausschließlich die Angaben der Probandin bzw. des Probanden aufzunehmen; für die Richtigkeit der Angaben in diesem Teil ist alleine die zu versichernde Person verantwortlich. Für die Richtigkeit der Angaben in Teil II trägt die befundende Ärztin bzw. der befundende Arzt die Verantwortung. Kommt die Ärztin bzw. der Arzt im Rahmen der Untersuchung für das Attest zur Auffassung, dass für eine abschließende Stellungnahme zusätzliche Befunde sinnvoll wären, so kann dies in der jeweils rechten Spalte schriftlich angeregt werden. Der Honoraranpruch ist für das durchgeführte Attest jedenfalls bereits gegeben. Aufgrund der ärztlichen Anregungen entscheidet das jeweilige Versicherungsunternehmen, ob weitere Untersuchungen tatsächlich zusätzlich durchzuführen sind und trägt dafür das Honorar in der Höhe gemäß der BVAEB-Honorarordnung in der jeweils gültigen Fassung.

ARZTAUSKUNFT ÜBER ANAMNESTISCH BEKANNTE DATEN FÜR LEBENSVERSICHERUNGEN

Der Umfang der Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen ergibt sich aus Beilage 2. Eine solche Arztauskunft ist von der befundenden Ärztin bzw. vom befundenden Arzt ausschließlich aufgrund der Patientendokumentation zu erstellen. Es sind darin lediglich solche Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen, derentwegen die Ärztin bzw. der Arzt von der zu versichernden Person innerhalb der letzten fünf Jahre vor Erstattung der Arztauskunft in Anspruch genommen wurde (keine banalen, kurzfristigen Infekte oder Erkrankungen). Lediglich besonders schwerwiegende Dauererkrankungen (das sind solche, bei denen eine Heilung nach dem jeweiligen Stand der Medizin nicht zu erwarten ist) sind auch dann aufzunehmen, wenn der letzte Arztkontakt in Zusammenhang mit dieser Erkrankung bereits länger als fünf Jahre zurückliegt. Eine kurzgefasste Beantwortung der Fragestellungen in Stichworten ist ausreichend.

HONORARE

1. Ärztliches Attest für Lebensversicherungen: € 195,38
2. Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten: € 53,93
3. Für die Beilage von Befundkopien zur Arztauskunft pauschal: € 10,--
4. Alle Leistungen, die von der Ärztin bzw. vom Arzt zusätzlich zum vorgegebenen Untersuchungsumfang vorgeschlagen und vom jeweiligen Versicherungsunternehmen tatsächlich beauftragt werden, sind nach der Honorarordnung der BVAEB in der jeweils geltenden Fassung zu erstatten. Sollte diese Honorarordnung keine entsprechende Position vorsehen, so ist ein angemessenes, ortsübliches Honorar (z.B. entsprechend allfälliger Honorarempfehlungen der örtlich zuständigen Landesärztekammern) zu erstatten. Eine Liste der häufigsten zusätzlichen Untersuchungen mit jeweils aktuellem Tarif wird unter www.aerztekammer.at veröffentlicht.

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, die Honorare unmittelbar nach Einlangen des jeweiligen ärztlichen Befundes vollständig an die Ärztin bzw. den Arzt zu überweisen, sofern die Kostentragung gem. Attestformular durch das Versicherungsunternehmen erfolgt. Trägt gem. Attestformular der Patient die Kosten, ist das Versicherungsunternehmen zu keiner Leistung verpflichtet.

Für ärztliche Leistungen in Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Erhöhung von anderen Versicherungen, die nicht unter den Regelungsgegenstand dieser Vereinbarung fallen, empfiehlt die Österreichische Ärztekammer einen analogen Tarif.

Beilage 1a: Formular „Ärztliches Attest für Lebensversicherungen“ – Bezahlung durch Versicherungsunternehmen

Beilage 1b: Formular „Ärztliches Attest für Lebensversicherungen“ – Selbstzahler

Beilage 2: Formular „Arztauskunft über anamnestisch bekannte Daten für Lebensversicherungen“

Diese Beilagen finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare>.

7.9 Empfehlungstarife für Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Honorierung (gültig ab 1. Jänner 2025)

Diese können unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/honorare> heruntergeladen werden. Weitere Empfehlungstarife – siehe auch Pkt. 7.6.

7.10 Private Zusatzkrankensversicherungen:

Im Hinblick auf die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen mit der Sozialversicherung dürfen Kassenärzte keine Zuzahlungen von Kassenpatienten verlangen - dies auch dann nicht, wenn die Zuzahlung durch eine private Krankenversicherung erfolgt (vgl. dazu im Detail die April-2017-Ausgabe des Arzt im Ländle, Seite 16).

Bei zusatzversicherten Patienten, die eine Behandlung als Privatpatient ausdrücklich wünschen, sollen

- die anfallenden Leistungen ausschließlich dem Patienten in Rechnung gestellt werden,
- die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass keine Kostenerstattung durch die Sozialversicherung erfolgt und
- entsprechende Zustimmungserklärung zur Behandlung als Privatpatient (ein Muster finden Sie nachstehend) von den Patienten unterfertigt werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Bevorzugung von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten nach den Bestimmungen des ÖGK-Gesamtvertrages nicht zulässig ist.

Information und Zustimmung zur privaten Behandlung durch den Vertragsarzt/die Vertragsärztin

Ich, (Name des Patienten/der Patientin),
geboren am (Geburtsdatum) wünsche ausdrücklich, dass mich Dr.
..... (Name des Arztes/der Ärztin) **PRIVAT BEHANDELT**.

Ich bin vor der Behandlung darüber aufgeklärt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift, dass bei privaten Behandlungen durch eine/n Vertragsarzt/-ärztin **KEINE KOSTENERSTATTUNG DURCH DIE SOZIALVERSICHERUNG** erfolgt.

Eine Verrechnung erfolgt direkt zwischen dem Patienten/der Patientin und dem Arzt

7.11 Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht:

Im Jahr 2016 wurde die Verpflichtung, Bareinnahmen mittels Registrierkasse zu erfassen und für die empfangenen Zahlungen Belege auszustellen, eingeführt.

Als Barumsätze zählen auch Bankomatkartenzahlungen, Kreditkartenzahlungen, andere vergleichbare elektronische Zahlungsformen, Barschecks, vom Unternehmer angenommene Gutscheine, Bons, Geschenkmünzen und dergleichen. Ausgenommen sind Zahlungen, die per Erlagschein oder E-Banking erfolgen.

Das heißt: Ärzte, die mindestens € 15.000.- Jahresumsatz erzielen und davon zumindest € 7.500.- in bar (gilt auch für Bankomat- oder Kreditkartenzahlungen - siehe oben) einnehmen, sind seit 2016 verpflichtet, ein elektronisches Aufzeichnungssystem zu verwenden. Diese betroffenen Ärzte müssen ihre Bareinnahmen mittels einer elektronischen Registrierkasse oder ähnlichen Systemen erfassen.

Die nachstehenden Ausführungen sollen einen Überblick über die gesetzlichen Regelungen zur Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht darstellen, Eine Beiziehung eines Sachverständigen (EDV-Dienstleister und/oder Steuerberater) ist jedenfalls zu empfehlen.

7.11.1 Registrierkassen

Seit dem 01.04.2017 muss jede Registrierkasse mit einer technischen Sicherheitseinrichtung gegen Manipulation - insbesondere die nachträgliche Änderung oder Löschung von Daten – ausgestattet sein. Der aktive Manipulationsschutz ist am Beleg als QR-Code erkennbar. Der QR-Code beinhaltet einen Signaturwert, der für die Signierung der Barumsätze in der Registrierkasse erforderlich ist. Damit werden die Barumsätze chronologisch miteinander verkettet. Eine Datenmanipulation würde diese geschlossene Barumsatzkette unterbrechen und ist damit nachweisbar.

Neben einem Datenerfassungsprotokoll und einem Drucker haben Registrierkassen folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Signatur der Barumsätze mittels Signaturerstellungseinheit, die über FinanzOnline registriert werden muss; dadurch wird sichergestellt, dass die Belege nicht im Nachhinein verändert werden können
- Sicherung der Signatur im Datenerfassungsprotokoll beim jeweiligen Umsatz und Druck am Beleg als maschinenlesbarer Code
- Eindeutige Zuordnung jeder Registrierkasse zu einer Kassenidentifikationsnummer
- Erstellung und Sicherung automatischer und signierter Start-, Monats-, Jahres- und Schlussbelege

Zur Inbetriebnahme der Sicherheitseinrichtung der Registrierkasse sind folgende Schritte erforderlich:

Beschaffung der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit

Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit sind über einen zugelassenen Vertrauensdienstanbieter (A-Trust GmbH, Global Trust oder PrimeSign GmbH) zu beziehen.

Initialisierung der manipulationssicheren Registrierkasse

Die Initialisierung der Registrierkasse besteht aus der Einrichtung eines leeren Datenerfassungsprotokolls (DEP), eines Umsatzzählers mit Zählerstand 0 und eines AES-Schlüssels in der Registrierkasse. Darüber hinaus muss die Kassenidentifikationsnummer der Registrierkasse zugordnet und die Schnittstelle zu einer funktionsfähigen Signatur- bzw Siegelerstellungseinheit hergestellt werden.

Erstellung des Startbeleges

Unmittelbar nach der Initialisierung der Registrierkasse ist ein Startbeleg zu erstellen. Dafür wird ein Geschäftsvorfall mit dem Betrag von 0 EUR (Null) in der Registrierkasse erfasst.

Registrierung über Finanzonline

Die Signatur- bzw Siegelerstellungseinheit und die manipulationssichere Registrierkasse sind über FinanzOnline zu registrieren. Dafür steht eine dialoggeführte Eingabemaske zur Verfügung. Unternehmer mit eigenem FinanzOnline-Zugang können diese Registrierung selbst vornehmen oder können von ihrem Steuerberater einen so genannten Registrierkassen-Web-service-User eingerichtet bekommen.

Folgende Daten sollten für die Registrierung bereitgehalten werden:

- Art der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit
- Seriennummer der Signatur- bzw. Siegelerstellungseinheit
- Name des Vertrauensdienstanbieters
- Kassenidentifikationsnummer der Registrierkasse
- AES Schlüssel der Registrierkasse

Prüfung Startbeleg

Mit der Überprüfung des Startbelegs wird sichergestellt, dass die Inbetriebnahme der Sicherheitseinrichtung der Registrierkasse ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Mit der BMF-Belegcheck-App kann der maschinenlesbare Code (QR-Code) des Startbelegs und alle weiteren Belege des eigenen Unternehmens gescannt und geprüft werden. Dabei werden Daten über FinanzOnline herangezogen, um die Gültigkeit der Signatur auf den Belegen feststellen zu können. Das Ergebnis wird unmittelbar am Display des Smartphones oder Tablets mit einem weißen Häkchen auf grünem Grund angezeigt. Wichtig ist, dass vor der ersten Anwendung der BMF-Belegcheck-App diese durch Eingabe des Authentifizierungs-codes aus der Finanzonline-Registrierung freigeschaltet ist.

Startbeleg ergibt einen Fehler

Ergibt die Startbelegprüfung einen Fehler - es erscheint ein weißes Kreuz auf rotem Grund auf dem Display -, gilt es zunächst zu überprüfen, ob alle Daten korrekt erfasst wurden. Nach Korrektur der Eingaben kann der Startbelegprüfungsvorgang wiederholt werden.

Hinweise zum laufenden Betrieb der manipulationssicheren Registrierkasse:

Monats- und Jahresbelege sind zu signierende Kontrollbelege mit dem Betrag € 0.-(Null), die zum Monats- bzw. Jahresende zu erstellen sind. Der Jahresbeleg ist zusätzlich auszudrucken bzw. elektronisch zu erstellen, aufzubewahren und mittels BMF-Belegcheck-App zu prüfen.

Vergessen Sie bitte nicht auf die Erstellung und Überprüfung Ihres Jahresbeleges. Zum Abschluss Ihres Geschäftsjahres müssen Sie mit jeder Registrierkasse einen Jahresbeleg erstellen. Der Jahresbeleg ist der Monatsbeleg für Dezember. Wie jeder andere Monatsbeleg ist auch der Monatsbeleg Dezember ein Nullbeleg. Daher: Jahresbeleg = Monatsbeleg Dezember = Nullbeleg. Zur verpflichtenden Überprüfung des Manipulationsschutzes Ihrer Registrierkassen brauchen Sie den Jahresbeleg. Zu beachten ist, dass der Jahresbeleg spätestens bis zum 15. Februar des Folgejahres (manuell mit der BMF Belegcheck-App oder automatisiert über das Registrierkassen-Webservice) geprüft werden muss. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihren

Kassenhersteller. Für Webservice-basierte Registrierkassen werden diese Schritte bereits automatisch durchgeführt.

-
- Das Datenerfassungsprotokoll der Registrierkasse ist jedenfalls quartalsweise auf einem externen Datenträger unveränderbar zu sichern und sieben Jahre aufzubewahren.
- Bei Ausfall oder Verlust einer Registrierkasse sind Geschäftsvorfälle auf einer anderen Registrierkasse zu erfassen oder händische Belege zu erstellen, welche dann nacherfasst werden.
- Dauert der Ausfall einer Registrierkasse länger als 48 Stunden, müssen Beginn und Ende des Ausfalls oder die gänzliche Außerbetriebnahme binnen einer Woche über FinanzOnline gemeldet werden.

Wird keine Registrierkasse genutzt oder verfügt die Registrierkasse nicht fristgerecht über die technische Sicherheitseinrichtung, ist dies als Finanzordnungswidrigkeit grundsätzlich strafbar (§ 51 Abs. 1 lit. c Finanzstrafgesetz (FinStrG); Strafraumen bis € 5.000.- Strafe).

Weiters führt dies nach § 163 BAO zum Verlust der Vermutung der sachlichen Richtigkeit der geführten Bücher und Aufzeichnungen und kann zu einer Schätzung der Besteuerungsgrundlagen nach § 184 BAO durch die Abgabenbehörde führen.

7.11.2 Belegerteilungspflicht

Unabhängig vom Jahresumsatz und vom Betrag der Barzahlung sind die Ärzte seit 2016 auch verpflichtet, bei jeder Barzahlung einen Beleg (Kassenbon) zu erstellen und dem Käufer - sohin dem Patienten - auszuhändigen. Dieser muss den Beleg entgegennehmen und bis außerhalb der Ordinationsräumlichkeiten zum Zwecke der Kontrolle durch die Finanzverwaltung mit sich führen.

Belege, die mittels Registrierkasse erstellt wurden, haben **seit dem 01.04.2017** neben den allgemeinen Rechnungsmerkmalen (Bezeichnung des leistenden Unternehmers, fortlaufende Nummer, Tag der Belegausstellung, Art und Umfang der erbrachten Leistung, Betrag der Barzahlung) folgende Daten zu enthalten:

- Kassenidentifikationsnummer
- Datum und Uhrzeit der Belegausstellung
- Betrag der Barzahlung getrennt nach Steuersätzen
- maschinenlesbarer Code (zB QR-Code)

Die Nichtausfolgung eines Belegs stellt eine Finanzordnungswidrigkeit nach § 51 Abs. 1 lit. d FinStrG dar (Strafraumen bis € 5.000.-).

7.11.3 Rezeptgebühren

Die Auffassung der Österreichischen Ärztekammer, dass die Rezeptgebühren durchlaufende Posten sind, nicht zum Barumsatz zählen, und daher bei der Beurteilung der Grenzen für die Registrierkassenpflicht nicht zu berücksichtigen sind, wurde vom Bundesministerium für Finanzen bestätigt. Durchlaufende Posten sind Beträge, die in fremdem Namen und auf fremde Rechnung vereinnahmt und als solche dem Kunden gegenüber auf einer Rechnung (einem Beleg) eindeutig ausgewiesen werden. Bei den Durchlaufposten, also bei den

Rezeptgebühren besteht Einzelaufzeichnungspflicht, aber keine Belegerteilungsverpflichtung nach der Bundesabgabenordnung.

7.11.4 Hausbesuche

Bei Leistungen außerhalb der Betriebsstätte, wie Hausbesuchen, ist für die Barumsätze jeweils ein Beleg (mit den notwendigen Merkmalen) auszustellen, die Durchschrift ist unmittelbar nach Rückkehr in der Registrierkasse zu erfassen.

7.11.5 Zweitordinationen

Prinzipiell gelten zwei Ordinationen (Betriebsstätten) als ein Betrieb, im Sinne der steuerlichen Definition. Das heißt, sollte in einer Ordination die Umsatzgrenze von € 15.000,- bzw. € 7.500,- (bar) im Jahr überschritten werden, gilt die Registrierkassenpflicht automatisch auch für die zweite Ordination, unabhängig von deren Umsatzhöhe. Es ist jedoch der Einsatz zweier unterschiedlicher Registrierkassensysteme samt eigenem Rechnungskreis zulässig.

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.

Nichtsozialversicherte Patienten:

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 Allgemein Chirurgie 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: vggkcaed;
- 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.

Auszug aus der aktuellen S3-Leitlinie:

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.

Hinweis:

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 Quartalsabrechnung 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.

Honorierung:

€ 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 samt 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 Risikoauflärung 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 zangenbiop-tischer Polypenabtragung“: € 330,54
- Pos.4061 „Inkomplette diagnostische Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbiop-tischer 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 Abrechnung). 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 Gynäkologen) - € 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 einem 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 Impfpfärztinnen/Impfpfärzte 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 Aufklärungsgesprächs (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 Ärztesamtsvertrag 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.

9 DER WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER FÜR VORARLBERG

Der Vorarlberger Wohlfahrtsfonds ist eine Einrichtung, die vor mehr als 60 Jahren mit dem Auftrag ins Leben gerufen wurde für die Ärzteschaft ein soziales Netz der Sicherheit zu installieren, das Vorsorge für Alter, Krankheit, Invalidität und Tod trifft.

Auch als freiberuflich tätiger Arzt sind Sie Mitglied des Wohlfahrtsfonds und erwerben daher neben der staatlichen Pension (ASVG oder GSVG) einen zusätzlichen Anspruch auf Versorgungsleistungen aus dem ärzteigenen Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg.

Wenn Sie altersbedingt oder krankheitshalber Ihre ärztliche Tätigkeit einstellen, erhalten Sie daher neben der staatlichen eine zusätzliche Pension aus dem Wohlfahrtsfonds.

Die professionelle Vermögensveranlagung und laufende versicherungsmathematische Begutachtungen des Wohlfahrtsfonds sichern Ihre zukünftigen Ansprüche.

Gerade am Beginn der freiberuflichen Tätigkeit als Vertrags- oder Wahlarzt sind Möglichkeiten zur Ermäßigung der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds vorgesehen. Bitte beachten Sie, dass für eine allfällige Ermäßigung eine diesbezügliche rechtzeitige Antragstellung Ihrerseits erforderlich ist.

Vertrags-, Wahl- und Wohnsitzärzte sind - sofern kein Befreiungstatbestand vorliegt - im Wohlfahrtsfonds krankenversichert und haben die entsprechenden Beiträge zu entrichten.

Nähere Informationen erhalten Sie im Kammeramt - nützen Sie die Möglichkeit einer persönlichen Beratung durch unseren Herrn Christoph Luger.

Info: Christoph Luger, Tel. 05572 / 21900 – 37 DW Fax: 43 DW,
E-Mail: christoph.luger@aekvbg.at

10 SOZIALE SICHERHEIT FÜR DEN ARZT

10.1 Pensions-, Unfall- und Krankenversicherung

Vertrags- und Wahlärzte sind nach dem Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG) in der Unfall- und Pensionsversicherung pflichtversichert. Diese Pflichtversicherung beginnt mit dem Monatsersten, wo die freiberufliche Tätigkeit aufgenommen wird und endet am Monatsletzten jenes Monats, mit welchem die Tätigkeit eingestellt wird.

Ausgenommen von der Pflichtversicherung sind jene freiberuflich tätigen Ärzte, die zusätzlich in einem öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen und derzeit oder zukünftig Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsgenuss aus dem Dienstverhältnis haben.

Vertrags- und Wahlärzte, die neben der freiberuflichen Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis stehen sind bereits über das ASVG bzw. das B-KUVG krankenversichert. Ausschließlich freiberuflich tätige Vertrags- und Wahlärzte hingegen sind - sofern kein Befreiungstatbestand vorliegt - im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Vorarlberg krankenversichert und haben die entsprechenden Beiträge zu entrichten.

Info: Christoph Luger, Tel. 05572 / 21900 – 37 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: christoph.luger@aekvbg.at

Weitere, insbesondere detaillierte bzw. Einzelfälle betreffende Auskünfte zum FSVG erhalten Sie bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, Schlossgraben 14, 6800 Feldkirch (Tel. 05 08 08 - 2029)

10.2 Mutterschutz/Karenz

Mit der ÖGK wurde ein **Pilotprojekt für Kassenärztinnen** vereinbart, das vorerst vom 1.1.2025 bis zum 31.12.2026 gilt. Dieses sieht vor, dass in Anlehnung an die gesetzliche Wochengeldregelung im Anschluss an die Geburt eines Kindes die Möglichkeit besteht, für maximal 12 Wochen nach der Entbindung als teilweisen Einkommensersatz (zur Bedeckung laufender Fixkosten etc) eine Mutterschutzunterstützungsleistung zu beziehen.

Im Detail gestaltet sich dies wie folgt:

1. Ein Anspruch auf Mutterschutzunterstützungsleistung besteht für Vertragsärztinnen, die sich am Tag der Entbindung schon länger als ein halbes Jahr in einem aufrechten kurativen (Teil-)Einzelvertrag mit der Kasse mit vertraglichem Ordinationssitz in Vorarlberg befinden. Für Teil-Einzelvertragsärztinnen besteht kein Anspruch, wenn ihr Job-Sharing-Partner seinen vertraglichen Versorgungsumfang in der Anspruchsdauer gemäß Punkt 2 um den Versorgungsumfang der Vertragsärztin erweitert. Wird der Versorgungsumfang nur um einen Teil davon erweitert, wird die Mutterschutzunterstützungsleistung aliquot gekürzt.
2. Die Antragstellung erfolgt von der Vertragsärztin schriftlich bei der Kasse innerhalb von zwei Wochen ab der Entbindung inklusive Beilage der Geburtsurkunde des Kindes und Angabe des Zeitraums (1, 2 oder 3 Monate ab dem Tag der Entbindung), für den die Mutterschutzunterstützungsleistung beantragt wird. Anlässlich der Antragstellung ist von der Antragstellerin auch schriftlich zu bestätigen, dass sie im angegebenen

Zeitraum keinerlei Kassenvertragsleistungen erbringt und keine e-card-Steckungen vornehmen wird.

3. Die Mutterschutzunterstützungsleistung gebührt für den gemäß Punkt 2 beantragten Zeitraum. Der Berechnung zugrunde gelegt wird die Abrechnung der Antragstellerin mit der Kasse im Vorjahresquartal des Entbindungstags. Sofern die Antragstellerin in diesem Vorjahresquartal keine Leistungen mit der Kasse abgerechnet hat, wird der durchschnittliche Umsatz aller Vertragsärzte der jeweiligen Fachgruppe im Vorjahresquartal des Entbindungstags zugrunde gelegt. Sollte die Antragstellerin im Quartal der Entbindung in einem Teil-Einzelvertrag mit weniger als 100 % Versorgungsumfang tätig gewesen sein, wird der auf einen vollen Kassenvertrag bezogene Vorjahresquartalsumsatz aliquot reduziert. Die Höhe der Leistung beträgt pro gemäß Punkt 2 beanspruchtem Monat 12 % des (aliquoten) Vorjahresquartalsumsatzes der Antragstellerin (bzw. falls nicht vorhanden – ihres Fachgruppendurchschnitts) mit der Kasse, maximal daher 36 % davon. Die Auszahlung der Mutterschutzunterstützungsleistung erfolgt durch die Kasse im Falle einer positiven Anspruchsprüfung innerhalb eines Monats nach vollständiger Antragstellung gemäß Punkt 2 im Rahmen einer Einmalzahlung.
4. Die gesamtvertragliche Akontierung wird bei der Antragstellerin für so viele der auf die Entbindung folgenden Kalendermonate ausgesetzt, wie gemäß Punkt 2 Mutterschutzunterstützungsleistung beantragt wurde.
5. Werden für Tage im Zeitraum gemäß Punkt 2 entgegen der abgegebenen Erklärung im Rahmen des Kassenvertrags der Antragstellerin von dieser selbst oder einer allfälligen Vertretung kassenvertragliche Leistungen erbracht bzw. e-card-Steckungen vorgenommen, werden die dafür verrechneten Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung in Abzug gebracht.

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

Ergänzend dazu wird für Wahl- und Kassenärztinnen auf die Möglichkeit des Bezugs der Krankenunterstützung aus dem Wohlfahrtsfonds hingewiesen.

Info: Christoph Luger, Tel. 05572 / 21900 – 37 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: christoph.luger@aekvbg.at

11 BETRIEBLICHE VERSICHERUNGEN - DER VERSICHERUNGSBEDARF VON ÄRZTEN

11.1 Allgemeines

Beim Abschluss von Versicherungsverträgen bei der Neugründung einer Ordination sollten folgende Punkte beachtet werden:

11.1.1 Gewichtung des Risikos (Riskmanagement)

- was ist ein Existenzrisiko (z.B. Haftpflicht) und was sind z.B. eher vernachlässigbare Risiken (z.B. Sonderklasse-Krankenversicherung)
- welche Versicherung ist mir wichtiger als eine andere (Einteilung nach wichtig und weniger wichtig)

11.1.2 Korrekter Abschluss nach Gewichtung

Immer wieder kommt es beim Abschluss von Versicherungsverträgen vor, dass die Vorgehensweise nach Punkt 1.1. nicht eingehalten wird und damit weniger wichtige oder gar „Luxusversicherungen“ (Sonderklasse-Krankenversicherung, Kapital-Lebensversicherungen usw.) abgeschlossen werden, während existenzbedrohende Risiken nicht eingedeckt oder gar nicht erkannt werden.

11.1.3 Empfohlene Gewichtung

- Ärzte-Haftpflicht-Versicherung und damit zusammenhängend die Ärzte-Rechtsschutz-Versicherung
- Berufsunfähigkeitsrenten-Versicherung für lange andauernde oder ständige Berufsunfähigkeit und damit zusammenhängend die BUFT-Versicherung (Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige), welche besonders kürzere Ausfälle bis zu einem Jahr abdeckt.
- Ablebens-Risiko-Versicherung als kostengünstiger Schutz für Verbindlichkeiten (Schulden usw.), welche nach einem Tod Hinterbliebene belasten würden
- Unfallversicherung
- Ordinations-Bündel-Versicherung als Schutz für die erworbene Einrichtung z.B. nach einem Elementarereignis
- Cyberrisk (Data Risk Versicherung) als Schutz vor Kosten im Zusammenhang mit Datenklau und Hackerangriff

11.1.4 Versicherungs-Rahmenverträge (Gruppenverträge):

Nähere diesbezügliche Informationen können Sie unserer Homepage entnehmen:

<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/versicherung>

11.2 Die Ärzte-Haftpflicht-Versicherung

Die Haftpflichtversicherung befriedigt berechtigte Schadenersatzforderungen im Zivilbereich und wehrt unberechtigte Forderungen ab.

Sie leistet Schadenersatz bei Personen- und Sachschäden sowie daraus resultierenden Vermögensfolgeschäden, die durch den Arzt verursacht werden.

Ein nicht ausreichender Haftpflichtversicherungsschutz bzw. eine nicht ausreichende Versicherungssumme können die Existenz des Arztes bedrohen!

Gemäß § 52d ÄrzteG darf eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.

Die zum Haftpflichtgeschäft in Österreich berechtigten Versicherungsunternehmen können auf der Homepage der Finanzmarktaufsicht (<http://www.fma.gv.at/de/unternehmen/suche-unternehmensdatenbank.html>) abgerufen werden.

Die Mindestversicherungssumme hat für jeden Versicherungsfall € 2.000.000.- zu betragen. Eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH das Fünffache der Mindestversicherungssumme, bei sonstiger freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit das Dreifache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten. Bei einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer GmbH hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt auf Grund seiner Gesellschafterstellung bestehen.

Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der ärztlichen Berufsausübung aufrecht zu erhalten.

Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung ist unzulässig.

Die Österreichische Ärztekammer hat mit dem Fachverband der Versicherungsunternehmen (VVÖ) verbindliche Rahmenbedingungen für Haftpflichtversicherungen gemäß § 52d iVm § 117b Abs 1 Z 22a ÄrzteG sowie ein bundeseinheitliches Meldeformular vereinbart. Die Berufshaftpflichtversicherung muss somit nicht nur den gesetzlichen Erfordernissen des § 52d ÄrzteG, sondern auch diesen verbindlichen Rahmenbedingungen vollinhaltlich entsprechen. Zudem muss die Meldung mit dem bundeseinheitlichen Formular, das vom Versicherer vollständig auszufüllen ist, erfolgen (dieses Formular finden Sie in Kapitel 3).

Ungeachtet der vom Gesetzgeber festgelegten Mindestversicherungssumme von € 2.000.000.- wird seitens der Ärztekammer als Basisversicherungsschutz mindestens eine Versicherungssumme von € 5.000.000,-- empfohlen.

Die Versicherungssumme kann im gegenständlichen Rahmenvertrag auf € 10.000.000,-- erhöht werden. Darüber hinaus ist eine Erhöhung nur durch eine Exzedentenversicherung möglich.

Es sollte eine Haftpflichtversicherung mit Kündigungsschutz (Verzicht des Versicherers auf das Recht der Kündigung im Schadensfall) gewählt werden.

Die Ärztekammer für Vorarlberg hat mit der Donau Versicherung eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen, die den gesetzlichen Bestimmungen des § 52d ÄrzteG entspricht und der alle Mitglieder der Ärztekammer für Vorarlberg beitreten können.

Nähere diesbezügliche Informationen erhalten Sie bei Kollmann Versicherungsmakler GmbH, Ardetzenbergstraße 6b, 6800 Feldkirch (E-Mail: stefan@kollmann-versicherungsmakler.at, Tel-Nr. 0 55 22/22 868-12).

11.3 Die Ärzte-Rechtsschutzversicherung

Im Gegensatz zur Haftpflicht-Versicherung deckt die Rechtsschutz-Versicherung den Strafbereich ab, welcher für den Arzt sehr weitreichende Folgen haben kann - nämlich strafrechtliche Sanktionen von Geldstrafen bis hin zu Freiheitsstrafen.

Die Rechtsschutz-Versicherung soll also in einem etwaigen Strafprozess Deckung bieten, welcher insbesondere bei Tötung oder schweren Körperverletzungen **vor** dem Zivilprozess, welcher durch die Haftpflicht-Versicherung gedeckt ist, stattfindet.

Normalerweise bieten Rechtsschutzversicherungen für Vorsatzdelikte (zB § 202 StGB - geschlechtliche Nötigung) keine Deckung. Dies auch dann nicht, wenn sich der bloße Vorwurf eines Vorsatzdeliktes in einem Verfahren als unbegründet herausstellt.

Einzelne Rechtsschutzversicherungen bieten nun jedoch abweichend von Art. 19 Pkt 2.2 ARB Versicherungsschutz auch für gerichtliche Strafverfahren wegen einer im Berufsbereich des Arztes begründeten vorsätzlichen strafbaren Handlung, wenn es sich um Vergehen (Strafrahmen bis zu einer dreijährigen Freiheitsstrafe) und nicht um ein Verbrechen handelt und das Strafverfahren mit Freispruch oder Einstellung endet.

Derzeit wird seitens der Ärztekammer für Vorarlberg folgender Leistungsumfang empfohlen:

- Schadenersatz- und Straf-Rechtsschutz (Privat-, Betriebs- und Berufs-Bereich), auch für Hausapotheken und Erste Hilfe Leistungen
- Ermittlungs-Straf-Rechtsschutz gemäß STPO
- Arbeitsgerichts- und Sozialversicherungs-Rechtsschutz
- Beratungs-Rechtsschutz
- Allgemeiner Vertrags-Rechtsschutz für den Betriebs- und Privatbereich inkl. Honorarstreitigkeiten mit dem Sozialversicherungsträgern
- Versicherungsstreitigkeiten – mit allen Versicherungen
- Erb- und Familien-Rechtsschutz
- Steuer-Rechtsschutz für den Privatbereich
- Daten-Rechtsschutz für den Privatbereich
- Ausfallsversicherung für den Privatbereich
- Grundstückseigentum- und Mieten-Rechtsschutz für die Ordination, den Hauptwohnsitz und alle selbst genutzten Wohneinheiten (kein Vermieter- und/oder Verpächterrisiko)
- Mediation und Diversion
- Kosten aufgrund eines Disziplinarverfahrens vor der Landesvertretung (gilt auch für den mitversicherten unselbstständigen Ehegatten/Lebensgefährten)
- Rechtsschutz für Vorsatzdelikte/qualifizierte Vergehen (bei Freispruch oder Einstellung –ausgenommen ist die gewerbsmäßige Begehung § 70 StGB), Begehung aufgrund derselben schädlichen Neigung und Verbrechen gegen das Leben und gegen die Ehre
- Genereller Geltungsbereich Europa

Diese Bausteine können fast nach Belieben und eigener Risikoeinschätzung erweitert werden (z.B. KFZ-Rechtsschutz, Vertrags-Rechtsschutz für den Betriebsbereich, usw.)

11.4 Die Berufsunfähigkeitsrente

Es wird immer wieder festgestellt, dass dieser Versicherungsschutz unzureichend oder gar nicht angeboten wird.

Im Gegensatz zu der nachstehend beschriebenen Betriebs-Unterbrechungs-Versicherung, in welcher „kurzfristige“ Unterbrechungen von bis zu einem Jahr entschädigt werden, bietet nur die Berufsunfähigkeitsrente Versicherungsschutz für längere Dauer – im Falle des Falles bis zum Eintritt der Pension.

Durch die geringe staatliche Leistung kann es bei allen, die im Falle der Berufsunfähigkeit nur die gesetzliche und die Vorsorge über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer aufzuweisen haben zu einem substantiellen Einkommensrückgang kommen.

Die häufigsten Ursachen für eine Berufsunfähigkeit sind nicht – wie man allgemein annimmt – Unfälle (wogegen zumeist durch eine Unfallversicherung vorgesorgt wird), sondern diverse Krankheiten laut nachstehender Auflistung.

Von den Pensionsneuzugängen bei den staatlichen Berufsunfähigkeitsrenten entfallen in Österreich über 34,23 % auf psychiatrische Krankheiten. Die zweite Stelle nehmen mit 19,38 % die Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes ein, gefolgt von Krebserkrankungen mit 17,38 % und Krankheiten des Kreislaufsystems mit 6,26 %. 15,60 % machen sonstige Erkrankungen aus und 7,15 % Unfälle.

Berufsunfähigkeit macht auch vor keinem Alter halt. 6% aller Berufsunfähigkeitsrenten werden an Personen unter 35 Jahren ausbezahlt, 36% an 36 bis 50-jährige Personen, 53% an 51 bis 60-jährige Personen und 5% an über 60-jährige Personen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass auf die abstrakte Verweisung durch den Versicherer verzichtet wird.

Die abstrakte Verweisung bedeutet: Der Versicherer kann den Kunden im BU-Fall auf eine andere Tätigkeit, die der bisherigen beruflichen Stellung und Erfahrung entspricht, verweisen. Es spielt aber keine Rolle, ob der Betroffene den Beruf tatsächlich ausübt oder ob es eine freie Beschäftigung aus dem Arbeitsmarkt dafür gibt, sondern nur, ob er dazu in der Lage wäre.

Wenn Sie nach Vertragsbeginn aus gesundheitlichen Gründen mindestens zu 50% außer Stande sind, Ihrem zuletzt ausgeübten Beruf nachzugehen, so erhalten Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit bis zum Ablauf Ihres Vertrages die vereinbarte Rente.

Sofern eine Karenz vertraglich vereinbart ist – bei Vorhandensein einer Betriebsunterbrechungsversicherung aufgrund der damit verbundenen Prämieinsparung äußert sinnvoll - wird die monatliche Rente erst nach Ablauf dieser Karenz fällig.

Eine Erwerbsunfähigkeit von weniger als 50 % ergibt keinen Anspruch auf eine Rente. Bei einer höheren Erwerbsunfähigkeit wird die Rente in voller Höhe fällig.

11.5 Die Betriebsunterbrechungsversicherung

Die Betriebsunterbrechungsversicherung ist eine "Ertragsausfallversicherung", die im Falle einer Betriebsunterbrechung dem Betriebsinhaber den dadurch entstehenden finanziellen Nachteil ersetzt.

Damit werden fortlaufende Fixkosten (wie Personalaufwand, Mieten, Schuldzinsen etc.) und der entgehende Betriebsgewinn, der bei ungestörtem Betrieb erwirtschaftet worden wäre, ersetzt. Auch Schadenminderungsmaßnahmen werden vergütet (z.B. Kosten für entlehene medizinische Geräte, Errichtung von „Notordinationen“ usw.)

Es sollte eine Versicherung mit Kündigungsschutz (Verzicht des Versicherers auf das Recht der Kündigung bei Eintritt des Versicherungsfalles) gewählt werden.

Die Ärztekammer für Vorarlberg hat mit der Uniqa Versicherung eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen, der alle Mitglieder der Ärztekammer für Vorarlberg beitreten können. Der Deckungsumfang dieser Betriebsunterbrechungsversicherung entspricht auch dem nachstehenden Vorschlag.

Nähere diesbezügliche Informationen sind bei Kollmann Versicherungsmakler GmbH, Ardetzenbergstraße 6b, 6800 Feldkirch (E-Mail: stefan@kollmann-versicherungsmakler.at, Tel-Nr. 0 55 22/22 868-12), erhältlich.

11.5.1 Vorschlag für den Deckungsumfang einer Betriebsunterbrechungs-Versicherung

Was gilt als Versicherungsfall?

Deckung besteht bei gänzlicher oder teilweiser Unterbrechung des versicherten Betriebes infolge

- Krankheit, Unfall oder Quarantäne der namentlich genannten für den Betrieb verantwortlich leitenden Person. Der Versicherungsschutz gilt nur für Krankheiten, die während des Bestandes der Versicherung auftreten. Ausdrücklich mitversichert ist auch die Erkrankung an Covid 19 (ohne Karenz!) und neu gelten auch Schwangerschaftskomplikationen versichert.
- eines Schadenfeuers (Brand, Blitzschlag, Explosion und Flugzeugabsturz).
- Beschädigung, Zerstörung, Verlust oder Abhandenkommen einer dem Betrieb dienenden Sache durch Einbruchdiebstahl und Vandalismus, Austreten von Leitungswasser, Sturm, Hagel, Schneedruck, Felssturz, Erdbeben oder Steinschlag.
- Geregelt ist auch nun der Arbeitsversuch und die teilweise Unterbrechung nach Unfällen

11.5.2 Haftungsdauer und Form der Leistung:

Bei gänzlicher Unterbrechung des Betriebes durch Unfall und Krankheit des Versicherungsnehmers pro Tag 1/360 der versicherten Summe ohne Nachweis des Verdienstentganges, wahlweise ab dem 8., 15., 22. oder 29. Tag, längstens für 360 Tage.

11.5.3 Entfall bzw. Änderung der Karenzfristen:

Die vereinbarte Karenz entfällt bei:

- Seuchen und Epidemien
- Sachschäden
- folgenden Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen) Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
- einem Unfall, der einen sofortigen, medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 3 abgerechneten Krankentagen bedingt.
- Die vereinbarte Karenz verringert sich bei einer Krankheit, die einen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 3 abgerechneten Krankentagen bedingt je nach Produkt und Versicherungsgesellschaft.
- Für Betriebsneugründer können Neugründer Rabatte beantragt werden.

11.6 Die Unfallversicherung

Eine ausreichende Unfallversicherung – und damit ist eine möglichst hohe Versicherungssumme für bleibende Invalidität gemeint – bietet einerseits besonders Schutz für Unfälle, nämlich das plötzliche und unerwartete Auftreten eines solchen Schicksalsschlages und andererseits wenigstens Schutz im Unfallbereich für die vielfach gesetzlich schlecht versicherte Familie (Invalidität der Gattin und Kinder).

Die Unfallversicherung ist eine Personenversicherung, die dann leistet, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten dauernd oder teilweise durch einen Unfall beeinträchtigt ist.

Die Folgen eines Unfalls können sehr schnell zu finanziellen Schwierigkeiten führen und die materielle Lebensgrundlage gefährden. Eine private Unfallversicherung kann die wirtschaftlichen und finanziellen Bedürfnisse individuell und umfassend absichern.

Für die Unfallversicherung gibt es die verschiedensten Varianten, angefangen von Einzelunfallversicherungen bis zu Familienunfallversicherungen, in welcher sämtliche Familienmitglieder mit derselben Versicherungssumme versichert werden sollten.

Bestimmten Fachärzte (z.B. Gynäkologen, Chirurgen usw.) wird zusätzlich der Abschluss einer Ärzteunfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe empfohlen, da gerade für diese Fachgruppen der Verlust eines Fingers bedeuten kann, den Beruf aufgeben zu müssen, was z.B. bei einem Arzt für Allgemeinmedizin nicht der Fall sein muss.

Die Ärztekammer für Vorarlberg hat mit der Vorarlberger-Landesversicherung (VLV) eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen, der alle Mitglieder der Ärztekammer für Vorarlberg beitreten können. Nähere diesbezügliche Informationen sind bei Kollmann Versicherungsmakler GmbH, Ardetzenbergstraße 6b, 6800 Feldkirch (E-Mail: stefan@kollmann-versicherungsmakler.at, Tel-Nr. 0 55 22/22 868-12), erhältlich.

11.7 Die Ordinationsbündelversicherung

Im Rahmen einer Ordinationsbündelversicherung sind die Sparten Feuer, Sturmschaden, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl und Glasbruch versichert.

Versichert gelten Einrichtung der Ordinationsräume sowie sämtliche Adaptierungen, Instrumente, Heilbehelfe und Medikamente einschließlich der persönlichen Sachen des Arztes und seiner Mitarbeiter.

In diesen Zusammenhang wird darauf verwiesen, dass zwar der Blitzschlag im Rahmen der Feuerversicherung mitversichert gilt, nicht jedoch der indirekte Blitzschlag oder so genannte Überspannungsschäden (sowie andere Schäden an der technischen Einrichtung wie z.B. Bedienungsfehler, mechanisch einwirkende Gewalt usw). Für dieses Risiko besteht die Möglichkeit, eine separate Elektrogeräte-Versicherung abzuschließen.

11.8 Die Elektrogeräte-Versicherung

Um vollständigen Versicherungsschutz über die in der Ordinationsversicherung hinausgehende Deckungen für die medizinischen Geräte zu erhalten, ist eine Elektrogeräte-Versicherung unumgänglich.

Es gelten sämtliche Anlagen und Geräte, die für den Ordinationsbetrieb erforderlich sind, versichert.

Vorschlag für den Deckungsumfang einer Elektrogeräte-Versicherung

Es wird Versicherungsschutz gewährt gegen unvorhergesehene und plötzlich eintretende Beschädigungen oder Zerstörungen der versicherten Sachen durch:

- Bedienungsfehler, Ungeschicklichkeit, Fahrlässigkeit oder Böswilligkeit
- unmittelbare der elektrischen Energie infolge von Erdschluss, Kurzschluss, übermäßige Steigerung der Stromstärke, Überschlüge, Bildung von Lichtbögen u. dgl. mögen Sie auch durch Isolationsfehler, Überspannungen, mittelbare Einwirkung atmosphärischer Elektrizität wie Induktion, Influenz hervorgerufen worden sein.
- Schäden, verursacht durch die mittelbare Wirkung der atmosphärischen Elektrizität (indirekter Blitzschlag) und mit nachweisbaren Störungen in der öffentlichen und/oder eigenen Stromversorgung.
- Material- und Herstellungsfehler (für Computeranlagen ausgeschlossen)
- mechanisch einwirkende Gewalt
- Implosion und sonstige Wirkungen von Unterdruck
- Innere Betriebschäden
- Transportschäden

- Wasserschäden aller Art
- Erdbeben, Erdsenkung, Felssturz, Frost, Hagelschlag, Hochwasser, Lawinen, Schneedruck, Steinschlag, Sturm, Überschwemmungen
- Brand (einschließlich der beim Löschen und Retten entstehenden Schäden)
- Blitzschlag
- Explosionen aller Art
- Einbruchdiebstahl, Diebstahl und Beraubung
- Glasbruch
- Generelle Neuwertentschädigung (zumindest in den ersten z.B. 5 Jahren)

11.9 Cyber-Risk Versicherung

Die Cyber-Risk Versicherung dient zur Risikoabdeckung von sogenannten Cyber-Angriffen, welche immer häufiger zu erheblichen finanziellen, aber auch zeit- und nervenaufreibenden Schäden führen.

Was sollte versichert werden (Kurzzusammenfassung)

- Die Wiederherstellung der IT-Systeme infolge von Hacker-Angriffen sowie bei Infektionen mit Schadsoftware
- Daraus resultierende Betriebsunterbrechungsschäden
- Daraus resultierende Geldforderungen (Cyber-Erpressung)
- Cyber-Prävention Basis (einmaliger IT-Check, Phishing-Test, Online-Konten-Check)
- Reduktion der Wartezeit in der Betriebsunterbrechung von 12 auf 8 Stunden
- Keine Entschädigungsgrenzen mehr im Bedingungswerk bis zur gewählten Versicherungssumme

Die Versicherungssummen sind bis zu € 1.000.000,-- frei wählbar, wobei hier die Variante mit € 250.000,-- empfohlen wird. Der Selbstbehalt beträgt € 500,-- und kann auf Wunsch und gegen Prämiennachlass auf bis zu € 5.000,-- erhöht werden, wobei für die Berechnung der Prämie der Jahresumsatz die Grundlage bildet. Die Prämien zur Abdeckung dieses Risikos sind sehr moderat und bewegen sich durchschnittlich bei ca. € 500.- jährlich.

11.10 Abschluss von Versicherungsverträgen:

Versicherungsverträge können abgeschlossen werden bei:

- Versicherungsvertretern (sind Angestellte eines Versicherungsunternehmens)
- Versicherungsagenten (sind zwar selbständig, aber ebenfalls einem oder ganz wenigen Versicherungsunternehmen verpflichtet)
- Versicherungsmakler (sind selbständige und unabhängige Berater)

12 STEUERN

12.1 Steuerberater und Arzt

Zur Vorbereitung der Praxiseröffnung empfiehlt sich die frühzeitige Konsultation eines Steuerberaters. Nicht jeder Steuerberater hat unter seiner Klientel mehrere Ärzte. Bei der Auswahl des Steuerberaters sollte darauf geachtet werden, dass er schon Erfahrung in der Betreuung von Ärzten hat.

Empfehlenswert ist auch, gleich zu Beginn den Leistungsumfang des Steuerberaters sowie das dafür anfallende Honorar zu vereinbaren.

Leistungen des Steuerberaters

- Umfassende steuerliche und wirtschaftliche Beratung bei allen größeren finanziellen Entscheidungen
- Beratung bei der Organisation der Buchhaltung und des Rechnungswesens
- Steuerliche Vertretung gegenüber den Finanzbehörden
- Beratung bei Investitionen

12.2 Die wesentlichsten Steuerarten

Die Einkommensteuer bemisst sich nach dem Gewinn und ist in Österreich progressiv gestaltet. Ab 2025 sind Einkommen bis € 13.308,00 steuerfrei, 50 % Einkommensteuer zahlt man erst ab einem steuerpflichtigen Einkommen von € 103.072,00. Ab einem Einkommen von 1 Mio Euro wird der Steuersatz auf 55 % angehoben. Dieser Höchststeuersatz gilt derzeit bis zur Veranlagung 2025.

Abschaffung der kalten Progression ab 2023

Mit dem Teuerungs-Entlastungspaket Teil II werden im Einkommensteuerrecht erstmals Regelungen zur Inflationsanpassung verankert, die der sogenannten „kalten Progression“ (Erhöhung der Steuerlast durch fehlende Anpassung des Steuersystems an die Preissteigerungsraten) entgegenwirken sollen. Dies erfolgt in zwei Stufen:

1. Ab dem Kalenderjahr 2024 werden die Tarifstufen, die für die Anwendung der Steuersätze bis 1 Mio Euro maßgebend sind, und die steuerlichen Absetzbeträge (mit Ausnahme des Kinderabsetzbetrags) samt zugehöriger Einschleif- und Zuverdienstgrenzen sowie Sozialversicherungsrückerstattung jährlich automatisch um zwei Drittel der Inflationsrate angepasst. Die dafür heranzuziehende Inflationsrate ist im der Anpassung vorhergehenden Kalenderjahr zu ermitteln und errechnet sich aus dem Durchschnitt der Inflationsraten für die Kalendermonate Juli des vorangegangenen Kalenderjahres bis Juni des laufenden Kalenderjahres. Das BMF hat die für das Folgejahr angepassten Beträge jeweils bis 31. 8. des laufenden Kalenderjahres mit Verordnung kundzumachen.

Die geschilderte Anpassung kommt nur bei Vorliegen einer positiven Inflationsrate zum Tragen; allfällige negative Werte (Deflation) lösen keine Inflationsanpassung aus und haben auch auf die Inflationsanpassung in Folgejahren keine Auswirkungen.

Hinsichtlich des von der angeführten Anpassung nicht erfassten Volumens der „kalten Progression“ (Steueraufkommen aus dem verbleibenden Drittel der Inflationsrate) muss die Bundesregierung bis 15. 9. eines jeden Jahres einen Ministerratsbeschluss über geeignete Entlastungsmaßnahmen fassen.

2. In der nachfolgenden Tabelle sind die Tarifstufen sowie die Progressionsstufen (Grenzsteuersätze) für die Jahre 2024 und 2025 dargestellt.

Einkommen		Einkommen	
2024	Steuersatz	2025	Steuersatz
Stufe bis	2024	Stufe bis	2025
12.816	0%	13.308	0%
20.818	20%	21.617	20%
34.513	30%	35.836	30%
66.612	40%	69.166	40%
99.266	48%	103.072	48%
1.000.000	50%	1.000.000	50%
über 1,0 Mio	55%	über 1,0 Mio	55%

Nach dem für 2025 (2024) geltenden Tarif ergibt sich bei einem Einkommen von € 61.000,00 ohne Berücksichtigung von Sonderausgaben und Absetzbeträgen eine Einkommensteuer von € 15.993,00 (in 2024 € 16.304,00) und ein Durchschnittssteuersatz von 26,73% (in 2024 26,22%). Mit dem Steuertarif für 2021 ergab sich eine Einkommensteuer von € 18.610,00 und ein Durchschnittssteuersatz von 30,51%.

Der seit dem 01.01.2019 bestehende „Familienbonus Plus“ wurde mit Wirksamkeit zum 01. Jänner 2024 für volljährige Kinder von € 650.- auf € 700.- jährlich erhöht. Die Höhe der steuerlichen Entlastung durch den Familienbonus Plus richtet sich nach dem Alter des Kindes.

In 2025 reduziert sich die Einkommen- bzw. Lohnsteuer für jedes Kind bis zum 18. Geburtstag um € 166,68 monatlich (€ 2.000,16 pro Jahr und Kind), auch noch für den Monat, in dem das Kind 18 Jahre alt wird. Nach Ablauf dieses Monats vermindert sich die Steuerlast um € 58,34 monatlich (€ 700,08 pro Jahr und Kind). Der Familienbonus Plus steht so lange zu, solange Familienbeihilfe bezogen wird.

Die **Umsatzsteuer** tangiert Ärzte in der Regel nicht, weil die ärztlichen Leistungen von der Mehrwertsteuer unecht befreit sind. Ungeachtet der Steuerbefreiung gelten Ärzte als Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuergesetzes.

Zu beachten ist auch die **Mietvertragsgebühr** für Mietverträge (1% des Wertes der Leistungen im Mietvertrag) für gewerblich genutzte Immobilien. Mietverträge über Wohnraum, die ab dem 11. November 2017 abgeschlossen werden, sind von der Vergebühung befreit.

12.3 Steuerliche Geltendmachung von Aufwendungen vor Praxiseröffnung

Aufwendungen im Zusammenhang mit der Praxisgründung können steuerlich verwertet werden, und zwar auch dann, wenn die Ausgabe im Jahr vor der Praxiseröffnung getätigt wird.

Gängige Aufwendungen im Zusammenhang mit der Praxiseröffnung sind Reiseaufwendungen und Fahrtkosten (z.B. für Studienbesuch anderer Praxen), Fortbildungskosten, Anschaffungen von Literatur und Büromaterial, Maklergebühren, Beratungskosten, Arbeitskleidung, Kilometergelder für ein Fahrzeug usw.

12.4 Gewinnermittlung

In der Regel ermitteln Ärzte den Gewinn durch **Einnahmen-Ausgaben-Rechnung**. Maßgeblich ist dabei das Kalenderjahr des Zuflusses der Einnahmen und des Abflusses der Ausgaben. Gerade in der Startphase ist es somit möglich, das steuerliche Jahresergebnis stark zu beeinflussen, beispielsweise durch vorgezogenes Tätigen von Ausgaben.

Mit dem **Gewinnfreibetrag** gibt es die Möglichkeit einen Teil des Gewinnes eines Betriebes steuerfrei zu belassen. Der Grundfreibetrag wird ab 2024 um 10% auf € 33.000 angehoben, in 2023 wurde der Prozentsatz in der ersten Stufe von 13% auf 15% angehoben.

In 2024 und 2025 kann der Gewinnfreibetrag wie nachstehend in Anspruch genommen werden:

	Gewinn	Gewinn kumuliert	GFB in %	GFB in €	Verwendung
Grundfreibetrag	33.000,00	33.000,00	15,00%	4.950,00	keine Investition erforderlich
investitionsbedingter Gewinnfreibetrag	145.000,00	178.000,00	13,00%	18.850,00	begünstigte Investitionen
	175.000,00	353.000,00	7,00%	12.250,00	
	230.000,00	583.000,00	4,50%	10.350,00	erforderlich
	583.000,00			46.400,00	

Der maximale Gewinnfreibetrag beträgt damit € 46.400.- (2023 € 45.950.-).

Für Gewinne bis € 33.000.- steht ein Grundfreibetrag in Höhe von 15 % des Gewinnes zu, unabhängig davon, ob Investitionen getätigt werden. Darüber hinaus kann ein investitionsbedingter Gewinnfreibetrag geltend gemacht werden. Voraussetzung für die Geltendmachung des investitionsbedingten Gewinnfreibetrages ist die Vornahme von Investitionen in begünstigte Wirtschaftsgüter. Darunter sind wie bisher körperliche, abnutzbare und ungebrauchte Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens mit einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von mindestens vier Jahren zu verstehen (zu beachten sind diverse Ausnahmen wie PKW's und Kombis, geringwertige Wirtschaftsgüter, gebrauchte Wirtschaftsgüter, ...) sowie Wertpapiere, die den Voraussetzungen zur Deckung für Pensionsrückstellungen entsprechen. Neben den Wohnbauanleihen (=Wandel-schuldverschreibungen von Wohnbauaktiengesellschaften) sind dies ua Bundesanleihen und Bundesobligationen sowie Industrieobligationen und Gewinnschuldverschreibungen. Die Anleihen müssen ebenfalls 4 Jahre als Anlagevermögen (durch Aufnahme in ein zu führendes Verzeichnis) gewidmet werden. Die bei den Einkünften aus Kapitalvermögen vorgesehene Kest-Befreiung der Zinsen im Ausmaß von 4 % p.a. ist bei Wohnbauanleihen im Betriebsvermögen nicht anwendbar.

12.5 Buchführung und Belegwesen

Ausgaben müssen in aller Regel nachgewiesen werden.

Sammeln Sie daher für alle Ausgaben die entsprechenden Belege. Legen Sie die Belege chronologisch in einem Ordner ab, und zwar getrennt nach Art der Zahlung, also nach Barzahlung einerseits und Bankzahlung andererseits. Es wird in der Regel vorteilhaft sein, bei den Belegen und im Zahlungsverkehr zwischen Privatsphäre und Betriebssphäre scharf zu trennen. Private Ausgaben sollten über ein (bereits bestehendes) Privatkonto bezahlt werden. Die Buchhaltungskosten werden dadurch nicht durch betrieblich nicht relevante Vorgänge und damit zusammenhängende Buchungen bzw. Rückfragen zusätzlich belastet. Für betriebliche Einnahmen und Ausgaben sollte daher zumindest **ein eigenes betriebliches Konto** eingerichtet werden. Auch kann es vorteilhaft sein, nicht nur mit einer sondern mit mehreren Bankverbindungen zu arbeiten.

12.6 Ausgewählte Betriebsausgaben

12.6.1 Autokosten

Wird das Auto gemessen an der Kilometerleistung zu mehr als 50% für betriebliche Fahrten genutzt, dann zählt das Auto zum steuerlichen Betriebsvermögen. Das heißt, es müssen alle Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Fahrzeug (Treibstoffe, Reparaturen, Vignette, Garagierung etc.) belegmäßig nachgewiesen und in der Buchhaltung erfasst werden.

Die auf Privatfahrten entfallenden Fahrzeugaufwendungen können steuerlich nicht abgesetzt werden und führen somit zu einer Kürzung des vorerst zu **100%** verbuchten Fahrzeugaufwandes. Das Verhältnis von betrieblichen zu privaten Fahrten kann entweder aus Erfahrungswerten geschätzt oder aus der exakten Führung eines Fahrtenbuches ermittelt werden. Die Führung eines ordnungsgemäßen Fahrtenbuches ist jedenfalls zu empfehlen, da damit Diskussionen mit der Finanzbehörde über die Höhe des Privatanteils vermieden werden können.

Bei den von der Höhe der Anschaffungskosten abhängigen Aufwendungen (wie Kaskoversicherung, Leasingrate, Abschreibungs Komponente, Zinsen usw.) ist die derzeit gültige **Angemessenheitsgrenze von € 40.000.-** sowie die gesetzliche Mindestabschreibungsdauer von 8 Jahren für PKW's zu berücksichtigen. Kostet der PKW mehr als € 40.000.- so sind die darüber hinausgehenden Anschaffungskosten steuerlich nicht absetzbar. Zu den Anschaffungskosten zählen auch die Umsatzsteuer und die NOVA sowie Kosten für Sonderausstattungen (Klimaanlage, Allradantrieb etc).

Wird der PKW geleast, so sind anstelle der Abschreibung die Leasingraten als Ausgaben anzusetzen. Steuerrechtlich wird Leasing aber einem Kauf des PKW's quasi gleichgesetzt. Wie beim Kauf wird auch beim Leasing von einer Verteilung der Anschaffungskosten gleichmäßig auf 8 Jahre ausgegangen. Aus steuerlicher Sicht bringen daher hohe Leasingraten, die sich aus einer kurzen Grundmietzeit und einem geringen Restwert ergeben, keine Vorteile.

Wird das Fahrzeug zu weniger als 50% für betriebliche Zwecke genutzt, dann zählt das Fahrzeug nicht zum steuerlichen Betriebsvermögen, sondern zum Privatvermögen. Das Verhältnis von privaten zu betrieblichen Fahrten kann entweder aus Erfahrungswerten geschätzt oder aus der exakten Führung eines Fahrtenbuches ermittelt werden. Diesfalls kann für ein solches Fahrzeug das amtliche Kilometergeld angesetzt werden. Das amtliche Kilometergeld wird mit Wirksamkeit zum 01.01.2025 von dzt. **€ 0,42 pro Kilometer auf € 0,50 pro Kilometer erhöht.** Um unangenehme Diskussionen mit dem Finanzamt zu vermeiden, ist die Führung eines Fahrtenbuches unbedingt zu empfehlen.

12.6.2 Studien- und Fortbildungsreisen, Seminare

Nach der ständigen Rechtsprechung sind bei Reisen mit klar abgrenzbarem betrieblichem und privatem Reisetil die Reise- und Fahrtkosten hinsichtlich des betrieblich veranlassten Reisetils grundsätzlich abzugsfähig. Im Fall einer untrennbaren Vermischung von betrieblicher und privater Veranlassungskomponente (Mischprogramm) liegt jedoch keine betriebliche Veranlassung vor.

Kosten für Studien- und Fortbildungsreisen werden steuerlich nur anerkannt, wenn sie (nahezu) ausschließlich beruflich veranlasst sind. Planung und Durchführung der Reise erfolgen entweder im Rahmen einer lehrgangmäßigen Organisation oder sonst in einer Weise, die die zumindest weitaus überwiegende berufliche Bedingtheit einwandfrei erkennen lässt. Allgemein interessierende Programmpunkte dürfen nicht mehr Zeit in Anspruch nehmen, als während einer regelmäßigen betrieblichen Tätigkeit als Freizeit verwendet wird.

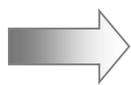
Die Regelungen zur steuerlichen Absetzbarkeit sind komplex und kasuistisch. Es empfiehlt sich daher im Einzelfall die Rücksprache mit dem Steuerberater. Das **Reiseprogramm und die Teilnahmebestätigung zwecks Nachweises sind aufbewahren.**

12.6.3 Geringwertige Wirtschaftsgüter

Mit dem Steuerreformgesetz 2022 wurde die Grenze für geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) mit Wirksamkeit zum 01.01.2023 von € 800.- auf € 1.000.- angehoben. Aufgrund der unechten Steuerbefreiung für Ärzte ist der Grenzbetrag von € 1.000.- ein Bruttobetrag (inkl. Umsatzsteuer). GWG sind abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, die dazu bestimmt sind, dem Betrieb dauernd zu dienen, wobei sich der Nutzungszeitraum über mehr als ein Jahr erstreckt. Abnutzbar sind Wirtschaftsgüter, deren Wert durch Gebrauch allmählich vermindert wird, dh die technisch, wirtschaftlich oder durch Zeitablauf wertlos werden. GWG können im Jahr der Anschaffung zur Gänze abgeschrieben werden.

12.7 Finanzamt

Steuerberater sind zur steuerlichen Vertretung vor den Finanzbehörden und Sozialversicherungsträgern befugt. Ein Steuerberater kann Sie nicht nur im Verkehr mit den Finanzbehörden, sondern insbesondere in der Startphase vor allem bei der Finanzplanung und Ausfinanzierung Ihrer Investitionen beratend unterstützen.



Legen Sie Bescheide **umgehend** Ihrem Steuerberater zur Prüfung vor. Inhaltlich falsche Bescheide können nur innerhalb der Beschwerdefrist (in der Regel 1 Monat) bekämpft werden.

12.8 Praxisangestellte

Beachten Sie den gültigen Kollektivvertrag (siehe dazu auch Kapitel „Planung der Arztpraxis/Auswahl der Ordinationshilfe“). Den Mitarbeitern ist bei Dienstantritt ein Dienstzettel (Dienstvertrag) auszuhändigen, in welchem die wesentlichen Eckpfeiler des Dienstverhältnisses geregelt sind, wie monatliches Entgelt, Zulagen, Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit, Dienort und vor allem die Kündigungsfrist. Die Dienstnehmer sind ausnahmslos vor Arbeitsbeginn bei der Sozialversicherung anzumelden.

Eine OGH Entscheidung über das Einrechnen der Umkleidezeit in Krankenanstalten in die Arbeitszeit hat ergeben, dass Umkleidezeiten und die damit verbundenen innerbetrieblichen Wegzeiten primär im Interesse des Dienstgebers gelegene, arbeitsleistungsspezifische Tätigkeiten sind, wenn die Arbeitskleidung im Arbeitsvertrag vorgeschrieben ist, es dafür eigene Räumlichkeiten gibt und das An- und Ablegen der Dienstkleidung vorgegeben ist. In dieser Situation ist das Umkleiden fremdbestimmt und in diesem Sinne bereits als Arbeitszeit anzusehen.

12.9 Umsatzsteuer

Durch die **unechte Befreiung von der Umsatzsteuer für ärztliche Heilbehandlungen** hat die Umsatzsteuer für Sie weniger Bedeutung.

Unechte Steuerbefreiung bedeutet, dass für ärztliche Leistungen keine Umsatzsteuer in Rechnung zu stellen und an das Finanzamt abzuführen ist. Als Folge der unechten Befreiung haben Sie kein Recht, die von Ihren Lieferanten in Rechnung gestellte Umsatzsteuer als Vorsteuer in Abzug zu bringen, also vom Finanzamt refundiert zu erhalten.

Die unechte Umsatzsteuerbefreiung kommt für ärztliche Heilbehandlungen zur Anwendung. Heilbehandlungen sind Tätigkeiten, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen, sowie zum Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der

menschlichen Gesundheit erbracht werden. Diese können auch telefonisch erfolgen. Darunter fallen insbesondere:

- die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien, die krankhafter Natur sind
- die Beurteilung dieser Zustände bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel
- die Behandlung solcher Zustände
- die Verabreichung eines Medikaments zur sofortigen Einnahme, die Verabreichung einer Injektion oder das Anlegen eines Verbandes im Rahmen einer ärztlichen Behandlungsleistung gehört als Nebenleistung zur begünstigten ärztlichen Heiltätigkeit
- die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut
- die Vorbeugung von Erkrankungen (dazu gehören auch Drogenpräventivvorträge)
- die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen einer medizinischen Fortpflanzungshilfe
- die Schmerztherapie und Palliativmedizin
- die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln
- Anpassung von Kontaktlinsen durch Augenärzte, Anpassung von Hörgeräten durch Hals-, Nasen-, Ohrenärzte
- die Tätigkeit der Ärzte im Rahmen der gemäß § 69 Strahlenschutzgesetz 2020 durchzuführenden Untersuchungen
- die fachärztliche Beratung im Sinne des § 69 Abs. 3 und Abs. 4 Gentechnikgesetzes, vor und nach Durchführung einer genetischen Analyse
- der Einsatz eines freiberuflich tätigen Notarztes einschließlich des Bereitschaftsdienstes

Andere (auch ärztliche) Umsätze können daher sehr wohl Umsatzsteuerpflicht auslösen. Folgende Tätigkeiten sind nicht als Heilbehandlung anzusehen und unterliegen daher der Umsatzsteuer:

- die schriftstellerische Tätigkeit eines Arztes, auch wenn sie für eine ärztliche Fachzeitschrift erfolgt, weiters die Chefredaktionstätigkeit bei medizinischen Fachzeitschriften
- Fachvorträge eines Arztes, auch wenn der Vortrag vor Ärzten im Rahmen der Fortbildung (Fachkongresse) gehalten wird
- die Lehrtätigkeit
- die Mitarbeit in Rundfunk- und Fernsehsendungen zu medizinischen Themen
- die Mitarbeit bei EDV-Programmen für Ärzte

- die Konsulententätigkeit in medizinischen Fachbeiräten (z.B. Arzneimittelbeirat)
- die Lieferung von Hilfsmitteln, z.B. Kontaktlinsen, Schuheinlagen
- die Lieferung von Medikamenten zur Einnahme außerhalb der Ordination bzw. aus einer Hausapotheke
- Leistungen, die in der Erteilung von Auskünften über Erkrankungen oder Therapien bestehen, aber aufgrund ihres allgemeinen Charakters nicht geeignet sind, zum Schutz, zur Aufrechterhaltung oder zur Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit beizutragen (EuGH 05.03.2020 Rs C 48/19, X GmbH)
- Leistungen, die darin bestehen, im Auftrag einer Versicherung die Richtigkeit der Diagnose einer schweren Krankheit des Versicherten sowie die besten Behandlungsmöglichkeiten zu dessen Heilung zu überprüfen.
- gesundheitsfördernde Dienstleistungen wie kombinierte Lebensstilinterventionen, die nicht direkt mit dem Ziel oder im Zusammenhang mit einer prophylaktischen oder therapeutischen Behandlung erbracht werden, sondern vielmehr darauf abzielen, die Lebensweise des Empfängers durch Anleitung oder Coaching in Bezug auf Ernährung, Bewegung und andere Aspekte zu verbessern
- Ernährung coaching im Rahmen von Trainingsprogrammen eines Fitnessstudios (EuGH 04.03.2021 Rs C 581/19)
- die Tätigkeiten der „Community Nurses“ sofern sie keinen individuellen therapeutischen Zweck erfüllen (zB Datenerhebung sowie –analyse, Bedarfserhebung, Evaluierung der Wirksamkeit von Betreuungsmaßnahmen sowie Erstellung von Berichten für Gemeinden oder andere öffentliche Einrichtungen)
- die entgeltliche Nutzungsüberlassung von medizinischen Groß- und Kleingeräten
- die Vermietung von Räumlichkeiten durch Ärzte

Auch die Erstellung bestimmter ärztlicher Gutachten löst eine 20%ige Umsatzsteuerpflicht aus. Nach erlassmäßiger Ansicht der Finanzverwaltung betrifft das folgende Gutachten:

- Psychologische Tauglichkeitstests, die sich auf die Berufsfindung erstrecken
- Psychologische Persönlichkeitstests sowie die diesbezügliche Begutachtung im Zusammenhang mit dem Erwerb bzw. der Beibehaltung waffenrechtlicher Bewilligungen
- Auf biologische Untersuchungen gestützte Feststellung von Verwandtschaften
- Gutachten über die Altersbestimmung
- Die ärztliche Untersuchung über die pharmakologische Wirkung eines Medikaments beim Menschen und die dermatologische Untersuchung von kosmetischen Stoffen
- Das Ausstellen von ärztlichen Bescheinigungen für Zwecke eines Anspruches nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz

- Ab 01.07.2021: Gutachten über verkehrspsychologische Untersuchungen und Stellungnahmen im Sinne der §§ 17 und 18 Führerscheingesezt-Gesundheitsverordnung (FSG-GV)
- Ärztliche Gutachten in laufenden Gerichtsverfahren bzw. im Rahmen einer außegerichtlichen Streitbeilegung, wie z.B.
 - ärztliche Gutachten für die zivil- und strafrechtliche Haftungsfrage (EuGH 20.11.2003, Rs C-307/01)
 - ärztliche Gutachten über ärztliche Kunstfehler (EuGH 20.11.1993, Rs C-307/01)
 - ärztliche Gutachten im Zusammenhang mit Invaliditäts-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitspensionen sowie über Leistungen aus Unfallversicherungen (EuGH 20.11.1993, Rs C-212/01)
 - ärztliche Gutachten zur Feststellung des Grades einer Invalidität, Berufs- oder Erwerbsminderung.

Andere ärztliche Gutachten in laufenden Gerichtsverfahren sind ebenfalls steuerpflichtig, außer sie dienen dem Schutz der Gesundheit des Betreffenden, wie z.B. Gutachten über die Vernehmungs- oder Verhandlungsfähigkeit oder Haftvollzugstauglichkeit.

Gemäß dem Urteil des EuGHs vom 24.11.2022 (CIG Pannonia Életbiztosító Nyrt, C-458/21) unterliegt auch die gutachterliche Überprüfung, ob aufgrund einer bestimmten Diagnose ein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht (Diagnoseüberprüfung), der 20%-igen Umsatzsteuerpflicht. Die Umsatzsteuerpflicht für derartige Diagnoseüberprüfungen wurde in die Umsatzsteuerrichtlinien aufgenommen.

Aufgrund der fortgesetzten Rechtsprechung des EuGHs sollte daher mit dem Steuerberater abgeklärt werden, welche ärztlichen Zeugnisse und Gutachten umsatzsteuerfrei behandelt werden können.

In einer aktuellen Entscheidung (BFG vom 09.04.2024) hat das Bundesfinanzgericht den Verkauf einer Patientenkartei an den Ordinationsnachfolger als steuerpflichtige Leistung, die dem Normalsteuersatz von 20% unterliegt, beurteilt. Zweck des Verkaufs des Patientenstocks ist die Aufrechterhaltung bzw Fortführung der Facharztpraxis. Die übergebenen Informationen im Patientenstock stellen eine Hilfe für die reibungslose Fortführung der Ordination dar. Daraus ergibt sich, dass dieser Verkauf als sonstige Leistung zu qualifizieren ist, die ein Hilfsgeschäft der Tätigkeit als Arzt oder Ärztin ist, welches weder unter die Steuerbefreiung des § 6 Abs 1 Z 19 (ärztliche Behandlung) noch unter die des § 6 Abs 1 Z 26 (da keine Lieferung) UstG 1994 fällt. Das BFG hat damit eine andere Sichtweise als die Finanzverwaltung in den Umsatzsteuerrichtlinien (UStR): Nach RZ 342 gilt der Verkauf des Firmenwertes als Lieferung, nach RZ 991 kann die Veräußerung eines Kundenstocks gemäß § 26 Abs 1 Z 26 UstG steuerfrei sein.

Neuregelung der Kleinunternehmerbefreiung ab 2025- Erhöhung des Grenzbetrages auf € 55.000.- ab 01.01.2025

Seit 01.01.2017 kommt der Kleinunternehmerregelung des § 6 Abs. 1 Z 27 UStG für Ärzte besondere Bedeutung zu. Als Kleinunternehmer gelten Unternehmer, die im Inland ihr Unternehmen betreiben und deren jährliche Umsätze den Betrag von € 35.000.- netto nicht überschreiten. Die Umsatzgrenze wird ab 2025 von € 35.000.- auf € 55.000.- angehoben. Zu beachten ist die unterschiedliche Definition des Grenzbetrages. Die „alte“ Umsatzsteuergrenze iHv T€ 35 war als Nettobetrag definiert, die ab 2025 maßgebliche Betrag von T€ 55 ist ein Bruttobetrag. Beim Vergleich Brutto zu Brutto ergibt sich bei Umsätzen, die dem

Normalsteuersatz von 20% unterliegen, eine Erhöhung von T€ 13 (T€ 35 mal 1,2 > T€ 42 alt zu T€ 55 neu).

Bei der Ermittlung der Grenze von € 55.000.- (bis 31.12.2024 netto € 35.000.-) sind unverändert neben diversen anderen Einnahmen insbesondere auch Einnahmen aus Heilbehandlungen gem. § 6 Abs. 1 Z 19 UStG nicht zu berücksichtigen. Durch diese Regelung soll eine Vereinfachung für jene Unternehmer erreicht werden, die neben ihrer umsatzsteuerbefreiten Haupttätigkeit auch geringe umsatzsteuerpflichtige Umsätze erzielen.

Beispiel für die Rechtslage ab 2025

Ein selbständiger Arzt erzielt Einnahmen aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin iHv € 200.000,00. Weiters erstellt der Arzt steuerpflichtige Gutachten. Das Honorar für diese steuerpflichtigen Gutachten beträgt brutto € 50.000,00. Andere steuerpflichtige Umsätze liegen nicht vor. Die umsatzsteuerpflichtigen Umsätze liegen daher unter der maßgeblichen Grenze von € 55.000,00 brutto.

Da die umsatzsteuerfreien Einnahmen aus der Heilbehandlung nicht zu berücksichtigen sind, gilt der Arzt bezüglich der grundsätzlich umsatzsteuerpflichtigen Gutachten als Kleinunternehmer. Die Honorare für die Gutachten sind damit ebenfalls umsatzsteuerfrei. Auf der Rechnung sollte der Hinweis „umsatzsteuerfrei gemäß Kleinunternehmerregelung oder umsatzsteuerfrei gem. § 6 Abs. 1 Z 27 UStG“ angeführt werden. Auf der Rechnung darf keine Umsatzsteuer ausgewiesen werden. Eine dennoch ausgewiesene Umsatzsteuer ist „kraft Rechnungslegung“ an das Finanzamt abzuführen.

Wird ab 2025 die Umsatzgrenze um weniger als 10% unterschritten (somit bis € 60.500,00) gilt die Kleinunternehmerregelung bis Jahresende weiter. Im Folgejahr (Jahr 2026) besteht aber aufgrund des Überschreitens im Jahr zuvor Umsatzsteuerpflicht, auch wenn die steuerpflichtigen Umsätze in 2026 den Grenzbetrag von € 55.000,00 unterschreiten sollten. Wird die Grenze um mehr als 10% überschritten, sind alle Umsätze ab der Überschreitung im laufenden Jahr umsatzsteuerpflichtig.

Diese Neuregelung kann zu einer Korrektur von in Vorjahren geltend gemachten Vorsteuern führen. Daher kann auf diese Kleinunternehmerregelung auch verzichtet werden. In diesem Fall bleiben die Umsätze (zB Honorare für Gutachten) steuerpflichtig. Die konkrete Vorgangsweise sollte mit dem Steuerberater abgesprochen werden.

Erwerb von Waren im Binnenmarkt

Steuerpflichtig ist auch der Erwerb von Waren (zB medizinische Geräte oder Behandlungsmaterialien) für die Praxis (innergemeinschaftlicher Erwerb) aus dem europäischen Binnenmarkt, wenn die sogenannte Erwerbsschwelle von € 11.000.- im Vorjahr überschritten wurde oder im laufenden Jahr überschritten wird. Bei dieser Grenze werden die Erwerbe aus allen EU-Ländern zusammengerechnet. Maßgeblich sind die Nettoentgelte, wobei neue Fahrzeuge und verbrauchsteuerpflichtige Waren nicht hinzugerechnet werden. Bei Überschreiten dieser Grenze erhält der Erwerber eine UID-Nummer und verwendet diese gegenüber dem Lieferanten, wodurch der Lieferer seine Lieferung steuerfrei belässt. Im Inland hat der Arzt als Erwerber die Erwerbsteuer, welche analog zur Umsatzsteuer 20 % vom Nettowarenwert beträgt, an das österreichische Finanzamt abzuführen, ohne diese Steuer als Vorsteuer verrechnen zu können. Mittels Antrags kann auf die Erwerbsschwelle verzichtet werden. An den Verzicht ist man allerdings zwei Kalenderjahre gebunden. Ein solcher Verzicht ist jedoch nur empfehlenswert, wenn der Umsatzsteuersatz im Ausland über dem 20 %igen Erwerbsteuersatz in Österreich liegt.

Die Erwerbsbesteuerung ist auch anzuwenden, wenn neben den unecht steuerbefreiten Umsätzen aus Heilbehandlungen andere steuerpflichtige Umsätze (zB aus Gutachten) getätigt werden.

Wird die Erwerbsschwelle nicht überschritten und auch nicht auf deren Anwendung verzichtet und werden zusätzlich ausschließlich unecht steuerbefreite Umsätze ausgeführt, gilt Folgendes: Bei Vorliegen einer innergemeinschaftlichen Versandhandelslieferung verlagert sich der

Lieferort nach Österreich als Bestimmungsland. Der ausländische Lieferant hat daher österreichische Umsatzsteuer in Rechnung zu stellen, für die wiederum kein Vorsteuerabzug besteht. Sollten die Voraussetzungen für eine Versandhandelslieferung nicht vorliegen, bleibt es bei der Steuerpflicht im EU-Ausland, zB Deutschland und der Lieferer hat deutsche Umsatzsteuer in Rechnung zu stellen.

Für den Erwerb von Fahrzeugen im EU-Raum gelten Sonderbestimmungen.

Grundsätzlich ist zu empfehlen, beim Erwerb von Waren im Binnenmarkt den Steuerberater zu konsultieren.

Reverse Charge Verfahren

Nimmt der Arzt sonstige Leistungen aus dem Ausland entgegen, kann er auch schnell in das sogenannte Reverse Charge System verwickelt sein. Ist der Arzt nämlich Empfänger einer sonstigen Leistung, die von einem ausländischen Unternehmer erbracht wird (z.B. Beratungsleistung etc.) und gibt der Arzt zum Nachweis seiner Unternehmereigenschaft seine UID-Nummer bekannt, so geht die Umsatzsteuerschuld für die Leistung des Ausländers auf den Arzt über („Empfängerort“-Prinzip bei Business to Business Leistungen). Der Arzt hat diese Umsatzsteuer an das Finanzamt abzuführen, wobei ihm als Arzt wiederum kein Vorsteuerabzug aus dieser Leistung zusteht. Völlig überraschend werden diese Verpflichtungen für den Arzt allerdings nicht eintreten, da zuerst eine UID-Nummer beantragt werden muss und dabei vom Steuerberater auf diese umsatzsteuerlichen Konsequenzen hingewiesen wird.

Vermietung an Ärzte

Umsätze aus der Vermietung von Grundstücken, die nicht explizit dem Umsatzsteuersatz von 10% oder 20 % unterliegen, sind prinzipiell steuerfrei. Hierunter fallen beispielsweise Büros und Ordinations- sowie Geschäftsräumlichkeiten. Grundsätzlich kann der vermietende Unternehmer anstelle der Steuerbefreiung zur Umsatzsteuerpflicht optieren und die Miete mit einem Steuersatz iHv 20 % verrechnen. Dies wird er tun, wenn er sich hohe Vorsteuerbeträge rückerstatten lassen kann. Zu beachten ist allerdings, dass für Miet- und Pachtverhältnisse, die nach dem 31. August 2012 beginnen bzw. in jenen Fällen, in denen mit der Errichtung durch den Vermieter selbst nicht bereits vor dem 01. September 2012 begonnen wurde, die Option nur zulässig ist, wenn der Mieter das Grundstück zu mindestens 95 % für Umsätze verwendet, die den Vorsteuerabzug nicht ausschließen. Diese Voraussetzung wird in der Regel von einem Arzt nicht erfüllt.

12.10 sonstige Neuerungen

Degressive Abschreibung und beschleunigte Abschreibung für Gebäude

Für nach dem 30. Juni 2020 angeschaffte Wirtschaftsgüter kann statt der linearen Abschreibung eine degressive Abschreibung von bis zu 30 % der Anschaffungskosten vorgenommen werden. Dies führt zu einer schnelleren Abschreibung von Investitionen und damit einer vorgezogenen steuerlichen Abzugsfähigkeit. Da der Gesamtbetrag der Abschreibung im Vergleich zur linearen Abschreibung nicht erhöht wird, ergibt sich keine endgültige Steuerersparnis.

Investitionsfreibetrag (IFB) ab 01.01.2023

Der Investitionsfreibetrag (IFB) stellt eine zusätzliche steuerliche Betriebsausgabe dar und mindert den zu versteuernden Gewinn. Die Begünstigung besteht in einer Steuerersparnis aufgrund der zusätzlichen Betriebsausgabe; die Ersparnis hängt daher vom konkret anzuwendenden Steuertarif ab.

Abhängig von der Art der Investition können 10 %, bei Anschaffungen/Herstellungen im Bereich Ökologisierung sogar 15%, der Anschaffungs- und Herstellungskosten von bestimmten begünstigten Investitionen in das abnutzbare Anlagevermögen als IFB geltend gemacht

werden. Die dem Bereich Ökologisierung zuordenbaren Wirtschaftsgüter sind in der Öko-IFB Verordnung angeführt.

Die Bemessungsgrundlage (maximal begünstigte Investitionssumme) ist mit 1 Mio Euro pro Betrieb und Wirtschaftsjahr gedeckelt. Dies bedeutet mögliche zusätzliche Betriebsausgaben von € 100.000.- (bei 10%igem IFB) oder € 150.000.- (bei 15 %igen IFB).

Begünstigt sind Investitionen in das abnutzbare Anlagevermögen. Begünstigte Anlagen müssen weiters

- ungebraucht sein,
- eine betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer von zumindest 4 Jahren aufweisen, und
- inländischen Betrieben oder inländischen Betriebsstätten zuzurechnen sein.

Nicht begünstigt sind nachstehend angeführte Investitionen:

- Nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter (zB Grund und Boden)
- Wirtschaftsgüter, die eine kürzere als vierjährige betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer aufweisen, oder die nicht im Inland eingesetzt werden,
- Wirtschaftsgüter, für die ein investitionsbedingter Gewinnfreibetrag in Anspruch genommen wurde
- Wirtschaftsgüter, für die eine Sonderform der Abschreibung gilt. Das sind:
 - PKWs und Kombis mit einem CO₂-Emissionswert von mehr als 0 g/km (somit alle nicht vollelektrisch betriebenen PKW/Kombis)
 - Gebäude
 - Firmenwert
- Als geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) sofort abgesetzte Investitionen
- Unkörperliche Wirtschaftsgüter
 - ausgenommen: solche, die den Bereichen Digitalisierung, Ökologisierung, Gesundheit/Life Science zuzuordnen sind (Verordnung des BMF vorgesehen, liegt aber noch nicht vor)
 - zur entgeltlichen Überlassung bestimmte unkörperliche Wirtschaftsgüter (auch, wenn aus den Bereichen Digitalisierung, Ökologisierung, Gesundheit/Life Science)
- Gebrauchte Wirtschaftsgüter
- Anlagen, die der Förderung, dem Transport oder der Speicherung fossiler Energieträger dienen sowie Anlagen, die fossile Energieträger direkt nutzen (bspw. Ölkessel, Gasthermen, LKWs). Die ausgeschlossenen Wirtschaftsgüter sind in der Fossilen Energieträger-Anlagen-VO angeführt.

Der IFB steht nur im Jahr der Anschaffung oder Herstellung des begünstigten Wirtschaftsguts zu. Erstmals steht ein IFB für Anschaffungen/Herstellungen zu, die nach dem 31.12.2022 getätigt werden.

Da der IFB für Wirtschaftsgüter, für die ein investitionsbedingter Gewinnfreibetrag in Anspruch genommen wurde, nicht zusteht, ist ein Günstigkeitsvergleich anzustellen.

13 EDV UND ORGANISATION

In der optimal strukturierten Ordination sollten Sie Zeit für den Verwaltungsaufwand (bei guter Dokumentationsqualität!) minimieren, die Zeit für Ihre Patienten maximieren, über gutes Zeitmanagement verfügen und Serviceleistungen anbieten (Arztbrief, Patientenbrief, ...). Weiters sollte die patientenbezogene Arbeit abgeschlossen sein, wenn der Patient die Ordination verlässt, und keine „Nach(t)arbeit“ erforderlich machen. Ohne entsprechende softwaregestützte Patientenverwaltung (mit zusätzlichen Modulen wie z.B. Honorarabrechnung usw.) ist es unserer Ansicht nach nicht möglich, diesen Standard zu erfüllen.

13.1 Hardware, Software, ...

13.1.1 Verkabelung, Strom, Serverstandorte

Bei der Elektroinstallation sind ausreichend Rohre für die Verbindung der Arbeitsplätze und deren Versorgung (eigener Stromkreis für die EDV) vorzusehen. Auch wenn Sie mit einem Einplatzsystem beginnen wollen: Bereiten Sie zumindest eine Leerverrohrung für eine EDV Vernetzung vor, das erspart Ihnen spätere Stemmarbeiten und somit Mehrkosten.

Denken Sie auch daran, eine Blitzschutzeinrichtung (an der Hauptleitung im Zählerkasten) zu installieren.

Achten Sie auf genügend Platz für die Geräte, die Luft zur Kühlung benötigen. Sollten Sie Ihren PC in Möbelstücke einbauen lassen, müssen Sie genügend Platz lassen, um den PC im Bedarfsfall auch tauschen zu können. Bedenken Sie: Ein neuer PC kann andere Maße haben. Bei der Positionierung des Bildschirms ist auf augenermüdende Lichtreflexionen auf der Display-Oberfläche zu achten. Eine indirekte ausgewogene Beleuchtung kann hier Abhilfe schaffen.

Vermeiden Sie (im Winter und im Sommer – wenn möglich) extreme Temperaturen bzw. Temperaturschwankungen. Die Umgebungstemperatur sollte sich zwischen 21° C und 26° C bewegen, das ist speziell beim Einbau von Geräten in Schränke, oder beim Betrieb von Servern zu beachten. Tiefere Temperaturen führen lediglich zu einem erhöhten Stromaufkommen. Es kann auch der Einsatz von klimatisierten Serverschränken erwogen werden (Platz, Abluft, ...). Überlegungen zu Umwelteinflüssen (wie Wasserschaden, Brand, Ausfall Klimaanlage, Blitzschlag) sollten nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

13.1.2 Einplatz- oder Mehrplatzsystem

Je nach Größe der Ordination und Patientenfrequenz sind Ein-, Zwei- oder Mehrplatzlösungen möglich. Die Anzahl der Arbeitsplätze ist auch mitentscheidend, ob ein Server installiert werden soll.

Einzelplatzsystem (1 PC oder Notebook mit Drucker, usw.)

Diese Lösung ist vor allem empfehlenswert, wenn man ohne Ordinationshilfe arbeitet. Der Vorteil liegt in den geringen Hardwarekosten, der Nachteil darin, dass der Arzt die Stammdaten (Name, Adresse, Versicherung, ...) erfassen muss und so Zeit für nicht ärztliche Tätigkeiten „verliert“.

Mehrplatzsysteme (2 od. mehrere PCs bzw. Notebooks mit Drucker, ev. Server, usw.)

In der Anmeldung erfolgt die Aufnahme der Patientendaten, danach erfolgt die Reihung auf einer Warteliste. Während der eigentlichen Untersuchung werden dann vom Arzt nur noch die medizinisch relevanten Ereignisse protokolliert.

13.1.3 PC (mind. Empfehlung für einen Standard-Arbeitsplatz)

Ein Arbeitsplatz setzt sich mindestens aus einem PC, Monitor, Tastatur und Maus sowie einem Drucker zusammen.

- Prozessor: z.B. Intel Core i5 -i7; mind. 3,2 GHz
- Speicher (RAM) 16 GB
- Festplatte (250 - 500 GB SSD)
- Grafikkarte integriert
- Netzwerkkarte 1 Gbit/s, RJ45-Anschluß; mehrere USB 3.x Schnittstellen, WLAN-fähig, Bluetooth, ...
- zusätzliche Sicherungslaufwerke (siehe Sicherung)
- Garantie bzw. Vorortservice

13.1.4 Notebook

Alternativ zu einem stationären PC bietet ein Notebook mehr Flexibilität (Mobilität) und einen geringeren Platzbedarf. Auf allenfalls benötigtes Zubehör (zweiter Bildschirm, zusätzliche Tastatur, usw.) sollte jedoch nicht vergessen werden. Bei einer Reparatur bzw. einem Komponententausch sind hier meist höhere Kosten zu veranschlagen.

13.1.5 Tablet

Immer mehr kommen Tablets z.B. für den Zugriff „von außen“ auf die Ordinationsdaten (etwa bei Hausbesuchen), oder zur Abfrage von z.B. E-Mails über das Ordinations-WLAN zum Einsatz. Dies erfordert insbesondere eine sichere Verbindung zur Ordination und entsprechend kompatible Arztsoftware bzw. eine entsprechend sichere WLAN-Konfiguration. Sollten Sie ein Tablet im Ordinationsumfeld einsetzen wollen, empfiehlt es sich unbedingt, das mit Ihrem EDV-Anbieter abzusprechen.

13.1.6 Server

Ein Server dient als zentraler Rechner und Datenspeicher. Der Vorteil einer Client/Server-Landschaft ist das gleichzeitige Bereitstellen von Daten und Programmen für mehrere Arbeitsplätze. Der Ausfall eines einzelnen Arbeitsplatzes hat keine Auswirkung auf die restlichen noch funktionierenden Arbeitsplätze.

13.1.7 Drucker

Einzelplatzdrucker können üblicherweise nur von einem PC angesteuert werden, Netzwerkdrucker von jedem PC im Netzwerk.

Nachdem mittlerweile die häufigsten Formulare (mit Einführung des e-Rezeptes 2022 inkl. des Rezeptdruckes) auf „Standard A4-weiß“ gedruckt werden können (*siehe Kapitel 5. Planung der Arztpraxis - Formularwesen*), ist ein eigener Schacht (oder die Einzelblattzufuhr) meist nicht mehr bzw. nur für einzelne spezielle Formulare erforderlich. Besprechen Sie mit Ihrem EDV-Betreuer ob ein Einschacht-Drucker ausreichend ist, oder ob mehrere Schächte notwendig sind.

Tintenstrahldrucker haben den Vorteil, dass Farbdruck relativ günstig möglich ist, in der Geschwindigkeit und der Druckauflösung sind sie jedoch Laserdruckern meist unterlegen.

Laserdrucker (Schwarz/Weiß, Farbe) sind schnell und haben den Vorteil, dass keine Tinte Eintrocknen kann. Farblaserdrucker sind etwas teurer in Anschaffung und Betrieb.

13.1.8 Router, Firewall, Virenschutz, Internetanbindung

Verbindungen zu Außenwelt werden meist per Router (Mail, Internetanbindung) hergestellt. Idealerweise sollten, aus Sicherheitsgründen, PC's mit einer Internetanbindung keinen Zugriff auf Patientendaten haben.

Sollte eine Trennung nicht möglich sein, oder sie Mailprogramm und Internetzugang auf dem Ordinationsrechner benötigen, verwenden Sie unbedingt eine Firewall und ein Virenschutzprogramm mit automatischer Aktualisierung. Damit erhöhen Sie die Sicherheit in Ihrem Netzwerk vor Zugriffen oder Angriffen aus dem Internet, und verringern das Risiko einer Infizierung durch Malware.

Wichtig ist zu wissen, dass selbst das beste Schutzsystem Ihnen keine 100%ige IT-Sicherheit gewährleisten kann. Das Verhalten des Anwenders (Surfen im Internet, öffnen von Spam-/Virenmails, Passwortschutz, ...) entscheidet maßgeblich über das Einschleusen von Viren od. Malware. Eine gezielte Schulung der Anwender gilt als wichtige Prävention, und ist auch lt. DSGVO dringend erforderlich.

Innerhalb des GIN (Gesundheits-Informationen-Netz, e-card-Leitung) können als „Sichere Mail- und Internetanbindung“ die Dienste „gesichertes Internet/e-mail über das GIN“ - z.B. von A1 (DaMe secure Internet), Drei Business(e-card Mehrwertdienst Internet), Magenta Business (e-card&Internet) - empfohlen werden. Hier wird der GIN-Mehrwertdienstkanal für die Datenübermittlung verwendet. Informationen dazu finden Sie zB unter www.peeringpoint.at (unter MEHRWERTDIENSTE – Dienste & Angebote) bzw. beim entsprechenden Provider.

Wir empfehlen Ihnen, in jedem Fall nur entsprechend „sichere“ Produkte des gewählten Providers in Ihrer Arztordination zu verwenden (gesichertes Internet/E-Mail über das GIN, Business-Produkte mit zusätzlichem Virenschutz, Firewall).

Im GNV-Vertrag ist vereinbart, dass zu Ihrem eigenen Schutz, aber auch zum Zwecke des Daten- und Virenschutzes der anderen Teilnehmer des GNV, auf dem Computer, auf welchem das GNV installiert ist, keine gleichzeitige und ungeschützte direkte oder indirekte Verbindung zu anderen Netzwerken insbesondere zum Internet zuzulassen ist.

Darüber hinaus sind sie lt. § 14 (1) Datenschutzgesetz (DSG) verpflichtet

... unter Bedachtnahme auf den Stand der technischen Möglichkeiten und auf die wirtschaftliche Vertretbarkeit sicherzustellen, dass die Daten vor zufälliger oder unrechtmäßiger Zerstörung und vor Verlust geschützt sind, dass ihre Verwendung ordnungsgemäß erfolgt und dass die Daten Unbefugten nicht zugänglich sind.

Nachdem die Faxübermittlung lt. Gesundheitstelematikgesetz für die Übermittlung von sensiblen Daten (Gesundheitsdaten) nur mehr sehr eingeschränkt möglich ist, und ab Mitte 2026 generell nicht mehr erlaubt sein soll, gilt es hier Alternativen zu suchen.

Nähere Auskünfte darüber erhalten Sie in der Ärztekammer für Vorarlberg - EDV-Abteilung (edv@aeqvbg.at, Herr Rauch DW 28, Herr Schelling DW 39).

13.1.9 USV Anlage

Ein Stromausfall kann irreparable Schäden in einer Datenbank bzw. auf einem Server verursachen. Bereits ein kurzer Stromausfall >5ms kann das Betriebssystem Ihres Computers zum Absturz bringen.

Die USV-Anlage ist KEINE Notstromversorgung, sondern sorgt dafür, dass bei kurzen Stromausfällen od. größeren Stromschwankungen Ihre EDV nicht unkontrolliert abstürzt. Sollte Ihre Ordinationstätigkeit eine Notstromversorgung erfordern (z.B. bei Durchführung von Operationen), ist diese entsprechend zu planen.

☑ **TIPP:** Planen Sie die Leistung der USV Anlage so, dass auch Ihre Telefonanlage damit versorgt wird. Sollte eine Notstromversorgung angedacht werden, dann stimmen Sie das mit Ihrem Elektriker ab, ev. kann er Sie diesbezüglich beraten.

13.1.10 Tastatur, Maus, Monitor

Tastatur

Kabelgebundene oder kabellose Tastaturen (Funkastaturen) werden angeboten. Zur Gelenkschonung werden besonders ergonomische Modelle angeboten.

Maus

Kabelgebundene oder kabellose Mäuse (Funkmäuse) sind verfügbar. Zur Gelenkschonung werden besonders ergonomische Modelle angeboten.

Monitor

Bildschirme mit 24 bis 32 Zoll Bildschirmdiagonale sind marktüblich (je nach Erfordernis und Platzbedarf). Sollte eine Bildbearbeitung (z.B. Röntgenbilder) vorgesehen sein, ist auf entsprechende Mindestanforderungen (Bildqualität, Auflösung, ...) zu achten.

Lebensdauer/Abschreibung

Hardware ist im Regelfall mindestens über 3 – 5 Jahre nutzbar.

Bezüglich steuerlicher Abschreibungsmöglichkeiten (im Jahr der Anschaffung, auf 3 Jahre, ...) informieren Sie sich bitte bei Ihrem Steuerberater.

13.1.11 Kosten

Prinzipiell ist zu sagen, dass bei einem PC nicht nur der Prozessor die Leistung definiert, sondern dass die Gesamtkonfiguration entscheidend ist (Arbeitsspeicher, Mainboard, Grafikkarte, ...). Wir raten daher von „Superbilligangeboten“ dringend ab!

Für etwaige Hardware-Ausfälle ist es ratsam einen Servicepartner an seiner Seite zu haben, der einem die Störung rasch beheben kann. Ein Kauf in Großmärkten kann dieser Anforderung meist nicht gerecht werden.

☑ **TIPP:** *Ärgern Sie sich nicht, wenn Ihre EDV-Anlage innerhalb von einigen Monaten stark an Wert verliert. Durch die rasche Entwicklung im Hardwarebereich steigt die Leistung der Geräte ständig, sodass „alte“ Bauteile rasch im Preis sinken.*

13.1.12 Betriebssystem

Das Betriebssystem ist die Kommunikations-Schnittstelle zwischen der eigentlichen Hardware (Festplatte, Drucker, ...) und den darauf installierten Anwendungen (Arztprogramm, Word, Excel, ...). Es ist die Basis um den Computer überhaupt praktisch nutzen zu können.

Manchmal ergibt sich durch die Verwendung einer bestimmten Anwendung eine Mindestanforderung an das Betriebssystem!

Es wird ganz allgemein zwischen Microsoft Windows-, Unix/Linux- und Applebasierten Betriebssystemen unterschieden.

13.1.13 Arzt-Softwareanforderungen

Die Software sollte einfach und intuitiv zu handhaben sein, ein Maß dafür ist die nötige Einschulungszeit. Bedenken Sie, dass viele Möglichkeiten die Verwendung oft erschweren. Beachten Sie auch, dass ein gutes EDV System für Kassenärzte nicht in gleichem Maß für Wahlärzte geeignet sein muss.

Simulieren Sie beim Testen eines Programms einen Ordinationsablauf und bedienen Sie dabei den PC selbst, nur so können Sie herausfinden, ob Ihnen die Anwendung zusagt. Besuchen Sie Ordinationen von Kollegen in denen das EDV System bereits installiert ist, falls dies möglich ist.

Überlegen Sie einen „Notbetrieb“ für den Fall, dass Ihre EDV komplett ausfällt!

Für Vertragsärzte (ÖGK) gibt es in der ÄK:

- eine Liste der in Vorarlberg im Einsatz befindlichen **Programmpakete**
- eine **Referenzliste der Ärzte**, welche elektronisch abrechnen und es erlauben, diese Information weiter zu geben.

Diese Informationen können bei der ÄK für Vorarlberg - EDV-Abteilung - angefordert werden.

13.2 WLAN

Drahtlose Netzwerke, sogenannte WLAN-Lösungen ergänzen zunehmend traditionelle LANs, bei denen der Netzwerkanschluss über Kabelverbindungen realisiert wird. Zum einen bieten sie Flexibilität bei der Arbeitsplatzgestaltung, zum anderen sind für ihren Aufbau keine aufwändigen Verkabelungsarbeiten notwendig. Die steigende Zahl von mobilen Geräten (Notebooks, Smartphones, etc.) fördert die Verbreitung von WLAN zusätzlich. Sicherheitstechnisch entstehen durch WLANs neue Gefährdungen und es sind einige Maßnahmen zu beachten, um nicht durch ihre Einführung die Sicherheit des gesamten Netzwerks zu gefährden.

Die Bedrohung durch WLAN-Angriffe darf nicht unterschätzt werden; das Aufspüren und der unbefugte Gebrauch von Drahtlosnetzen kann für Angreifer sehr einfach sein. Die Nutzung eines solchen ungeschützten Netzes als kostenloser drahtloser Internetzugang ist noch die harmloseste Art des Missbrauchs, das Ausspionieren von z.B. Patientendaten die weitaus bedenklichere Variante.

Es besteht auch die Gefahr, dass Eindringlinge illegale Aktivitäten über das offene WLAN durchführen, für die dann der Betreiber verantwortlich gemacht wird. Ein ungesichertes WLAN kann daher auch zu rechtlichen Problemen führen.

Bei Bereitstellung von WLAN-Zugang für Patienten (z.B. im Wartezimmer) ist auf eine strikte Trennung zum internen Netz (LAN, WLAN) zu achten.

TIPP: Wenden Sie sich für die WLAN-Installation/Konfiguration immer an Ihren EDV-Betreuer.

13.3 Datensicherung

Der Datensicherung kommt eine zentrale Bedeutung zu. Es werden Daten unterschiedlichster Art (Befunde, Bilder, Daten für die Abrechnung, usw.) gespeichert. Ohne diese Daten ist ein „regulärer Ordinationsbetrieb“ kaum vorstellbar.

Wir möchten Sie daher im Besonderen auf die folgenden Punkte hinweisen:

Datensicherungskonzept

Es muss definiert und festgehalten werden, WELCHE DATEN (Server, Datenbank, PCs, usw.) WANN (Tagessicherung, Wochensicherung, Monatssicherung, usw.) WOHIN (LTO-Band, usw.) gesichert werden!

Grundsatz: Nach jedem Ordinations-Schluss MUSS gesichert werden.

Wochen-, Monats- oder Jahressicherungen sind absolut wichtig (es gibt somit mehrere Generationen von Sicherungen)! Was passiert, wenn Sie „versehentlich“ Daten löschen, welche sie über Wochen nicht benötigen. Dann werden zwar Sicherungen gemacht, aber immer ohne diese Daten. Stellen Sie zu einem späteren Zeitpunkt fest, dass Daten fehlen, können diese ev. von einer älteren Monatssicherung od. Jahressicherung zurückgeholt werden.

Grundsatz: Eine Sicherung (z.B. Wochensicherung vom Freitag od. Samstag) muss an einem anderen Ort aufbewahrt werden (z.B. Bankschließfach).

Im Falle eines Brandes od. von Naturkatastrophen (Überschwemmungen) sind Sicherungen im Ordinationstresor ev. beschädigt. Die Aufbewahrung einer Sicherung an einem 2. Standort ist unumgänglich!

Daten-Rücksicherungskonzept

Es ist festzuhalten, wie die Datenrücksicherung erfolgen muss.

Sporadisch muss die Wiederherstellbarkeit von Datenträgern überprüft werden (so dass deren Funktionstüchtigkeit gewährleistet ist)!

Verwendung einer professionellen Sicherungssoftware

Wir empfehlen dringend den Einsatz einer professionellen Sicherungssoftware! Es muss z.B. gewährleistet sein, dass die Sicherungssoftware den Anwender automatisch über den aktuellen Status der Sicherung informiert („Sicherung erfolgreich durchgeführt“ od. „Sicherung fehlerhaft“).

Schriftliche Aufzeichnungen der Konfigurationsdaten

Zusätzlich zur eigentlichen Datensicherung ist es sinnvoll, schriftliche Aufzeichnungen über die verwendeten Passwörter und verschiedene Konfigurationsdetails (Internet-Provider, Mail-Accounts, Netzwerkdrucker, ...) anzulegen. Auf diese soll im Notfall rasch zugegriffen werden können!

Bei Änderung der Konfigurationseinstellungen oder der Passwörter müssen die schriftlichen Aufzeichnungen unbedingt aktualisiert werden.

Sicherung über das e-card-Netz

Es wird auch eine Sicherung über das e-card-Netz angeboten. Die Sicherung erfolgt verschlüsselt, kann automatisch ablaufen und ist somit sehr sicher und immer an einem anderen gesicherten Ort.

Für die Wiederherstellung der Daten wird dann der Schlüssel benötigt (und natürlich das e-card-Netz).

Es gibt keine 100%ige Sicherheit (Stromausfall, Brand, usw.)! Durch den Rückgriff auf aktuelle Sicherungen kann jedoch der Datenverlust nahezu ausgeschlossen werden.

TIPP: *Besprechen Sie Ihr persönliches Datensicherungskonzept mit ihrem Softwareanbieter, je nach Größe der Datenbank wird er entsprechende Vorschläge machen.*

13.4 Notfallvorsorge-Konzept

Wichtig ist es, schon frühzeitig – also vor einem echten Notfall – Überlegungen anzustellen, wie die Ordinationsabwicklung im Falle eines teilweisen od. totalen EDV-Ausfalles erfolgen kann!

Stellen sie Überlegungen an, was z.B. zu tun ist bei:

- Ausfall der Telefonanlage
- Ausfall der e-card-Leitung (GIN)
- Fehlerhafter Datensicherung (Rückmeldung Sicherung fehlerhaft)
- Einzelne Drucker funktionieren nicht
- Totalausfall der EDV-Anlage
- usw.

13.5 Datenschutz in der Arztpraxis

Basis sind die EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO 2016/679) und das Datenschutz-Anpassungsgesetz 2018 (DSG, BGBl 2017/120).

Das Datenschutzgesetz regelt den Umgang mit personenbezogenen, schutzwürdigen Daten. Zu „Personen“ sind nur natürliche Personen zu zählen; bei den Daten wird u.a. zwischen besonderen Kategorien (z. B. Gesundheitsdaten, religiöse oder politische Überzeugung) und personenbezogenen Daten (Adressen, Geburtsdatum, Kundendaten) unterschieden.

Aus den Vorschriften der EU-DSGVO und den DSG ergeben sich einige typische Anforderungen für den Umgang mit personenbezogenen Daten:

- Alle Datenanwendungen, mit denen diese Daten verarbeitet werden, müssen ab dem 25.05.2018 intern im Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten dokumentiert werden (Artikel 30 EU-DSGVO).
- Ärzte müssen also ein entsprechendes Verarbeitungsverzeichnis erstellen und aktuell halten.
- Den Personen, deren Daten verwendet werden, stehen besondere Betroffenenrechte (z.B. Auskunftsrecht) zu (Artikel 12-23 EU-DSGVO, § 3b Ärztegesetz).
- Daten dürfen nur für festgelegte, eindeutige und rechtmäßige Zwecke verwendet werden.
- Die Daten müssen vor Zerstörung und Verlust und vor ordnungswidriger oder unrechtmäßiger Verwendung geschützt werden (Zutritts- und Zugriffsschutzmaßnahmen, Protokollierung).
- Ärzte müssen ein IT-Sicherheitskonzept erstellen und aktuell halten.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 - sind in Form einer Geheimhaltungsverpflichtung auf das Datengeheimnis zu verpflichten
 - müssen bezüglich IT-Sicherheit (z.B. sichere Nutzung E-Mail und Internet) geschult werden
 - usw.
- Details siehe *Kapitel 40. Datenschutz-Grundverordnung*

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Herr Mag. Nitz gerne zur Verfügung.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46

E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

Die Bundeskurie Niedergelassene Ärzte stellt Ihnen eine Möglichkeit zur Verfügung, ein „IT Sicherheitskonzept“ für Ihre Ordination/en zu erstellen. Dies erfolgt mittels einer Online-Selbstevaluierung, die Sie auf dieser Webseite durchführen können.

<https://itsicherheitskonzept.aerztekammer.at/>

13.6 Cloud-Lösungen

Auch für die komplette Arztsoftware gibt es mittlerweile Cloud-Lösungen. Wichtig ist aber hier insbesondere abzuklären, welche Services (Anbindung Geräte, Anbindung e-Card, Befundübermittlung per GNV, usw.) tatsächlich alle über die Cloud verfügbar sind.

Lt. der aktuellen Fassung des Datenschutzgesetzes DSGVO bzw. der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO handelt es sich bei Gesundheitsdaten um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Artikel 9 DSGVO).

Hier sind insbesondere zu beachten:

Artikel 28 - Auftragsverarbeiter

- ... *Garantie dafür, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit den Anforderungen der EU-DSGVO erfolgt ...*
- ... *der Auftragsverarbeiter nimmt keinen weiteren Auftragsverarbeiter ohne vorherige gesonderte oder allgemeine schriftliche Genehmigung des Verantwortlichen in Anspruch ...*
- ... *die Verarbeitung durch einen Auftragsverarbeiter erfolgt auf der Grundlage eines Vertrags (Gegenstand und Dauer der Verarbeitung, Art und Zweck der Verarbeitung, Art der personenbezogenen Daten, Kategorien betroffener Personen, Pflichten und Rechte des Verantwortlichen, ...) ...*
 - *Verarbeitung nur auf dokumentierte Weisung des Verantwortlichen*
 - *zur Verarbeitung befugte Personen müssen sich zur Vertraulichkeit verpflichtet haben*
 - *der Auftragsverarbeiter ergreift alle gemäß Artikel 32 erforderlichen Maßnahmen*
 - *der Auftragsverarbeiter unterstützt den Verantwortlichen seiner Pflicht zur Beantwortung von Anträgen auf Wahrnehmung der Rechte von betroffenen Personen*
 - *alle personenbezogenen Daten sind nach Abschluss der Verarbeitungsleistungen zu löschen oder zurück zu geben*
 - *dem Verantwortlichen sind alle erforderlichen Informationen zum Nachweis der Einhaltung der im Artikel 28 genannten Pflichten zur Verfügung zu stellen*
 - *usw.*

Artikel 32 - Sicherheit der Verarbeitung

- ... *unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos ... treffen der Verantwortliche und der Auftragsverarbeiter geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten ...*

Unter den folgenden Voraussetzungen sind Cloud-Lösungen (z.B. Office 365) für Daten besonderer Kategorien denkbar

- *Server ausschließlich in der EU (europäisches Datenschutzrecht) oder einem Drittland mit angemessenem Schutzniveau*
- *vertraglich garantiert, dass die Firma keine Beziehungen mit der USA hat (patriot act)*
- *verschlüsselte Datenübermittlung und verschlüsselte Datenablage (bzw. im besten Fall nur bereits lokal verschlüsselte Daten übermitteln wenn das möglich ist)*
- *vertraglich garantiert die EU-DSGVO bzw. das jeweils gültige DSG einzuhalten (siehe oben insbesondere Artikel 28 und 32).*

Von „großen“ weltweit tätigen Anbietern können diese Voraussetzungen meist nicht erfüllt werden bzw. ist darauf zu achten, dass entsprechende Zusagen/Garantien dazu gibt.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Herr Mag. Nitz gerne zur Verfügung.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46

E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

13.7 IT-Sicherheit

Zudem möchten wir diesbezüglich auf die Kampagne der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte zur IT-Sicherheit verweisen (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/edv>).

13.7.1 Sicherer Umgang mit Passwörtern

Wir möchten Sie hiermit zum sorgsamem Umgang mit Benutzernamen und Passwörtern, insbesondere in Verbindung mit Internetportalen, auffordern.

Folgende Regeln sind hier unbedingt zu beachten:

- Bei privat genutzten Diensten im Internet (z.B. Amazon, Google, eBay, iTunes, Newsletter, Internetportale, ...) dürfen keine Ordinations-Mailadressen verwendet werden (weder als Benutzername, noch als Mail-Empfänger). Hier ist nach Möglichkeit eine private Mailadresse von öffentlichen Diensten wie GMX, Outlook.com, ... vor zu ziehen.
- Für Dienste im Internet, egal ob privat oder im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit, sollten sie stets unterschiedliche Kennwörter verwenden.
Es stellt ein hohes Sicherheitsrisiko dar, wenn für verschiedene Dienste die gleichen Anmeldedaten verwendet werden, da ein Angreifer durch das Erlangen einer einzelnen Passwort/Benutzer-Kombination Zugriff auf weitere Dienste hätte.
- Des Weiteren ist die Verwendung von Kennwörtern aus der eigenen Ordination wie z.B. das Anmelde-Kennwort restriktiv zu unterlassen.

Durch die strikte Trennung von Privat und Ordination kann - auch bei Identitätsdiebstahl - der Übergriff von einem in den anderen Bereich weitestgehend vermieden werden.

- Folgende Regeln zum Passwortgebrauch sollten insbesondere beachtet werden:
 - Das Passwort soll nicht leicht zu erraten sein wie z.B. Namen, Kfz-Kennzeichen, Geburtsdaten.
 - Trivial-Passwörter (qwertzui, aaaaaaaaa, 08/15, 4711 usw.) sind ebenfalls nicht zu empfehlen. Sie sind oft schon zu erkennen, wenn Sie jemand beim Eingeben Ihres Passworts beobachtet.
 - Innerhalb des Passwortes sollte mindestens ein Groß-, ein Kleinbuchstabe, eine Ziffer und wenn möglich ein Sonderzeichen verwendet werden.
 - Es sollen „lange“ Passwörter verwendet werden - Empfehlung liegt derzeit bei 12-16 Zeichen.

☑ TIPP: Passwörter sollen komplex sein, um nicht erraten zu werden - aber auch einfach, damit sie nicht schriftlich notiert werden müssen.

Bilden Sie Ihr Passwort z.B. aus den Wortanfängen und Satzzeichen einfacher Merksätze.

z.B.:

Heute 23.04. beschloss ich mein Passwort zu ändern. => H23.04.bimPzä

Der Mai ist schön. Es wird warm. Ich freue mich. => DMi\$.Eww.1fm

Alternativ könnte auch ein langes, aber leichter zu merkendes Passwort gewählt werden.

Also einfach ein paar Worte aneinander gereiht: => hundhausvogelentegrabRom-4

Einen kleinen Überblick gibt es hier: <http://de.wikipedia.org/wiki/Passwort>
Sehr interessant ist die Tabelle, wie schnell ein Passwort geknackt werden kann.

✔ **TIPP:** *Passwortmanager: Weil die Anzahl der schwierig zu merkenden Kennwörter mitunter zu groß und nicht mehr zuordnungsfähig wird, empfehlen wir die Verwendung einer Kennwortverwaltung (Passwortmanager). Es handelt sich hierbei um ein Computerprogramm, mit dessen Hilfe Benutzernamen und Kennwörter verschlüsselt gespeichert und verwaltet werden können.*

13.7.2 IT-Sicherheitskonzept

Die Datenschutzgrundverordnung verlangt, dass sich jeder, der personenbezogene Daten verarbeitet, mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben in seinem Verantwortungsbereich auseinandersetzen hat. Die ordinationsführende Ärztin bzw. der ordinationsführende Arzt als datenschutzrechtlich Verantwortliche bzw. Verantwortlicher hat dabei insbesondere geeignete technische und organisatorische Datensicherheitsmaßnahmen zu ergreifen. Art 32 der EU-Datenschutzgrundverordnung normiert folgendes: Datenschutzrechtlich Verantwortliche müssen bei der Datenverarbeitung

- unter Berücksichtigung des Standes der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung,
- sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Höhe des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen

geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ergreifen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten.

Unter dem Titel „IT-Sicherheitskonzept“ normiert § 8 Abs 1 Gesundheitstelematikgesetz idF BGBl I 2018/37, dass Gesundheitsdiensteanbieter, wie insbesondere Ärztinnen und Ärzte, alle gemäß Art 32 DSGVO und gemäß Gesundheitstelematikgesetz getroffenen Datensicherheitsmaßnahmen auf Basis eines IT-Sicherheitskonzeptes zu dokumentieren haben. Aus dieser Dokumentation muss insbesondere hervorgehen, dass sowohl der Zugriff als auch die Übermittlung der Daten ordnungsgemäß erfolgt und die Daten Unbefugten nicht zugänglich sind.

Das IT Sicherheitskonzept ist die Dokumentation der ergriffenen organisatorischen und technischen Maßnahmen. Die Dokumentation setzt voraus, dass die im IT Sicherheitskonzept beschriebenen Maßnahmen auch im Ordinationsbetrieb faktisch umgesetzt sind. Da IT-Sicherheit insbesondere von Technologie bestimmt ist, die einer stetigen technischen Weiterentwicklung unterliegt, müssen die gesetzten Maßnahmen in den Ordinationen regelmäßig evaluiert und das IT-Sicherheitskonzept aktualisiert werden.

Dass die entsprechenden Angaben und Dokumentationen mit der Zeit immer aufwändiger und komplexer werden, ist evident, wenn man beispielsweise an die Zunahme von smarten, also WLAN-fähigen Geräten denkt. Um hier eine große Erleichterung zu schaffen, hat die Bundeskurie niedergelassene Ärzte ein Servicetool entwickelt.

Dabei handelt es sich um einen Online-Fragenkatalog mit über 300 Elementen, mit dem Kapitel für Kapitel die Dokumentation so präzise, zeitsparend und einfach wie möglich abgearbeitet werden kann. Der Login funktioniert über SSO über die URL:

<https://itsicherheitskonzept.aerztekammer.at/>

✔ **TIPP:** Informieren Sie sich über das von der Bundeskurie niedergelassene Ärzte entwickelte Servicetool zur Ausarbeitung/Erstellung Ihres IT-Sicherheitskonzeptes (<https://itsicherheitskonzept.aerztekammer.at/>). Das erfolgt mittels einer Online-Selbstevaluierung, die Sie auf dieser Website durchführen können. Sie können Teile des Fragebogens auch von Ihrem/n externen IT Dienstleister/n beantworten lassen. Die Auswertung der Antworten, die Sie abschließend erhalten, zeigt Ihnen, wie ausgereift Ihre Vorsichtsmaßnahmen in Sachen IT-Sicherheit zum gegenwärtigen Stand sind, und welche konkreten Maßnahmen Sie ergreifen können, um diesen Status weiter zu verbessern.

13.8 Informationen zur e-card

Nachdem mit Einführung des e-Rezeptes auch Wahlärzte mit Rezeptrecht zur Verwendung des e-Rezeptes verpflichtet wurden, müssen eben auch Wahlärzte künftig sich um eine e-card-Ausstattung kümmern.

13.8.1 Ablauf e-card anfordern

1. Arztsoftware-Firma auswählen (Details siehe eigener Punkt)
Vorab mit der Arztsoftware-Firma klären ob bzw. welche e-card-Services über die Arztsoftware abgedeckt werden können.
2. Informationen über die vorhandenen e-card-Provider einholen (ÖGK Vertragspartnerabteilung kontaktieren).
3. Angebote der e-card Provider (A1-Telekom, Hutchison Drei, Magenta, Infotech EDV, spusu) einholen bzw. prüfen welche Provider in meiner Region überhaupt tätig sind.
4. Ausstattungsauftrag (Zeitpunkt usw.) in Abstimmung mit der gewählten Arztsoftware-Firma erteilen.
5. Hierzu muss die genaue Ordinationsadresse bekannt sein, damit der Provider überprüfen kann ob eine e-card-Leitungsanbindung möglich ist!
6. Informationen zu den Mehrwertdiensten einholen
7. Mehrwertdienste sind zB: Befundübermittlung, gesicherter Internetzugang, e-Mail, etc. Damit steht dem Arzt über das GIN (die e-card-Leitung) faktisch eine weitere Datenleitung für Zwecke seiner Ordination zur Verfügung. Im Vordergrund steht dabei die Einhaltung der Sicherheitsrichtlinien, die hohe Verfügbarkeit und eine sehr hohe Qualität des GIN. Damit sind auch z.B. Fernwartung der Arztsoftware und Teleworking möglich. Achtung! Es kann auch MEHR GIN-BANDBREITE über die Provider erworben werden.
In Vorarlberg wird die Befundübermittlung über das Gesundheitsnetz Vorarlberg (GNV) angeboten.
8. Kontaktaufnahme ÖGK (sobald Ordinationsadresse und Niederlassungsbeginn bekannt sind)

Anforderung Vertragspartnernummer, Formulare, ...

9. Allenfalls mit dem „Vorgänger“ vereinbaren, dass dieser seinen GIN-Vertrag über die ÖGK nicht kündigt, sondern eine Ordinationsnachfolge deponiert - Vertragsbedingungen können dann übernommen werden!
10. Mit der "Meldung bei der ÖGK" (Vergabe der Vertragspartnernummer) erfolgt auch die Meldung zur Teilnahme am e-card System. D.h. die SV-Chipkarten Betriebs- u. Errichtungsgesellschaft leitet diese Information an die jeweiligen Telekommunikations-Provider weiter, von welchen Sie dann zusätzlich ev. noch kontaktiert werden.

Nähere Auskünfte zur **e-card** erhalten Sie bei

- **im Kapitel 42 des Praxisgründungsleitfadens**
- ÖGK
Vertragspartnerabteilung
Frau Martina Troppacher
E-Mail: martina.troppacher@oegk.at Tel. 050 76619 - 1651
- e-card Serviceline (Hotline bei Störungen)
Tel. 050 124 – 33 22
- e-card für Patienten
Tel. 050 124 33 11
- im Internet
<http://www.chipkarte.at>
<http://www.sozialversicherung.at>

weitere Informationen zum e-card System (Systemanforderungen, Varianten der Anbindung, GIN, GINS, GINO usw.) und zu ELGA-Anwendungen (e-Medikation, e-Impfpass):

www.chipkarte.at → Gesundheitsdiensteanbieter → e-card-System / e-card Services / ELGA-Anwendungen / Support

Provider-Auswahl:

www.chipkarte.at → Gesundheitsdiensteanbieter → e-card System → GIN Zugangnetz-Provider

Peering Point, Mehrwertdienste, usw.:

<http://www.peeringpoint.at/>

13.8.2 e-card-Kosten

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Kosten für die e-card-Infrastruktur sind drei Bereiche zu unterscheiden:

1. Von der „Rundfunk und Telekom Regulierungs-Behörde“ den Providern vorgeschriebener Kostenanteil
2. Kosten für Geräte-Ausstattung (Router, GINO-Anbindung, LAN-CCR)
3. Kosten für Servicelevel
4. Kosten für Installation, Inbetriebnahme, Wartung, ...

Für Vertragsärzte, die vor dem 1.1.2009 in Vertrag genommen wurden, wird ab 1.1.2010 für Pkt. 3. ein Zuschuss gewährt (12,50 - 15,00 € providerabhängig) (ursprünglich wurden diese Kosten aus Pkt. 3. gänzlich vom Dachverband getragen)
Vertragsärzte, die nach dem 1.1.2009 in Vertrag genommen wurden, müssen laut e-card-Gesamtvertrag die gesamten Kosten für Pkt. 3. übernehmen.

Achtung: Übernimmt ein „neuer“ Vertragsarzt eine Kassenstelle, so kann er auch die e-card-Infrastruktur und den Provider-Vertrag seines Vorgängers übernehmen. Liegt der Vertragsabschluss des Vorgängers vor dem 1.1.2009 gelten für den Nachfolger die identen (etwas günstigeren) vertraglich bevorzugten Bestimmungen.

Wichtig: Voraussetzung ist jedoch, dass der Vorgänger den e-card-Vertrag noch nicht gekündigt hat!

Aktuelle Informationen zu Preisen und Bandbreiten erhalten Sie beim entsprechenden e-card-Provider. Allgemeine Informationen dazu finden Sie auch auf www.peeringpoint.at.

13.8.3 e-card-Services

Beispielhaft sind hier die folgenden Services angeführt (Details siehe <https://chipkarte.at/> → Gesundheitsdiensteanbieter → e-card Services).

- Sozialversicherungsnummern-Abfrageservices (SAS)
- Arzneimittelbewilligungsservice (ABS)
- Elektronische Arbeits(un)fähigkeitsmeldung (eAUM)
- Vorsorgeuntersuchung (VU = DBAS Dokumentationsblatt-Aannahme-Service)
- Infotool für Erstattungskodex (eÖKO-Tool)
- Abfrage Rezeptgebührenbefreiung (Obergrenze für Rezeptgebühren REGO)
- Elektronisches Kommunikationsservice (eKOS)
- Elektronisches Rezept (eRezept)

Achtung: Nicht alle e-card-Services stehen Wahlärzten zur Verfügung.

13.9 Informationen zu ELGA

Informationen zu ELGA finden Sie auf <https://www.elga.gv.at/>.

Vorab mit der Arztsoftware-Firma klären ob bzw. welche ELGA-Services über die Arztsoftware abgedeckt werden können.

Beispielhaft sind hier die folgenden ELGA-Services angeführt:

- e-Medikation
- e-Befunde
- e-Impfpass

Nähere Auskünfte zu ELGA bzw. im Falle von technischen Problemen erhalten Sie bei

- **ELGA Serviceline**
Tel. 050 124 – 44 22
support@elga-serviceline.at

13.10 GNV - Gesundheitsnetz Vorarlberg

Das GNV dient in erster Linie dem raschen, kostengünstigen und auf höchstem Niveau der Datensicherheit befindlichen elektronischen Austausch von medizinischen Daten insbesondere zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Großlabors und den Spitälern.

Die Ärztekammer für Vorarlberg war bereit, dieses Netz aufzubauen, zu betreiben und dafür Vorleistungen zu erbringen. Die teilnehmenden Krankenanstalten waren von Beginn an maßgeblich in dieses Projekt eingebunden.

Die entsprechende Infrastruktur (Hardware und Software) wird im Auftrag der Ärztekammer von der VTG (Vorarlberger Informatik- und Telekommunikationsdienstleistungsgesellschaft mbH) betrieben. Die VTG befindet sich zu 95% im Besitz des Landes Vorarlberg und zu 5% im Besitz der Gemeindeinformatik GmbH. Sie betreibt auch die Datennetze des Landes und der Gemeinden.

Über welche Verbindungen werden die Befunde übertragen?

Die zur Übertragung notwendigen Datenverbindungen, Programme zur Bereitstellung der Daten für die Übertragung und zur Darstellung der empfangenen Daten etc. sind nicht Teil des GNV-Dienstes sondern vom Teilnehmer auf eigene Kosten und Gefahr bereit zu stellen. Bei jenen Ärzten, welche den GIN-ADSL-Zugang für die e-card installiert haben, ist dieser Zugang auch für die GNV-Dienste verwendbar.

Auch über einen externen DSL-Zugang (Internet) kann die Befundübermittlung erfolgen.

Übertragung von Bilddaten im GNV

Seit 2010 ist auch die Übertragung von elektronischen Bildern (von Radiologen und MR-Instituten) über das GNV möglich.

Übertragung von PDF-Dokumenten

GNV-Teilnehmer haben die Möglichkeit, PDF-Dokumente (mit/ohne Patientenbezug) rasch, komfortabel, sicher und allen gesetzlichen Vorgaben entsprechend, zu übermitteln. Bei entsprechender Einbindung ins Programmpaket (Arzt, Krankenhaus) erfolgt die Übermittlung direkt aus der Anwendung heraus (ähnlich dem Befundversand).

Weitere Informationen

- zur Teilnahme (Voraussetzungen, Vertrag mit der Ärztekammer, usw.)
- zur Installation (wer installiert, Kosten, usw.)
- zu den Kosten (der verschiedenen Varianten - Senden/Empfangen/DICOM-Bilddatenübermittlung - usw.)
- zur Zertifizierung (zur Verschlüsselung der Befunde, usw.)
- zum sicheren Internetzugang (Empfehlung)

Nähere Auskünfte darüber erhalten Sie in der Ärztekammer für Vorarlberg - EDV-Abteilung (edv@aeqvbg.at, Herr Rauch DW 28, Herr Schelling DW 39) oder im Internet <https://www.arztinvorarlberg.at/aeq/public/edv>.

13.11 Elektronische Abrechnung (Vertragsärzte)

Vertragsärzte sind zur elektronischen Abrechnung verpflichtet.

Die Abrechnung für die ÖGK wird - im Auftrag der ÖGK - in der Ärztekammer für Vorarlberg durchgeführt. Dazu **muss sich der Arzt mittels eines Formblattes schriftlich bei der Ärztekammer für Vorarlberg anmelden.**

Die Übermittlung dieser Abrechnungsdaten muss in elektronischer Form (per GNV) erfolgen. Nähere Informationen (Anmeldung, Satzaufbau usw.) können bei der Ärztekammer für Vorarlberg – Kassenärztliche Verrechnungsstelle - angefordert werden.

Info: Klaus Hausmann, Tel. 05572 / 21900 – 36

E-Mail: klaus.hausmann@aekvbg.at

13.11.1 ÖGK-Honorartarif / Ärzte + Zuweisungsstellen

Der ÖGK-Honorartarif wird von der Ärztekammer für Vorarlberg in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, oder kann als Druckversion angefordert werden.

Die Daten der Ärzte und Zuweisungsstellen (Spitäler) werden von der Ärztekammer für Vorarlberg in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.

Nähere Informationen können bei der Ärztekammer für Vorarlberg - EDV-Abteilung (Herren Rauch und Schelling) - angefordert werden.

13.12 Registrierkassenpflicht

Details dazu finden Sie in Kapitel 7 (Honorierung der ärztlichen Tätigkeit) unter Pkt „Registrierkassen- und Belegerteilungspflicht“.

TIPP: Informieren Sie sich bei Ihrem Steuerberater, ob die generelle Verpflichtung für Sie zum Tragen kommt. Klären Sie mit Ihrem Arztsoftware-Hersteller die möglichen Umsetzungsvarianten.

13.13 Weitere Auskünfte

Für weitere Auskünfte stehen die EDV-Mitarbeiter der ÄK für Vorarlberg gerne zur Verfügung.

Info: Hans-Peter Rauch, Tel. 05572 / 21900 – 28

E-Mail: edv@aekvbg.at

Info: Günter Schelling, Tel. 05572 / 21900 – 39

E-Mail: edv@aekvbg.at

14 ÄRZTEGESETZ 1998

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

Die aktuelle Fassung des Ärztegesetzes kann im Internet unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> heruntergeladen werden.

15 ARZT UND ÖFFENTLICHKEIT

15.1 Werberichtlinie:

Die Werberichtlinie kann von der Homepage der Österreichischen Ärztekammer (<https://www.aerztekammer.at/kundmachungen>) heruntergeladen werden. Zu beachten ist weiters, dass das Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen für diese ärztlichen Tätigkeiten weitergehende Werbebeschränkungen vorsieht (vgl. dazu Kapitel 17).

15.2 Gesetzeskonforme Gestaltung der Arzt-Homepage:

In der von der Österreichischen Ärztekammer gemäß § 53 Abs. 4 ÄrzteG beschlossenen Werberichtlinie "Arzt und Öffentlichkeit" ist dem Arzt die Einrichtung einer eigenen oder die Beteiligung an einer fremden Homepage ausdrücklich gestattet.

15.2.1 Standesrechtliche Werbebeschränkungen

Selbstverständlich hat der Arzt aber nicht nur bei gedruckten Informationen, sondern auch bei der Gestaltung seines Internetauftritts die für Ärzte geltenden Werbebeschränkungen zu beachten.

Zu beachten ist weiters der ärztliche Verhaltenskodex (Code of Conduct - siehe Kapitel 32).

15.2.2 „Impressumpflicht“ nach dem E-Commerce-Gesetz

Neben den werberechtlichen Vorschriften gelten für den Arzt als Betreiber einer Website auch die Informationspflichten nach dem E-Commerce-Gesetz (ECG). Nach § 5 Abs. 1 ECG hat der Websitebetreiber den Nutzern folgende Mindestinformationen ständig sowie leicht und unmittelbar zugänglich zur Verfügung zu stellen:

- * Namen
- * geografische Abschrift, unter der er niedergelassen ist
- * Kommunikationsdaten wie Telefon, Fax, E-Mail, Internetadresse
- * Firmenbuchnummer und Firmenbuchgericht (etwa bei einer Gruppenpraxis);
- * Hinweis auf die Zugehörigkeit zur Ärztekammer für Vorarlberg
- * Berufsbezeichnung und den Mitgliedstaat, in dem diese verliehen wurde
- * Hinweis auf die berufsrechtlichen Vorschriften und den Zugang zu diesen (Verweis auf das Ärztegesetz, abrufbar unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>)
- * Umsatzsteuer-Identifikationsnummer (sofern vorhanden)

Seit dem Fall des Preisnennungsverbotes sind Honorarangaben für ärztliche Leistungen grundsätzlich erlaubt. Allerdings ist bei der Gestaltung der Homepage zu beachten, dass gemäß § 5 Abs. 2 ECG Preise jedenfalls so angeführt werden müssen, dass sie ein durchschnittlich aufmerksamer Betrachter leicht erkennen und zuordnen kann. Es muss eindeutig erkennbar sein, ob die Preise einschließlich der Umsatzsteuer (soweit ärztliche Leistungen ausnahmsweise der Umsatzsteuer unterliegen) sowie aller sonstigen Abgaben und Zuschläge ausgezeichnet sind (Bruttopreise) oder nicht.

15.2.3 Verstoß gegen die Informationspflichten

Die Nichteinhaltung dieser Informationspflichten auf Webseiten kann verwaltungsstrafrechtliche Folgen nach sich ziehen und mit einer Geldstrafe in Höhe von bis zu € 3.000,- geahndet werden. Eine Missachtung der Informationspflichten nach § 5 ECG kann daneben aber auch zu einer zivilrechtlichen Unterlassungsklage nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) führen. Nach ständiger Rechtsprechung ist eine Gesetzesverletzung aber nur dann sittenwidrig und damit wettbewerbswidrig, wenn sie geeignet ist, dem gesetzwidrig

Handelnden einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den gesetzestreuen Mitbewerbern zu verschaffen ("Wettbewerbsvorsprung durch Rechtsbruch").

15.2.4 Offenlegungspflicht nach dem Mediengesetz

Seit Inkrafttreten der Novelle des Mediengesetzes am 1. Juli 2005 gilt für Websites zusätzlich zu den Informationspflichten nach dem ECG eine Offenlegungspflicht nach § 25 Mediengesetz. Ein Arzt, der zur Präsentation seiner Praxis über eine eigene Homepage verfügt, gilt daher als Medieninhaber im Sinne des Mediengesetzes.

Auch nach dem Mediengesetz müssen diese Abgaben leicht und unmittelbar auffindbar zur Verfügung gestellt werden. Die Offenlegung nach dem Mediengesetz kann gemeinsam mit den Informationen nach § 5 Abs. 1 ECG erfolgen.

Für Websites, die nur der Präsentation eines Unternehmens sowie der Produkte oder Leistungen eines Unternehmens dienen und darüber hinaus keinen die öffentliche Meinungsbildung beeinflussenden Informationsgehalt aufweisen, gilt eine beschränkte Offenlegungspflicht. Für diese so genannten "kleinen Websites" sind folgende Angaben erforderlich:

- * Name/Firma des Medieninhabers (idR der Inhaber/Betreiber der Website)
- * Unternehmensgegenstand des Medieninhabers
- * Wohnort/Sitz des Medieninhabers

Bis auf den Unternehmensgegenstand haben diese Angaben aber ohnehin schon auf Grund des § 5 ECG zu erfolgen, da der Medieninhaber idR mit dem Inhaber bzw. Betreiber der Website ident sein wird.

15.2.5 Verantwortlichkeit für Links

Werden auf einer Website Verweise (Links) auf fremde Internetseiten gesetzt, so ist nach § 17 ECG der Linksetzer für diese Informationen dann nicht verantwortlich, wenn

- * er von einer rechtswidrigen Tätigkeit oder Information keine tatsächliche Kenntnis hat und keine fahrlässige Unkenntnis in Bezug auf die rechtswidrige Tätigkeit oder Information besteht, oder
- * er den Link nach Erlangung der Kenntnis oder des Bewusstseins von der Rechtswidrigkeit unverzüglich entfernt hat.

Dieses Haftungsprivileg greift aber dann nicht, wenn die verlinkte Seite von einem Anbieter betrieben wird, der dem Linksetzer untersteht (Tochterunternehmen) oder der Linksetzer die fremden Informationen als seine eigenen darstellt (§ 17 Abs. 2 ECG).

Aus Haftungsgründen sollte bei der Setzung von Links daher darauf Bedacht genommen werden, nicht den Eindruck zu vermitteln, dass der fremde Inhalt übernommen und in den eigenen Inhalt "eingebaut" werden soll. Vielmehr ist es ratsam, Links auf fremde Websites so zu positionieren bzw. darzustellen (etwa durch eine besondere Markierung), dass für den Nutzer klar erkennbar ist, dass man auf eine fremde Website wechselt.

15.2.6 Vorsicht vor Urheberrechtsverletzungen

Für die Gestaltung des eigenen Webauftritts ist man nicht selten versucht, Fotos, Grafiken, Musik, Texte oder Textteile aus dem Internet herunterzuladen und für die eigene Website zu verwenden. Allerdings ist hier Vorsicht geboten, denn es könnte sich dabei um urheberrechtlich geschützte Werke handeln, die ohne Zustimmung des Erstellers bzw. Verfassers nicht ohne weiteres verwendet werden dürfen. Sofern für die Verwendung von Lichtbildern, Grafiken oder Texte nicht bereits entsprechende Werknutzungsbewilligungen oder Werknutzungsrechte vorliegen, ist es zur Vermeidung von kostspieligen zivilrechtlichen Klagen ratsam, bereits vor Integration der Elemente in die eigene Website die Zustimmungserklärung des Urhebers (Hersteller, Verfasser ...) zur Veröffentlichung einzuholen.

15.2.7 Homepage und Datenschutzgrundverordnung

Im Kammeramt kann ein Rundschreiben zur Informationsverpflichtung betreffend Datenanwendungen im Zusammenhang mit Websites gemäß der Datenschutzgrundverordnung angefordert werden (BKNÄ-RS 38/2018).

15.2.8 Rechtlicher Schutz vor Bewertungen in Internetportalen

Online-Foren, Bewertungsplattformen und ähnliche Internetdienste bieten zunehmend jedermann eine unkomplizierte Möglichkeit, seine Meinung auch zu niedergelassenen Ärzten kundzutun. Nähere Informationen dazu, welche Möglichkeiten bestehen, um sich als Arzt dagegen zur Wehr zu setzen, sind im Kammeramt erhältlich (Prof. Dietmar Jähnel, RdM 249/2018).

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

16 SCHILDERORDNUNG

Die Schilderordnung kann von der Homepage der Österreichischen Ärztekammer (<https://www.aerztekammer.at/kundmachungen>) heruntergeladen werden.

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

17 BUNDESGESETZ ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON ÄSTHETISCHEN BEHANDLUNGEN UND OPERATIONEN

Das Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen enthält u.a. spezielle Regelungen

- darüber, welche Ärzte ästhetische Behandlungen und Operationen durchführen dürfen,
- über Aufklärungs- und Dokumentationspflichten,
- über die Einwilligungserfordernisse des Patienten,
- über das Mindestalter der Patienten,
- über Werbebeschränkungen und Provisionsverbot.

Nähere Informationen können Sie von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/berufsrecht>) herunterladen.

Info: Mag. Stefan Holzer, Tel. 05572/21900 - 26 DW, Fax: 43 DW
E-Mail: stefan.holzer@aekvbg.at

18 MELDEPFLICHTIGE ÜBERTRAGBARE KRANKHEITEN IN ÖSTERREICH

Auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit sind ausführliche Informationen dazu abrufbar:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Rechtliches.html>

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

19 DOKUMENTATIONS- UND AUFBEWAHRUNGSPFLICHT – AUSKUNFTSERTEILUNG

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

19.1 Dokumentationspflicht

Nach dem Ärztegesetz ist jeder Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person zu führen.

Die Aufzeichnungen haben insbesondere Folgendes zu beinhalten:

- Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung (status præsens)
- Vorgeschichte einer Erkrankung
- Diagnose
- Krankheitsverlauf
- Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen
- Anwendung von Arzneyspezialitäten (einschließlich der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen notwendigen Daten)
- Aufklärung des Patienten

Wichtige Neuerung:

Ärztinnen/Ärzte sind verpflichtet, für die Diagnosedokumentation die vom Gesundheitsministerium nach § 6g Z 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen verordnete Klassifikation anzuwenden.

Dazu heißt es in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage:

Im Zielsteuerungsvertrag 2022 und 2023 wird unter dem Punkt „Bekanntnis zu Qualität“ Folgendes festgehalten: „Eine wesentliche Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen und die dafür erforderliche Qualitätsmessung ist eine strukturierte und kodierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation im gesamten Gesundheitswesen (einschließlich des gesamten ambulanten Bereichs).“

Als Teil der ärztlichen Dokumentationspflicht soll nun die verpflichtende Verwendung von Diagnose- und Leistungscodierungen statuiert werden. Eine vergleichbare Regelung gibt es bereits im stationären Bereich durch das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, an die nun der ambulante Bereich im Rahmen der Sammelnovelle angepasst werden soll. Zu beachten sind die Fristen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Bei der Einführung der verpflichtenden Diagnose- und Leistungscodierung handelt es sich ebenso um eine Forderung der Sozialversicherung und der Länder.

Nähere Informationen dazu sind im Kammeramt, Dr. Jürgen Heinzle, erhältlich.

Eine erhöhte Dokumentationspflicht gilt bei sog. „Schönheitsoperationen“. Näheres dazu siehe <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/berufsrecht> - Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (siehe auch Kapitel 17).

19.2 Aufbewahrungspflicht

Oben genannte Aufzeichnungen sowie sonstigen Dokumentationsunterlagen sind vom Arzt mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Die Führung von ausschließlich elektronischen Krankengeschichten ist zulässig. Bei der EDV-mäßigen Führung der Dokumentation sind jedoch auch die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes/der DSGVO zu beachten. Näheres dazu kann der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/edv>) entnommen werden.

Die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit entbindet den Arzt nicht von seiner Aufbewahrungspflicht, d.h. der Arzt muss die Patientenkarteen grundsätzlich weiterhin (mindestens bis zum Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen 10-Jahresfrist) selbst aufbewahren. Er hat jedoch die Möglichkeit, dem Kassenplanstellennachfolger, sofern ein solcher nicht vorhanden ist, dem Ordinationsstättennachfolger die Patientenkartei zu übergeben. Übergibt ein Arzt seine Ordination samt Patientenkartei an einen Nachfolger, so ist dieser zur Übernahme der Dokumentation und zur gesetzmäßigen Aufbewahrung verpflichtet. Eine vertragliche Vereinbarung für eine solche Übernahme und Aufbewahrung der Patientenkartei iSd § 51 Abs 4 ÄrzteG kann im Kammeramt angefordert werden bzw. von der Homepage heruntergeladen werden <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/downloads>

Im Zusammenhang mit einer Praxisübergabe an einen Nachfolger kommt es daher nicht automatisch zur Übernahme der vorhandenen Patientenkartei durch den Nachfolger!

Die ärztlichen Aufzeichnungen/Patientenkarteen des Vorgängers dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen Patienten vom Nachfolger weiterverwendet werden.

Eine solche Einwilligung kann aber dann vermutet werden, wenn sich der Patient vom Praxisnachfolger weiter behandeln lässt (sog. „stillschweigende oder schlüssige Einwilligung“). Dennoch wird empfohlen, dass der Praxisnachfolger von jedem Patienten vor dessen erstmaliger Behandlung die schriftliche Zustimmung zum Weiterführen der bisherigen Patientenkartei einholt.

Dies ist eine Mustervorlage für eine derartige Zustimmungserklärung:

Zustimmungserklärung	
Hiermit erteile ich, Herr/Frau _____ (Patient), meine ausdrückliche	
Zustimmung dazu, dass Herr/Frau Dr. _____ auf meine bisher von	
Herrn/Frau Dr. _____ (Praxisvorgänger) geführte Patientenkartei zugreifen und zu meiner Weiterbehandlung heranziehen darf.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten

Wichtig: Das oben Gesagte gilt nicht für Praxisvertretungen! Der Vertretungsarzt ist - ohne weitere Einwilligung des Patienten - aufgrund seiner Vertretungstätigkeit berechtigt, auf vorhandene Patientenkarteen zuzugreifen, weil dieser die Patienten im Namen des vertretenen Arztes behandelt und nicht im eigenen Namen.

Motivationsgründe zum Führen einer ausführlichen Dokumentation

Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht soll der Arzt nicht nur als zusätzliche bürokratische Belastung empfinden, beides stellt vielmehr ein wichtiges Instrumentarium zur Beweisführung in einem allfälligen Prozess (z. B. wegen eines behaupteten ärztlichen Behandlungsfehlers oder nicht ausreichender Aufklärung) dar. Verletzt der Arzt seine Dokumentationspflicht, kommt dem Patienten in einem Prozess insoweit eine Beweiserleichterung zugute, als

sie die Vermutung begründet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme nicht vom Arzt getroffen wurde.

Da sich eine Prozessführung oftmals über mehrere Jahre erstrecken kann bzw. häufig erst Jahre nach einer ärztlichen Behandlung geklagt wird, ist es aus Beweisgründen umso wichtiger, dass der Arzt - vor Gericht - genaue schriftliche Aufzeichnungen über seine damalige Behandlung vorlegen kann.

Die im Ärztegesetz normierte Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

- hilft bei der Vermeidung von (gerichtlichen) Streitigkeiten, da oftmals von einer Klage Abstand genommen wird, wenn der Arzt im Vorfeld genaue Aufzeichnungen vorlegen kann,
- hilft dem Arzt bei der Beweisführung in einem allfälligen Verfahren bzw.
- hilft bei einer Inanspruchnahme des Arztes aufgrund von Schadenersatzforderungen durch seinen Patienten.

Ausführliches Dokumentieren der eigenen ärztlichen Maßnahmen stellt außerdem ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung dar, da der Arzt seiner Arbeit dadurch methodische Strukturen verleihen kann, die Wirksamkeit der durch ihn erfolgten Behandlungen selbst überprüfen und dadurch medizinisch profitieren kann.

19.3 Auskunftserteilung

Jeder Arzt ist verpflichtet, dem Patienten über seine Aufzeichnungen („Dokumentation“, Krankengeschichte) alle Auskünfte zu erteilen.

Verlangt nicht der Patient selbst vom Arzt Auskünfte bzw. Aufzeichnungen sondern ein Vertreter, so dürfen Auskünfte grundsätzlich nur nach Vorlage einer entsprechenden Vollmacht erteilt werden. Hinsichtlich Privatversicherungen wird auf das Kapitel 20 „Auskunftserteilung gegenüber Privatversicherungen“ verwiesen.

Keine Auskunftspflicht besteht hingegen für höchstpersönliche Aufzeichnungen (z. B. Notizen, oder persönliche Eindrücke, die der Arzt nur für eigene Zwecke, z. B. für Statistiken, festhält). Es wird empfohlen, keinesfalls Originalaufzeichnungen auszufolgen, sondern nur Kopien (für eine allfällige Beweisführung in Streitfällen).

20 AUSKUNFTSERTEILUNG GEGENÜBER PRIVATVERSICHERUNGEN

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

Immer wieder treten (Privat-)Versicherungen an Ärzte heran und begehren Einsicht in Krankengeschichten.

§ 11a Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) regelt u.a. die zulässige Art und Weise der Ermittlung von Gesundheitsdaten durch private Versicherer und lautet auszugsweise wie folgt:

[...]

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll [...], oder
2. anhand der vom Versicherungsnehmer [...] beigebrachten Unterlagen, oder
3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen, oder
4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat;

[...]

Wenn daher (Privat-)Versicherer an Ärzte herantreten und Einsicht in Krankengeschichten begehren, dann ist eine solche **Einsichtnahme nur unter den in Z 3 und Z 4 des § 11a Abs 2 VersVG genannten Voraussetzungen** möglich. Dabei sind insbesondere folgende Fälle zu unterscheiden:

1. Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages:

Zu diesem Zeitpunkt ist ausschließlich § 11a Abs 2 Z 3 VersVG anzuwenden, d.h. es bedarf der für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen (schriftlichen) Zustimmung des Patienten, damit der Versicherer vom behandelnden Arzt die erforderlichen Auskünfte einholen darf.

Für diesen Fall ist zu fordern, dass der Patient in seiner Zustimmungserklärung den Arzt, der Einsicht in die Krankengeschichte gewähren soll, namentlich nennt, angibt, ob Einsicht in die vollständige Krankengeschichte oder nur in genau bezeichnete Teile derselben erfolgen soll, und angibt, zu welchem Zweck die Einsicht in die Krankengeschichte erfolgen soll.

Pauschale Zustimmungserklärungen, in denen Versicherer ermächtigt werden bei (nicht namentlich genannten) Ärzten die erforderlichen Auskünfte einzuholen, entsprechen nicht den Erfordernissen des § 11a Abs 2 Z 3 VersVG, d.h. der Versicherer darf trotz solcher pauschaler Zustimmungserklärungen nicht in Krankengeschichten Einsicht nehmen bzw. dürfen ihm von Ärzten keine Auskünfte erteilt werden.

Im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages muss daher der Patient ausdrücklich (schriftlich) zustimmen bzw. erklären, dass der Versicherer in die beim (namentlich genannten) Arzt geführte (vollständige bzw. in genau bezeichnete Teile derselben) Krankengeschichte (zwecks Abschluss des Versicherungsvertrages) Einsicht nehmen darf.

2. Zeitpunkt der Verlängerung (Abänderung oder Fortsetzung) eines bestehenden Versicherungsvertrages:

Es gilt sinngemäß das unter Punkt 1 Gesagte.

3. Zeitpunkt des Eintrittes eines konkreten Versicherungsfalles nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall):

Zu diesem Zeitpunkt ist neben der bereits erwähnten Bestimmung des § 11a Abs 2 Z 3 VersVG und dem dazu Ausgeführten zusätzlich noch die Bestimmung des § 11a Abs 2 Z 4 VersVG zu beachten.

Aus § 11a Abs 2 Z 4 VersVG kann abgeleitet werden, dass der Patient zwar weiterhin im Vorhinein pauschal zustimmen kann, dass der Versicherer berechtigt ist, bei Eintritt eines konkreten Versicherungsfalles in die (für diesen Versicherungsfall ursächliche bzw. kausale) Krankengeschichte (eingeschränkt auf die Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung) des untersuchenden oder behandelnden Arztes Einsicht zu nehmen, allerdings muss der Patient ausdrücklich und in einer „gesonderten schriftlichen Erklärung“¹, die er jederzeit widerrufen kann, einer solchen Datenübermittlung zustimmen.

Hinzu kommt weiters, dass die (Privat-)versicherung darüber hinaus aufgrund einer solchen vorab gegebenen Zustimmung Auskünfte bei Ärzten erst dann einholen darf, nachdem der Patient von ihr über die beabsichtigte Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt worden ist und der Patient dieser konkreten Datenübermittlung nicht binnen 14 Tagen widersprochen hat.

Eine pauschale Zustimmung im Vorhinein zur Einsicht in für den Versicherungsfall ursächliche bzw. kausale Krankengeschichten die über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung hinausgeht bzw. in Krankengeschichten, die für den konkreten Versicherungsfall nicht ursächlich bzw. kausal sind, ist weiterhin jedenfalls unzulässig, d.h. der Versicherer darf trotz einer derart weitreichenden Zustimmung nicht in eine solche Krankengeschichte Einsicht nehmen bzw. dürfen ihm von Ärzten keine Auskünfte erteilt werden.

Von der Regelung des § 11a Abs 2 Z 4 VersVG sind somit nur die Daten über die Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung der für den konkreten Versicherungsfall ursächlichen bzw. kausalen Krankengeschichte erfasst.

Für die Übersendung der kompletten Dokumentation/Krankengeschichte des Patienten (insbesondere Daten, die sich auf einen Zeitraum vor Abschluss des Versicherungsvertrages

¹ Was genau in diesem Zusammenhang unter einer „gesonderten Erklärung“ zu verstehen ist, lässt das Gesetz offen. Ein Rückgriff auf allgemeine datenschutzrechtliche Grundsätze führt zu der Überlegung, dass es sich bei den in Rede stehenden Daten um Gesundheitsdaten und damit um sensible Daten handelt. Die Zustimmung zur Verwendung solcher Daten muss „ausdrücklich“ erklärt werden. In der Literatur wird dazu vertreten, dass die Zustimmung getrennt von allfälligen vertraglichen Vereinbarungen zu erfolgen hat. Sie ist textlich etwa von Formularen oder Dokumenten, in die sie eingebettet ist, zu trennen. Bloße Hinweise auf Allgemeine Geschäftsbedingungen o.ä. genügen daher nicht. Sie bedarf auch einer gesonderten Unterzeichnung, um so einen ausreichenden Erklärungswert zu dokumentieren. Entspricht die Zustimmung diesen Anforderungen, so ist sie wohl als eine „gesonderte Erklärung“ zu werten.

beziehen) bedarf es hingegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen (schriftlichen) Zustimmung des Patienten (siehe dazu sinngemäß das unter Punkt 1 Gesagte).

Der „auskunftserteilende“ Arzt hat daher (wenn der Versicherer mit einer solchen pauschalen Zustimmungserklärung des Patienten nach Eintritt eines Versicherungsfalles an ihn herantritt) Folgendes zu prüfen:

Bezieht sich das Auskunftsbegehren überhaupt auf eine von ihm geführte Krankengeschichte, die ursächlich bzw. kausal für den konkreten Versicherungsfall ist?

Bezieht sich das Auskunftsbegehren lediglich auf die Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung oder geht es darüber hinaus?

Wurde der Patient von der konkreten Auskunftserhebung verständigt und wurde die pauschale (im Vorhinein abgegebene) Zustimmung vom Patienten für diesen konkreten Fall widerrufen? D.h. der Arzt hat sich bei jeder Anfrage einer (Privat-)Versicherung zu vergewissern, ob ihn der Patient tatsächlich von der Schweigepflicht entbunden hat

Da sich dieses Vorgehen in der täglichen Praxis äußerst aufwendig darstellt, wird seitens der Ärztekammer für Vorarlberg den Ärzten empfohlen, dass sie - auch wenn ihnen pauschale Zustimmungserklärungen von (Privat-)Versicherern vorgelegt werden - Krankengeschichten ausschließlich an ihre Patienten und nicht an Versicherer aushändigen.

21 VERSCHWIEGENHEITS-, ANZEIGE- UND MELDEPFLICHT

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

21.1 Verschwiegenheitspflicht

Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. nach gesetzlichen Vorschriften eine Meldung des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist (vgl. dazu Kapitel „meldepflichtige übertragbare Krankheiten“),
2. Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten oder sonstigen Kostenträger in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, erforderlich sind,
3. die durch die Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person den Arzt von der Geheimhaltung entbunden hat,
4. die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen
 - a) der öffentlichen Gesundheitspflege,
 - b) der Rechtspflege oder
 - c) von einwilligungsunfähigen Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit der Bereitstellung der für die Behandlungskontinuität unerlässlichen Eckdaten gegenüber den mit der Pflege betrauten Personen unbedingt erforderlich ist.
5. die Offenbarung des Geheimnisses gegenüber anderen Ärztinnen/Ärzten und Krankenanstalten zur Aufklärung eines Verdachts einer gerichtlich strafbaren Handlung gemäß § 54 Abs. 4 Z 2 Ärztegesetz und zum Wohl der Kinder oder Jugendlichen erforderlich ist,
6. die Ärztin/der Arzt der Anzeigepflicht gemäß § 54 Abs. 4 Ärztegesetz oder der Mitteilungspflicht gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 nachkommt.

Die Z 5 setzt das Ziel der "besseren Vernetzung involvierter Institutionen" (vor allem andere Ärztinnen und Ärzte und Krankenanstalten) zur Erleichterung der Verifizierung oder Falsifizierung insbesondere eines Misshandlungs- sowie Missbrauchsverdachts um. Durch diesen Ausnahmetatbestand von der Verschwiegenheitspflicht soll ein ärzterechtlicher Beitrag geleistet werden, um unentdeckt bleibenden Fällen von insbesondere Kindesmisshandlungen bzw. Kindesmissbrauch entgegenwirken zu können. Somit erfolgt die tatbestandsmäßige Anknüpfung an die im § 54 Abs. 4 Z 2 ÄrzteG geregelten Sachverhalte, nämlich wenn sich für den Arzt/die Ärztin in Ausübung seines/ihrer Berufes der Verdacht ergibt, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind.

Misshandlung ist jede unangemessene Behandlung eines anderen, die das körperliche Wohlbefinden nicht ganz unerheblich beeinträchtigt, also Schmerzen oder Unbehagen hervorruft. Unter Quälen wird die Zufügung körperlicher und seelischer Qualen verstanden. Körperliche Qualen können sowohl durch Verletzungen, aber auch durch Misshandlungen oder Freiheitsbeschränkungen bewirkt werden, seelische Qualen hingegen auch durch (verbale) Bedrohungen, Beschimpfungen oder durch sonstige Erniedrigungen.

Unter Vernachlässigung versteht man Fälle der Verletzung der Fürsorge oder Obhutspflicht, wenn sie gröslich sind und zu einer beträchtlichen Schädigung der Gesundheit oder der körperlichen bzw. geistigen Entwicklung führen können oder geführt haben.

Unter sexuellem Missbrauch versteht man alle geschlechtlichen Handlungen. Berührungen, Betastungen und Entblößungen können bereits geschlechtliche Handlungen im Sinne des sexuellen Missbrauchs darstellen.

Die Verschwiegenheitspflicht besteht auch insoweit nicht, als die für die Honorar- oder Medikamentenabrechnung gegenüber den Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten, sonstigen Kostenträgern oder Patienten erforderlichen Unterlagen zum Zweck der Abrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, Auftragsverarbeiter überlassen werden. Eine all-fällige Speicherung darf nur so erfolgen, dass Betroffene weder bestimmt werden können noch mit hoher Wahrscheinlichkeit bestimmbar sind.

21.2 Anzeige- und Meldepflicht

Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche, die Gewalt erfahren haben, zu schützen und weiterer Gewalt vorzubeugen, ist eine sehr komplexe Aufgabe, mit der Ärzte immer wieder konfrontiert sind.

Ärzte werden in ihrer Praxis mit den Folgen von körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung oder sexueller Gewalt mitunter als erste konfrontiert. Weil die Betroffenen selbst und auch Angehörige meist versuchen, die Ursachen für die körperlichen oder seelischen Verletzungen zu verbergen, ist es wichtig, dass Ärzte auf die Symptome hellhörig sind und wissen, damit richtig umzugehen.

21.2.1 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz:

Das Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz regelt in § 37 u.a.:

(1) Ergibt sich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht, dass Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder ihr Wohl in anderer Weise erheblich gefährdet ist, und kann diese konkrete erhebliche Gefährdung eines bestimmten Kindes oder Jugendlichen anders nicht verhindert werden, ist von folgenden Einrichtungen unverzüglich schriftlich Mitteilung an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten:

1. Gerichten, Behörden und Organen der öffentlichen Aufsicht;
2. Einrichtungen zur Betreuung oder zum Unterricht von Kindern/Jugendlichen;
3. Einrichtungen zur psychosozialen Beratung;
4. privaten Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe;
5. Kranken- und Kuranstalten;
6. Einrichtungen der Hauskrankenpflege;

(1a) Ergibt sich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im Rahmen der Geburt oder der Geburtsanmeldung in einer Krankenanstalt der begründete Verdacht, dass das Wohl eines Kindes, dessen Mutter Opfer von weiblicher Genitalverstümmelung geworden ist, erheblich gefährdet ist, und kann diese konkrete erhebliche Gefährdung des Kindes anders nicht verhindert werden, ist von der Krankenanstalt unverzüglich schriftlich Mitteilung an den örtlich zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten.

(2) Die Entscheidung über die Mitteilung gemäß Abs. 1 und 1a ist erforderlichenfalls im Zusammenwirken von zumindest zwei Fachkräften zu treffen.

(3) Die Mitteilungspflicht gemäß Abs. 1 trifft insbesondere auch:

[...]

3. Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, sofern sie ihre berufliche Tätigkeit nicht in einer im Abs. 1 genannten Einrichtung ausüben (Anm. das sind u.a. niedergelassene Ärzte).

(4) Die schriftliche Mitteilung hat jedenfalls Angaben über alle relevanten Wahrnehmungen und daraus gezogenen Schlussfolgerungen sowie Namen und Adressen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der mitteilungspflichtigen Person zu enthalten.

(5) Berufsrechtliche Vorschriften zur Verschwiegenheit stehen der Erfüllung der Mitteilungspflicht gemäß Abs. 1 und Abs. 3 nicht entgegen.

Die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage führen hierzu aus:

Die Kenntnis des Verdachts von Kindeswohlgefährdungen ist für die vor Ort tätigen Mitarbeiter/innen des Kinder- und Jugendhilfeträgers unerlässlich, um entsprechende Hilfen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien anbieten zu können. Daher sind bereits im geltenden Recht Mitteilungspflichten für Fachleute, Einrichtungen, Behörden oder Organe der öffentlichen Aufsicht, die aufgrund ihrer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen Kindeswohlgefährdungen entdecken können, vorgesehen. Der Kreis der Mitteilungspflichtigen wird nicht ausgeweitet, jedoch soll mit der Neuformulierung mehr Klarheit geschaffen werden.

Ein begründeter Verdacht liegt vor, wenn über die bloße Vermutung hinausgehende, konkrete Anhaltspunkte für eine Gefährdung eines konkreten, namentlich bekannten Kindes oder Jugendlichen vorliegen. Die Anhaltspunkte ergeben sich aus den von den Mitteilungspflichtigen wahrgenommenen Tatsachen und den Schlüssen, die sie aus ihrem fachlichen Wissen und ihrer Berufserfahrung ziehen.

Dabei kann es sich z. B. um die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen, Beobachtungen im Verhalten von Kindern und Jugendlichen oder Inhalten von Gesprächen mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern handeln.

Misshandlung, Quälen, Vernachlässigen und (schwerer) sexueller Missbrauch umfassen die Tatbestandelemente der §§ 83 ff, 92, 206 und 207 StGB. Unter sonstigen Kindeswohlgefährdungen sind erhebliche Beeinträchtigungen, wie etwa die Suchterkrankung von Eltern, Kindern und Jugendlichen, die beharrliche Schulverweigerung (Schulpflichtverletzungen im Sinne von § 24a Schulpflichtgesetz) oder die wiederholte Abgängigkeit aus dem elterlichen Haushalt zu verstehen, nicht jedoch kleinere Zwischenfälle, die u.a. durch die Intervention der Mitteilungspflichtigen behoben werden können, wie etwa sporadisches Schulschwänzen.

Unverzüglich bedeutet auch in diesem Zusammenhang Handeln ohne schuldhafte Verzögerung. Die Mitteilung ist somit zu erstatten, sobald alle Untersuchungen, Erhebungen, fachlichen Beratungen abgeschlossen sind und die Einschätzung über das Vorliegen eines Verdachts getroffen wurde.

In Krankenanstalten sind in diese Entscheidungen jedenfalls die Kinderschutzgruppen gem. § 8a KAKuG einzubeziehen. Wer letztlich die Mitteilung an den Kinder- und Jugendhilfeträger zu erstatten hat, haben die Krankenanstalten intern zu regeln.

Die Gefährdungsmittelteilung soll einerseits die betroffenen Kinder und Jugendlichen genau identifizieren (Name, Geburtsdatum, Adresse) und andererseits alle Umstände, die den Verdacht erregt haben, möglichst konkret beschreiben, sowie die Daten der mitteilenden Einrichtung oder Person (Name der Einrichtung oder Person, Kontaktperson, dienstliche Telefonnummer und dienstliche Adresse) beinhalten.

Sie ist jedoch kein Gutachten, auch wenn sie aus der Fachlichkeit des/der Mitteilungspflichtigen resultierende Schlussfolgerungen (z.B. „Aufgrund des Verletzungsmusters ist anzunehmen, dass die Verletzungen nicht von einem Unfall stammen“) enthalten kann. Ärztliche Untersuchungsergebnisse sind in einer für Nichtmediziner/innen verständlichen Form wiederzugeben. Das Erfordernis der Schriftlichkeit dient der Strukturierung und Konkretisierung der Beobachtungen sowie der Dokumentation.

Die berufsrechtliche Anzeigepflicht ebenso wie die Mitteilungspflicht an die Kinder- und Jugendwohlfahrt gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 werden ausdrücklich als Ausnahmetatbestände von der berufsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht normiert und unterliegen keinen Einschränkungen durch allfällige berufsrechtliche Verschwiegenheitspflichten.

21.2.2 Ärztegesetz:

Auch § 54 Abs 4 bis 6 Ärztegesetz regelt die ärztliche Anzeige- und Meldepflicht bei Verdacht auf Gewaltanwendung wie folgt:

Die Arzt ist zur Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft verpflichtet, wenn sich in Ausübung der beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung

1. der Tod, eine schwere Körperverletzung² oder eine Vergewaltigung herbeigeführt wurde
oder
2. Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht (siehe dazu Kapitel 21.1) werden oder worden sind
oder
3. nicht handlungs³- oder entscheidungsfähige⁴ oder wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder einer geistigen Behinderung wehrlose Volljährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht (siehe dazu Kapitel 21.1.) werden oder worden sind.

Eine Pflicht zur oben beschrieben Anzeige besteht nicht, wenn

1. die Anzeige dem ausdrücklichen Willen der volljährigen⁵ handlungs- oder entscheidungsfähigen Patientin/des volljährigen handlungs- oder entscheidungsfähigen Patienten widersprechen würde, sofern keine unmittelbare Gefahr für diese/diesen oder eine andere Person besteht und die klinisch-forensischen Spuren ärztlich gesichert sind,
oder
2. die Anzeige im konkreten Fall die berufliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses⁶ bedarf, sofern nicht eine unmittelbare Gefahr für diese oder eine andere Person besteht,

² Eine schwere Körperverletzung liegt dann vor, wenn die Tat eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsbeeinträchtigung oder Berufsunfähigkeit zur Folge hat oder die Verletzung oder die Gesundheitsschädigung an sich schwer ist.

³ unter Handlungsfähigkeit versteht man in Österreich die Fähigkeit, durch eigenes Verhalten Rechte und Pflichten zu begründen.

⁴ Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet.

⁵ Volljährigkeit besteht mit Vollendung des 18. Lebensjahres

⁶ Da Fundament jeder effektiven Beratungs- oder Betreuungstätigkeit die Möglichkeit zur Sicherung und Wahrung der Vertraulichkeit ist, ist es erforderlich, eine Ausnahme von der Anzeigepflicht für jene Fälle vorzusehen, in denen die Anzeige eine Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf. Für die Beurteilung des Bestehens bzw. der Erforderlichkeit eines besonderen Vertrauensverhältnisses wird für den/die betroffene Berufsangehörige/n auf ihren konkreten Tätigkeitsbereich abzustellen sein. Dabei ist im Einzelfall zu beurteilen, ob eine Tätigkeit vorliegt, die das Bestehen bzw. den Aufbau eines besonderen persönlichen Vertrauensverhältnisses dergestalt voraussetzt, dass andernfalls beispielsweise die Inanspruchnahme der Leistung unterbliebe bzw. das Behandlungs- oder Betreuungsverhältnis beendet würde. Letztlich wird nach Vornahme einer berufsspezifischen Interessenabwägung zu entscheiden sein, ob überwiegende Interessen für oder gegen eine Anzeige sprechen. Die Erforderlichkeit einer Anzeige wird im Einzelfall

oder

3. die Ärztin/der Arzt, die ihre/der seine berufliche Tätigkeit im Dienstverhältnis ausübt, eine entsprechende Meldung an den Dienstgeber erstattet hat und durch diesen eine Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgt ist.⁷

Die Anzeige kann im Fall des § 54 Abs. 4 Z2 Ärztegesetz (Misshandlung, Quälen, Vernachlässigung oder sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen) unterbleiben, wenn sich der Verdacht gegen einen Angehörigen⁸ richtet, sofern dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen erfordert und eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt⁹ erfolgt.

Bei vorsätzlich begangenen schweren Körperverletzungen hat der Arzt den Patienten zusätzlich auf bestehende Opferschutzeinrichtungen¹⁰ hinzuweisen.

Sowohl für volljährige als auch minderjährige Personen gilt, dass der Verdacht in konkreten Anhaltspunkten bestehen muss, die es nach ärztlichen (forensischen) Erfahrungen als nahe

in erster Linie anhand fachlicher und weniger anhand juristischer Kriterien zu messen sein. Klargestellt wird, dass sich die Inanspruchnahme dieses Ausnahmetatbestands je nach beruflicher Tätigkeit stark unterscheiden wird, so wird beispielsweise bei Gesundheitsberufen, bei denen das persönliche Vertrauensverhältnis unerlässliche Basis für eine zielführende und wirksame Behandlung ist, wie beispielsweise Psychotherapeuten/-innen, Gesundheitspsychologen/-innen, Klinische Psychologen/-innen und Musiktherapeuten/-innen, die Interessenabwägung eine andere sein als bei Berufen, bei denen das persönliche Vertrauensverhältnis zu den Patienten/-innen eine andere Bedeutung zukommt.

⁷ In diesem Ausnahmetatbestand wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Anzeigepflicht nicht nur für freiberuflich tätige Berufsangehörige, sondern grundsätzlich auch für angestellte Berufsangehörige gelten soll. Da es für die Strafverfolgung nicht zielführend, sondern eher behindernd wäre, wenn regelmäßig mehrfache Anzeigen über dieselbe Straftat bei den Sicherheitsbehörden eingehen, soll bei Berufsausübung im Arbeitsverhältnis die Möglichkeit bestehen, dass die Verdachtslage des/der Berufsangehörigen zunächst im Dienstweg gemeldet wird und die formelle Anzeige dann durch den Dienstgeber an die Sicherheitsbehörde erfolgt. Eine verpflichtende Inanspruchnahme dieses Ausnahmetatbestands bestellt allerdings nicht, insbesondere in jenen Fällen, in denen ein rasches Handeln durch den/die Berufsangehörige/n geboten ist und/oder eine Bereitschaft des Dienstgebers zur Anzeige nicht zu erwarten sind.

⁸ Unter Angehörigen einer Person sind ihre Verwandten und Verschwägerten in gerader Linie, ihr Ehegatte oder eingetragener Partner und die Geschwister des Ehegatten oder eingetragenen Partners, ihre Geschwister und deren Ehegatten oder eingetragene Partner, Kinder und Enkel, die Geschwister ihrer Eltern und Großeltern, ihre Vettern und Basen, der Vater oder die Mutter ihres Kindes, ihre Wahl- und Pflegeeltern, ihre Wahl- und Pflegekinder, sowie Personen, über die ihnen die Obsorge zusteht oder unter deren Obsorge sie stehen, zu verstehen.

⁹ Die (vorläufige) Unterlassung der Anzeige ist selbstverständlich nur dann im Wohl des minderjährigen Opfers, wenn gewährleistet ist, dass es zu keinen neuerlichen Übergriffen kommt und daher das Wohl nicht weiter gefährdet ist. Eine weitere Gefährdung des Wohls ist etwa dann nicht anzunehmen, wenn ein Kind bei Missbrauchsverdacht von jenem Umfeld ferngehalten werden kann, in dem sich die vermuteten Missbrauchshandlungen ereignen. Kommt beispielsweise eine stationäre Aufnahme zum Tragen, so ist damit eine aktuelle Gefahr weiteren Missbrauchs gebannt. An die Stelle einer sofortigen Anzeige kann diesfalls die erwähnte Vorgangsweise treten, mit dem Ziel, zunächst durch intensive Auseinandersetzung mit dem Fall beispielsweise Erkenntnisse über das familiäre Umfeld zu gewinnen, um danach möglicherweise auf der Basis noch wesentlich härterer Fakten Anzeige erstatten zu können. Auch bei Inanspruchnahme dieser Ausnahmeregelung zur Wahrung des Kindeswohls ist aber jedenfalls dann Anzeige zu erstatten, wenn die ursprünglich bejahte Abstandnahme von der Anzeige zum Schutz des Wohls nicht mehr gegeben ist. Dies schließt eine gewisse Pflicht der Berufsangehörigen zur Beobachtung des weiteren Schicksals des Kindes oder Jugendlichen ein. Die berufsrechtliche Anzeigepflicht ebenso wie die Mitteilungspflicht an die Kinder- und Jugendwohlfahrt gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 werden ausdrücklich als Ausnahmetatbestände von der berufsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht normiert.

¹⁰ IFS-Gewaltschutzstelle Vorarlberg, Johannitergasse 6, Feldkirch, Tel. 051755535

liegend oder möglich erscheinen lassen, dass physische oder psychische Auffälligkeiten durch Misshandlungen, sexuellen Missbrauch usw. verursacht wurden.

Dazu genügen auch entfernte Indizien. Bloße Vermutungen hingegen rechtfertigen die Annahme eines Misshandlungsverdachts nicht, sie können allerdings für den Arzt Anlass zu eigenen weiteren Beobachtungen und Klärungsversuchen sein.

21.2.3 Dokumentations-Checkliste bei Gewaltverletzungen - Projekt MedPol (Medizin-Polizei)

Die Österreichische Ärztekammer stellt einen überarbeiteten Verletzungs-Dokumentationsbogen, der im Rahmen des Projektes MedPol (Medizin - Polizei) von Expertinnen und Experten der Gerichtsmedizin, der Österreichischen Ärztekammer, des Opferschutzes und des Bundesministeriums für Inneres, erstellt wurde, zur Verfügung. Die Verwendung des vorgeschlagenen Dokumentationsbogens durch die/den (erst-)behandelnde(n) Ärztin/Arzt basiert auf freiwilliger Basis und geht über die ärztliche Dokumentationspflicht gemäß § 51 Ärztegesetz hinaus. Die Ärzte sind darüber hinaus im Rahmen der Behandlung nicht verpflichtet Beweise für ein späteres Gerichtsverfahren zu sichern.

Näheres dazu (insbesondere den Verletzungs-Dokumentationsbogen) können Sie von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg herunterladen:

<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/berufsrecht>

Viele weitere Informationen finden Sie auch unter <https://toolbox-opferschutz.at/>

22 ARZTANGESTELLTE

Für den rechtlichen Rahmen der Tätigkeit von Ordinationsmitarbeitern gilt, wie bei jeder ärztlichen Tätigkeit, primär das Ärztegesetz. Dort ist geregelt: „Die Ärztin/Der Arzt hat ihren/seinen Beruf persönlich und unmittelbar, erforderlichenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen/Ärzten und Vertreterinnen/Vertretern einer anderen Wissenschaft oder eines anderen Berufes, auszuüben. Zur Mithilfe kann sie/er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach ihren/seinen genauen Anordnungen und unter ihrer/seiner ständigen Aufsicht handeln“ (§ 49 Abs. 2 ÄG).

Weiters ist ärztegesetzlich geregelt, dass der Arzt im Einzelfall ärztliche Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe übertragen kann, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind (§ 49 Abs 3 ÄG).

Bei Gesundheitsberufen handelt es sich insbesondere um Angehörige des medizinisch-technischen Dienstes (MTD), Diplomkrankenschwestern nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie Ordinationsassistentinnen nach dem Medizinischen Assistenzberufegesetz (MAB-G). Diese Mitarbeiter dürfen in einer ärztlichen Ordination diejenigen Tätigkeiten ausüben, die ihnen aufgrund des jeweiligen Berufsgesetzes zustehen.

Für die Anstellung von Ärzten bei ngl. Ärzten beachten Sie bitte die Ausführungen in Kapitel 4 sowie Kapitel 5.3.5.

22.1 Ordinationsassistenz (MAB-G):

Nach dem MAB-G umfasst die Ordinationsassistenz, so die Berufsbezeichnung für ausgebildete Ordinationsassistentinnen, die Assistenz bei medizinischen Maßnahmen in ärztlichen Ordinationen, ärztlichen Gruppenpraxen, selbständigen Ambulatorien und Sanitätsbehörden nach ärztlicher Anordnung und Aufsicht wie folgt:

Der Arzt hat somit die Anordnungsverantwortung. Die Festlegung der Detailliertheit der Anordnung obliegt seiner fachlichen Expertise.

Zur Frage des Aufsichtsbegriffes ist festzuhalten, dass diese nicht immer eine persönliche und unmittelbare Aufsicht bedeutet, sondern unterschiedliche Ausgestaltungen von der „Draufsicht“ bis zur nachträglichen Kontrolle haben kann. Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen und hängt unter anderem von der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit sowie den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der Ordinationsassistentin ab. Gegebenenfalls hat auch eine entsprechende Anleitung sowie begleitende Maßnahmen (Rückkoppelung, Kontrollmechanismus etc.) im Rahmen der Aufsicht zu erfolgen.

Der Tätigkeitsbereich der Ordinationsassistenz umfasst (taxative Aufzählung):

1. die Durchführung einfacher Assistenz Tätigkeiten bei ärztlichen Maßnahmen (Nicht umfasst sind Tätigkeiten, die spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern und damit vorwiegend in die Tätigkeitsbereiche anderer medizinischer Assistenzberufe bzw. anderer Gesundheitsberufe fallen. Selbstredend wird es hinsichtlich einfacher Assistenz Tätigkeiten Überlappungen mit anderen Gesundheitsberufen geben),
2. die Durchführung von standardisierten diagnostischen Programmen und standardisierten Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Testing) einschließlich der Blutentnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik (Umfasst sind einfache diagnostische Maßnahmen, die sich auf standardisierte diagnostische Programme, wie das Messen von Blutdruck, sowie standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen beschränken. Unter „Point-of-Care-Testing (POCT)“ ist die patientennahe Durchführung von Laboruntersuchungen mit

einfach zu bedienenden Messsystemen im Rahmen der unmittelbaren Krankenversorgung in der Ordination und durch Personal, das in der Regel keine eingehende medizinisch-technische Ausbildung und Erfahrung auf dem Gebiet der Laboratoriumsmedizin hat, zu verstehen. POCT bedeutet daher nicht die Durchführung von Untersuchungen in dezentralen Laboratorien),

3. die Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern *(Die Blutabnahme aus der Vene ist somit auf Erwachsene und Jugendliche beschränkt. Bei dieser Tätigkeit ist eine Aufsicht jedenfalls durch persönliche Anwesenheit des Arztes in der Ordination sicherzustellen, um ein sofortiges Tätigwerden des Arztes bei medizinischen Reaktionen der Patienten auf die Punktion zu gewährleisten. Intravenöse Applikationen jeglicher Substanzen durch die Ordinationsassistenten sind jedoch nicht vom Tätigkeitsbereich der Ordinationsassistenten umfasst und daher nicht zulässig),*

4. die Betreuung der Patienten *(Darunter ist die Kommunikation mit den Patienten, die Information und die Anleitung über und zu Verhaltensmaßnahmen in Ergänzung zur medizinischen Aufklärung durch den Arzt zu verstehen)*
und

5. die Praxishygiene, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Wartung der Medizinprodukte und sonstiger Geräte und Behelfe sowie die Abfallentsorgung.

Sämtliche darüber hinausgehenden (ärztlichen) Tätigkeiten, wie zum Beispiel Impfungen, Aufklärungsgespräche, das Ausstellen und Unterschreiben von Rezepten beziehungsweise ärztlichen Attesten, sind weiterhin rechtlich nicht gedeckt und somit nicht zulässig.

Der Tätigkeitsbereich umfasst auch die Durchführung der für den Betrieb der Ordination erforderlichen organisatorischen und administrativen Tätigkeiten. Diese organisatorischen und administrativen Tätigkeiten dürfen auch von anderen Personen durchgeführt werden, da sie nicht unter den Tätigkeitsvorbehalt der Ordinationsassistenten fallen.

Personen, die am 1.1.2013 die Berufsberechtigung als „Ordinationsgehilfin“ gemäß § 52 Abs 1 MTF-SHD-G besitzen (z.B. *Absolventinnen der Hermesschule*), sind zur Ausübung des medizinischen Assistenzberufes Ordinationsassistenten berechtigt, sofern und soweit sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, und dürfen die Berufsbezeichnung „Ordinationsassistentin“ führen. Gleiches gilt für Personen, die bis zum 31.12.2013 eine Ausbildung gemäß § 52 Abs 1 MTF-SHD-G begonnen haben, sobald sie diese erfolgreich absolviert haben. Hinzuweisen ist allerdings darauf, dass jene Tätigkeiten, deren Kompetenzen in den bisherigen Ausbildungen nicht ausreichend vermittelt wurden, im Sinne einer Einlassungs- und Übernahmeverantwortung nur dann durchgeführt werden dürfen, wenn sich die Berufstätigen die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten, allenfalls im Rahmen von entsprechenden Fortbildungen/Nachschulungen (spezielle Anleitungen) durch den Arzt, angeeignet haben. Sofern und solange die bisherigen Ordinationsgehilfinnen (noch) nicht die für die Berufsausübung der Ordinationsassistenten erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben, ist eine Ausübung durch sowie Heranziehung von Personen zu über die Tätigkeit der bisherigen Ordinationsgehilfinnen hinausgehenden medizinischen Tätigkeiten nicht zulässig.

Ausbildung zur Ordinationsassistenten:

Der praktische Teil der Ausbildung kann auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu einem niedergelassenen Arzt erfolgen. Die theoretische Ausbildung kann parallel entweder an einer Schule für Assistenzberufe oder in einem Lehrgang für Ordinationsassistenten absolviert werden (in Vorarlberg dzt. : Hermes Schule Austria, Tel. 0650/3401470 (Dienstag und Freitag 14.00 Uhr bis 17.00 Uhr, Mittwoch 08.00 bis 11.00 Uhr) oder hermesschule@edumedag.com; Bildungszentrum der Arbeiterkammer Vorarlberg, Tel. 05522 70200 (service@bfi-vorarlberg.at); oder WIFI Vorarlberg, Frau Monika Giselbrecht, Tel. 05572/3894-466; Giselbrecht.Monika@vlbg.wifi.at).

Wird die (theoretische) Ausbildung berufsbegleitend absolviert, so ist diese binnen drei Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit als Ordinationsassistent in Ausbildung abzuschließen. Die Tätigkeiten der Ordinationsassistenten darf bereits während der Ausbildung im Dienstverhältnis berufsmäßig unter Anleitung und Aufsicht vor Abschluss der Ausbildung ausgeübt werden, die Aufsichtsverpflichtung des Arztes ist allerdings erhöht.

Duale Ausbildung in der Ordinationsassistenten – Ausbildungspflicht bis 18

In Österreich ist gesetzlich eine Ausbildungspflicht bis 18 für Jugendliche normiert.

Aus der Begründung und Anmeldung eines Dienstverhältnisses mit Jugendlichen bei einem Arzt zum Zweck der Durchführung der dualen Ausbildung in der Ordinationsassistenten ergibt sich nicht, dass es sich um ein Dienstverhältnis zum Zwecke der Ausbildung handelt. Vielmehr wird ein Dienstverhältnis als unqualifizierte Hilfsarbeit gemeldet.

Die Folge dieser Anmeldung kann, sofern nicht unmittelbar nach Begründung des Dienstverhältnisses eine Anmeldung bei einem Lehrgang für Ordinationsassistenten erfolgt, eine Kontaktaufnahme des Sozialministeriumsservice bzw. der Koordinierungsstelle Ausbildung bis 18 (KOST) mit den Betroffenen oder Erziehungsberechtigten wegen Nichteinhaltung des Ausbildungspflichtgesetzes sein.

Um diese Folgen für die Jugendlichen und ihre Erziehungsberechtigten zu vermeiden, sollten Ärzte unmittelbar nach Begründung eines Dienstverhältnisses für die Durchführung der dualen Ausbildung in der Ordinationsassistenten von Jugendlichen die Anmeldung bei einem Lehrgang für Ordinationsassistenten durchführen, um dem Ausbildungspflichtgesetz entsprechend Rechnung zu tragen.

22.2 Haftung

Welche persönliche Qualifikation Ordinationsmitarbeiter auch immer mitbringen mögen, die Verantwortlichkeit für deren Handeln trifft nach außen hin immer den Arzt. Schließlich schließt er mit dem Patienten einen Behandlungsvertrag, in dessen Rahmen ihm das Handeln seiner Ordinationsmitarbeiter voll zugerechnet wird. Wird dieser Behandlungsvertrag nicht ordnungsgemäß erfüllt, so trifft den Arzt dafür die Haftung. Insofern sollte man auch trachten, gegen derartige Fehler von Mitarbeitern ausreichend versichert zu sein.

Es können oft sehr simple Unzukömmlichkeiten sein, die zu (Haftungs-)Problemen in der täglichen Praxis führen können (zum Beispiel Schreibfehler auf Rezepten, ungenaue bzw. fehlerhafte Krankenaufzeichnungen, etc.).

Dies gilt auch im Verhältnis zu den Sozialversicherungsträgern. Nicht erst einmal ist es bisher vorgekommen, dass Ärzte zu so genannten „amikalischen Gesprächen“ zur Kasse geladen wurden und es sich nachher herausstellte, dass gewisse Fehler auf Mitarbeiter zurückzuführen waren (z.B. Sonderleistungen für Leistungen eingetragen, die nie erbracht wurden, etc.). Die Gefahr dabei ist im Wesentlichen, dass dann der Arzt (im besonderen, wenn Positionsziffern eingetragen wurden, die nie erbracht wurden) beweisen muss, dass er von diesen Vorgängen nichts gewusst hat. Dieser Beweis ist oft schwer zu erbringen. Darüber hinaus steht bei solchen Verfahren meist auch der Kassenvertrag auf dem Spiel, sodass zu raten ist, dass gerade in der Administration gegenüber der Kasse (insbesondere bei der Abrechnung) eine genaue Kontrolle der Mitarbeiter (so diese überhaupt die Leistungen eintragen) erfolgen sollte.

Bei allen Formen modernen Praxismanagements sollte die Tätigkeit der eigenen Mitarbeiter immer wieder persönlich und stichprobenartig überprüft werden, selbst dann, wenn die Tätigkeit darin besteht, Befunde zu übertragen oder Daten abzuschreiben.

22.3 Verschwiegenheitspflicht

Prinzipiell gilt für Ordinationsmitarbeiter dieselbe Verschwiegenheitspflicht wie für den Arzt. Das heißt, dass über alles, was man aus der Ordination erfährt (zum Beispiel Befunde, Krankheiten, aber auch die Gespräche der Patienten im Wartezimmer, die man mithört) Stillschweigen zu bewahren ist. Selbstverständlich gilt dies nicht gegenüber dem Ordinationsinhaber, der

schon aus arbeitsrechtlichen Gründen über alles zu informieren ist. Gerade Sprechstundenhilfen haben dabei im regionalen Bereich ein sehr großes Wissen, mit dem sie sehr vorsichtig umgehen sollten. Aus ärztlicher Sicht sind jedenfalls die Ordinationsmitarbeiter vor Aufnahme der Tätigkeit in der Ordination auf diesen Umstand hinzuweisen. Zusätzlich ist zu raten, auch in den Arbeitsvertrag einen entsprechenden Passus aufzunehmen.

Bei Zweifelsfällen sollte man unbedingt die Devise ausgeben, dass beim Arzt rückzufragen ist beziehungsweise sich der Patient persönlich an den Arzt wenden sollte. Selbst bei Auskünften gegenüber der Sozialversicherung sollte man darauf achten, dass Auskünfte über den Gesundheitszustand von Patienten (Befunde, etc.) nur dann gegeben werden, wenn dies grundsätzlich mit dem Arzt besprochen wurde. Besondere Vorsicht ist auch dann anzuraten, wenn man sich - gerade am Telefon - nicht hundertprozentig sicher ist, dass es sich tatsächlich um den betreffenden Patienten handelt

22.4 Arbeitnehmerschutz:

22.4.1 Nadelstichverordnung:

Die Nadelstich-Verordnung (NastV) sieht vor, dass bei allen Tätigkeiten mit Infektions- oder Verletzungsgefahr an scharfen oder spitzen medizinischen Instrumenten sogenannte „sichere Instrumente“ durch den Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen, sowie für deren Verwendung zu sorgen sind. Das Wiederaufsetzen der Schutzkappe auf eine gebrauchte Nadel („Recapping“) ist laut Nadelstichverordnung verboten. Auch sind sichere Verfahren für die Entsorgung von scharfen oder spitzen Instrumenten festzulegen. Die Entsorgung hat in stich- und bruchfeste, flüssigkeitsdichte, fest verschließbare und undurchsichtige Behälter zu erfolgen.

Die Österreichische Ärztekammer hat uns informiert, dass hinsichtlich der inhaltlichen Auslegung der Verordnung im niedergelassenen Bereich ein Gespräch mit Vertretern des Zentralen Arbeitsinspektorats des BMASK stattgefunden habe und dabei folgendes klargestellt wurde: Sollte sich im Rahmen der Gefahrenevaluierung ergeben, dass für die Arbeitnehmer aufgrund ihrer Tätigkeit in der Arztordination kein Verletzungsrisiko besteht (Beispiel: Eine Sprechstundenhilfe, die nur Telefondienst verrichtet), dann ist eine Verwendung von Instrumenten mit integrierten Sicherheits- und Schutzmechanismen nicht geboten.

Die Nadelstichverordnung gilt grundsätzlich für das gesamte Krankenhaus- und Gesundheitswesen (Krankenanstalten, Ambulatorien, Arztpraxen, Rettungsdienste etc.), das Veterinärwesen sowie in Labors, wenn für die Arbeitnehmer die Gefahr besteht, sich mit scharfen oder spitzen medizinischen Instrumenten zu verletzen.

Ergibt die Gefahrenevaluierung ein Verletzungs- oder Infektionsrisiko, sind folgende Maßnahmen zu treffen:

- Änderung der Verfahren, um die Verwendung von scharfen oder spitzen medizinischen Instrumenten zu vermeiden;
- Zurverfügungstellung und Verwendung von medizinischen Instrumenten mit integrierten Sicherheits- und Schutzmechanismen - Ausnahme: Es sind für eine konkrete Tätigkeit keine geeigneten medizinischen Instrumente mit integrierten Sicherheits- und Schutzmechanismen erhältlich, mit denen ein gleichwertiges Arbeitsergebnis erzielt werden kann;
- Verbot des Wiederaufsetzens der Schutzkappe auf die gebrauchte Nadel;
- Festlegung und Umsetzung sicherer Verfahren für den Umgang mit scharfen oder spitzen medizinischen Instrumenten und für deren Entsorgung (so nah wie möglich am Verwendungsbereich, deutlich gekennzeichnete Behälter, die stich- und bruchfest, flüssigkeitsdicht, fest verschließbar und undurchsichtig sind).

Weiteres sieht die Verordnung u.a. eine Pflicht der Arbeitgeber zur Information und Unterweisung der Arbeitnehmer vor, die vor Aufnahme der Tätigkeit erfolgen muss und in regelmäßigen Abständen zu wiederholen ist.

Der genaue Wortlaut der Nadelstichverordnung kann unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008197> eingesehen und heruntergeladen werden.

Die Nadelstichverordnung gilt für ArbeitnehmerInnen des Arztes, die Tätigkeit des niedergelassenen Arztes selbst ist vom Schutzbereich nicht umfasst. Entsprechende medizinische Instrumente mit Sicherheits- und Schutzmechanismen können von den Vertrags(fach)ärzten bei der ÖGK im Rahmen des Ordinationsbedarfes bis auf jederzeitigen schriftlichen Widerruf kostenlos angefordert werden. Die ÖGK wird die Verbrauchsmengen beobachten und behält sich vor, bei übermäßigen Bestellmengen, die auf einen nicht verordnungskonformen Gebrauch hindeuten, für diese Bedarfsartikel eine Abgabe gegen Kostenbeteiligung – analog den Blutteststreifen – einzuführen.

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

22.5 Auswahl der Ordinationshilfe

Die Ordinationshilfe ist die erste Person, mit der Ihr Patient Kontakt hat, und auch die letzte Person, bevor er die Ordination verlässt. Sie ist somit eine zentrale Person in Ihrer Praxis, die den „ersten Eindruck“ entscheidend mitbestimmt. Bedenken Sie diese Tatsache bei Ihren Einstellungsgesprächen.

Die Ordinationshilfe nimmt Ihnen vor allem organisatorische Arbeiten ab, um nicht Ihre wertvolle Zeit zu blockieren.

Die Ärztekammer für Vorarlberg verfügt seit vielen Jahren über eine Stellenbörse für stellensuchende Arzthelferinnen. Achten Sie bitte bei der Einstellung darauf, dass die Ordinationshilfin über die für Ihren Praxisbetrieb erforderliche Ausbildung verfügt (siehe vorherige Seiten)!

Sie suchen eine Ordinationshilfe und möchten von dieser Stellenbörse Gebrauch machen? Sie finden nähere diesbezügliche Informationen im internen Bereich der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg: <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/login.html>

Info: Manuela Mandl, Tel. 05572 / 21900 – 40 DW, Fax: 42 DW,
E-Mail: manuela.mandl@aekvbg.at

22.6 Kollektivvertrag für die nichtärztlichen Angestellten von Ärzten sowie Musterdienstvertrag

Den derzeit gültigen Kollektivvertrag sowie einen Musterdienstvertrag für Ordinationshilfen finden Sie auf unserer Homepage (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/arzt-als-dienstgeber>).

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572 / 21900 – 46 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

22.7 Präventionsberatung

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz sieht eine verpflichtende arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung für alle Beschäftigten unabhängig von der Betriebsgröße vor.

Die Experten von AUVAsicher bieten für Arbeitsstätten mit bis zu 50 Beschäftigten die gesetzlich vorgeschriebene sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung kostenlos an.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:
<https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.671057&viewmode=content>

22.8 Sechste Urlaubswoche GUKG-Personal in Ordinationen

Der Nationalrat hat im Dezember 2022 im Zuge einer Novelle des sog. Nachtschwerarbeitsgesetzes (BGBl I Nr. 214/2022) eine zusätzliche Urlaubswoche für GuKG Personal eingeführt.

Diese gesetzliche Regelung gilt allerdings nicht nur für das GuKG-Personal in Krankenanstalten und Pflegeheimen, sondern unabhängig davon, wo der Dienort ist.

Das bedeutet, dass auch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz (GuKG Personal) in Ordinationen und Gruppenpraxen erfasst sind. D.h., dass dem Personal bei einer Beschäftigung als Pflegekraft in der Ordination eine zusätzliche (d.h. somit 6 Urlaubswochen) zusteht, ab dem Kalenderjahr in dem die Person das 43. Lebensjahr vollendet. Diese zusätzliche Urlaubswochen wird als "Entlastungswoche" bezeichnet.

Bei der Beurteilung, ob es sich um eine Anstellung als GuKG Personal handelt, kommt es nicht nur auf die Kollektivvertragseinstufung an, sondern neben der arbeitsvertraglichen Regelung sicher auch auf die tatsächliche Verwendung. Davon ist bei einer Überprüfung z.B. durch das Arbeitsgericht auszugehen.

Neben dem arbeitsrechtlichen Anspruch des Personals ist hervorzuheben, dass im Gesetz auch eine Strafdrohung vorgesehen ist, wenn der Urlaubsanspruch nicht gewährt wird. Nach den gesetzlichen Vorschriften ist der Verbrauch dieser Urlaubswochen (Entlastungswoche) in den Arbeitszeitaufzeichnungen auszuweisen. Die Woche darf auch nicht in Geld abgelöst werden. ArbeitgeberInnen, die sich nicht daran halten, können von der Bezirksverwaltungsbehörde mit einer Verwaltungsgeldstrafe (€ 36,00 - € 2.180,00) bestraft werden.

22.9 Gesundheitsberuferegister

Das Gesundheitsberuferegister macht die beruflichen Qualifikationen aller betroffenen Berufsangehörigen einsehbar. Damit können in Zukunft alle Interessierten bestimmte Informationen über Berufsangehörige online abrufen. Das erhöht die Transparenz, die Auswahlmöglichkeit und die Patientensicherheit.

Das Gesundheitsberuferegister wird von der Arbeiterkammer geführt.

Für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Berufe wie z.B. Physiotherapeuten) ist die Registrierung im Gesundheitsberuferegister Voraussetzung für die Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes.

Ordinationsassistentinnen nach dem MAB-G müssen nicht registriert werden.

Für Arbeitgeber besteht eine gesetzliche Verpflichtung zur Meldung der für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister erforderlichen Daten von neu eingestellten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern an den Dachverband der Sozialversicherungsträger.

Nähere Informationen finden Sie unter

<https://vbg.arbeiterkammer.at/beratung/gbr/index.html>

Ansprechpartner bei der Arbeiterkammer Vorarlberg ist Herr **Mag. Wolfgang Bahl**, Tel. 050/258-2700, Fax 05522/306 2700, Mail: wolfgang.bahl@ak-vorarlberg.at.

Info: Dr. Jürgen Winkler, Tel. 05572 / 21900 – 34 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.winkler@aekvbg.at

22.10 Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten

Ist eine Aus-, Fort- oder Weiterbildung insbesondere auf Grund gesetzlicher Vorschriften bzw. Verordnungen eine Voraussetzung für die Ausübung der arbeitsvertraglich vereinbarten Tätigkeit, dann sind diese Kosten ex lege vom Dienstgeber zu tragen (es sei denn die Kosten würden von einem Dritten wie z.B. dem AMS übernommen). Zudem ist die Teilnahme an einer solchen verpflichtenden Aus-, Fort- und Weiterbildung Arbeitszeit.

Was bedeutet das für OrdinationsassistentInnen?

Voraussetzung für die Beschäftigung als Ordinationsassistentin ist die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung gemäß dem MAB-G. Im Falle einer Angestellten ohne Ordinationsassistentenkurs ergibt sich durch die EU-Transparenzrichtlinie eine Änderung dahingehend, dass die Kosten der Ausbildung zur Ordinationsassistentin vom Arbeitgeber zu tragen sind, sofern eine tatsächliche Verwendung als Ordinationsassistentin stattfindet.

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die gesetzlich geregelten Fortbildungsverpflichtungen der Gesundheitsberufe insbesondere auch für nichtärztliche Gesundheitsberufe (u.a. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie medizinisch-technische Dienste (MTD) - 60 Stunden in fünf Jahren; Pflegeassistentenberufe - 40 Stunden in fünf Jahren). Über die Art der Fortbildung und den Zeitpunkt der Teilnahme ist das Einvernehmen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber herzustellen.

23 BETRIEBLICHE ABFÄLLE IN ARZTPRAXEN

In Arztpraxen fallen betriebliche Abfälle an, die im Wesentlichen in folgende Klassen unterteilt werden können:

- nicht gefährlicher Abfall
- rein medizinische Abfälle ohne Verletzungsgefahr
- rein medizinische Abfälle mit Verletzungsgefahr
- gefährliche Abfälle

23.1 nicht gefährlicher Abfall

Restmüll: Jener Abfallanteil aus Arztpraxen, der „übrig“ bleibt, wenn vom gesamten anfallenden Abfall die biogenen Abfälle, die Altstoffe sowie die medizinischen und die gefährlichen Abfallfraktionen abgetrennt werden, wird als Restabfall bezeichnet.

Abfälle mit hausmüllähnlicher Zusammensetzung können – vorbehaltlich anders lautender Vorgaben der jeweiligen Standortgemeinde¹¹ – über die kommunale Siedlungsabfallsammlung entsorgt werden.

Wichtig ist jedoch, dass keine verletzungsfördernden medizinischen Gegenstände oder gefährlichen Abfälle (auch Problemstoffe) im Restmüll enthalten sein dürfen.

Biogene Abfälle (keine medizinischen Abfälle): Solche Abfälle aus der Zubereitung bzw. Verarbeitung von Lebensmitteln können selbst kompostiert werden oder sind nach Rücksprache mit der Standortgemeinde über die kommunale Bioabfallschiene zu entsorgen. Eine Vermischung mit Restabfällen oder sonstigen Abfällen ist jedenfalls unzulässig.

Altstoffe (insbesondere Verpackungen aus Glas, Papier, Kunststoff etc): Diese Stoffe können vorbehaltlich anders lautender Vorgaben der Standortgemeinde bei den öffentlichen Sammelstellen bzw. beim Wertstoffhof abgegeben werden.

23.2 rein medizinische Abfälle ohne Verletzungsgefahr

Schlüsselnummer 97104¹² (Abfälle, die nur innerhalb des medizinischen Bereiches eine Infektions- oder Verletzungsgefahr darstellen können):

Wundverbände, Gipsverbände, Stuhlwindeln, Einmalwäsche, Tampons, entleerte Urinsammlsysteme, Infusionsbeutel oder Einmalartikel (zB Tupfer, Handschuhe, Spritzen ohne Kanüle, Katheder, Infusionsgeräte ohne Dorn) können - auch wenn diese blutig sind - nach Rücksprache mit der Gemeinde, über die kommunale Siedlungsabfallsammlung entsorgt werden.

Dem Stand der Technik entsprechend¹³, sind die rein medizinischen Abfälle ohne Verletzungsgefahr, die über die Siedlungsabfallsammlung entsorgt werden können, in flüssigkeitsdichten, undurchsichtigen, verschlossenen Säcken zu verpacken. Solche Säcke sind dann in das von der Gemeinde zur Verfügung gestellte Übergebände (zB übliche „braune oder schwarze Restmüllsäcke“) zu geben.

¹¹ Es wird empfohlen, sich über die Entsorgungsmöglichkeiten in der Gemeinde zu erkundigen. In Einzelfällen kann die Entsorgung nicht über die Gemeinde erfolgen, sondern muss als gewerblicher Abfall selbst organisiert werden.

¹² gemäß Abfallverzeichnisverordnung 2020, BGBl II Nr 409/2020

¹³ definiert insbesondere durch die ÖNORM S 2104 „Abfälle aus dem medizinischen Bereich“

Nicht in diese Kategorie fallen jedoch Abfälle aus dem medizinischen Bereich, die innerhalb und außerhalb des medizinischen Bereiches eine Gefahr darstellen können. Diese gefährlichen Abfälle sind in der Regel der Schlüsselnummer 97101 gemäß Abfallverzeichnisverordnung 2020, BGBl II 409/2020, zuzuordnen. Diese sind gesondert einem hierzu befugten Entsorger zu übergeben. Sie dürfen keinesfalls in die kommunale oder in die reguläre Gewerbeabfallsammlung eingebracht werden.

Naßabfälle sind in flüssigkeitsdichten Behältern zu entsorgen. Allenfalls können diverse Flüssigkeiten, wie bspw Blut und Urin, wie Abwasser entsorgt werden. Diesbezüglich wird empfohlen, sich mit dem Kanalisationsunternehmen in Verbindung zu setzen.

23.3 rein medizinische Abfälle mit Verletzungsgefahr

Schlüsselnummer 97105 – Spitze und verletzungsgefährdende Gegenstände (Nadeln, Kanülen, Skalpell, Klingen etc)

Diese sollten in der Ordination in entsprechend hygienischen Plastikbehältern gesammelt werden. Bei Einhaltung der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen wird in der Regel auch den abfallrechtlichen Bestimmungen entsprochen.

Diese Abfälle sind dann in stich- und bruchfesten, flüssigkeitsdichten und undurchsichtigen Behältern zu entsorgen. Wesentlich ist, dass sich die Behälter nach dem letztmaligen Verschluss nicht mehr öffnen lassen dürfen. Zur Minimierung des Verletzungsrisikos wird empfohlen, die Behälter nur zu ca $\frac{3}{4}$ zu füllen.

Sinn dieser Regelung in der Abfallbehandlungspflichtenverordnung ist, dass sich Müllarbeiter beim Umgang mit Abfällen unbekannter Herkunft nicht verletzen können, wie dies bspw passieren kann, wenn Nadeln in Restmüllsäcken enthalten sind.

Die Behälter sind über einen befugten Entsorger der thermischen Behandlung (Verbrennung) zuzuführen. Diesbezüglich wird auf die Ausführungen auf Seite 16 in der Publikation „Arzt im Ländle“ vom Juni 2005 verwiesen. Nach Rücksprache mit der Gemeinde können solche Behältnisse auch über die kommunale Sammlung entsorgt werden, da die Siedlungsabfälle im Land ohne weitere Bearbeitungsschritte einer thermischen Verwertung zugeführt werden.

23.4 Gefährlicher Abfall

Schlüsselnummer 35326	Quecksilber, Quecksilberhaltige Rückstände, Quecksilberdampflampen ➔ Abfallsammler
Schlüsselnummer 52707	Fixierbäder ➔ Abfallsammler
Schlüsselnummer 52723	Entwicklerbäder ➔ Abfallsammler
Schlüsselnummer 53510	Arzneimittel mit Zytostatica und Zytotoxika oder unsortierte Arzneimittel ➔ Abfallsammler
Schlüsselnummer 59305	unsortierte oder gefährliche Laborabfälle und Chemikalienreste ➔ Abfallsammler
Schlüsselnummer 97101	Abfälle, die innerhalb und außerhalb des medizinischen Bereiches eine Gefahr darstellen können

➔ Spezieller Abfallsammler, ggf Rücksprache mit der Abteilung IVE-Umwelt- und Klimaschutz im Amt der Landesregierung

Es wird darauf hingewiesen, dass Abfallersterzeuger gefährlicher Abfälle sich kostenlos bei der Umweltbundesamt GmbH registrieren müssen. Das Umweltbundesamt teilt dem Abfallersterzeuger im Anschluss eine GLN (Global Location Number) zu, die die bisherige Abfallersterzeugernummer ersetzt (www.edm.gv.at).

Es wird empfohlen, sich vom Abfallsammler bestätigen zu lassen, dass dieser für die Übernahme der obangeführten gefährlichen Abfälle befugt ist. Der Abfallsammler ist gemäß § 15 Abs 5a AWG 2002 schriftlich mit der umweltgerechten Verwertung bzw. Beseitigung zu beauftragen; in der Regel haben die Entsorger eine entsprechende Klausel auf den Rechnungen.

Bei der Übergabe dieser gefährlichen Abfälle an den befugten Sammler ist ein sogenannter Begleitschein auszufüllen. In diesem sind die Abfallart mit Namen und Schlüsselnummer sowie die Daten des Übergebers und des Übernehmers einzutragen. In der Praxis füllt jedoch meist der Entsorger die entsprechenden Formulare aus (4fach). Rechtlich verantwortlich bleibt jedoch der Abfallübergeber.

Ein entsprechender Vordruck kann auf der Homepage des Bundesministeriums für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK), Radetzkystraße 2, 1030 Wien, unter folgendem Link heruntergeladen werden:

https://www.bmk.gv.at/themen/klima_umwelt/abfall/Kreislaufwirtschaft/verwertung/gefaehrlich/formulare.html

Im EDM registrierte Abfallsammler und -behandler können über die Anwendung eBegleitschein ihre Begleitscheindaten an die Landeshauptfrau/den Landeshauptmann bzw. an das Begleitscheinregister direkt per Upload von XML-Dateien ("EBSMneu") oder über eine Online-Eingabe-Maske übermitteln.

Für Fragen im Zusammenhang mit der Entsorgung medizinischer Abfälle stehen Ihnen im Amt der Vorarlberger Landesregierung (Abteilung IVE-Umwelt- und Klimaschutz FB Abfallwirtschaft Dipl Ing Dr Wolfgang H. Eberhard (05574/511-26610) sowie DI Niklas Fink (05574/51-26622) gerne zur Verfügung.

Für Fragen im Zusammenhang mit dem Begleitscheinsystem bzw der Registrierungspflicht (Elektronisches Datenmanagement) steht Ihnen Hr DI Alexander Gasser zur Verfügung (05574/511-26620).

24 BEHINDERTENGERECHTE ARZTPRAXEN

24.1 Vorarlberger Baugesetz und Bautechnikverordnung:

Die Bestimmungen des Vorarlberger Baugesetzes und der Vorarlberger Bautechnikverordnung kommen dann zur Anwendung, wenn ein Baubewilligungsverfahren erforderlich ist. Dies ist insbesondere der Fall, wenn ein Objekt neu gebaut wird bzw. wenn weitreichende Umbaumaßnahmen erforderlich sind (zB. Ausbau des Daches, Versetzen tragender Wände,...).

Detaillierte Informationen zur behindertengerechten Ausstattung von Arztpraxen erhalten Sie beim Bauamt jener Gemeinde, in der sich die Arztpraxis befindet.

24.2 Qualitätssicherungsverordnung:

Die Qualitätssicherungsverordnung des Gesundheitsministeriums (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012576>) sieht vor, dass hinsichtlich Zugang und Ausstattung der Ordination oder Gruppenpraxis das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr. 82/2005, zu berücksichtigen ist.

Zudem sieht diese Verordnung vor, dass Patienten sich schon vor dem Besuch der Ordination oder Gruppenpraxis über die baulichen Gegebenheiten wie z.B. den Zugang, die räumliche Ausstattung (einschließlich der Sanitärräume), die technische Ausstattung und die Behandlungsmöglichkeiten (auch für Menschen mit Behinderungen) informieren können müssen.

Erfüllen die Räumlichkeiten die Voraussetzungen einer barrierefreien Ordination, so kann die Ordination in eine von der ÖQMed (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH) geführte Liste aufgenommen werden.

Näheres siehe auch unter www.arztbarrierefrei.at.

24.3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz gilt u.a. für Rechtsverhältnisse einschließlich deren Anbahnung und Begründung für die die unmittelbare Regelungskompetenz des Bundes gegeben ist. Somit fallen sämtliche Verbrauchergeschäfte nach dem Konsumentenschutzgesetz und dementsprechend auch alle Rechtsverhältnisse zwischen Arzt und Patienten in den Anwendungsbereich dieses Gesetzes.

Neben unmittelbaren Diskriminierungen sind auch mittelbare Diskriminierungen verboten (= Diskriminierungsverbot).

Eine mittelbare Diskriminierung liegt u.a. dann vor, wenn auf Grund von baulichen, kommunikationstechnischen oder sonstigen Barrieren Menschen mit Behinderungen Verbrauchergeschäfte nicht eingehen können oder ihnen der Zugang zu Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, nicht offen steht.

Beispiele:

- Bauliche Barrieren liegen insbesondere vor, wenn auf Grund von Stufen, zu geringen Türbreiten oder nicht barrierefrei zugänglichen Sanitäreinrichtungen mobilitätsbehinderte Menschen sich an die Öffentlichkeit richtende Angebote nicht oder nur mit besonderer Erschwernis wahrnehmen können.
- Kommunikationstechnische Barrieren liegen insbesondere vor, wenn auf Grund von fehlenden taktilen, akustischen oder optischen Orientierungshilfen sinnesbehinderte Menschen sich an die Öffentlichkeit richtende Angebote nicht oder nur mit besonderer Erschwernis wahrnehmen können.

Eine mittelbare Diskriminierung liegt jedoch nicht vor, wenn die Beseitigung von Barrieren rechtswidrig oder wegen unverhältnismäßiger Belastungen unzumutbar ist.

Beispiele:

- Die Verhältnismäßigkeit von Belastungen ist im Einzelfall zu prüfen. Der nachträgliche Einbau eines Aufzugs in einen Altbau wird in vielen Fällen nicht zumutbar sein.
- Die Beseitigung von Barrieren ist rechtswidrig, wenn beispielsweise der Einbau einer Rampe an der Vorderfront eines Gebäudes denkmalschutzrechtlich untersagt ist.

Bei Verletzung des Diskriminierungsverbotes können die Ansprüche (Ersatz des Vermögensschadens und Entschädigung für die erlittene persönliche Beeinträchtigung) von den betroffenen Personen vor den ordentlichen Gerichten durch Klage geltend gemacht werden. Eine Klage ist jedoch nur zulässig, wenn vorher beim Bundessozialamt ein Schlichtungsverfahren durchgeführt worden ist.

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz die Broschüre „Der Weg zur barrierefreien Ordination“ erstellt, welche Sie von unserer Homepage <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/behindertengerecht> herunterladen können.

Informationsmöglichkeit für behindertengerechte Umbauten:
Institut für Sozialdienste, Abteilung menschengerechtes Bauen
Franz-Michael-Felder-Straße 6, 6845 Hohenems (Tel. 05 1755 537).

24.4 Förderungen für barrierefreie Umbauten

In der Vergangenheit wurden vom Sozialministeriumsservice immer wieder barrierefreie Umbauten gefördert

Tipp:

Erkundigen Sie sich beim Sozialministeriumsservice, Landesstelle Vorarlberg, Rheinstraße 32, 6900 Bregenz, Tel: 05574/6838, E-Mail: post.vorarlberg@sozialministeriumsservice.at, ob Fördermöglichkeiten für den barrierefreien Umbau Ihrer Ordination bestehen.

25 BEGRIFFSKLÄRUNG SOZIALRECHT

25.1 Arbeitsunfähigkeit

Hinsichtlich der Frage, ob ein Versicherter auf Grund von Krankheit arbeitsunfähig ist, muss unterschieden werden zwischen Versicherten, die in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen und solchen, deren Dienstverhältnis gelöst ist und die sohin arbeitslos sind. In aufrechtem Dienstverhältnis Stehende sind arbeitsunfähig, wenn sie außer Stande sind, ihre Tätigkeit an ihrem Arbeitsplatz auszuüben. Arbeitslose sind dann arbeitsunfähig, wenn sie bezogen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt außer Stande sind, jedweder Tätigkeit nachzugehen.

25.1.1 Krankentgelt vom Arbeitgeber und Krankengeld von der Krankenkasse

Erkrankte Arbeitnehmer im aufrechten Beschäftigungsverhältnis haben grundsätzlich einen Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber ihrem Arbeitgeber.

Seit 1.7.2019 beträgt der Anspruch bei Krankheit 6 Wochen voll und 4 Wochen halb. Nach 1 Jahr im Dienstverhältnis erhöht sich der Anspruch auf 8 Wochen voll und 4 Wochen halb, danach erfolgen mit vollendeten 15/25 ununterbrochenen Dienstjahren noch weitere Erhöhungen der Dauer. Krankheitsfälle innerhalb desselben Arbeitsjahres werden zusammengerechnet. Für Arbeitsunfälle bestehen davon unabhängige Entgeltfortzahlungsansprüche von 8 Wochen voll bzw. über 15 Jahren Dienstzugehörigkeit von 10 Wochen voll pro Anlassfall.

Besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung mehr bzw. lediglich auf das halbe Entgelt haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld gegenüber der ÖGK (bei halber Entgeltfortzahlung halbes Krankengeld).

Das Krankengeld beträgt 50 % bzw. ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 60 % der Bemessungsgrundlage. Bemessungsgrundlage ist das um die Sonderzahlungen erhöhte Bruttoentgelt.

Krankengeld wird für 26 Wochen gewährt, Personen die innerhalb der letzten 12 Monate 6 Monate versichert waren, erhalten Krankengeld bis zur Dauer von 52 Wochen.

Verlängertes Krankengeld:

Gem. § 139 Abs2a ASVG können Personen, die in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis stehen und denen die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs abgelaufen ist bis zur rechtskräftigen Beendigung ihres Pensionsverfahrens ein verlängertes Krankengeld beantragen.

25.2 Arbeitslosengeld

Arbeitslosengeld seitens des Arbeitsmarktservice wird – abhängig von Alter und der vorangegangenen Versicherungs- bzw. Beschäftigungszeit – für den Zeitraum von 20 Wochen bis zu einem Jahr (für über 50-Jährige) gewährt. Die Höhe des Arbeitslosengeldes beträgt in aller Regel 55% des durchschnittlichen Nettoeinkommens im Betrachtungszeitraum. Der Betrachtungszeitraum reicht 12 Monate in die Vergangenheit zurück, wobei die letzten 12 Monate vor der Antragstellung außer Betracht gelassen werden.

25.3 Notstandshilfe

Im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld wird seitens des Arbeitsmarktservices Notstandshilfe gewährt. Diese hängt von der Höhe des zuvor bezogenen Arbeitslosengeldes ab. Notstandshilfe wird jeweils für ein Jahr zuerkannt, anschließend muss die Verlängerung beantragt werden.

25.4 Pensionsvorschuss

Während einem laufenden Pensionsverfahren kann zur finanziellen Absicherung beim AMS Pensionsvorschuss beantragt werden. Der Arbeitslose muss die notwendigen Voraussetzungen für den Bezug des Arbeitslosengeldes oder der Notstandshilfe mit Ausnahme der Verfügbarkeit am Arbeitsmarkt erfüllen. Pensionsvorschuss wird nur gewährt, wenn die erforderlichen Versicherungsmonate für die beantragte Pensionsvariante vorhanden sind. Bei Beantragung einer Invaliditäts/Berufsunfähigkeitspension muss außerdem ein Gutachten der PVA die

Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Bei Beantragung einer Alterspension ist Pensionsvorschuss nur möglich, wenn die Pensionsversicherungsanstalt bestätigt, dass eine Entscheidung über die Leistungspflicht voraussichtlich innerhalb von 2 Monate ab dem Stichtag nicht erfolgen kann. Pensionsvorschuss kann auch bei aufrechterm Beschäftigungsverhältnis gewährt werden, wenn der Anspruch auf Krankengeld bereits erschöpft ist und man sich so schnell als möglich einer Begutachtung unterzieht.

25.5 Krankengeld bei Arbeitslosigkeit

Arbeitslose, die erkranken, erhalten für die Zeit ihrer Krankschreibung vom Krankenversicherungsträger (in der Regel ÖGK) Krankengeld in Höhe des zuvor bezogenen Arbeitslosengeldes (Notstandshilfe)

25.6 Invalidität - Berufsunfähigkeit

Aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit kann bei Vorliegen von Invalidität (Arbeiter) oder Berufsunfähigkeit (Angestellte) eine Pension bezogen werden.

Berufsunfähigkeit: Diese liegt vor, wenn ein Angestellter außer Stande ist, nicht nur seine konkrete sondern auch andere Tätigkeiten auszuüben, die seiner Ausbildung und seinen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechen. Als zumutbare Verweisungstätigkeiten gelten solche, die nach den in Frage kommenden Kollektivverträgen in die gleiche Beschäftigungsgruppe bzw. die nächstniedrigere eingestuft werden.

Ob Invalidität gegeben ist, hängt nicht nur vom Gesundheitszustand, sondern von weiteren Faktoren ab. Hat der Versicherte zuvor einen erlernten Beruf ausgeübt, genießt er Berufsschutz. Es ist ihm eine Invaliditätspension zu gewähren, wenn er unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Einschränkungen seinen Beruf oder artverwandte Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

Versicherte, die keinen Beruf erlernt haben, sich aber durch praktische Tätigkeit die Kenntnisse und Fähigkeiten eines Facharbeiters angeeignet haben, genießen grundsätzlich denselben Berufsschutz. Sie müssen allerdings ihre Anlernqualifikationen unter Beweis stellen.

Bei Versicherten, die nicht in einem erlernten Beruf gearbeitet haben, ist Invalidität nur dann gegeben, wenn sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auch leichteste Hilfstätigkeiten (Portier, Parkgaragenkassierer) nicht mehr verrichten können.

Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben genießen einen besonderen Tätigkeitsschutz. Sie sind invalide, wenn sie in den letzten 15 Jahren mindestens 10 Jahre lang eine bestimmte Tätigkeit (oder zwar unterschiedliche aber sehr ähnliche Tätigkeiten) ausgeübt haben, die sie nun nicht mehr verrichten können.

Über 50-jährige die bereits mindestens 1 Jahr Arbeitslosengeld bezogen haben und nur noch leichteste Arbeiten mit Einschränkungen verrichten können, einen erleichterten Zugang zur Invaliditätspension.

Versicherte ab Jahrgang 1964 können nicht mehr zeitlich befristet eine Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension beziehen. Bei dauernder Invalidität erhalten diese Versicherte auch weiterhin eine unbefristete Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension. Liegt nur eine vorübergehende Invalidität vor, erhalten diese Personen, wenn Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind, vom AMS Umschulungsgeld. Sind diese Maßnahmen nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar, erhalten sie von der Krankenkasse Rehabilitationsgeld.

25.7 Langzeitversichertenregelung

Männer können diese Pensionsvariante frühestens mit 62 Jahren in Anspruch nehmen, sobald sie 45 Beitragsjahre erworben haben. Für die erforderlichen 45 Beitragsjahre zählen

Versicherungszeiten aufgrund Erwerbstätigkeit, Bundesheer und Zivildienst und eingeschränkt Wochengeld- und Kindererziehungszeiten.

Bei Frauen wurde ab 2024 das Antrittsalter für die reguläre Alterspension schrittweise angehoben. Frauen, die in der ersten Jahreshälfte 1966 geboren sind, können daher erst mit 62,5 Jahren eine reguläre Alterspension beziehen. Ab Jahrgang 1966 werden daher Frauen die Langzeitregelung ebenso in Anspruch nehmen.

25.8 Korridorpension

Versicherte, die 40 Versicherungsjahre erworben haben, können ab Vollendung des 62. Lebensjahres diese Pensionsvariante in Anspruch nehmen.

25.9 Schwerarbeitspension

Versicherte, die 45 Versicherungsjahre erworben haben, können ab Vollendung des 60. Lebensjahres diese Pensionsvariante in Anspruch nehmen, wenn sie in den letzten 20 Jahren zumindest 120 Monate Schwerarbeit verrichtet haben.

Zur Klärung der Frage, ob tatsächlich Schwerarbeit verrichtet wird, kann frühestens 10 Jahre vorher bei der Pensionsversicherungsanstalt in einem eigenen Feststellungsverfahren die Anerkennung von Schwerarbeit beantragt werden. Häufigste Anerkennungsgründe sind körperliche Schwerarbeit und Tätigkeiten in Wechselschicht.

Da bei den Frauen ab 2024 das Antrittsalter für die reguläre Alterspension angehoben wird, werden Frauen zukünftig diese Pensionsvariante ebenso in Anspruch nehmen.

26 QUALITÄTSSICHERUNG

Das Ärztegesetz bestimmt, dass Ärzte und Gruppenpraxen regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der Österreichischen Ärztekammer nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln haben.

Für die Durchführung der Qualitätssicherung hat die Österreichische Ärztekammer eine eigene Gesellschaft für Qualitätssicherung (ÖQMed) gegründet. Die ÖQMed ist eine 100%-ige Tochter der Österreichischen Ärztekammer und wird auch zur Gänze von der Kammer finanziert.

Im Rahmen der Evaluierungsverfahren erhalten die Ärzte einen Evaluierungsbogen zur Selbstevaluierung von der ÖQMed übermittelt. Jeder Arzt hat diesen ihm zugesandten Evaluierungsbogen (elektronisch) auszufüllen und binnen der vorgegebenen Frist an die ÖQMed zu retournieren, welche diese Evaluierungsbögen zu prüfen und auszuwerten hat.

Zusätzlich werden die Ergebnisse der Selbstevaluierung mittels stichprobenartiger Ordinationsbesuche nach dem Zufallsprinzip überprüft. Die (stichprobenartige) Vor-Ort-Überprüfung der rückgemeldeten Evaluierungsergebnisse erfolgt durch eine Gesellschaft des Bundes, und zwar durch die BIQG (= Bundesinstitut für Qualitätssicherung). Diese kann insbesondere bei Qualitätsmängeln Anzeigen an die Disziplinarbehörden bzw. Bezirksverwaltungsbehörden erstatten.

Nähere Informationen sind im Internet unter www.oeqmed.at erhältlich.

Qualitätsmanagementsystem ÖQM

Mit ÖQM steht Österreichs Ärztinnen und Ärzten ein spezielles, auf die Bedürfnisse von Ordinationen, zugeschnittenes und kostenfreies Qualitätsmanagementsystem zur Verfügung.

Es sind Routinesituationen und eingespielte Prozedere, die oft unhinterfragt tagtäglich ausgeführt werden. Auf den ersten Blick funktioniert alles reibungslos. Treten aber unerwartete Anforderungen ein oder Zustände, mit denen im Vorfeld nicht gerechnet wurde, können gravierende Betriebsstörungen die Folge sein. Um solche Ereignisse zu vermeiden, bzw. nicht unvorbereitet mit ihnen konfrontiert zu werden, unterstützt ÖQM die Praxisführung bei der Erstellung von internen Regelungen und strukturierten Vorgangsweisen.

Mit Hilfe von Modulkatalogen ermittelt die Ordination in einem Selbstevaluierungsprozess den Ist-Stand und stellt fest in wie weit den empfohlenen Vorgaben entsprochen wird. Durch den Vergleich können Verbesserungspotentiale evident werden. Da das Ärztekammersystem nicht als reines Analysetool konzipiert wurde, bietet es sogleich eine Vielzahl an unterstützenden Dokumenten, mit Hilfe derer Optimierungsmöglichkeiten ohne großen Aufwand direkt in der Praxis umgesetzt werden können.

Auf der Plattform www.oeqm.at steht allen Ärztinnen und Ärzten mit über 120 Dokumenten ein umfangreicher Pool zum Download zur Verfügung. Dieser reicht von vorgefertigten Verfahrensanweisungen z.B. zur Terminvergabe über hilfreiche Unterlagen zum Personalmanagement und Mitarbeiterschulungen bis hin zu sicherheitsrelevanten Aspekten wie Daten- und Gebäudeschutz.

Über unterstützende Dokumente hinaus, sind auf www.oeqm.at auch die zentralen Bestandteile des Systems zum kostenfreien Download bereitgestellt.

Darüber hinaus steht allen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit der Zertifizierung nach den ÖQM-Kriterien offen. Hierzu werden die ausgefüllten Kataloge einfach an die QM Koordination der ÖQMed geschickt und ein Termin vereinbart. Treffen die Angaben zu und werden die Kriterien nach Maßgabe der Möglichkeiten und praxisspezifischen Notwendigkeiten erfüllt, wird die Ordination mit einem fünf Jahre gültigen Zertifikat für ihre herausragenden Bemühungen

ausgezeichnet. Für das Audit und die Zertifizierung fallen einmalig Kosten in der Höhe von EUR 960,- inkl. Ust. zzgl. Fahrtspesen des Auditors an.

Das System im Überblick

ÖQM® besteht aus acht Modulen:

- Steuerung und Führung
- Medizinische Qualität
- Patientenorientierung
- Information und Kommunikation
- Sicherheit
- Organisatorisches
- Personalmanagement und Mitarbeiterorientierung
- Innovation, Verbesserung und Prävention

Diese gliedern sich in:

- Modulkataloge mit Kriterien und Fragen zur Erfüllung der Kriterien, darauf aufbauend:
- Unterstützende Dokumente und Informationen
- Literatur und Referentenlisten

Alle Dokumente, Modulkataloge sowie unterstützende Informationen können kostenfrei von www.oeqm.at heruntergeladen werden.

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

27 PATIENTENVERFÜGUNGEN

Das Patientenverfügungsgesetz (BGBl. I Nr. 55/2006 i.d.F. BGBl. I Nr. 12/2019) regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen. Durch dieses Gesetz werden Patientenverfügungen eindeutig und transparent geregelt.

27.1 Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn der Patient im Zeitpunkt der Behandlung nicht entscheidungsfähig ist.

Der Verfasser einer Patientenverfügung sorgt damit für den Fall vor, dass er später - beispielsweise infolge einer Erkrankung, eines Unfalls, einer körperlichen oder geistigen Schwäche oder einer Medikation - nicht mehr zu einer aktuellen Entscheidung oder Äußerung seines Willens fähig sein sollte.

Gegenstand einer Patientenverfügung kann nur die Ablehnung einer bestimmten medizinischen Behandlung sein; Maßnahmen im Bereich der Pflege unterliegen nicht dem Anwendungsbereich des Patientenverfügungs-Gesetzes. Auch kann der Verfasser den Arzt in seiner Verfügung nicht dazu verhalten, eine bestimmte Behandlung vorzunehmen.

Auch der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe kann nicht Teil einer Patientenverfügung sein. Der Arzt kann nicht über den Umweg einer Patientenverfügung zur Mitwirkung am Selbstmord bzw. zur Tötung auf Verlangen verhalten werden.

Ein Patient kann durch eine Patientenverfügung auch nicht die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen (zB. bei bestimmten übertragbaren Krankheiten), einschränken (vgl. § 13).

27.2 Was sind die Voraussetzungen für die Errichtung einer Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden und der Patient muss im Zeitpunkt der Verfassung über die notwendige Entscheidungsfähigkeit verfügen. Er muss also in der Lage sein, den Grund und die Bedeutung der von ihm abgelehnten Behandlung einzusehen.

Die Patientenverfügung muss frei und ernstlich erklärt werden und darf nicht durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst werden.

27.3 Welche Arten von Patientenverfügungen gibt es?

Das Gesetz unterscheidet zwischen **verbindlichen** Patientenverfügungen (§§ 4 bis 7) und **anderen** Patientenverfügungen (§§ 8 und 9). Jede vorliegende Patientenverfügung ist der Ermittlung des Parteiwillens zu Grund zu legen.

27.4 Die verbindliche Patientenverfügung:

27.4.1 Inhalt:

In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die abgelehnt werden, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Allzu allgemeine Formulierungen wie das Verbot eines „menschunwürdigen Daseins“, der Wunsch nach der Unterlassung einer „risikoreichen Operation“, die Ablehnung einer „künstlichen Lebensverlängerung“ oder das Verlangen nach einem „natürlichen Sterben“, sind zu unbestimmt und scheiden als Direktiven aus. Außerdem muss aus der Verfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen dieser zutreffend einschätzt.

27.4.2 Aufklärung:

Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Auf diese ärztliche Aufklärung kann nicht verzichtet werden.

Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch zu prüfen und darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt. Die zutreffende Einschätzung der Folgen der Patientenverfügung kann sich aber auch aus vergleichbaren Umständen ergeben, etwa wenn der Patient selbst über lange Zeit mit bestimmten Krankheitsbildern beruflich zu tun hatte und für sich selbst eine solche Behandlung nicht will oder wenn er bestimmte Behandlungsmethoden aus religiösen Gründen ablehnt.

Die Vornahme der eingehenden Aufklärung und das Vorliegen der Entscheidungsfähigkeit müssen vom aufklärenden Arzt in der Verfügung selbst dokumentiert werden.

Hinsichtlich der Honorierung der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit der Errichtung von Patientenverfügungen wurde von der Österreichischen Ärztekammer folgender Empfehlungstarif festgelegt:

<https://www.aerztekammer.at/honorarempfehlungen>

27.4.3 Errichtung:

Eine verbindliche Patientenverfügung muss schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar, einem rechtskundigen Patientenanwalt oder einem rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins (in Vorarlberg ifs Erwachsenenvertretung) errichtet werden. Dabei ist der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs zu belehren und dies ist in der Verfügung zu dokumentieren. Weiters ist künftig nach Maßgabe einer Verordnung des Ministeriums ab technischer Verfügbarkeit (dies ist derzeit noch nicht der Fall) die Patientenverfügung - sofern der Patient nicht widerspricht - in ELGA zur Verfügung zu stellen.

Die Aufklärung durch den Arzt muss entweder vorher stattgefunden haben oder im Zuge der Errichtung der Patientenverfügung erfolgen.

27.4.4 Geltung und Gültigkeitsdauer:

Eine verbindliche Patientenverfügung verliert nach Ablauf von acht Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von acht Jahren oder eine vom Patienten kürzer bestimmte Frist neu zu laufen. Sofern die Erneuerung bei einem Rechtsanwalt, einem Notar, einem rechtskundigen Patientenanwalt oder einem rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins erfolgt, sind von diesen die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung anzuwenden.

Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert bzw. ergänzt werden. Dabei sind das Erfordernis der ärztlichen Aufklärung und bei Änderung bzw. Ergänzung durch einen Rechtsanwalt, einen Notar, einen rechtskundigen Patientenanwalt oder einen rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung zu beachten. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die Frist von acht Jahren für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen. Weiters hat ein Rechtsanwalt oder Notar entsprechend den Ausführungen unter „Errichtung“ ab technischer Verfügbarkeit eine erneuerte, geänderte oder

ergänzte Patientenverfügung - sofern der Patient nicht widerspricht - in ELGA zur Verfügung zu stellen.

Eine Patientenverfügung verliert jedoch ihre Verbindlichkeit nach Ablauf von acht Jahren dann nicht, wenn sie der Patient mangels Entscheidungsfähigkeit nicht erneuern kann, da die Patientenverfügung definitionsgemäß genau auf solche Situationen abzielt.

Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit (auch vor Ablauf von acht Jahren), wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll (vgl. § 10 Abs 2). D.h. ein Patient kann die von ihm getroffene Verfügung jederzeit formfrei widerrufen. Dabei ist es - anders als nach allgemeinen Regeln - nicht erforderlich, dass er noch entscheidungsfähig ist. Der Widerruf kann nicht nur ausdrücklich (schriftlich oder mündlich) sondern auch durch ein schlüssiges Verhalten (d.h. durch Handlungen, die eindeutig als Widerruf anzusehen sind) erklärt werden. Hier ist zB an die Vernichtung der Verfügung durch Zerreißen zu denken.

27.5 Andere Patientenverfügungen:

Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt (zB. die Patientenverfügung ist nicht ausreichend bestimmt, der Patient wurde nicht ausreichend aufgeklärt, die Patientenverfügung wurde nicht vor einem Notar, Rechtsanwalt, rechtskundigen Patientenanwalt oder rechtskundigen Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins errichtet, eine verbindliche Patientenverfügung wurde nicht erneuert) ist nicht bedeutungslos, sondern - als wesentliches Hilfsmittel - dennoch der Ermittlung des Patientenwillens zu Grunde zu legen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Mangel dem Patienten ungewollt unterlaufen ist oder ob er seine Verfügung gezielt als bloße Orientierungshilfe errichtet hat.

Schon nach allgemeinem Recht kann der mutmaßliche Wille des Patienten für die weitere ärztliche Behandlung maßgebend sein, wenn er selbst keine Entscheidung mehr treffen kann. Abgesehen von Fällen der Gefahr im Verzug, in denen der Arzt notwendige Behandlungen unmittelbar vorzunehmen hat, muss die Einwilligung des Patienten durch eine Vorsorgevollmacht oder eine Erwachsenenvertretung ersetzt werden. Für diesen ist auch eine andere Patientenverfügung beachtlich, er hat daher die Patientenverfügung bei seiner Entscheidung ins Kalkül zu ziehen.

Eine andere Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu berücksichtigen, je mehr sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt und wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde.

27.6 Notfälle und Patientenverfügungen:

Das Gesetz lässt die medizinische Notfallversorgung unberührt, d.h. Notfallmaßnahmen, deren Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Patienten gefährden können, sollen nicht durch die Suche nach einer Patientenverfügung hinausgezögert werden.

27.7 Dokumentation:

Der aufklärende Arzt und der behandelnde Arzt haben vor ihnen errichtete und ihnen zugemittelte Patientenverfügungen in die Krankengeschichte bzw. ärztliche Dokumentation aufzunehmen (zB. durch Anfertigen einer Kopie).

Ein Patient kann eine Patientenverfügung an die ELGA-Ombudsstelle zur Speicherung in ELGA übermitteln. Sofern der Patient ELGA-Teilnehmer ist, wird die Patientenverfügung in ELGA gespeichert. Der Patient hat das Recht, von der ELGA-Ombudsstelle die Speicherung einer neuen Patientenverfügung, einer aktuellen Version einer erneuerten, geänderten bzw. ergänzten Patientenverfügung oder den Widerruf einer Patientenverfügung sowie die Aufnahme von Verweisen in ELGA zu verlangen.

Ein Rechtsanwalt, Notar, rechtskundiger Patientenanwalt oder rechtskundiger Mitarbeiter eines Erwachsenenschutzvereins hat eine neue Patientenverfügung, die aktuelle Version einer erneuerten, geänderten bzw. ergänzten Patientenverfügung oder den Widerruf einer Patientenverfügung zur Speicherung sowie Aufnahme von Verweisen in ELGA zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auf Verlangen des Patienten auch für andere Patientenverfügungen.

Ein ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter (ua. Angehörige des ärztlichen Berufs, ausgenommen davon ua. Arbeitsmediziner und Schulärzte) hat die aktuelle Version einer Patientenverfügung in ELGA sowie in der geführten Krankengeschichte zu erheben.

Die Bestimmungen zur Speicherung und Erhebung von Patientenverfügungen in ELGA gelten nach Maßgabe einer noch festzulegenden Verordnung des Ministeriums ab technischer Verfügbarkeit.

27.8 Unwirksame Patientenverfügungen:

Eine Patientenverfügung (unabhängig davon, ob es sich um eine verbindliche oder um eine andere Verfügung handelt) ist unwirksam, wenn

- sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde (dies kann insb. dann der Fall sein, wenn auf den Patienten ein unangemessener finanzieller oder auch nur gesellschaftlicher Druck ausgeübt wurde, eine bestimmte Behandlung in Zukunft abzulehnen),
- ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist (zB. aktive direkte Sterbehilfe) oder
- der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat (d.h. wenn sich seit dem Zeitpunkt der Errichtung oder der letzten Erneuerung der Fortschritt der Medizin derart wesentlich geändert hat, dass die ursprünglich erfolgte Aufklärung des Patienten nicht mehr ausreichend ist, um die nun zu beurteilende medizinische Entscheidung abzudecken).

27.9 Bereits bestehende Patientenverfügungen:

Bei vor dem 16. 01. 2019 bestehenden verbindlichen Patientenverfügungen verlängert sich die Frist bis zur Erneuerung von fünf auf acht Jahre.

Info: Dr. Jürgen Winkler, Tel. 05572/21900 - 34 DW, Fax: 43 DW
E-Mail: juergen.winkler@aekvbg.at

28 ELEKTROTECHNISCHE VORSCHRIFTEN

28.1 Elektromedizinische Geräte

Elektromedizinische Geräte sind grundsätzlich gefährlicher und müssen sicherer aufgebaut sein als allgemeine Elektrogeräte, weil z.B. der Patient sich direkt im Stromkreis befinden kann (z.B. bei der Untersuchung elektrophysiologischer Signale, bei Reizstromtherapie, usw.), weil er im Fall eines Fehlers z.B. wegen der Medikation oder seines Allgemeinzustandes nicht rechtzeitig reagieren kann oder weil die Methodik an sich Risiken beinhaltet (z.B. Infusionspumpen, Röntgengeräte, Lasergeräte, Defibrillatoren, usw.). Ein Hersteller kann daher für die Sicherheit nur sorgen, wenn er einen Teil der Verpflichtungen dem Betreiber und dem Anwender überträgt. Er tut dies durch Auflagen in der Gebrauchsanweisung. Der Gesetzgeber hat diese Verpflichtungen seit 1996 durch das österreichische Medizinproduktegesetz (MPG) dem Arzt verbindlich auferlegt.

Dem allgemeinen Trend folgend, gibt es jedoch auch immer mehr Fälle, in denen Medizingeräte mit nichtmedizinischen Geräten, z.B. Computern, Monitoren, Printern, etc. zu einem System zusammengeschaltet werden. Grundsätzlich ist dies erlaubt, allerdings sind dabei spezielle Sicherheitsaspekte zu beachten und können z.B. Einschränkungen in der Aufstellung oder zusätzliche Maßnahmen, z.B. einen Trenntransformator erforderlich machen. In jedem Fall ist der Zusammensteller (meist der Arzt selbst) und nicht der Hersteller, z.B. eines Computers, für die Sicherheit der Zusammenschaltung verantwortlich. Die zu beachtenden speziellen Sicherheitsaspekte sind in der Norm ÖVE/ÖNORM EN 60601- 1 idgF (wäre aktuell sonst 2023) enthalten.

Die ordnungsgemäße Herstellung eines Medizinproduktes wird durch das CE-Zeichen gekennzeichnet. Ärzte sind nach §15 MPG verpflichtet, nur einschlägig CE-gekennzeichnete Medizinprodukte einzusetzen. Da dieses Zeichen jedoch mehrdeutig ist (auch Teddybären tragen eines), ist darauf zu achten, dass ein Medizingerät tatsächlich nach den einschlägigen Anforderungen (Medical Device Regulation (MDR) Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte) gekennzeichnet ist. Dies erkennt man an der Konformitätserklärung des Herstellers in der Gebrauchsanweisung, bei risikoreicheren Geräten an einer dem CE-Zeichen angefügten 4-stelligen Kennnummer der in die Bewertung eingeschalteten Europaprüfstelle. Im Zweifelsfall, z.B. bei Magnetfeldtherapiegeräten, die häufig als Wellnessprodukte oder bei UV- oder IR-Bestrahlungsgeräte, die auch als Kosmetikprodukte angeboten werden, ist nachzufragen.

Als Anwender ist der Arzt gemäß §80 MPG seit 1996 gesetzlich verpflichtet, sich in die Anwendung von Medizingeräten einschulen und dies bestätigen zu lassen, die Gebrauchsanweisung und die darin enthaltenen Warn-, Anwendungshinweise und Kontraindikationen zu befolgen und (so wie ein Autofahrer vor dem Antritt jeder Fahrt das Auto) vor jeder Anwendung den sicheren und funktionstüchtigen Zustand des Medizingerätes zu kontrollieren.

Als Betreiber ist ein Arzt gemäß §85 MPG verpflichtet, die Wartung und Instandhaltung der Medizingeräte gemäß den Herstellerangaben (in der Gebrauchsanweisung) fachgerecht und in den vorgegebenen Wartungsintervallen durchführen zu lassen. Er hat ein Gerätebuch zu führen, in dem das Bestandsverzeichnis und die Gerätelebensläufe vom Ankauf bis zur Ausscheidung mit den detaillierten Prüfergebnissen festgehalten werden.

So wie ein Auto nur bei regelmäßiger Wartung zuverlässig funktioniert, benötigen auch Medizingeräte (einschließlich Laborgeräte) eine regelmäßige Überprüfung, z.B. weil Schutzleiteranschlüsse korrodiert, Schutzleiterverbindungen unterbrochen, Schutzisolierungen schadhaft oder durch Alterung unwirksam geworden sein könnten. Der Umfang der wiederkehrenden sicherheitstechnischen Prüfung (wSTP) ist in der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBV) sowie in der Norm ÖVE/ÖNORM EN 62353:2015 geregelt. Er umfasst nicht nur die Sichtkontrolle und Messung der Sicherheitskenngrößen, sondern auch die Überprüfung der

sicherheitsrelevanten Funktionsaspekte (z.B. Alarmer, die Genauigkeit der Förderrate einer Infusionspumpe oder die von einem Defibrillator abgegebene Energie). Sie hat (laut Herstellerangabe bzw. MPBV) in Intervallen zu erfolgen, die je nach Gefährdungsgrad zwischen einem halben Jahr und 3 Jahren liegen. Wiederkehrende Prüfungen sind durch einen Aufkleber zu kennzeichnen, auf dem das Datum der nächsten erforderlichen Prüfung ersichtlich ist.

Darüber hinaus muss der Arzt in kürzeren Intervallen, z.B. wöchentlich, die Einsatzbereitschaft und Funktionstüchtigkeit des Defibrillators (gemäß den Herstellerangaben) prüfen (Dieser enthält einen Akkumulator, dessen Ladezustand und Belastungsfähigkeit sich mit der Zeit verschlechtern.). Für Radiologen und Nuklearmediziner gelten zusätzliche Normen für die Funktionsüberprüfung (z.B. ÖNORM S 5240 und ONR 19524-20), die Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch den Anwender in kürzeren Intervallen vorsehen.

Gemäß § 56 MPG (hat sich im MPG 2021 geändert) ist mit der wiederkehrenden Prüfung der Medizingeräte eine fachlich geeignete Stelle zu betrauen, die eine einschlägige (!) fachliche Eignung, die erforderlichen Prüfmittel, Zuverlässigkeit und organisatorischen Voraussetzungen besitzen muss. Es sind dies z.B. einschlägig akkreditierte Prüf- und Überwachungsstellen, Ziviltechniker, technische Büros oder Gewerbetreibende mit einschlägiger Zusatzqualifikation. Es besteht auch die Möglichkeit, einen medizintechnischen Betreuungsvertrag im Sinne der Agenden des Technischen Sicherheitsbeauftragten gemäß §8b des Krankenanstaltengesetzes abzuschließen.

Außer den elektromedizinischen Geräten sind gemäß der Norm OVE E 8101 auch alle in medizinisch genutzten Räumen verwendeten (fest oder über Stecker angeschlossenen) elektrischen Geräte im Handbereich in Intervallen bis zu maximal 2 bzw. 3 Jahren (je nach Errichtungsjahr der elektrischen Anlage) überprüfen zu lassen. Fest angeschlossene Geräte außerhalb des Handbereichs (z.B. Deckenleuchten) sind spätestens alle 10 Jahre einer Sichtprüfung zu unterziehen und die Schutzleiterverbindung ist zu messen.

28.2 Elektrische Installation

Die elektrische Installation in medizinisch genutzten Räumen muss im Vergleich zur allgemeinen Elektroinstallation zusätzliche Anforderungen erfüllen. Der Grund liegt darin, dass die erhöhten Schutzmaßnahmen für Medizingeräte nur zusammen mit der Elektroinstallation wirken können und daher die Elektroinstallation so ausgelegt sein muss, dass sie im Fehlerfall nur halb so große Berührungsspannungen wie im Haushalt zulässt. Es gibt daher eine eigene Installationsvorschrift über die Auslegung und Errichtung der Elektroinstallation in medizinisch genutzten Räumen (OVE E 8101). Die Aufwändigkeit der Elektroinstallation nimmt je nach der Invasivität der in einem Raum vorgesehenen Anwendungen zu. Außer der speziellen Verlegung von Versorgungsleitungen, dem Aufstellen von Elektroverteilern und der Installation spezieller Stromkreise und Steckdosen können zusätzliche Potentialausgleichsmaßnahmen, Entstörmaßnahmen oder eine Notstromversorgung erforderlich sein. Für Dialysegeräte ist z. B. je ein separater Stromkreis mit Sondersteckvorrichtung und erdfreier Spannungsversorgung vorzusehen, bei Intensivdiagnostikräumen und Eingriffsräumen z.B. eine Notstromversorgung. Bei der Beauftragung der Errichtung der Elektroinstallation ist daher die einschlägige Fachkenntnis und die Installation gemäß OVE E 8101 zu fordern.

Elektrische Installationen in medizinisch genutzten Räumen sind nach ihrer Errichtung (Abnahmeprüfung) und im Abstand von wenigstens 2 bzw. 3 Jahren (je nach Errichtungsjahr) von fachlich geeigneten Stellen sicherheitstechnisch zu überprüfen. Der Umfang der Überprüfungen ist in der Vorschrift OVE E 8101 festgelegt und umfasst auch die Messung von installationstechnischen Kenngrößen.

Die Durchführung und die Einzelergebnisse der Messungen sind in einem Anlagenbuch zu dokumentieren.

28.3 Prüfanstalten für elektromedizinische Geräte:

TÜV AUSTRIA GMBH, Deutschstraße 10, 1230 Wien, Tel. 0504 54 0
Institut für Krankenhaustechnik mit Prüfstelle für Medizinprodukte, Technische Universität
Graz, Infeldgasse 18, 8010 Graz, Tel. 0316/873-7397; Fax. 0316/873-4412

Weiters befassen sich nach Auskunft der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten einige Ziviltechniker in Österreich, die jedoch überwiegend im Osten oder Südosten des Bundesgebietes tätig sind, mit medizinischen Artikeln und Geräten.

Es erscheint sinnvoll, dass die Hersteller bzw. die Inverkehrbringer medizinischer Geräte die vorgeschriebenen Überprüfungen durchführen, da diese mit den Funktionen, Sicherheitseinrichtungen, Konstruktionsmerkmalen und technischen Spezifikationen besonders vertraut sind.

Die Kurie der niedergelassenen Ärzte hat mit dem TÜV AUSTRIA eine Rahmenvereinbarung über die Durchführung oben genannter sicherheitstechnischer Prüfungen abgeschlossen, welcher jeder niedergelassene Arzt in Vorarlberg beitreten kann (diese ist im Kammeramt erhältlich). Sofern Sie Interesse haben, die genannten Prüfungen durch den TÜV AUSTRIA durchführen zu lassen, können Sie direkt den TÜV AUSTRIA mit den genannten Prüfungen beauftragen. Nähere Informationen erhalten Sie bei Herrn Hannes Uhl bzw. Herrn Stefan Breuß vom TÜV AUSTRIA in Innsbruck bzw. Dornbirn (hannes.uhl@tuv.at, stefan.breuss@tuv.at; Tel. 0504 54 8640).

ÖVE-Vorschriften / ÖNORMEN für den Bereich Medizin sind beim Österreichischen Normungsinstitut, Heinestraße 38, Postfach 130, 1021 Wien, erhältlich.

29 MEDIZINPRODUKTE-BETREIBERVERORDNUNG

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten in Einrichtungen des Gesundheitswesens, worunter neben Krankenanstalten auch ärztliche Ordinationen zu verstehen sind.

29.1 Eingangsprüfung

Die Verordnung bezeichnet in einem Anhang Produkte, für die besondere Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sind (siehe Kasten). Bei allen dort genannten Medizinprodukten hat der Betreiber/die Betreiberin vor deren erstmaliger Anwendung am Betriebsort eine Eingangsprüfung durchzuführen oder durchführen zu lassen. Der Umfang der Eingangsprüfung hat sich an jenem der wiederkehrenden sicherheitstechnischen Prüfung (siehe unten) zu orientieren. Bei Mitlieferung eines detaillierten Hersteller- oder Lieferanten-Messprotokolls kann die Eingangsprüfung auf eine Sichtprüfung auf Transportschäden beschränkt werden. Bei Neuanschaffungen sollte daher darauf geachtet werden, dass der Hersteller bzw. Lieferant, derartige Protokolle bereits mitliefert.

29.2 Einweisung

Die Betreiberin/der Betreiber (in ärztlichen Ordinationen also der/die ordinationsführende Arzt/Ärztin) hat sicherzustellen, dass alle mit der Handhabung eines Medizinprodukts befassten Personen durch Medizinprodukteberaterinnen/Medizinprodukteberater, durch Personen, die auf Grund ihrer Ausbildung, Kenntnisse und praktischen Erfahrungen für die Einweisung in die Handhabung dieser Medizinprodukte geeignet sind bzw. durch geeignete Personen der Gesundheitseinrichtung selbst eingewiesen werden. Nicht einzuweisen sind jene Personen, bei denen auf Grund ihrer Ausbildung, ihrer sonstigen Kenntnisse oder auf Grund ihrer praktischen Erfahrungen davon ausgegangen werden kann, dass ihnen die diesbezüglichen Informationen hinlänglich bekannt sind. Erforderlichenfalls (etwa bei wiederholten Fehlbedienungen, Funktions- oder Bedienungsänderungen nach Softwareupdates oder Änderungen des Anwendungs- und Einsatzbereiches) sind wiederkehrende Schulungen vorzusehen. Bei Produkten, für die besondere Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sind (siehe Kasten) sind die erfolgten Einweisungen in der Gerätedatei zu dokumentieren.

29.3 Wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung

Eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung ist vorzunehmen bei allen aktiven (das sind im wesentlichen alle mit elektrischer Energie betriebenen) nicht implantierbaren Medizinprodukten (ausgenommen sind lediglich nicht im Kasten aufgelistete, ausschließlich batteriebetriebene Medizinprodukte). Auf Verlangen des Herstellers ist auch bei nicht aktiven, nicht implantierbaren Medizinprodukten eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung vorzunehmen oder vornehmen zu lassen. Der Prüfumfang sowie das Prüfintervall richten sich in erster Linie nach den Angaben der Hersteller. Liegen keine Angaben über den Umfang vor, ist die wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung, die auch sicherheitsrelevante Funktionskontrollen einzuschließen hat, nach dem Stand der Technik durchzuführen. Liegen für das Prüfintervall keine Herstellerangaben vor, so ist dieses von einer fachlich geeigneten Person festzulegen, wobei das Prüfintervall unter Berücksichtigung von Geräteart und Gefährdungspotenzial in der Regel zwischen 6 und 36 Monaten, für die im Kasten angeführten Medizinprodukte jedoch zwischen 6 und 24 Monaten zu betragen hat. Eine Überschreitung des festgelegten Prüfintervalls ist unter Berücksichtigung von Geräteart und Gefährdungspotenzial bis zu 6 Monaten zulässig. Entgegen unseren Erwartungen ist die Verordnung in diesem Bereich leider nicht sehr präzise, lässt also einen gewissen Gestaltungsspielraum offen.

Eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung dürfen nur Personen oder Stellen durchführen, die die Anforderungen gemäß der Verordnung erfüllen. Es werden in der Regel diejenigen Personen oder Stellen sein, die schon bisher ihre Elektromedizinprodukte überprüft haben. Die Prüfung ist zu protokollieren und das geprüfte Medizinprodukt ist mit dem Datum der nächsten Prüfung (Monat, Jahr) zu kennzeichnen.

29.4 Messtechnische Kontrollen

Für die in einem weiteren Anhang genannten Medizinprodukte (siehe zweiten Kasten) oder für die der Hersteller in den Begleitpapieren derartiges vorgesehen hat, sind messtechnische Kontrollen, die die Kalibrierung und Bewertung umfassen, zum Zweck der Rückführung auf nationale oder internationale Normale durchzuführen oder durchführen zu lassen. Die Kontrollen sind in erster Linie in den vom Hersteller angegebenen Intervallen durchzuführen. Liegen keine Herstellerangaben vor, sind die genannten Intervalle laut Kasten heranzuziehen. Eine Überschreitung dieser Intervalle ist unter Berücksichtigung von Geräteart und Gefährdungspotenzial bis zu 6 Monaten zulässig. Wenn Anzeichen vorliegen, dass das Medizinprodukt die erlaubten Fehlergrenzen nicht einhält oder die messtechnischen Eigenschaften beeinflusst worden sein könnten, sind messtechnische Kontrollen unverzüglich durchzuführen. Messtechnische Kontrollen dürfen ebenfalls nur von Personen oder Stellen durchgeführt werden, die die Anforderungen laut Verordnung erfüllen. Die Medizinprodukte sind nach erfolgreicher Kontrolle zu kennzeichnen (Jahr der nächsten Kontrolle und durchführende Stelle).

29.5 Gerätedatei

Für Medizinprodukte für die wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfungen oder messtechnische Kontrollen vorgesehen sind, ist eine Gerätedatei zu führen, wofür alle Datenträger inkl. Papierform zulässig sind.

In diese Gerätedatei sind einzutragen:

- Bezeichnung und Angaben zur stückbezogenen Identifikation des Medizinprodukts
- Anschaffungsdatum
- Dokumentation der Eingangsprüfung
- Dokumentation der Einweisungen
- Intervalle, Durchführungsdatum und Ergebnisse wiederkehrender sicherheitstechnischer Prüfungen, Name der durchführenden Person oder Stelle
- Intervalle, Durchführungsdatum und Ergebnisse messtechnischer Kontrollen, Name der durchführenden Person oder Stelle
- Instandsetzungen
- Personen oder Stellen, mit denen Verträge zur sicherheitstechnischen Prüfung oder messtechnischen Kontrolle bestehen
- sicherheitsrelevante Zwischenfälle (Funktionsstörungen, Bedienungsfehler)
- Datum und Inhalt der Meldung schwerwiegender Mängel gemäß § 70 Medizinproduktegesetz
- Datum der endgültigen Außerbetriebnahme.

Die Datei ist so aufzubewahren, dass sie während der Betriebszeit zugänglich ist. Nach Außerbetriebnahme des Medizinproduktes sind dessen Daten noch mindestens 5 Jahre in der Gerätedatei aufzubewahren. Blutdruckmessgeräte, batteriebetriebene Lichtquellen (z.B. Taschenlampen), Pulsmessgeräte, die nicht zur Überwachung verwendet werden und elektrische Fieberthermometer sind von der Pflicht zur Führung einer Gerätedatei ausdrücklich ausgenommen.

29.6 Bestandsverzeichnis

Für alle zur Verwendung bereit stehenden aktiven Medizinprodukte (das sind Medizinprodukte, deren Betrieb von einer elektrischen Energiequelle oder einer anderen Energiequelle abhängig ist, als der unmittelbar durch den menschlichen Körper oder die Schwerkraft erzeugten Energie) ist ein Bestandsverzeichnis zu führen. In dieses Verzeichnis sind Bezeichnung, Art und Type, Loscode oder Seriennummer, Herstellungsjahr, Name und Anschrift des Herstellers, Name und Anschrift des Vertreibers, die in der CE-Kennzeichnung allenfalls hinzugefügte Kennnummer der benannten Stelle und der Standort bzw. die betriebliche Zuordnung

einzutragen. Das Bestandsverzeichnis kann mit der oben beschriebenen Gerätedatei gemeinsam geführt werden.

Für implantierbare Medizinprodukte ist darüber hinaus zur raschen Identifikation von Implantaten ein Implantatregister zu führen.

Für Medizinprodukte, die zum 1. April 2007 bereits betrieben oder angewendet wurden und die noch über den 31. März 2008 hinaus in Verwendung stehen, müssen die wiederkehrenden sicherheitstechnischen Prüfungen, die messtechnischen Kontrollen sowie die Gerätedatei und das Bestandsverzeichnis spätestens bis zum Ablauf des 31. März 2008 durchgeführt oder angelegt sein.

Produkte, für die besondere Sicherheitsvorkehrungen zu treffen sind

1. aktive nicht implantierbare Medizinprodukte/Systeme zur/zum
 - a) Erzeugung und Anwendung elektrischer Energie zur unmittelbaren Beeinflussung der Funktion von Nerven und/oder Muskeln einschließlich Defibrillatoren,
 - b) Anwendung am zentralen Herz-/Kreislaufsystem,
 - c) Erzeugung und Anwendung jeglicher Energie zur unmittelbaren Koagulation, Gewebeerstörung oder Abtragung, Zertrümmerung von Ablagerungen in Organen oder im Blutkreislauf,
 - d) unmittelbaren Einbringung von Substanzen und Flüssigkeiten (auch aufbereitete oder speziell behandelte körpereigene, deren Einbringen mit einer Entnahmefunktion direkt gekoppelt ist) in den Blutkreislauf unter potenziellem Druckaufbau,
 - e) maschinellen Beatmung mit oder ohne Anästhesie,
 - f) Diagnose mit bildgebenden Verfahren nach dem Prinzip der Magnetresonanz mit supraleitenden Spulen,
 - g) Therapie mittels Hypothermie,
 - h) Monitoring von Vitalparametern (Pulsmessgeräte jedoch nur dann, wenn sie tatsächlich für Zwecke der Überwachung verwendet werden).
2. Säuglingsinkubatoren
3. externe aktive Komponenten aktiver Implantate
4. Druckkammern

Medizinprodukte, die messtechnischen Kontrollen unterliegen

1. Medizinprodukte zur akustischen Bestimmung der Hörfähigkeit (z.B. ton- und Sprachaudiometer) (1 Jahr Nachprüffrist)
2. Medizinprodukte zur Bestimmung der Körpertemperatur
 - a. Elektrothermometer (2 Jahre Nachprüffrist)
 - b. Medizinprodukte mit austauschbaren Temperaturfühlern (2 Jahre Nachprüffrist)
 - c. Infrarot-Strahlungsthermometer (1 Jahr Nachprüffrist)
3. Medizinprodukte zur Druckmessung
 - a. Medizinprodukte zur nichtinvasiven Blutdruckmessung (2 Jahre Nachprüffrist)
 - b. Medizinprodukte zur Bestimmung des Augeninnendrucks (Augentonometer) (2 Jahre Nachprüffrist)
4. Diagnostische Tretkurbelergometer für Belastungsuntersuchungen an der Patientin/am Patienten (2 Jahre Nachprüffrist)
5. Therapie- und Diagnostikdosimeter (2 Jahre Nachprüffrist gemäß Maß- und Eichgesetz)
6. Medizinische Personenwaagen (Waagen für Heilzwecke) (2 Jahre Nachprüffrist, gemäß Maß- und Eichgesetz)

30 DIABETES MELLITUS PROGRAMM

DMP bedeutet, dass Patienten nach vorgegebenen Behandlungspfaden behandelt werden, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. In begründeten Fällen ist ein Abweichen von diesen Behandlungspfaden aber natürlich möglich. Durch die Teilnahme am DMP sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (zB Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen,
- Vermeidung oder Hinauszögerung der mikrovaskulären Folgekomplikationen mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie (Dialyse, Transplantation),
- Vermeidung oder Hinauszögerung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen sowie der erektilen Dysfunktion,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie sowie schwerer Stoffwechsellentgleisungen und
- Erhöhung des Benefit of Life

Die Teilnahme an diesem Reformpoolprojekt ist sowohl für Ärzte als auch für Patienten freiwillig.

Teilnahmeberechtigt sind alle niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin (Vertrags- und Wahlärzte), die die notwendigen Strukturkriterien sowie die erforderliche Aus- bzw. Fortbildung absolviert haben.

Als Ausbildung ist die Absolvierung einer Basisschulung im Ausmaß von 2 Stunden „Grundlagen des Diabetes Mellitus Programms“ und 2 Stunden „Diabetische DFP-Fortbildung“ vorgesehen. Zusätzlich sind jeweils 2 Stunden Diabetes-Fortbildung pro Jahr in den darauf folgenden 3 Jahren zu absolvieren. Fachärzte für Innere Medizin mit dem Zusatzfach Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten sind für die Betreuung zu keiner zusätzlichen Schulung verpflichtet.

Von der ÖGK wurden 3 diabetesspezifische Fortbildungen entwickelt. Diese sind über die Website von Therapie Aktiv (www.therapie-aktiv.at/fortbildung) abrufbar, sie stehen auch über www.meindfp.at kostenlos zur Verfügung und bieten Ärzten die Möglichkeit, Punkte für das DFP der Österreichischen Ärztekammer zu erwerben. Interessierte Ärzte können die Fortbildungen mittels der nachfolgenden Links und nach Eingabe Ihres meindfp-Benutzernamens und Passworts direkt aufrufen. Bei richtiger Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen werden die DFP-Punkte auf dem ÖÄK-Online-Fortbildungskonto gutgeschrieben:

• **Diabetes und Psyche:**

https://cloud.mymailwall.com/m/url?l=3lVpUkMAaaaaaa&u=https%3A%2F%2Flearn%2Emeindfp%2Eat%2Fevaluate%2Forg%2F44238808%2Fcourses%2Fview-event%3Fitem_id%3D55355886

• **Insulintherapie bei Diabetes mellitus Typ 2:**

https://cloud.mymailwall.com/m/url?l=HFPPUkMAaaaaaa&u=https%3A%2F%2Flearn%2Emeindfp%2Eat%2Fevaluate%2Forg%2F44238808%2Fcourses%2Fview-event%3Fitem_id%3D55357014

• **Das diabetische Fußsyndrom:**

https://cloud.mymailwall.com/m/url?l=2mQpUkMAaaaaa&u=https%3A%2F%2Flearn%2Emeindfp%2Eat%2Fevaluate%2Forg%2F44238808%2Fcourses%2Fview-event%3Fitem_id%3D55357577

Kurzinformation bzw. Ablauf des DMP:

Nach erfolgreicher Absolvierung der Grundschulung (<https://www.arztakademie.at/fortbildungsangebot/e-learning/diabetes-im-griff/>) setzen Sie sich bitte mit der ÖGK (Frau. Kathrin Prantl, Tel. 05 0766-191645) in Verbindung.

Nach der Erfassung durch die DMP-Administration bei der ÖGK (Sie erhalten von dieser eine schriftliche Benachrichtigung samt den notwendigen Unterlagen) können Sie mit der Einschreibung der Patienten ins DMP beginnen. Der Patient unterschreibt dazu die vorgegebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung und erklärt sich damit dazu bereit, am Programm teilzunehmen. Ein jederzeit möglicher Widerruf der Erklärung führt zum Ausscheiden aus dem DMP.

Nach der Durchführung der Erstuntersuchung wird der Patient ausführlich über den erfassten Gesundheitszustand und über bestehende oder mögliche Risikofaktoren (z.B. riskante Lebens und Ernährungsgewohnheiten) informiert. Danach ist eine Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient abzuschließen, in welcher die anzustrebenden Ziele bis zur nächsten Untersuchung schriftlich festgehalten werden (Gewichtsreduktion, Reduktion des Tabakkonsums, Blutdrucksenkung, mehr Bewegung, Ernährungsumstellung,...). Diese Zielvereinbarung erfolgt zur Compliance-Verbesserung der Patienten. Ergebnisse daraus haben keine Konsequenzen auf die Abrechnung.

Einmal jährlich ist ein einseitiger Dokumentationsbogen auszufüllen und elektronisch im Wege des e-card-Systems an die Administrationsstelle bei der ÖGK zu senden. Wahlärzte können bis auf Weiteres den Dokumentationsbogen in Papierform übermitteln, da für diese dzt. keine Möglichkeit besteht, den Dokumentationsbogen elektronisch zu übermitteln.

Im DMP-Programm wird die Erstbetreuung mit einmalig € 75,70 und die laufende Betreuung mit € 36,60 pro Quartal, sofern der Patient im Quartal aufgrund seiner Diabeteserkrankung behandelt wurde, honoriert. Mit diesem Honorar sind auch die Kosten für die Einhaltung der Strukturkriterien und sämtlicher Verwaltungsaufwand abgegolten. Zusätzlich zu diesen Leistungen können die erforderlichen kurativen Leistungen im gleichen Ausmaß wie bisher mit den jeweiligen Kassen verrechnet werden bzw. bei Wahlärzten dem Patienten direkt in Rechnung gestellt werden. Die im DMP vorgesehenen obligatorischen Laborparameter müssen in den Großlabors erbracht werden, eine Verrechnung als ärztliche Leistung im Rahmen der Honorarordnung ist nicht zulässig.

Die Abrechnung der Erstbetreuung und der laufenden Betreuung erfolgen durch neue, zusätzliche Verrechnungspositionen elektronisch mit der kurativen Abrechnung mit den jeweiligen Kassen bzw. bei Wahlärzten in Papierform mit den jeweiligen Kassen. Nähere Informationen dazu erhalten Sie in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg (Klaus Hausmann, Tel. 05572/21900-36, klaus.hausmann@aekvbg.at).

Bei insulinpflichtigen Diabetikern kann die Erstverordnung von Hilfsmitteln (Blutzuckermessgerät, Bluttteststreifen und Zubehör) durch alle DMP-Ärzte (somit auch durch Ärzte für Allgemeinmedizin mit DMP-Ausbildung) nach den jeweiligen Vorgaben der Kasse erfolgen (vgl. dazu auch die detaillierten Ausführungen im Kapitel 5).

Die DMP-Vereinbarung samt Beilagen kann von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk> heruntergeladen werden.

Die ÖGK hat auch einen Ärzteleitfaden erstellt, diesen finden Sie unter folgendem Link:
<https://cloud.mymailwall.com/m/url?l=iJ9Qh7DAaaaaaa&u=https%3A%2F%2Fwww%2Etherapie-aktiv%2Eat%2Fcdscontent%2F%3Fcontentid%3D10007%2E791388%26portal%3Ddiabetesportal>

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

31 HYGIENE-VERORDNUNG

Die Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer hat eine verbindliche Hygiene-Verordnung für Ordinationsstätten und Gruppenpraxen beschlossen. Diese kann von der Homepage der Österreichischen Ärztekammer (www.aerztekammer.at) heruntergeladen werden.
<https://www.aerztekammer.at/rechtsgrundlagen>

Nähere Informationen dazu sowie diverse Vorlagen zur Umsetzung der Hygieneverordnung in ihrer Praxis finden Sie unter www.oeqmed.at - Hygiene.

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

32 CODE OF CONDUCT

Für die Zusammenarbeit mit der Pharma- und Medizinprodukteindustrie ist der Ärztliche Verhaltenskodex 2014 (Code of Conduct) zu beachten. Dieser kann von der Homepage der Österreichischen Ärztekammer unter nachstehendem Link heruntergeladen werden:

<https://www.aerztekammer.at/rechtsgrundlagen>

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

33 PATIENTENANWALT

Das Land Vorarlberg und der Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten haben seit vielen Jahren die Zuständigkeit der Patientenanwaltschaft für den niedergelassenen Bereich angestrebt, allerdings waren diese lange nicht bereit die Kosten hierfür zu übernehmen.

Seit 2007 werden nun jedoch die Kosten für die Patientenanwaltschaft vom Land Vorarlberg getragen, es wurde daher auch im Jahr 2007 der beiliegende Kooperationsvertrag abgeschlossen und inzwischen unbefristet verlängert. Dabei ist vorgesehen, dass die Patientenanwaltschaft bei Patientenschäden (das sind Schäden, die einem Patienten im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung bei einem niedergelassenen Arzt durch einen ärztlichen Behandlungsfehler zugefügt worden sind und deren Heilungsdauer mehr als 24 Tage beträgt) auf eine außergerichtliche Bereinigung hinarbeiten hat. Eine Zuständigkeit des Patientenanwaltes bei sonstigen Patientenbeschwerden (zB. Schäden, die durch Wartezeiten auf einen Arzttermin entstanden sind, Bagatellschäden, Verhalten des Arztes bzw. dessen Mitarbeiter, Terminfragen- bzw. -vergaben, Honorarfragen,...) ist nicht vorgesehen. Die Ärztekammer für Vorarlberg hat keine „Gesamtvertragskompetenz“ um die Patientenanwaltschaft für den niedergelassenen Bereich generell für zuständig zu erklären. Vielmehr muss jeder einzelne niedergelassene Arzt entscheiden, ob er bereit ist, in den beiliegend Kooperationsvertrag einzutreten und somit die Tätigkeit der Patientenanwaltschaft auf sich und seine Patienten auszudehnen. Ein Beitrittsformular finden Sie ebenfalls anbei.

Der Kurie der niedergelassenen Ärzte ist bewusst, dass durch die Patientenanwaltschaft ein bürokratischer Mehraufwand für die niedergelassenen Ärzte nicht ausgeschlossen werden kann und Begehrlichkeiten von Patienten zunehmen werden. Hier ist es Aufgabe der Patientenanwaltschaft die bürokratische Mehrbelastung für die Ärzte so gering wie möglich zu halten sowie als „Filter“ unbegründete Patientenforderungen abzuwehren (bereits dzt. werden ca. 50 % aller Patientenbeschwerden im Krankenhausbereich von der Patientenanwaltschaft von vornherein als unbegründet abgewiesen).

Dennoch empfiehlt die Kurie allen niedergelassenen Ärzten dem Kooperationsvertrag beizutreten, insbesondere aus folgenden Gründen:

- 1) Die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte an einem außergerichtlichen Fehlermanagement teilzunehmen dient dazu das Image der Vorarlberger niedergelassenen Ärzte zu verbessern. Dies insbesondere deshalb, da Vorarlberg das einzige Bundesland ist, in dem es kein institutionalisiertes Fehlermanagement im niedergelassenen Bereich gibt.
- 2) Durch den vorliegenden Kooperationsvertrag ist sichergestellt, dass die Patientenanwaltschaft nur für Schadensfälle (und nicht für sonstige Beschwerden, insb. Termin- und Honorarfragen) zuständig ist. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Zahl der jährlichen Schadensfälle im niedergelassenen Bereich sehr gering ist.
- 3) Für den Arzt besteht kein Kostenrisiko bei außergerichtlichen Schlichtungsverfahren durch die Patientenanwaltschaft (im Gegensatz zu Verfahren vor den Zivilgerichten), da die für die Patientenanwaltschaft auflaufenden Kosten vom Land Vorarlberg getragen werden.
- 4) Verfahren vor der Patientenanwaltschaft sind - im Gegensatz zu Verfahren vor den Zivilgerichten - nicht öffentlich.

5) Die Haftpflichtversicherungen werden in die außergerichtlichen Schlichtungsverfahren durch die Patienten-anwaltschaft voll eingebunden. Melden Sie daher jeden gegen Sie von der Patienten-anwaltschaft geltend gemachten Schadensfall umgehend ihrer Haftpflichtversicherung und sprechen Sie mit dieser das weitere Vorgehen ab, setzen Sie insbesondere keine Schritt ohne vorherige Zustimmung Ihrer Haftpflichtversicherung.

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

K O O P E R A T I O N S V E R T R A G

Abgeschlossen zwischen

dem Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten
einerseits

und

der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Vorarlberg
andererseits

PRÄAMBEL

Der Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten, dessen Bildung von der Sicherheitsdirektion für das Bundesland Vorarlberg mit Bescheid vom 11.8.1999 zu VR-123/99 nicht untersagt wurde, verfolgt satzungsgemäß den Zweck

1. die Funktion der Patienten-anwaltschaft im Sinne des Patienten- und Klientenschutzgesetzes auszuüben sowie die vorgesehene Geschäftsstelle zu betreiben und
2. zu einer ergebnisorientierten Sicherung der Standards des Vorarlberger Gesundheitswesens beizutragen.

Der Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten wurde vom Land Vorarlberg gemäß § 4 des Patienten- und Klientenschutzgesetzes (LGBl. Nr. 26/1999 idgF) mit der Ausübung der Funktion der Patienten-anwaltschaft für die Patienten der Krankenanstalten betraut.

Gemäß § 4 Abs. 6 leg.cit. soll die Patienten-anwaltschaft ihre Tätigkeit durch Verträge mit niedergelassenen Ärzten auf deren Patienten ausdehnen. Voraussetzung hierfür ist eine vertragliche Regelung zwischen der Patienten-anwaltschaft und dem jeweiligen Arzt. Diese auf dem Prinzip der Freiwilligkeit aufbauende Zuständigkeit der Patienten-anwaltschaft geht davon aus, dass auch bei niedergelassenen Ärzten ein Bedürfnis nach einer Patientenvertretung besteht, jedoch die autonome Entscheidung der Ärzte gewahrt bleiben soll.

Das Land Vorarlberg und die Patienten-anwaltschaft sind seit einigen Jahren bestrebt, die Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft auf die niedergelassenen Ärzte auszudehnen. Bislang scheiterte dies jedoch an der Finanzierung. Nunmehr ist das Land Vorarlberg bereit, der Patienten-anwaltschaft sämtliche mit der Ausübung ihrer Tätigkeit im Bereich der niedergelassenen Ärzte verbundenen Kosten zu ersetzen.

Zur Wahrung der Objektivität und Unabhängigkeit der Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft, hat die Ärztekammer für Vorarlberg eine Kostentragung bzw. Kostenbeteiligung durch sie bzw. die niedergelassenen Ärzte an der Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft immer abgelehnt.

Im Übrigen existiert auch in keinem anderen österreichischen Bundesland - soweit eine Zuständigkeit der Patienten-anwaltschaft für den niedergelassenen Bereich gegeben ist - eine Kostentragung bzw. Kostenbeteiligung von Ärzten bzw. Ärztekammern an den Kosten der Patienten-anwaltschaften.

Darüber hinaus werden beispielsweise auch im Bereich der Pflegeheime die Kosten der Patienten-anwaltschaft vom Land Vorarlberg und nicht von den Pflegeheimbetreibern getragen.

Sollte daher nach der Beendigung dieser Vereinbarung der Wunsch bzw. die Notwendigkeit bestehen, die Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft im Bereich der niedergelassenen Ärzte fortzusetzen, so weisen die Ärztekammer für Vorarlberg als auch die dieser Vereinbarung beitretenden Ärzte bereits jetzt darauf hin, dass auch künftig jegliche Kostentragung bzw. Kostenbeteiligung an der Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft abgelehnt wird.

Unter diesen Prämissen kommen die Vertragsteile nunmehr wie folgt überein:

§ 1 Begriffsbestimmungen

1.1. Niedergelassener Arzt im Sinne dieser Vereinbarung ist jeder Angehörige der Ärztekammer für Vorarlberg (§ 68 ÄrzteG), der seine Tätigkeit freiberuflich (§ 45 ÄrzteG) oder als Wohnsitzarzt (§ 47 ÄrzteG) ausübt.

1.2. Patientenschaden im Sinne dieser Vereinbarung ist ein Schaden, der einem Patienten im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung bei einem niedergelassenen Arzt durch einen ärztlichen Behandlungsfehler zugefügt worden ist. Von Patienten behauptete Schäden, die durch Wartezeiten auf einen Arzttermin entstanden sind, gelten nicht als Patientenschäden im Sinne dieser Vereinbarung.

1.3. Bagatellschaden im Sinne dieser Vereinbarung ist ein Schaden, bei dem die Heilungsdauer weniger als 24 Tage beträgt.

§ 2 Zweck und Zuständigkeit

2.1. Die Patientenanwaltschaft hat ausschließlich bei Patientenschäden, ausgenommen jedoch Bagatellschäden, auf eine außergerichtliche Bereinigung hinzuarbeiten.

2.2. Alle anderen an die Patientenanwaltschaft herangetragenen Patientenbeschwerden über niedergelassene Ärzte (insb. Bagatellschäden, Verhalten des Arztes bzw. dessen Mitarbeiter, Terminfragen- bzw. -vergaben, Honorarfragen,...) werden von dieser nicht bearbeitet. Die Beschwerdeführer werden vielmehr an den niedergelassenen Arzt, den die Beschwerde betrifft, subsidiär an die Ärztekammer, verwiesen.

2.3. Jeder niedergelassene Arzt hat die Möglichkeit durch Übermittlung einer unterschriebenen Beitrittserklärung (Beilage 1) an die Patientenanwaltschaft in diesen Vertrag einzutreten und somit die Tätigkeit der Patientenanwaltschaft auf sich und seine Patienten auszudehnen. Er kann unter Einhaltung einer 1-monatigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Kalendermonates aus diesem Vertrag wieder austreten. Unbeschadet dessen kann von jedem niedergelassenen Arzt der Austritt jederzeit auch ohne Einhaltung der Kündigungsfrist bzw. des Kündigungstermines bei Vorliegen wichtiger Gründe (vgl. § 7 Pkt. 7.2) erfolgen. Die Kündigung bzw. der Austritt hat schriftlich gegenüber der Patientenanwaltschaft zu erfolgen.

Die Patientenanwaltschaft wird der Ärztekammer halbjährlich eine aktuelle Liste der beigetretenen Ärzte übermitteln.

§ 3 Pflichten der Patientenanwaltschaft

3.1. Für die Besorgung der Aufgaben der Patientenanwaltschaft dürfen nur Personen eingesetzt werden, die nach ihrer Ausbildung und Berufserfahrung fachlich und persönlich geeignet sind und die Rechte und Interessen von Patienten in unabhängiger Weise wahren können.

3.2. Die Patientenanwaltschaft hat der Ärztekammer jährlich einen Bericht über ihre Tätigkeiten aufgrund dieser Vereinbarung und die hierbei gesammelten Erfahrungen bis längstens 1.4. des Folgejahres zu übermitteln.

§ 4

Informations- und Auskunftsrechte der Patienten-anwaltschaft

4.1. Die Ärztekammer ist bemüht darauf hinzuwirken, dass möglichst viele niedergelassene Ärzte dieser Vereinbarung beitreten.

4.2. Die dieser Vereinbarung beigetretenen niedergelassenen Ärzte werden der Patienten-anwaltschaft in den Fällen gemäß § 2 Pkt. 2.1 in Absprache mit ihrer Haftpflichtversicherung die erforderlichen Auskünfte erteilen und Stellungnahmen übermitteln sowie der Patienten-anwaltschaft die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderliche Unterstützung zuteil werden lassen (vgl. § 11 Abs. 2 des Patienten- und Klientenschutzgesetzes).

4.3. Ein dieser Vereinbarung beigetretener niedergelassener Arzt, der von der Patienten-anwaltschaft mit einem Schadensfall iSd. § 2 Pkt. 2.1. konfrontiert wird, wird unverzüglich seine Haftpflichtversicherung informieren.

§ 5

Verschwiegenheitspflicht

Die bei der Patienten-anwaltschaft tätigen Personen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen ausschließlich aus dieser Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet, an deren Geheimhaltung ein schutzwürdiges Interesse einer Person besteht.

§ 6

Bearbeitung bzw. Verfahrensablauf

6.1. Die Patienten-anwaltschaft hat auf eine einvernehmliche und außergerichtliche Bereini-gung eines Patientenschadens hinzuarbeiten.

6.2. Die Patienten-anwaltschaft muss zuerst versuchen einen objektiven Sachverhalt zu er-heben. Dazu hat sie alle erforderlichen Informationen vom betroffenen Patienten sowie vom betroffenen niedergelassenen Arzt anzufordern (schriftliche Stellungnahme, Übermittlung der Krankengeschichte oder sonstiger relevanter Aufzeichnungen). Der betroffene nieder-gelassene Arzt kann diese Informationen direkt oder über seine Haftpflichtversicherung der Patienten-anwaltschaft übermitteln.

6.3. Sollten für die außergerichtliche Bereinigung Gutachten eingeholt werden müssen, ist vor Beauftragung durch den Patienten-anwalt das Einvernehmen mit dem von der Be-schwerde betroffenen niedergelassenen Arzt (sowie dessen Haftpflichtversicherung) und dem betroffenen Patienten über die Person des Gutachters herzustellen. Es darf kein Gut-achter beauftragt werden, der ein Naheverhältnis zum betroffenen Patienten bzw. zum be-troffenen niedergelassenen Arzt hat.

6.4. Nach Vorliegen des Gutachtens wird allen Parteien Gelegenheit gegeben zu diesem Stellung zu nehmen. Die Feststellungen im Gutachten sind von der Patienten-anwaltschaft grundsätzlich als Basis für einen allfälligen außergerichtlichen Vergleich heranzuziehen.

6.5. Ziel der außergerichtlichen Bereinigung ist der Abschluss eines außergerichtlichen Ver-gleiches zwischen Patient und betroffenem niedergelassenen Arzt (bzw. dessen Haftpflicht-versicherung). Sollte es zu keinem außergerichtlichen Vergleich kommen, so sind der Pati-ent und der niedergelassene Arzt von der Patienten-anwaltschaft auf die ihnen zustehenden rechtlichen Möglichkeiten hinzuweisen.

§ 7 Vertragsdauer und Kündigung

7.1. Diese Vereinbarung beginnt am 1.4.2007 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die Vereinbarung kann unter Einhaltung einer 1-monatigen Kündigungsfrist zum Letzten eines Kalendermonates mit eingeschriebenem Brief von jedem Vertragsteil gekündigt werden. Mit der Kündigung durch einen der beiden Vertragsteile erlöschen auch alle Beitrittserklärungen niedergelassener Ärzte zu dieser Vereinbarung.

7.2.. Unbeschadet dessen kann die Vereinbarung von beiden Vertragsteilen jederzeit ohne Einhaltung von Kündigungsfristen und -terminen bei Vorliegen wichtiger Gründe mit eingeschriebenem Brief vorzeitig aufgelöst werden.

Ein solcher wichtiger Grund liegt auf Seiten der Ärztekammer insbesondere vor, wenn

- die Patienten-anwaltschaft ihren satzungsgemäßen Aufgaben nicht mehr nachkommt, insbesondere die Funktion der Patienten-anwaltschaft nicht mehr ausgeübt wird;
- die Patienten-anwaltschaft gegen wesentliche Pflichten aus diesem Vertrag, insbesondere im Hinblick auf ihre Unabhängigkeit und Gemeinnützigkeit verstößt.

Ein wichtiger Grund auf Seiten der Patienten-anwaltschaft liegt insbesondere vor, wenn

- der Patienten-anwaltschaft die Ausübung ihrer Tätigkeit iSd § 2 Pkt 2.1. durch ein Verhalten eines Mitarbeiters der Ärztekammer oder eines Arztes unmöglich gemacht wird.

Mit der vorzeitigen Auflösung durch einen der beiden Vertragsteile erlöschen auch alle Beitrittserklärungen niedergelassener Ärzte zu dieser Vereinbarung

7.3. Die Arbeit der Patienten-anwaltschaft wird gemeinsam mit der Ärztekammer evaluiert. Eine allfällige Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Evaluierung erfolgt nur gemeinsam.

7.4. Beschwerden können von der Patienten-anwaltschaft nur dann bearbeitet werden, wenn der Patientenschaden nach dem 01.07.2006 eingetreten ist.

§ 8 Entgelt

Die Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft (vgl. § 2) ist für die Patienten, die dieser Vereinbarung beitretenden niedergelassenen Ärzte sowie die Ärztekammer für Vorarlberg mit keinen Kosten verbunden.

§ 9 Schriftform

Für das Vertragsverhältnis wird die Schriftform vereinbart. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen des Vertragsverhältnisses bedürfen ebenso wie das Abgehen vom Formzwang der Schriftlichkeit.

An die
Patientenanwaltschaft
zHd Herrn Mag. Alexander Wolf
Marktplatz 8
6800 Feldkirch

Beitrittserklärung zum
Kooperationsvertrag vom 6. März 2007

Hiermit erkläre ich, Dr., Facharzt/Arzt für, meinen Beitritt zu dem zwischen dem Verein zur Wahrung der Rechte und Interessen von Patienten und Klienten und der Ärztekammer für Vorarlberg abgeschlossenen Kooperationsvertrag vom 6. März 2007 sowie zu einer allfälligen Folgevereinbarung.

Diese Beitrittserklärung kann unter Einhaltung einer 1-monatigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Kalendermonates sowie bei Vorliegen wichtiger Gründe (vgl. § 7 Pkt. 7.2. des Kooperationsvertrages) jederzeit schriftlich gegenüber der Patientenanwaltschaft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

34 DRINGLICHKEITSTERMINSYSTEM

Im Oktober 2016 wurde ein EDV-basiertes Notfall-/Dringlichkeitsterminsystem eingeführt wird. Mit diesem wird es Kassenvertragsärzten (nicht jedoch Wahlärzten) für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin ermöglicht, für dringliche Fälle kurzfristig und direkt einen Facharzttermin in den Fachrichtungen Augenheilkunde und Optometrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Psychiatrie, Neurologie, HNO, Innere Medizin, Lungenkrankheiten sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Versicherte der ÖGK, der SVS und der BVAEB zu vereinbaren.

34.1 Wie funktioniert dieses Notfall-/Dringlichkeitsterminsystem?

- Erste Anlaufstelle für den Patienten ist stets der Kassenarzt für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde oder Innere Medizin. Dieser trifft - auch bei akuten Beschwerden (Notfällen/dringlichen Fällen) - die Entscheidung, ob überhaupt eine (weitere) fachärztliche Behandlung notwendig ist oder nicht und wenn ja, welche Fachrichtung vom Patienten in weiterer Folge aufgesucht werden soll (= Versorgungspyramide).

- Kassenvertragsfachärzte der Fachrichtungen
 - Orthopädie und orthopädische Chirurgie
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - Innere Medizin
 - Psychiatrie
 - Neurologie
 - Augenheilkunde und Optometrie
 - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
 - Lungenkrankheiten
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfestellen über ein eigenes EDV-Tool (Details zur Funktionsweise dieses EDV-Tools sowie eine Bedienungsanleitung sind in der EDV-Abteilung der Ärztekammer für Vorarlberg erhältlich; Tel. 05572/21900-28 oder edv@aekvbg.at) Notfall-/dringliche Termine außerhalb ihrer mit der Kasse vereinbarten Ordinationszeiten zur Verfügung, die der Kassenarzt für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde oder Innere Medizin buchen kann (Hinweis: Internisten können bei anderen Internisten keine Termine buchen); d.h. wenn diese bei einem von ihnen untersuchten Patienten feststellen, dass es sich dabei um einen Notfall/dringlichen Fall handelt, der raschest fachärztlicher Abklärung bedarf, dann können die Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin über dieses EDV-Tool direkt und mit sehr wenig Aufwand für ihren Patienten den nächsten freien Facharzttermin bei den genannten 9 Fachrichtungen elektronisch buchen (Ausnahme: Internisten bei Internisten). Der Patient erhält den konkreten Facharzttermin vom terminbuchenden Arzt mitgeteilt, er kann diesen mit dem ihm vom terminbuchenden Arzt ausgehändigten Zuweisungsschein unmittelbar wahrnehmen und muss selbst keine weiteren Veranlassungen mehr treffen.

- Die Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin sollen dabei einen Dringlichkeitstermin beim dem Wohnort des Patienten nächstgelegenen geeigneten Facharzt buchen. Ist ein Patient gehunfähig erkrankt und daher nicht in der Lage, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, so ist er vom terminbuchenden Arzt bei Buchung eines Termins bei einem weiter entfernten Facharzt darüber zu informieren, dass allfällige Transportkosten (PKW, ÖRK etc) von der Kasse nur bis zum nächstgelegenen geeigneten Vertragspartner übernommen werden können und er allfällige, darüber hinaus entstehende Transportkosten selbst zu tragen hat.

- Die Teilnahme von Fachärzten und Allgemeinmedizinerinnen an diesem Notfall-/Dringlichkeitsterminsystem ist freiwillig, dennoch hoffen wir, dass sich möglichst viele daran beteiligen und dieses nützen.

34.2 Wie erfolgt die Honorierung und Abrechnung?

- Die Buchung von Terminen in diesem System wird den terminbuchenden Kassenärzten (Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Internisten) - zusätzlich zur normalen Abrechnung - mit einem Zuschlag von € 9,62 pro gebuchtem Termin honoriert. Voraussetzung für die Honorierung ist, dass von diesen in der Abrechnung zusätzlich die Pos. 9600 für jeden über dieses EDV-System gebuchten FA-Termin eingegeben wird und zusätzlich mit der Abrechnung ein Papierausdruck des in diesem EDV-System für den konkreten Patienten gebuchten Termins abgegeben wird (das EDV-System sieht eine entsprechende Möglichkeit vor, derartige Listen auszudrucken).
- Gebuchte Facharzttermine werden - neben der normalen Abrechnung - den Fachärzten zusätzlich mit € 49,21 pro gebuchtem Termin honoriert. Voraussetzung für die Honorierung ist, dass von den Fachärzten in der Abrechnung zusätzlich die Pos. 9601 für jeden über dieses EDV-System bei ihnen gebuchten FA-Termin eingegeben wird und zusätzlich mit der Abrechnung ein Papierausdruck des in diesem EDV-System für den konkreten Patienten bei ihnen gebuchten Termins abgegeben wird (das EDV-System sieht eine entsprechende Möglichkeit vor, derartige Listen auszudrucken).

34.3 Was ist organisatorisch zu beachten?

- Pro Fachgruppe und Quartal soll/kann landesweit maximal nachstehende Terminanzahl über das System zur Verfügung gestellt werden (= Obergrenze):
 - Augenheilkunde und Optometrie: 210
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten: 450
 - Orthopädie und orthopädische Chirurgie: 750
 - Innere Medizin: 900
 - Psychiatrie: 210
 - Neurologie: 210
 - HNO: 300
 - Lungenkrankheiten: 100
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe: 210
- Die jeweiligen Fachgruppenobmänner haben es übernommen, innerhalb ihrer Fachgruppe die Bereitschaft zur Teilnahme und die Verteilung der Terminkontingente zu koordinieren und das Kammeramt anschließend zwecks elektronischer Freischaltung dieser Ärzte im EDV-System zu informieren - wenden Sie sich daher an Ihren Fachgruppenobmann bzw. an die EDV-Abteilung der Ärztekammer (edv@aekvbg.at, 05572/21900-28 bzw. 39), wenn auch Sie dringliche Termine über dieses System bereitstellen möchten. Über das vom jeweiligen Facharzt individuell übernommene Kontingent hinausgehende Dringlichkeitstermine dürfen/können im Wege dieses EDV-Systems nicht zur Verfügung gestellt werden.
- Jene Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Innere Medizin, die in diesem System FA-Termine buchen möchten, müssen sich im Kammeramt melden und freischalten lassen (Herr Hans-Peter Rauch oder Herr Günter Schelling, edv@aekvbg.at; 05572/21900-28 bzw. 39).

- Die am Dringlichkeitsterminsystem teilnehmenden Kassenvertragsfachärzte sollen die von ihnen übernommenen Dringlichkeitstermine spätestens jeden Mittwoch für die jeweils folgende Kalenderwoche eintragen.
- Die Freischaltung der eingetragenen Termine zur Buchung durch Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Internisten erfolgt fortlaufend für die jeweils nächsten 10 Kalendertage.

34.4 Was sind die Vorteile dieses Systems?

- Notfall-/dringliche Patienten erhalten raschest die richtige fachärztliche Behandlung
- Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Internisten dienen als Filter - vielfach bedarf es bei Notfällen-/dringlichen Fällen keiner fachärztlichen Behandlung
- Einhaltung der Versorgungspyramide
- Patientensteuerung/-lenkung
- einfaches, benutzerfreundliches System für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Da von vielen Kassenvertragsärzten immer wieder darüber berichtet wird, dass sich die Terminvereinbarung in dringlichen Fällen teilweise schwierig gestaltet, ersuchen wir darum, dass sich möglichst viele Kassenvertragsfachärzte der relevanten Fachgruppen sowie für Allgemeinmedizin an diesem System beteiligen, um diesen unbefriedigenden Zustand zu verbessern.

Info: Hans-Peter Rauch, Tel. 05572/21900 - 28 DW, Fax: 43 DW
E-Mail: hans-peter.rauch@aekvbg.at

Info: Günter Schelling, Tel. 05572/21900 - 39 DW, Fax: 43 DW
E-Mail: guenter.schelling@aekvbg.at

35 GESAMTVERTRÄGE UND HONORARORDNUNGEN

Die Gesamtverträge samt Zusatzvereinbarungen und Honorarordnungen für alle Kassen (ÖGK, SVS und BVAEB) können von der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg www.arztinvorarlberg.at – Spalte Niedergelassene Ärzte/Kassenwesen heruntergeladen werden.

Jedem Kassenarzt (aber auch jedem Wahlarzt) wird die Durchsicht dieser Unterlagen vor Aufnahme seiner Tätigkeit dringend empfohlen !!

35.1 Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern

Die Honorarordnungen sind auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg www.arztin-vorarlberg.at (Niedergelassenen Ärzte – Kassenwesen) abrufbar. Bei Fragen zur ÖGK-Honorarordnung wenden Sie sich bitte an die kassenärztliche Verrechnungsstelle in der Ärztekammer für Vorarlberg.

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

35.2 Verrechnungsberechtigungen

Einige Leistungen in den einzelnen Honorarordnungen sind für die kassen- oder wahlärztliche Verrechnung an eine **Genehmigung** der Ärztekammer und des jeweiligen Krankenversicherungsträgers gebunden. Hierfür ist ein entsprechendes Ansuchen (unter Vorlage der Ausbildungs- und Gerätenachweise) an die Ärztekammer für Vorarlberg zu richten.

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

Wenn Sie dies verabsäumen können Vertragsärzte diese Leistungen nicht mit den Krankenkassen verrechnen bzw. erhalten Patienten von Wahlärzten keine Rückvergütung für die entsprechende Leistung.

35.2.1 ÖGK:

Für die Verrechnung nachstehend angeführter Tarifpositionen bedarf es nach der mit der ÖGK abgeschlossenen Honorarordnung einer **Sondergenehmigung (d.h. der vorherigen schriftlichen Zustimmung von Kammer und Kasse)**:

- Pos. 203 und 204 (**endoskopische Untersuchungen**), ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Chirurgie
- Pos. 232, 233, 234 (**Dopplersonographien**)
- Pos. 402 (**EKG**) ausgenommen Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde
- Pos. 403 (**Ergometrie**), ausgenommen Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Lungenheilkunde
- Pos. 423 (**EEG**)
- Röntgendiagnostik und Röntgentherapie durch **Teilradiologen**
- **Sonographische Untersuchungen, Pos. 850 ff** (für das Ansuchen um Zulassung kann das beiliegende Formular verwendet werden; Ärzte können zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen zugelassen werden, wenn sie mittels gesondertem Ansuchen ihre Geräteausstattung und ihre fachliche Qualifikation mit dem **Sonographie-Zertifikat der Österreichischen Ärztekammer** gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen)

Darüber hinaus ist für die vertrags- oder wahlärztliche Verrechenbarkeit insbesondere bei nachstehenden Positionen Folgendes zu beachten:

- Pos. 414 - **24-Stunden-Langzeit-EKG** (verrechenbar von Fachärzten für Innere Medizin sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie, nach vorheriger Bekanntgabe und Prüfung der Geräteausstattung durch Kammer und Kasse)
- Pos. 415 - **Automatisches ambulantes 24-Stunden-Blutdruckmonitoring** (Ausbildungsnachweis für Allgemeinmediziner sowie Gerätenachweis für Internisten, Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Kardiologie und Allgemeinmediziner muss der Ärztekammer vorgelegt und von dieser geprüft werden, widrigenfalls eine vertrags- oder wahlärztliche Verrechnung nicht möglich ist)

35.2.2 Kleine Kassen (SVS und BVAEB):

Röntgenleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte/Teilradiologen (ausgenommen Radiologie)

- können nur von jenen Ärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten verrechnet werden, die aufgrund einer ausreichenden Apparatur und des Nachweises der Ausbildung in den betreffenden Röntgenleistungen von der Ärztekammer im Einvernehmen mit dem jeweiligen Krankenversicherungsträger hierzu besonders zugelassen wurden, wobei eine Einschränkung auf bestimmte Arten der Röntgenleistungen erfolgen kann. Fachärzte können Röntgenleistungen grundsätzlich nur in ihrem Fachgebiet tätigen.

Sonographische Untersuchungen

Ärzte können zur Verrechnung von sonographischen Untersuchungen zugelassen werden, wenn sie mittels gesondertem Ansuchen ihre Geräteausstattung und ihre fachliche Qualifikation entsprechend dem **Sonographie-Zertifikat** der Österreichischen Ärztekammer gegenüber der Ärztekammer für Vorarlberg nachweisen. Die Ärztekammer für Vorarlberg leitet (nach Prüfung der fachlichen Qualifikation und der Geräteausstattung) eine entsprechende Information an die kleinen Kassen weiter. Zu beachten: Dzt. ermöglicht nur die SVS (nicht hingegen die BVAEB) den Allgemeinmedizinern eine Abrechnungsbefugnis für bestimmte sonographische Untersuchungen (Näheres erfahren Sie im Kammeramt).

Ergometrien:

Fachärzte für Innere Medizin können bei Nachweis einer Ordinationsausstattung mit Sichter-ergometer, Defibrillator und Reanimationsset eine Sondervereinbarung zur Verrechnung von ergometrischen Untersuchungen erhalten. Die ergometrischen Untersuchungen müssen entsprechend der Empfehlung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft durchgeführt werden.

**Ansuchen um kassenärztliche/wahlärztliche
Verrechnung von Ultraschalluntersuchungen**

Name: _____

Ordinationsadresse: _____

Tel.Nr.: _____

Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin/Facharzt für (*Sonderfach einfügen bzw. Nichtzutreffendes streichen*), führe ab/seit eine Ordination in und ersuche um kassenärztliche/wahlärztliche (*Nichtzutreffendes bitte streichen*) Verrechnung nachstehender Ultraschalluntersuchungen:

ÖGK (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Pos. 232 - direktionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien
- Pos. 233 - dopplersonographische Untersuchung des Karotis-vertebralis-Arteriensystems
- Pos. 234 - dopplersonographische Untersuchung des venösen Systems
- Pos. 850 - Oberbauch
- Pos. 860 - Nieren, Retroperitoneum
- Pos. 870 - Weibliches Becken
- Pos. 880 - Männliches Becken
- Pos. 890 - Ein Organ
- Pos. 892 - Endovaginale Sonographie
- Pos. 893 - Transrektale Sonographie
- Pos. 894 - Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund
- Pos. 895 - Sonographie der Weichteile einer Schulter
- Pos. 900 - Geburtshilflicher Ultraschall bei medizinischer Indikation
- Pos. 910 - Weiterführende differentialdiagnostische Untersuchung eines Feten nach vorangegangener Ultraschalluntersuchung mit Verdacht auf Schädigung auf Missbildung oder Erkrankung
- Pos. 920 - Echokardiographie
- Pos. 922 - Dopplerechokardiographie/Farbdopplerechokardiographie
- Pos. 930 - Schilddrüse
- Pos. 940 - Hüftgelenke beim Säugling
- Pos. 945 - Duplexsonographie des Karotis-vertebralis-Arteriensystems
- Pos. 946 - Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien
- Pos. 947 - Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen
- Pos. 950 - Zuschlag zu den unter Pos. 850-895 und 930 genannten Leistungen bei indizierter Untersuchung von einem oder mehreren weiteren Organen
- Pos. 5009 - Ultraschalluntersuchung in der 8.-12. SSW
- Pos. 5019 - Ultraschalluntersuchung in der 16.-20. SSW
- Pos. 5049 - Ultraschalluntersuchung in der 30.-34. SSW
- Pos. 5069 - Ultraschall Säuglingshüfte/1. Lebenswoche
- Pos. 5119 - Ultraschall Säuglingshüfte/6.-8. Lebenswoche

Kleine Kassen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- US 1 - Sonographie der Leber, Gallenblase und Gallenwege
- US 2 - Sonographie des Pankreas
- US 3 - Sonographie des Oberbauches
- US 4 - Sonographie der Milz
- US 5 - Sonographie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums
- US 7 - Geburtshilflicher Ultraschall bei besonderer medizinischer Indikation
- US 8 - Sonographie des Unterbauches
- US 10 - Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder endovaginale Sonographie
- US 11 - Sonographie des Unterbauches (Pos. US 8) und/oder transrectale Prostata-Sonographie
- US 12 – First-Line-Sonographie (nur für Allgemeinmediziner bei der SVS)
- SP 1 - Sonographie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse
- SP 2 - Sonographie der Halsweichteile
- SP 3 - Sonographie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis
- SP 5 - Sonographie der Mamma bei unklarem Mammographiebefund
- SP 6 - Sonographie von oberflächlichen Raumforderungen (z.B. Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)
- SP 7 - Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste
- SP 9 - Sonographie der kindlichen Hüften im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht
- SP 10 - Sonographie des Scrotainhaltes
- DS 1 - Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenarterien
- DS 2 - Bidirektionale Dopplersonographie der Extremitätenvenen
- DS 3 - Bidirektionale Dopplersonographische Untersuchung des Carotis und Vertebralis-Arteriensystems
- DS 4 - Zuschlag zu Pos. FD 1 für dopplersonographische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation
- DS 5 - Transcranielle Dopplersonographie der intracraniellen Arterien einschließlich Dokumentation und Beurteilung
- FD 1 - Farbduplexsonographie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems
- FD 2 - Zuschlag zu den Pos. US 1 sowie US 3 für Farbduplexsonographie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild
- FD 3 - Zuschlag zu Pos. US 5 für Farbduplexsonographie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta
- FD 4 - Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien
- FD 5 - Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen
- EK 1 - Echokardiographie mit zweidimensionaler Darstellung
- EK 2 - Echokardiographie gemäß Pos. EK 1 einschließlich Dopplersonographie des Herzens mit gepulsten und/oder CW-Doppler
- MS1 - Ultraschalluntersuchung in der 8.-12. SSW
- MS 2 - Ultraschalluntersuchung in der 16.-20. SSW
- MS 3 - Ultraschalluntersuchung in der 30.-34. SSW
- KS 1 - Ultraschall Säuglingshüfte/1. Lebenswoche
- KS 2 - Ultraschall Säuglingshüfte/6.-8. Lebenswoche

Meine fachliche Qualifikation können Sie den diesem Ansuchen **beiliegenden Ausbildungsnachweisen (ÖÄK-Zertifikat)** entnehmen, meine Geräteausstattung ist aus dem diesem Ansuchen **beiliegenden Gerätenachweis** ersichtlich.

(Datum)

(Unterschrift)

35.3 Eigenlabor/Ordinationslabor:

ÖGK:

Im Bereich der **ÖGK** gilt im Bereich des **Eigenlabors** Folgendes:

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% bzw. bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin mehr als 20% der abgerechneten Punkte aus eigenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Stammen bei Vertragsfachärzten mehr als 25% der abgerechneten Punkte aus zugewiesenen Fällen aus den Eigenlaborpositionen 600 bis 714 und 730 bis 770, so werden die diese Prozentsätze übersteigenden Eigenlaborpunkte nicht honoriert.

Die Honorarordnung der ÖGK sieht seit jeher vor, dass die Positionen Nr. 100 und 101 (Blutabnahme aus der Vene) nicht zusammen mit den Positionen Nr. 600 (Blutbefund komplett), Nr. 620 (Blutsenkung) sowie Nr. 621 (Blutsenkung bei Kindern bis zu 10 Jahre) verrechnet werden können, da die Blutabnahme bereits in den Positionen Nr. 600, 620 und 621 enthalten ist.

SVS und BVAEB:

Hier können nur die Laborpositionen gemäß den nächsten Seiten verrechnet werden.

BVAEB - Akut/Ordinationslabor Parameter: Stand 1.1.2022

BVAEB							
Position	AM (01)	Derma (05)	Kinder (08)	Lunge (10)	Uro (16)	Innere (07)	Gyn (06)
BB 1.01							
Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ 2.04							
Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 2.05							
D-Dimer, 2.09							
BZ 3.01							
Creatinin 3.05							
Bilirubinbestimmung, 3.07							
Direkt, indirekt Bilirubin 3.08							
Natrium 3.15							
Kalium 3.16							
GOT 4.07							
GPT 4.08							
GGT 4.09							
Troponin 4.20							
chem. Harnbefund, 5.01							
Streifentest im Harn 5.02							
Harnsediment 5.03							
Stuhl okkultes Blut 7.02							
cCRP 11.25							
Nativpräparat 12.01							
Kultur auf Pilze 12.07							
Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger 12.12							
A-Streptokokken Schnelltest 12.93							
Oraler Glucose Toleranz Test 15.01							

Legende:

	Akutlabor
	Ordinationslabor

SVS - Akut/Ordinationslabor Parameter: Stand 1.1.2022

SVS							
Position	AM (01)	Derma (05)	Kinder (08)	Lunge (10)	Uro (16)	Innere (07)	Gyn (06)
BB 1.01							
Thromboplastinzeit (TPZ, Quick) oder „Normotest“ 2.04							
Thrombotest (nur zur Antikoagulantienkontrolle) 2.05							
D-Dimer, 2.09							
BZ 3.01							
Creatinin 3.05							
Bilirubinbestimmung, 3.07							
Direkt, indirekt Bilirubin 3.08							
Natrium 3.15							
Kalium 3.16							
GOT 4.07							
GPT 4.08							
GGT 4.09							
Troponin T oder Troponin 4.20							
chem. Harnbefund, 5.01							
Streifentest im Harn 5.02							
Harnsediment 5.03							
Stuhl auf okkultes Blut 7.02							
CRP 11.25							
Nativpräparat 12.01							
Kultur auf Pilze 12.07.							
Keimzahlbestimmung mittels Harnkultur auf Objektträger 12.12							
A-Streptokokken Schnelltest 12.93							
Oraler Glucose Toleranz Test 15.01							

Legende:

	Akutlabor
	Ordinationslabor

35.4 Spezifisches zur ÖGK-Honorarordnung

Insbesondere folgende **neue Abrechnungspositionen** wurden in den letzten Jahren **neu** geschaffen:

Pos. 34:

Zuschlag für ärztliche Koordinierungstätigkeit durch den behandlungsführenden Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde € 24,08

Dieser Zuschlag ist von Ärzten für Allgemeinmedizin einmal pro Fall und Quartal in jenen Fällen verrechenbar, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen. Die Koordinierungstätigkeit ist zu dokumentieren, die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Gesamtlimit: 5 % der abgerechneten Fälle.

Erläuterungen zum Positionstext:

1. Notwendigkeit zur Organisation und intensiven Koordination der ambulanten, häuslichen Versorgung von chronisch kranken, polymorbiden sowie onkologischen und palliativen Patienten.
2. Telefonische und/oder persönliche Gespräche bzw. Kontaktaufnahme zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitsbereich zur optimalen Koordinierung der Pflegemaßnahmen, Spezialbehandlungen und rehabilitativen Maßnahmen (insbesondere Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Mobiler Hilfsdienst, Case-Manager im Sozialbereich, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Hospiz).

Sofern an einem Tag ausschließlich die Pos. 34 erbracht wird, ist eine o-card-Konsultation zu erzeugen (andernfalls ist eine Verrechnung nicht möglich).

Pos. 416:

Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung 65 Punkte

Verrechnungsbestimmungen für Pos. 416:

Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der ÖGK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes inkl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis

(Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren.

Weiters gilt:

- c) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal.
- d) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.
- d) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen 73, 81, 83 (Konsilium), 239 (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 416 unlimitiert mitabgerechnet werden.

Pos. 438 und 439:

438 Herzschrittmacherkontrolle (1-Kammer- oder 2-Kammer-System)
mit 60 Punkten

439 Kontrolle eines Herzschrittmachers zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) oder in Form eines implantierten Kardioverter-Defibrillators (ICD) mit 100 Punkten

Die Pos. 438 und 439 sind abrechenbar für Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie für Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzfach Kardiologie. Mit den vorgesehenen Honoraren für die Pos. 438 bzw. 439 ist auch der gesamte anlässlich des Kontrolltermins anfallende Material- und Geräteaufwand abgegolten.

Pos. 417:

Bodyplethysmographie (zur differenzierten Diagnostik aller Obstruktiven und restriktiven Atemwegserkrankungen) 23 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 417:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie sowie von Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar. Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzqualifikation (z.B. Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie) sind zur Verrechnung befugt, wenn sie hiezu von der ÖGK im Einvernehmen mit der ÄK berechtigt wurden. Regiezuschlag in Höhe von € 22,47.- bei Durchführung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Pädiatrische Pulmologie; abrechenbar in maximal 10% der Fälle. Die Leistung ist zu dokumentieren, Befund und Dokumentation sind drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen vorzulegen.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 417 unlimitiert mitabgerechnet werden.

Pos. 418:

Messung der CO-Diffusionskapazität (nach single breath oder steady state Methode)
20 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 418:

Diese Position ist ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie und Fachärzten für Lungenkrankheiten verrechenbar.

Pos. 437:

Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag –

1. Außenanamnese mit Bezugspersonen (Erhebung der Außenanamnese von psychisch Kranken im Rahmen der Krankenbehandlung, persönlich oder telefonisch) und/oder

2. Sozialpsychiatrische Intervention (umfaßt eine eingehende sozialpsychiatrische Beratung zur Koordination der Behandlung mit Bezugspersonen des Patienten (Angehörige, Hausarzt, Psychotherapeut, Psychologe, Psychosoziale Einrichtung, Sozialarbeiter, andere am Gesamtbehandlungsplan beteiligte Personen oder Institutionen), inklusive Telefonkontakten)

10 Punkte pro beendeten 5 Minuten

Die **Pos. 437** ist nur für Vertragsfachärzte für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie sowie für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (nicht für Vertragsfachärzte für Neurologie) verrechenbar. Der Koordinationszuschlag ist nur verrechenbar, wenn Uhrzeit und Verhältnis der konsultierten Personen zum Patienten dokumentiert sind. Die Dokumentation ist drei Jahre aufzubewahren und der ÖGK auf Verlangen zur Verfügung zu stellen. Der Koordinationszuschlag ist maximal vier mal pro Patient und Quartal verrechenbar.

Sofern an einem Tag ausschließlich die Pos. 437 erbracht wird, ist eine o-card-Konsultation zu erzeugen (andernfalls ist eine Verrechnung nicht möglich).

Pos. 454

Tumornachsorge nach maligner Hauterkrankung

Diese Position umfaßt eine gezielte Anamnese, die Inspektion des gesamten Integuments sowie Palpation der Primärnarbe, In- transit- und Lymphabstromgebiete und Lymphknotenstationen.

20 Punkte

Die Pos. 454 ist nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten verrechenbar.

Hinweis: Die Pos. 72 kann zusätzlich zur Pos. 454 unlimitiert mitabgerechnet werden

Pos. 946

Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien zur exakten

Diagnostik von arteriellen Durchblutungsstörungen

50 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 946:

Diese Position ist nur verrechenbar bei Vorliegen pathologischer Vorbefunde im Rahmen der Druckindexbestimmung.

Verrechenbar nur für Fachärzte für Innere Medizin, Radiologie, Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie mit Sondergenehmigung (siehe oben den generellen Hinweis zur kassen-/wahlärztlichen Verrechenbarkeit von Ultraschalluntersuchungen)

Hinweis:

In Fällen, in denen eine medizinische Notwendigkeit zur Farbduplexsonographie der Extremitätenarterien beider Seiten besteht, kann die Pos. 946 pro Seite gesondert abgerechnet werden.

Wie es sich zeigt, besteht in ganz seltenen Fällen (z.B. Raynaudsyndrom, Vaskulitisverdacht) die medizinische Notwendigkeit, dass nicht nur die beiden unteren Extremitäten, sondern zusätzlich auch die oberen Extremitäten sonographisch untersucht werden müssen. In diesen sehr seltenen, aber medizinisch sehr aufwändigen Fällen, können die Pos. 946 bzw. 947 am gleichen Tag beim gleichen Patienten insgesamt vier mal (je zweimal pro Extremität)

abgerechnet werden. Allerdings muss dafür im Begründungsfeld der Abrechnung der medizinische Grund angegeben werden.

Pos. 947:

Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen

50 Punkte

Verrechnungsbestimmungen zu Pos. 947:

Diese Position ist nur bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine Thrombose einer tiefen Vene oder zur Abklärung einer venösen Insuffizienz verrechenbar.

Verrechenbar nur für Fachärzte für Innere Medizin, Radiologie, Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie und Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Sondergenehmigung (siehe oben den generellen Hinweis zur kassen-/wahlärztlichen Verrechenbarkeit von Ultraschalluntersuchungen)

Hinweis:

In Fällen, in denen eine medizinische Notwendigkeit zur Farbduplexsonographie der Extremitätenvenen beider Seiten besteht, kann die Pos. 947 pro Seite gesondert abgerechnet werden.

Wie es sich zeigt, besteht in ganz seltenen Fällen (z.B. Raynaudsyndrom, Vaskulitisverdacht) die medizinische Notwendigkeit, dass nicht nur die beiden unteren Extremitäten, sondern zusätzlich auch die oberen Extremitäten sonographisch untersucht werden müssen. In diesen sehr seltenen, aber medizinisch sehr aufwändigen Fällen, können die Pos. 946 bzw. 947 am gleichen Tag beim gleichen Patienten insgesamt vier mal (je zweimal pro Extremität) abgerechnet werden. Allerdings muss dafür im Begründungsfeld der Abrechnung der medizinische Grund angegeben werden.

Pos. 45 (monatlicher Zuschuss zu EDV-Wartungskosten für eKOS): **€ 4,00.-** (Hinweis: die Abrechnung erfolgt patientenunabhängig und ist ab dem ersten Verwendungsmonat von eKOS möglich, sofern eKOS in der Vertragspartnersoftware integriert ist - mehr dazu siehe Kapitel 5)

Pos. 269 (Optische Kohärenztomographie - OCT): € 88,71 (in max. 25% der Fälle verrechenbar)

Pos. 293 Nahtentfernung bei größeren Wundnähten (zB nach Bypass-OP): 10 Punkte; einmal pro Patient und Quartal verrechenbar, sofern zumindest 12 Nähte oder Klammern entfernt wurden

Pos. 419 Erstmalige Anlage eines Somatogramms bei klinisch begründetem Verdacht auf Minder- oder Riesenwuchs, Untergewicht, Adipositas Mikro- oder Macrocephalie. Das Somatogramm ist aufzubewahren und bei Folgebesuchen zu verwenden: **8 Punkte**

Pos. 429 Fortführung eines Somatogramms: 6 Punkte (einmal pro Patient und Quartal verrechenbar); nicht im selben Quartal für einen Patienten verrechenbar, in dem die Pos. 419 zur Abrechnung gelangt.

Pos. 649 - Troponin-T Test: 7 Punkte (die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten); Die Kasse kauft die Testsets ein und die Ärzte können die Testsets bei der Kasse über den Ordinationsbedarf zu deren Einkaufspreis kaufen.

Pos. 636 D-Dimer: 8 Punkte (Die Kosten des Testsets sind mit dem Tarif abgegolten; die Testsets können bei der ÖGK über den Ordinationsbedarf zum Einkaufspreis der ÖGK gekauft werden)

Pos. 238E, 238WE und 238WF (Substitutionsbehandlungen – Details sind der Honorarordnung zu entnehmen)

Neuregelung Wegegebühren:

Seit 1.1.2019 können die Wegegebühren bei jedem Krankenbesuch verrechnet werden. Die Wegegebühren, die neben den Honoraren vergütet werden, betragen einheitlich € 0,80 je vollem Kilometer.

Vergütet werden ausschließlich die zum Zweck der Durchführung von Krankenbesuchen tatsächlich zurückgelegten Kilometer ohne Rücksicht auf das vom Arzt benutzte Beförderungsmittel, die Beschaffenheit des Weges, die Tageszeit, den Wochentag etc.

Beim Besuch mehrerer Patienten, die bei der ÖGK versichert sind, an derselben Adresse kann eine Wegegebühr nur einmal verrechnet werden. Bei am gleichen Tag an mehreren Adressen durchgeführten Krankenbesuchen sind die Wegegebühren so zu verrechnen, wie sie sich aus der Besuchsreihe mit Vermeidung jedes Umwegs und unter Zugrundelegung der kürzesten befahrbaren Wegstrecke ergeben. Abweichungen von der kürzesten Wegstrecke und mehr als ein Krankenbesuch am gleichen Tag an derselben Adresse sind in der Wegegebührenliste unter Angabe eines Grundes (zB dringende Berufung etc) zu vermerken.

Die Verrechnung der Wegegebühren hat mittels einer Tagesliste (diese ist in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle erhältlich - Herr Klaus Hausmann, DW 36), aus der die gefahrenen Kilometer und die Anzahl der besuchten Patienten hervorgehen, zu erfolgen. Bei Fremdkassenfällen hat die Verrechnung der Wegegebühren pro besuchtem Patienten (wie bisher) zu erfolgen.

Auch hinsichtlich der zurückgelegten Distanzen ist das Maß des Notwendigen gemäß § 133 Abs 2 ASVG einzuhalten. Beschränkungen der Verrechenbarkeit der Wegegebühren können im Einvernehmen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg und der ÖGK festgelegt werden.

Abrechnungsmöglichkeit von aus dem intramuralen Bereich an einen Arzt für Allgemeinmedizin zugewiesenen Fälle außerhalb der Scheinquote wie folgt:

- A) Leistungen, die über schriftliche Zuweisungen der Vorarlberger Landeskrankenhäuser (Bregenz, Hohenems, Feldkirch, Rankweil und Bludenz), des Krankenhauses Dornbirn, des Krankenhauses Maria-Ebene, der Dialyse Nenzing und Bregenz sowie der Krankenhäuser Oberstdorf, Immenstadt und Kempten von Kassenvertragsärzten für Allgemeinmedizin erbracht werden, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.
- B) Folgende Positionsnummern wurden hierfür in die Honorarordnung aufgenommen:
Pos. 18EZ – Erste Ordination über Zuweisung eines Krankenhauses beim Arzt für Allgemeinmedizin (26 Punkte)
Pos. 18NZ – Weitere Ordination beim Arzt für Allgemeinmedizin mit neuerlicher Zuweisung eines Krankenhauses (18 Punkte)
- C) Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18EZ; alle Punkte, die in diesem Quartal bei diesem Patienten anfallen, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.
- D) Wenn der Erstkontakt beim Allgemeinmediziner im Quartal ohne Zuweisung eines Krankenhauses erfolgt, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 10. Erfolgt anschließend ein weiterer Kontakt dieses Patienten beim Allgemeinmediziner mittels einer Zuweisung eines Krankenhauses, dann verrechnet der Allgemeinmediziner die Pos. 18NZ; alle Punkte, die an diesem Tag anfallen, werden außerhalb der Scheinquote abgerechnet.

Erbringung telemedizinischer Leistungen bei der ÖGK

Um Telemedizin dauerhaft zu etablieren, wurde zwischen ÖGK und Ärztekammer für Vorarlberg eine gesamtvertragliche Vereinbarung betreffend Telemedizin abgeschlossen.

Definition Telemedizin:

Telemedizin ist die Bereitstellung von ärztlichen Leistungen durch Vertragsärzte mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien (wie zB das Telefon, die Videokonsultation) für den Fall, dass der Patient und der Arzt nicht am selben Ort sind.

Abrechenbarkeit von Telemedizin mit der ÖGK:

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen auf Kassenkosten ist zulässig, wenn diese ärztlich vertretbar, berufsrechtlich zulässig, zweckmäßig und genauso erfolgsversprechend wie eine persönliche Leistungserbringung sind und die erforderliche ärztliche Sorgfalt eingehalten wird.

Telemedizinische Leistungen werden grundsätzlich nach der jeweils geltenden Honorarordnung in gleicher Höhe honoriert, wie wenn die Leistung ohne Zuhilfenahme telemedizinischer Methoden erbracht wird und so, als wenn die Leistung in der Ordination erbracht worden wäre.

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen kann unbegrenzt mit Stecken der o-Card abgerechnet werden.

In der **elektronischen Abrechnung** müssen telemedizinische Leistungen mit folgenden zwei Positionen

- **Pos. Nr. 9710** (TELE) - telefonische Leistungserbringung
oder
- **Pos. Nr. 9720** (VIDEO) - Videokonsultation

zusätzlich gekennzeichnet werden. Diese Kennzeichnung ist wichtig, andernfalls sind die erbrachten telemedizinischen Leistungen nicht als solche erkennbar und werden gestrichen.

Beispiele:

- Es wird eine telefonische Folgeordination vom Kassenarzt für Allgemeinmedizin erbracht. In der elektronischen Abrechnung werden vom Kassenarzt die Positionen 11 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.
- Es wird eine telefonische Erstordination vom Kassenarzt für Innere Medizin ohne Zuweisung erbracht, die länger als 15 Minuten dauert. In der elektronischen Abrechnung werden vom Kassenarzt die Positionen 52, 72 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.

Folgende Leistungspositionen können jedenfalls telemedizinisch erbracht und mit den Positionen 9710 bzw. 9720 in der Abrechnung gekennzeichnet werden:

Pos. Nr. 10, 11, 12 nur im Bereitschaftsdienst, 15, 16, 30, 32, 33, 44, 50 bis 54, 70, 72, 73, 230, 239, 409, 413, 430 bis 434, 490 bis 494, 6100 bis 6730, 9600, 9601

Verrechnungsbeschränkungen bei Telemedizin

Konsilium:

Zieht der Vertragsarzt im Rahmen einer telemedizinischen Fallkonferenz bzw eines telemedizinischen Konsiliums einen anderen in Vorarlberg niedergelassenen Vertragsarzt bei, kann der beigezogene Vertragsarzt die in der Honorarordnung vorgesehene Grundleistung (= Ordinationspositionen) sowie bei Vorliegen der Voraussetzungen auch weitere (Sonder-)Leistungen verrechnen; die in der Honorarordnung vorgesehenen Positionen für ein Konsilium können vom beigezogenen Vertragsarzt (Pos. 40 und 42; 80 und 82) hingegen nicht verrechnet werden.

Erbringung telemedizinische und persönliche Behandlung am gleichen Tag:

Bei Erbringung einer telemedizinischen und einer persönlichen Behandlung am selben Tag wird die telemedizinische Behandlung grundsätzlich nicht honoriert - es sei denn, die Notwendigkeit der weiteren Konsultation am gleichen Tag wird vom behandelnden Arzt dokumentiert (= die Notwendigkeit muss vom Arzt im Begründungsfeld der Abrechnung dargelegt werden). Solche Einzelfälle sind zusätzlich mit der Position **Nr. 9730** (PERS) in der Abrechnung zu kennzeichnen.

Beispiel:

Patient wird am Vormittag in der Ordination des Kassenallgemeinmediziners behandelt, am Nachmittag findet eine zusätzlich notwendig gewordene telefonische Behandlung des gleichen Patienten statt.

In der Abrechnung werden folgende Pos.-Nr. eingegeben: 10, 11, 9710 und 9730; am Vormittag findet eine e-card-Konsultation, am Nachmittag eine o-card-Konsultation statt.

Zuschläge außerhalb der Ordinationszeiten für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst:

In der Honorarordnung vorgesehene Zuschläge für die Inanspruchnahme außerhalb der Ordinationszeiten bzw. in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen können für telemedizinische Behandlungen nur im Bereitschaftsdienst verrechnet werden.

Beispiel:

Ein Kassenarzt für Allgemeinmedizin hat Wochenenddienst und muss eine akute telefonische Behandlung außerhalb der Wochenendordinationszeit erbringen. In der elektronischen Abrechnung werden die Pos. 16, 12 und 9710 eingegeben, eine o-card-Konsultation wird erzeugt.

Hinweis:

In jenen Sprengeln, in denen 24-Stunden-Bereitschaftsdienste geleistet werden (aktuell Lech/Zürs in den Wintermonaten) gibt es für die telefonische Krankenbehandlung bereits die Pauschalposition 9619; diese ist auch künftig für telefonische Krankenbehandlungen zu verwenden (die Pos. 9610 kombiniert mit der Pos. 9710 kann nicht für telefonische Krankenbehandlungen im Nachbereitschaftsdienst verwendet werden).

Bei wem können telemedizinische Behandlungen erbracht werden?

Telemedizinische Behandlungen sind nur bei bekannten Patienten, also bei Patienten zulässig, die beim Vertragsarzt bereits persönlich in Behandlung waren. Ausgenommen davon ist die telemedizinische Leistungserbringung durch einen Vertretungsarzt, einen beim Vertragsarzt angestellten Arzt sowie telemedizinische Leistungen im Bereitschaftsdienst und bei sonstigen dringlichen Fällen.

Eine telemedizinische Leistung darf nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erbracht werden. Dem in Behandlung übernommenen Patienten muss immer auch die Möglichkeit freigestellt sein, den Vertragsarzt anstelle einer telemedizinischen Behandlung persönlich aufzusuchen.

Videokonferenzsystem der ÖGK

Ärzte, die Interesse haben das Videokonferenzsystem der ÖGK für Ihre Patienten zu nutzen, werden gebeten, sich im Kammeramt zu melden (aek@aekvbg.at). Die Kammer wird dann diese Interessenten an die ÖGK weiterleiten.

Infektionsserologische Kontrollen des Impfstatus:

Die Veranlassung von infektionsserologischen Kontrollen des Impfstatus im Großlabor ist nicht auf Kassenkosten möglich. Vielmehr handelt es sich um eine Privatleistung, die von den Patienten selbst zu bezahlen ist.

Ausstellung von Zuweisungen zu Fachärzten:

Eine Zuweisung darf nur nach ärztlicher Untersuchung ausgestellt werden und es hat die Ausstellung der Zuweisung vor der Inanspruchnahme des zugewiesenen Arztes zu erfolgen, d.h. dass das Behandlungsdatum beim zugewiesenen Arzt nicht vor dem Ausstellungsdatum der Zuweisung liegen darf. Die Ausstellung einer Zuweisung „*im Nachhinein*“ ist daher nicht zulässig.

Das ÖGK-System betreffend Zuweisungen hat sich grundsätzlich bewährt und ist noch immer zukunftsweisend. Dieses System trägt nämlich maßgeblich mit dazu bei, dass die sog. Versorgungspyramide gewährleistet wird. In anderen Bundesländern verzeichnen Allgemeinmediziner teils deutliche Rückgänge an Patientenzahlen, da die Patienten immer weniger die Hausärzte und immer mehr direkt fachärztliche Hilfe (unter Umgehung des Hausarztes) in Anspruch nehmen. Dies insbesondere deshalb, da dort keinerlei finanzieller Anreiz besteht, sich primär an den Hausarzt zu wenden.

Unser System hingegen wirkt diesem Trend entgegen, sofern sich beide Arztgruppen konsequent daran halten. Dafür zu sorgen ist nicht nur als Aufgabe der Kammer sondern Aufgabe eines jeden einzelnen Kassenarztes. Das System funktioniert nur, wenn die vorgesehene Reihenfolge, nämlich die Indikationsstellung zur fachärztlichen Untersuchung und die dann folgende Zuweisung zum Facharzt erfolgt.

Zuweisungen zu kurativen Mammographien:

Seit 1.1.2014 muss eine eindeutige Indikation aus der Indikationenliste (siehe Beilage) vorliegen und auf der Zuweisung angeführt werden, widrigenfalls keine Abrechnungsmöglichkeit des Radiologen mit der Sozialversicherung besteht.

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

Hausbesuche bei ÖGK (vgl. § 12 Abs 1 des Gesamtvertrages):

Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Eine Unzumutbarkeit liegt hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin jedenfalls dann vor, wenn die Voraussetzungen für einen Krankentransport gem. den Bestimmungen der Satzung des Versicherungsträgers vorliegen, es sei denn, die Untersuchung/Behandlung in den Ordinationsräumlichkeiten ist aus folgenden Gründen notwendig:

- a) Notwendige Verwendung von Geräten, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten des Vertragsarztes zur Verfügung stehen (dies sind EKG, Ultraschall, Bestrahlungen, elektrische Behandlungen, Oszillometrie, teilradiologische Leistungen),
- b) Verabreichung von Infusionen,
- c) Verabreichung von Injektionen, bei denen aufgrund der abgegebenen Arzneimittel Wechselwirkungen bzw. Nebenwirkungen, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten beherrschbar sind, nicht auszuschließen sind,
- d) Wundversorgungen, bei denen Komplikationen, die nur in den Ordinationsräumlichkeiten beherrschbar sind, zu erwarten sind.

Das Vorliegen des betreffenden Grundes ist auf der Transportbescheinigung anzuführen. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche bis 9 Uhr beim Arzt anzumelden.

Covid-19-Abrechnungspositionen:

Die **spezifischen Covid-19-Abrechnungspositionen mit der ÖGK** für z.B. Impfungen, Long-Covid... finden Sie im ÖGK-Honorartarif unter <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/oegk>.

35.5 Spezifisches zu den Honorarordnungen von SVS und BVAEB

SVS:

Mit 1.1.2020 wurden die SVA und die SVB zur sog. SVS fusioniert.

Folgende Punkte sind zu beachten:

- Die Abrechnung erfolgt bei der SVS monatlich.
- Die UID-Nummer der SVS lautet ATU 74620109, diese ist bitte bei jeder Abrechnung anzuführen.
- Bezeichnung „40 | SVS-GW“ und „50 | SVS-LW“
 - Im E-Card-System werden die Anspruchsberechtigten als SVS-GW (gilt für GSVG Versicherte) bzw. SVS-LW (gilt für BSVG-Versicherte) dargestellt

- Bitte führen Sie Ihre elektronischen Abrechnungen getrennt nach den bisher verwendeten Trägercodes ("40" für "SVS-GW", "50" für "SVS-LW") durch.
- Bitte sorgen Sie dafür, dass die Kürzel („SVS-GW“, „SVS-LW“) bei der elektronischen Zuordnung und auf Papierbelegen (z.B. auf Rezepten, Überweisungsscheinen etc.) aufgebracht bzw. verwendet werden.
- Etwaige ärztliche Abrechnungsunterlagen in Papierform können Sie gemeinsam, jedoch bitte nach SVS-GW und SVS-LW sortiert, an Ihre Abrechnungsstelle senden
- Der Honorarkatalog der SVS kann unter https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/kassen/261766 heruntergeladen werden. Für die Abrechnung sind insbesondere folgende weitere Punkte relevant:
 - **Telefonordination:** Hier gibt es seit 1. Juli 2020 ein Pilotprojekt, das mit 30.6.2025 befristet ist (Pos. OEK - Ordination unter Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel) - inhaltlich analog wie bei BVAEB (siehe unten).
 - **Bundeslandspezifische Abrechnungszusagen der (ehemaligen) SVA** bleiben auch für die SVS (sowohl für GSVG- als auch für BSVG-Versicherte) in unveränderter Form aufrecht (z.B. Dringlichkeitsterminsystem, Schmerzboard usw. in Vorarlberg).
 - Als Ausbildungsnachweis für die Verrechnung der **Pos. 26i – Chirodiagnostik und Chirotherapie** (40 Punkte; max. 5 Sitzungen pro Patient und Quartal verrechenbar) ist das ÖÄK-Diplom „Manuelle Medizin“ erforderlich.

Alle Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Orthopädie, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, HNO, Neurologie sowie Psychiatrie, die diese Position mit der SVS verrechnen wollen, müssen zuvor mit einem formlosen e-mail unter Vorlage des ÖÄK-Diploms im Wege der Ärztekammer für Vorarlberg um die Zulassung zur Verrechenbarkeit ansuchen. Die Ärztekammer leitet die Anträge dann befürwortend an die SVS weiter.

- Die Regelung nach lit. h 2. Abs. zur Position TA, nach der im gleichen Abrechnungszeitraum neben der VU-Basisuntersuchung eine TA nicht verrechenbar ist, wird vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert.
- Die Regelung nach Abschnitt C Punkt 2. über die Bewilligungspflicht physikalischer Therapien und Bestrahlungstherapien ab 20 Behandlungseinheiten wird vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert.
- Hinsichtlich der Verrechenbarkeit der Wegegebühren (Pos. 9a und 9b) durch Vertragsärzte wird Folgendes vereinbart:
Die Bestimmungen bezüglich der Honorierung der Wegegebühren (Pos. 9a und 9b) nach § 9 des Gesamtvertrages und Punkt 4. der Allgemeinen Bestimmungen zur Honorarordnung werden vorübergehend bis 31.3.2025 sistiert. Die

Anzahl der abrechenbaren Wegegebühren (Pos. 9a und 9b) ergibt sich aus der tatsächlich zurückgelegten Strecke, wobei Reststrecken unter 500 m auf ganze Kilometer abzurunden und jene ab 500 m auf ganze Kilometer aufzurunden sind. Die Regelungen bezüglich Besuchsreihen bleiben weiterhin aufrecht. Die für Bludenz, Bregenz, Dornbirn, Feldkirch und Lustenau bestehenden Regelungen (§ 9 Abs 3 lit c Gesamtvertrag) behalten unverändert ihre Gültigkeit.

- Medizinisch notwendige ärztliche Leistungen, die in der ÖGK-Honorarordnung enthalten sind, aber mit 1.1.2020 bzw. 1.1.2024 nicht in den Leistungskatalog der SVS übernommen werden konnten, bleiben für jene Vertragsärzte, die diese 2019 bei SVB-Versicherten tatsächlich abgerechnet haben, weiterhin zu den per 31.12.2019 gültigen Konditionen (Tarife, Abrechnungsbeschränkungen) im Wege einer SVS-Abrechnungszusage für SVS-Anspruchsberechtigte abrechenbar. **Alle jene Vertragsärzte, die eine Abrechnungszusage mit der SVS für die nachstehend angeführten Leistungen (für GSVG- und für BSVG-Versicherte) möchten, müssen eine solche Abrechnungszusage schriftlich im Wege der Ärztekammer für Vorarlberg ([Stefan.nitz@aekvbg.at](mailto: Stefan.nitz@aekvbg.at)) beantragen, damit eine Verrechnung dieser Leistungen mit der SVS möglich ist.**

FACH	Positionstext	SVS-Pos. Nr.	SVS-Tarif
AM GYN ORTHO	Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrat) verrechenbar nur mit ÄK-Diplom Akupunktur	237	28,29 €
KINDER	Harngewinnung mittels sterilem Auffangbeutel bei Säuglingen und Kleinkindern	446	8,49 €
INNERE	Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) und Therapieüberwachung Verrechenbar nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Zusatzfach Rheumatologie, Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie und für diejenigen Internisten, die zur Verordnung von Biologicals lt. Vereinbarung mit der VGKK berechtigt sind. Die Therapieeinstellung beinhaltet die Aufstellung eines Behandlungsplanes inkl. eventuell notwendiger Hilfsmittelversorgung, Physio- und Ergotherapieverordnung. Weiters die Patientenaufklärung betreffend Medikamentenwirkung, Vorsichtsmaßnahmen, Umgang mit Nebenwirkungen und verantwortungsvollen Umgang mit der Medikation, die Patientenschulung für die Selbstinjektion, die Koordination mit anderen Ärzten, gegebenenfalls die Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel und Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt und die Dokumentation der Krankheitsaktivität mittels standardisierter Verfahren. Der Krankheitsverlauf und der Behandlungserfolg sowie die Verträglichkeit einer Behandlung mit DMARD's sind vom Rheumatologen zu überwachen und schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation und die Überprüfung der Krankheitsaktivität sowie das Ansprechen auf die Basistherapie hat durch Erhebung eines validierten Scores wie dem Disease Activity Score 28 (DAS-28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI) bei rheumatoider Arthritis oder Psoriasisarthritis oder Erhebung des BASDAI bei ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) bzw. bei Spondyloarthritis zu erfolgen. Die Messresultate sind zu interpretieren. Weiters gilt: a) Die Therapieeinstellung und –überwachung rheumatologischer Patienten lt. dieser Position dauert mindestens 40 Minuten im Quartal. b) Die Dokumentation ist 3 Jahre aufzubewahren und der Kasse auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.	416	91,93€

	c) Eine gleichzeitige Verrechnung der Positionen PS (Psychosomatisch orientiertes Diagnose und Behandlungsgespräch), 4a,4b,8a,8b (Konsilium), HMG (Heilmittelberatungsgespräch) am gleichen Tag ist nicht zulässig.		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

BVAEB:

Mit 1.1.2020 wurden die BVA und die VAEB zur sog. BVAEB fusioniert.

- Die Honorarkataloge der BVA und der VAEB wurden in einen neuen gemeinsamen Katalog vereint. https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/kassen/261766
- Seit 1.1.2022 ist nur noch eine BVAEB-Abrechnung durchzuführen (nicht mehr zwei getrennte Abrechnungen für ehemals BVA und VAEB). Nähere Informationen dazu sind unter abrechnung.aerzte@bvaeb.at sowie 050405-23444 erhältlich.
- Weiters wurden u.a. folgende strukturelle Verbesserungen vereinbart:
 - ✓ **NEU:** Telefonordination (Pos.Nr. „OEK“)

Die Position ist unter folgenden Voraussetzungen verrechenbar:

 - Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt muss persönlich erfolgen.
 - Die Kommunikation muss als persönliche und unmittelbare Berufsausübung iSd § 49 Abs 2 ÄrzteG zulässig sein. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um eine reine Beratungstätigkeit ohne Notwendigkeit einer Untersuchung oder um eine Befundbesprechung handelt und wenn kein Zweifel über die Grundlage der medizinischen Entscheidung gegeben ist. Beim geringsten Zweifel ist ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten zu veranlassen.
 - Die Durchführung erfolgt unter Heranziehung bereits verfügbarer aktueller Patientendaten sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.
 - Die Position kann nicht verrechnet werden, wenn im Rahmen der Konsultation nur die Besprechung organisatorischer Angelegenheiten erfolgt (z.B. Terminvereinbarung).
 - Eine Krankmeldung erfordert jedenfalls eine persönliche Untersuchung durch den Vertragsarzt und kann nicht im Rahmen einer elektronischen Kommunikation erfolgen.
 - Im e-card-System ist eine o-card Konsultation durchzuführen.
 - Die Position ist am selben Tag nicht gemeinsam mit anderen Leistungen der Honorarordnung verrechenbar.
 - Zur Verrechnung sind berechtigt Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, mit Ausnahme der Fachärzte für Labormedizin und Radiologie.

35.6 Vorarlberger Poollösung für Kontrastmittel

Mit 01. 07. 2016 ist eine sog. Poollösung für die Bereitstellung von Röntgen-Kontrastmittel in Vorarlberg in Kraft getreten. Seit diesem Zeitpunkt werden Röntgenkontrastmittel an Vertragsfachärzte für Radiologie auch in Bezug auf Versicherte der SVS und BVAEB im Wege der

ÖGK bereitgestellt. Mit 01.07.2016 ist daher bei den genannten Sonderversicherungsträgern gemäß den Bestimmungen der jeweiligen Honorarordnung die bisherige Direkt-Verrechnung dieser Kosten mit den Vertragsfachärzten entfallen.

35.7 Niederlassungsförderung

Ärztammer und ÖGK haben sich darauf verständigt, dass bei Kassenstellen, die trotz dreimaliger Ausschreibung nicht besetzt werden können, im Einzelfall eine **Standortförderung** in Höhe von einmalig € **44.000.-** gewährt werden kann. Diese Standortförderung soll einen Anreiz für unentschlossene Kassenstelleninteressentinnen und -interessenten sein, sich um eine Kassenstelle zu bewerben.

35.8 Verbesserte Honorierung bei unbesetzten Kassenvertragsarztstellen bei der ÖGK:

Nähere Informationen dazu finden Sie in der ÖGK-Honorarordnung bzw. erhalten Sie in der kassenärztlichen Verrechnungsstelle.

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

Beilage Kapitel 35

Ausschließliche Indikationen für die Zulässigkeit der Verrechenbarkeit der kurativen Mammographie:

Asymptomatische Frauen

1. familiär erhöhte Disposition
2. Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lj
3. Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie

Symptomatische Frauen:

4. BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung
5. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)
6. Mastodynie einseitig
7. Histologisch definierte Risikoläsionen
8. Sekretion aus Mamille
9. Z.n. Mamma-Ca.OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)
10. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess
11. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut
12. Sonstige medizinische Indikation, nämlich [*Angabe der konkreten Indikation*]

Erläuterungen/Anmerkungen zu den einzelnen Indikationen sind Bestandteil der Anlage 5.

Zukünftige zwischen ÖÄK und Dachverband vereinbarte Änderungen der Indikationenliste werden auf www.aerztekammer.at veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

Anlage 5

Indikationen für die diagnostische Mammografie (für Frauen)

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung, wann eine Mammografie als diagnostische Mammografie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
Asymptomatische Frauen			
Familiär erhöhte Disposition	✓		Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang
Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ	✓		Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang
Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie	✓		vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammografie mehr als ein Jahr zurückliegt. Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammografien dar.
Symptomatische Frauen			
Mastopathie		✗	
Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden		✗	
Mastodynie bds.		✗	
Z.n. Mamma-OP (gutartig)		✗	ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP
BIRADS III bei letzter diagnostischer Mammauntersuchung	✓		
Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)	✓		
Mastodynie einseitig	✓		
Histologisch definierte Risikoläsionen	✓		z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ
Sekretion aus Mamille	✓		Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei

Klinische Angaben/Indikationen	diagnostisch ja	diagnostisch nein	Erläuterungen
			vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss Hormonstörung (Prolaktin!)
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)	✓		jährlich Mammografie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht
Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess	✓		DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut	✓		z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc. Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.
Sonstige medizinische Indikation, nämlich: <Angabe der konkreten Indikation>	✓		Mit Angabe der konkreten Indikation sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.

Indikationen, bei denen in der Spalte "diagnostisch ja" ein "✓" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „diagnostisch nein“ ein „✗“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Stand: 31.12.2017

ANHANG

1. Anspruch auf jährliche diagnostische Mammografie ab dem 40. Lebensjahr unter Berücksichtigung eines erhöhten Risikos aufgrund der Familienanamnese.

Familiär erhöhtes Risiko aufgrund der Familienanamnese	
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	
Brustkrebs oder Eierstockkrebs bei einer weiblichen Verwandten ersten Grades (z.B. Mutter, Schwester)	
Brustkrebs bei weiblichen Verwandten zweiten Grades (z.B. Großmutter, Tante) wenn:	1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER 2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre ODER 3 Brustkrebsfälle jeglichen Alters ODER 1 Brustkrebsfall UND 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad	

Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen
Anmerkung 2: bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs

Verwandtschaftsgrade: erster Grad: Mutter, Vater, Schwester, Bruder, Tochter, Sohn;
zweiter Grad: Großmutter, Großvater, Tante, Onkel, Nichte, Neffe;
dritter Grad: Urgroßmutter, Urgroßvater, Großtante, Großonkel, Cousine, Cousin ersten Grades;

2. Information zur Abklärung eines eventuell bestehenden erhöhten Risikos

Die folgende Subgruppe sollte an einer spezialisierten Einrichtung zur Abklärung eines allenfalls bestehenden genetisch bedingten familiären Hochrisikos vorgestellt werden.

Subgruppe mit hohem Risiko (gemäß Singer et al. ¹) aufgrund der Familienanamnese
Brustkrebs bei einem männlichen Verwandten unabhängig vom Verwandtschaftsgrad
1 Brustkrebsfall im Alter unter 35 Jahre ODER in Kombination mit 1 Eierstockkrebsfall
2 Brustkrebsfälle, aber einer im Alter unter 50 Jahre
3 Brustkrebsfälle im Alter unter 60 Jahre
2 Eierstockkrebsfälle unabhängig vom Verwandtschaftsgrad

Falls ein genetisch bedingtes Hochrisiko nachgewiesen ist folgt das Screening einer besonderen Systematik - siehe nachfolgende Tabelle Hochrisikoscreening (Brust).

- Anmerkung 1: Krebsfälle sind immer in einer Linie (väterlicher oder mütterlicherseits) zu zählen.
 Anmerkung 2: Bilateraler Brustkrebs zählt wie 2 Brustkrebsfälle; Tubenkarzinome oder primäre Peritonealkarzinome zählen wie Eierstockkrebs.

3. Systematik des Mamma-Hochrisikoscreenings bei nachgewiesener, genetisch bedingter Belastung

Hochrisikoscreening (Brust) ¹	
Ärztliche Brustuntersuchung	1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr
Brust-MRT^{a)}	1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie
Mammografie^{a)}	1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr
Mammasonografie	Bei Bedarf
^{a)} Mammografie und Brust-MRT simultan alle 12 Monate oder alternierend alle 6 Monate	

¹ Singer CF, Tea MK, Pristauf G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Clinical Practice Guideline for the prevention and early detection of breast and ovarian cancer in women from HBOC (hereditary breast and ovarian cancer) families. Wien Klin Wochenschr (2015) 127: 981.

36 BEREITSCHAFTSDIENST UND VERTRETUNGEN

36.1 Freiwilliger Wochentags-Bereitschaftsdienst der Kassenärzte für Allgemeinmedizin:

Seit vielen Jahren besteht zwischen Land, Gemeindeverband und Ärztekammer eine Regelung über den ärztlichen Bereitschaftsdienst an Wochentagen. In einem Großteil der Sanitäts-sprengel wurde ein solcher Bereitschaftsdienst auf freiwilliger Basis umgesetzt. Dabei bestehen 3 Modelle:

Bereitschaftsdienst 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr:

Dieses Modell sieht einen kurativen Bereitschaftsdienst wochentags von 7:00 - 19:00 Uhr einschließlich der Bereitschaft zur Durchführung der in dieser Zeit anfallenden Totenbeschauen und psychiatrischen Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz vor.

Die Verträge sehen auch eine Bereitschaftsdienstverpflichtung für UbG-Untersuchungen und Totenbeschauen im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr vor.

In der Zeit von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr sind die Ärzte, sofern an sie eine Todfallsanzeige erfolgt, berechtigt, aber nicht verpflichtet, die nach den Bestimmungen des Bestattungsgesetzes erforderlichen Totenbeschauen durchzuführen. Im Falle der Nichtdurchführung einer Totenbeschau ist der Ersteller der Todfallsanzeige an die Rettungs- und Feuerwehrleitzentrale (Rufnummer 141) zu verweisen.

Der Name des jeweils bereitchaftsdiensthabenden Arztes ist vom Dienstenteiler über den Medicus-Online der Ärztekammer zu melden und wird im Medicus-Online veröffentlicht

Bei Nichterreichbarkeit des bereitchaftsdiensthabenden Arztes (Anm. die telefonische Rückmeldefrist des bereitchaftsdiensthabenden Arztes an die RFL bei einem Anruf der RFL beträgt 15 Minuten) erfolgt die Einsatzalarmierung über den Ärztebereitschaftsdienst NEU für öffentlich-rechtliche Aufgaben (siehe unten Kapitel 36.5)

Die teilnehmenden Ärzte erhalten ein pauschales „Wartegeld“ vom Landesgesundheitsfonds. Die Auszahlung erfolgt durch die Ärztekammer für Vorarlberg. Die Honorierung der erbrachten kurativen Leistungen erfolgt gemäß der Honorarordnung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers.

Dieses Modell gibt es derzeit in den Sprengeln Bregenzerwald, Lauterach, Hofsteig, Rankweil/Vorderland, Walgau West, Blumenegg/Nenzing und Bludenz/Bürs/Nüziders (hier allerdings ohne Totenbeschau und UbG).

Bereitschaftsdienst 7.00 Uhr bis 19:00 Uhr (mit 24-stündiger Totenbeschaubereitschaft):

Dieses Modell sieht einen kurativen Bereitschaftsdienst wochentags von 7:00 - 19:00 Uhr einschließlich der Bereitschaft zur Durchführung der in dieser Zeit anfallenden Totenbeschauen und psychiatrischen Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz vor. In der Zeit vom 19:00 – 7:00 Uhr erfolgt nur mehr eine Totenbeschaubereitschaft im Wege einer von jedem Sprengel der RFL gesondert bekannt zu gebenden Notrufnummer.

Die Verträge sehen auch eine Bereitschaftsdienstverpflichtung für UbG-Untersuchungen und Totenbeschauen im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr sowie eine Bereitschaftsdienstverpflichtung für Totenbeschauen im Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr vor.

Der Name des jeweils bereitchaftsdiensthabenden Arztes ist vom Dienstenteiler über den Medicus-Online der Ärztekammer zu melden und wird im Medicus-Online veröffentlicht

Bei Nichterreichbarkeit des Bereitschaftsdiensthabenden Arztes (Anm. die telefonische Rückmeldefrist des Bereitschaftsdiensthabenden Arztes an die RFL bei einem Anruf der RFL beträgt 15 Minuten) erfolgt die Einsatzalarmierung über den Ärztebereitschaftsdienst NEU für öffentlich-rechtliche Aufgaben (siehe unten Kapitel 36.5)

Die teilnehmenden Ärzte erhalten ein pauschales „Wartegeld“ vom Landesgesundheitsfonds. Die Auszahlung erfolgt durch die Ärztekammer für Vorarlberg. Die Honorierung der erbrachten kurativen Leistungen erfolgt gemäß der Honorarordnung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers.

Dieses Modell gibt es derzeit in den Sprengeln Hohenems und Klostertal sowie Lech/Zürs in den Sommermonaten.

24-Stunden-Bereitschaftsdienst

Dieses Modell sieht einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst von Montag 7:00 Uhr bis Samstag 7:00 Uhr vor und umfasst in diesem 24-Stunden-Zeitraum den kurativen Bereitschaftsdienst, die Totenbeschau und die Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz. Dieses Modell gibt es nur Lech/Zürs (in den Wintermonaten). Hinsichtlich verbesserter Honorierung in den Nachtstunden (19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) - siehe unten Kapitel 36.2.

Erkundigen Sie sich bei der Ärztekammer oder den Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Sanitätssprengel, welches Wochentags-Bereitschaftsmodell in Ihrem Sanitätssprengel eingerichtet ist.

36.2 Verpflichtender Wochenend-/Feiertagsbereitschaftsdienst der Kassenärzte für Allgemeinmedizin:

Die Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte hat eine Bereitschaftsdienstverordnung beschlossen und auf der Kammerhomepage kundgemacht (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/agl-rechtliche-grundlagen>). Diese Verordnung sieht folgende Bereitschaftsdienstverpflichtungen für die niedergelassenen Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin an Wochenenden/Feiertagen vor:

Der für alle Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin verpflichtende kurative Wochenend- und Feiertagsbereitschaftsdienst beginnt an Samstagen, Sonn- und Feiertagen um 7 Uhr (Ausnahme Kleinwalsertal, hier beginnt der Dienst um 8 Uhr) und endet um 19 Uhr. Der 24.12. sowie der 31.12. eines jeden Jahres gelten als Feiertage.

Sonderregelung für den Sprengel Lech/Zürs (im Zeitraum vom 01.12. bis zum 30.04.):

Der für alle Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin in diesem Sprengel verpflichtende kurative Wochenendbereitschaftsdienst beginnt am Samstag um 7 Uhr und endet am darauffolgenden Montag um 7 Uhr. Der Feiertagsbereitschaftsdienst beginnt um 19 Uhr des Vortages und endet an dem auf den Feiertag/die Feiertage folgenden Werktag um 7 Uhr. Der 24.12. sowie der 31.12. eines jeden Jahres gelten als Feiertage.

Die Dienstsprengel sind in der Beilage der Verordnung aufgelistet.

Die Einteilung der diensthabenden Ärzte ist grundsätzlich Aufgabe der Ärztekammer für Vorarlberg. Um den Wünschen der diensthabenden Vertragsärzte bestmöglich entsprechen zu können, gibt es vorarlbergweit Ärzte (sog. Dienstenteiler), die im jeweiligen Bereitschaftsdienstsprengel die Dienste nach Absprache mit ihren Kollegen einvernehmlich einteilen und über den Medicus-Online der Ärztekammer melden. Sollte es zu keiner einvernehmlichen Dienstenteilung kommen, dann würde der Dienst alphabetisch seitens der Ärztekammer für Vorarlberg eingeteilt werden. Im Sprengel Lech/Zürs sind im Zeitraum 1.12. bis 30.4. an Feiertagen beide in diesem Sprengel niedergelassenen § 2-Vertragsärzte für Allgemeinmedizin

gleichzeitig zum Bereitschaftsdienst eingeteilt. Jeder § 2-Vertragsarzt ist verpflichtet pro Kalendermonat mit zwei Diensttagen im Wochenenddienst und einem Dienstag im Feiertagsdienst in seinem Sprengel am Wochenend- und Feiertagsdienst teilzunehmen, wobei Feiertagsdienste, die auf einen Samstag oder Sonntag fallen, nicht als Feiertagsdienste gelten.

Verbesserte Honorierung im Nachtbereitschaftsdienst (19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) bei der ÖGK:
Die ÖGK-Honorarordnung sieht eine verbesserte Honorierung der im 24-stündigen-Bereitschaftsdienst in den Nachtstunden (19.00 Uhr bis 7.00 Uhr) erbrachten Leistungen bei der ÖGK wie folgt vor:

Die Honorare für kurative Leistungen bei Nacht für jene Ärzte für Allgemeinmedizin, die im Sprengel Lech/Zürs (vom 1.12. bis zum 30.4.) 24-h-Bereitschaftsdienste versehen, werden an jene im kurativen Nacht-Bereitschaftsdienst der RFL angeglichen und sind daher folgendermaßen:

- a) Ordination oder Hausbesuch im Nachtbereitschaftsdienst:
In jenen Nächten (19:00 Uhr bis 07:00 Uhr), in denen ein Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht, werden seine Leistungen pro Ordination oder Hausbesuch mit pauschal EUR 146,04 abgegolten – inklusive allfälliger telefonischer Vorbesprechung, Anfahrt, sämtlicher erbrachter Leistungen etc. Die Verrechnung sonstiger Positionen, Gebühren, Zuschläge usw. ist ausgeschlossen.
- b) Telefonische Krankenbehandlung im Nachtbereitschaftsdienst:
In jenen Nächten (19.00 Uhr bis 07.00 Uhr), in denen ein Vertragsarzt Bereitschaftsdienst versieht, werden diejenigen Krankenbehandlungen, die von ihm ausschließlich telefonisch erfolgen, pauschal mit EUR 33,70 abgegolten. Die Verrechnung sonstiger Positionen, Gebühren, Zuschläge usw ist ausgeschlossen.

Der Bereitschaftsdienst ist - wie bisher - im Wege des internen Bereiches der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg bekannt zu geben. Die solcherart bekanntgegebene Diensterteilung ist für die Abrechnung verbindlich.

Die Abrechnung erfolgt mit folgenden Positionsnummern:

- 9610 Nachtordination im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst
- 9619 Nacht-Telefonordination im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst
- 9620 Nachtbesuch im 24-Stunden-Bereitschaftsdienst

36.3 Textvorschläge Anrufbeantworter Kassenallgemeinmediziner

Für den Anrufbeantworter schlagen wir Kassenärzten für Allgemeinmedizin folgende Texte vor:

1) Außerhalb der Ordinationszeit - nicht im Bereitschaftsdienst:

...sie rufen außerhalb der Ordinationszeiten an.

Alle Informationen zu den Öffnungszeiten der Ärzte im Sprengel sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erhalten sie im Internet unter www.medicus-online.at oder telefonisch unter der Nummer 141.

Falls sie in der Zeit zwischen 19.00 und 07.00 Uhr dringend einen Arzt für Allgemeinmedizin benötigen, rufen sie bitte die Gesundheitsberatung 1450.

2) Außerhalb der Ordinationszeit - im Bereitschaftsdienst

...sie rufen außerhalb der Ordinationszeiten an.

In dringenden Fällen bin ich als Bereitschaftsdiensthabender Arzt bis 19.00 Uhr^[1] unter xxxx/xxxx erreichbar.

Alle Informationen zu den Öffnungszeiten der Ärzte im Sprengel sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erhalten sie im Internet unter www.medicus-online.at oder telefonisch unter der Nummer 141.

Falls sie in der Zeit zwischen 19.00 und 07.00 Uhr dringend einen Arzt für Allgemeinmedizin benötigen, rufen sie bitte die Gesundheitsberatung 1450.^[2]

3) Während der offenen Ordination - Hochlastbetrieb

...auf Grund der hohen Auslastung ist es uns vorübergehend nicht möglich, das Telefon abzuheben. Unsere Ordination ist noch bis xx.xx Uhr geöffnet.

Alle Informationen zu den Öffnungszeiten der Ärzte im Sprengel sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erhalten sie im Internet unter www.medicus-online.at oder telefonisch unter der Nummer 141.

Falls sie in der Zeit zwischen 19.00 und 07.00 Uhr dringend einen Arzt für Allgemeinmedizin benötigen, rufen sie bitte die Gesundheitsberatung 1450.^[3]

Möglicher Zusatz bei allen Ansagetexten:

- *In akuten Notfällen rufen sie bitte die Notrufnummer 144.*

Wichtige Eckpunkte:

- *Während des Bereitschaftsdienstes muss die Erreichbarkeit über die Ordination oder einer auf den Anrufbeantworter gesprochenen Nummer gewährleistet werden*
- *Während der Ordinationszeiten sollte kein genereller Verweis auf die 141 oder 1450 erfolgen, ohne dass die Möglichkeit eines Ordinationsbesuches angeboten wird.*

^[1] bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst (Arlberg in den Wintermonaten) Zeiten entsprechend adaptieren

² gegenstandslos bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst

³ gegenstandslos bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst

36.4 Einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 141 (Wochentags- und Wochenende):

Die Diensterteilung wird vom dienstplanverantwortlichen/-meldenden Kassenarzt für Allgemeinmedizin mittels EDV-Anwendung (siehe im internen Bereich der Kammerhomepage im Menüpunkt „Medicus“) vorgenommen. Alle Ärzte des jeweiligen Sprengels haben in dieser EDV-Anwendung eine Leseberechtigung, Diensterteilungen sowie Dienständerungen kann nur der dienstplanverantwortliche/-meldende Arzt des jeweiligen Sprengels, die RFL und die Ärztekammer vornehmen (bei einem kurzfristigen Diensttausch, wo der dienstplanverantwortliche/-meldende Arzt nicht erreichbar ist, muss der Diensttausch daher unbedingt telefonisch der RFL (erreichbar: 24-Stunden) oder der Ärztekammer (erreichbar: zu den Geschäftszeiten) bekannt gegeben werden, die diese Änderung in der EDV-Anwendung dann gerne vornehmen). Die RFL verwendet für Patienten, die mit der Nummer 141 bei ihr anrufen, ausschließlich diese EDV-Anwendung zur Weitervermittlung an den diensthabenden Arzt für Allgemeinmedizin, sodass unbedingt darauf geachtet werden muss, dass der Dienst korrekt in dieser EDV-Anwendung eingetragen ist.

^[1] bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst Zeiten entsprechend adaptieren

^[2] gegenstandslos bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst

^[3] gegenstandslos bei 24-Stunden-Bereitschaftsdienst

Im Medicus-Online (www.medicus-online.at) wird im Bereich „Notdienste“ die über die obige EDV-Anwendung eingegebene Diensterteilung für die einzelnen Sprengel veröffentlicht.

Hinweisen möchten wir insbesondere darauf, dass die in dieser EDV-Anwendung eingegebene Diensterteilung für die Abrechnung (Kassenabrechnung sowie Bereitschaftsdienstabrechnung mit dem Landesgesundheitsfonds) verbindlich ist, d.h. der dienstplanverantwortliche/-meldende Arzt muss die Diensterteilung nicht mehr eigens der kassenärztlichen Verrechnungsstelle bekannt geben, vielmehr führt diese die Quartalsabrechnung ausschließlich auf Basis der in dieser EDV-Anwendung zum Dienst eingetragenen Ärzte durch. Bitte achten Sie daher unbedingt darauf, dass die Diensterteilung in dieser EDV-Anwendung stets korrekt erfolgt !! (Rückwirkende Korrekturen in dieser EDV-Anwendung sind nicht möglich – sollte dennoch einmal eine solche notwendig sein, so muss diese schriftlich der kassenärztlichen Verrechnungsstelle gemeldet werden).

36.5 Erfassung der Vertreter von Kassenärzten im Medicus-Online:

Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin:

Es gibt für jeden Kassenarzt die Möglichkeit seine Abwesenheiten im Medicus-Online zu erfassen. Hiermit versucht die RFL - insbesondere zur Entlastung des jeweils bereitchaftsdiensthabenden Kassenarztes für Allgemeinmedizin - Patienten in erster Linie an offene Ordinationen zu vermitteln.

Hier kann jetzt pro erfasstem Abwesenheitszeitraum von jedem Arzt auch eine namentliche Vertretung (ein oder mehrere Ärzte) eingegeben werden. Dadurch können anrufende Patienten von der RFL direkt an den Vertreter des abwesenden Arztes verwiesen werden, was zu einer Entlastung des bereitchaftsdiensthabenden Arztes beitragen soll. Wir ersuchen Sie von dieser Möglichkeit bei allen Ihren Abwesenheiten Gebrauch zu machen - dadurch kann ein möglichst reibungsloser Betrieb der einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 141 gewährleistet werden. Über den Einstieg in den internen Bereich der Ärztekammer-Homepage können Sie Ihre Abwesenheit (mit Datum von-bis) samt Name des Vertreters/der Vertreter eintragen. Diese Daten werden von der RFL für Zwecke der Weitervermittlung von Anrufern bzw. der Auskunftserteilung gegenüber Anrufern der einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 141 verwendet.

Kassenvertragsfachärzte:

Kassenvertragsfachärzte sind - wie die Allgemeinmediziner - angehalten, ihre Abwesenheits- und Vertretungsmeldungen selbst über den Einstieg in den internen Bereich der Ärztekammer-Homepage (Medicus - Meine Medicus - Daten) zu erfassen bzw. verwalten. Dadurch ist auch keine gesonderte Meldung der Abwesenheiten mehr an die Ärztekammer für Vorarlberg erforderlich.

Für beide Gruppen - Allgemeinmediziner und Fachärzte - gilt, dass Kassenärzte im Falle ihrer persönlichen Verhinderung für eine Vertretung zu sorgen haben. Zudem sind alle Kassenärzte angehalten, ihre Urlaube und sonstige Abwesenheiten stets innerhalb der Fachgruppe zu koordinieren, damit „Engpässe“ in der kassenärztlichen Versorgung insbesondere zu den typischen Urlaubs- bzw. Ferienzeiten (Bsp. Weihnachten, Ostern,...) verhindert werden können. Zu diesem Zweck kann jeder Arzt tagesaktuell im Medicus-Online eruieren, welche Ordinationen in seinem Umfeld geschlossen sind.

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

36.6 Ärztebereitschaftsdienste der RFL/des Roten Kreuzes

Landesweiter kurativer Nacht-Bereitschaftsdienst der RFL:

Dieser neue kurative Nacht-Bereitschaftsdienst besteht landesweit mit Ausnahme des Kleinwalsertales und des Sprengels Lech/Zürs (vom 1.12. bis 30.4.) von Montag bis Sonntag, jeweils 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr, ganzjährig, mit jeweils 3 im Dienst befindlichen Ärzten für Allgemeinmedizin bestehen. Dieser Bereitschaftsdienst wird von der RFL betrieben und organisiert, er ist für die Patienten über die RFL (1450) erreichbar.

Teilnehmen können alle Ärzte für Allgemeinmedizin (Vertragsärzte, Wahlärzte, angestellte Ärzte, Wohnsitzärzte).

Honoriert wird dieser Bereitschaftsdienst mit einem Wartegeld für jeden diensthabenden Arzt pro Nacht in Höhe von EUR 269,00 während der Woche (Mo Abend – Sa Morgen) und EUR 293,00 am Wochenende (Sa Abend – Mo Morgen) sowie an Nächten, die zumindest teilweise zu einem Feiertag gehören. Die Einsätze werden pro Hausbesuch oder Behandlung in der Ordination pauschal mit EUR 146,04 (inkl. telefonischer Vorbesprechung, Anfahrt, Behandlung etc), pro beauftragtem Telefonat ohne folgenden Hausbesuch/folgende Behandlung in der Ordination im Nachtdienst mit EUR 33,70 honoriert. Die Abrechnung sowohl der Wartegelder als auch der Einsatzpauschalen erfolgt von den eingetragenen Ärzten mit der RFL.

An einer Teilnahme interessierte Ärzte können sich an die RFL (janine.gozzi@vrotens-kreuz.at) wenden.

Öffentlich-rechtlicher Bereitschaftsdienst der RFL:

Der öffentlich-rechtliche Bereitschaftsdienst der RFL für Totenbeschauen, UbG-Untersuchungen, kriminalpolizeiliche Totenbeschauen und Hafttauglichkeitsuntersuchungen ist primär für jene Sprengel, in denen diese Aufgaben nicht durch den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Kassenärzte abgedeckt werden.

An einer Teilnahme interessierte Ärzte können sich an die RFL (janine.gozzi@vrotens-kreuz.at) wenden.

36.7 Todesfalluntersuchungen

Information der Landespolizeidirektion zu den Zuständigkeiten, Aufgaben und Handlungsabläufe bei Todesfalluntersuchungen

Die Untersuchung von Todesfällen bedarf zum besseren Verständnis der Zuständigkeiten, Aufgaben und Abläufe einer genaueren Erläuterung, zumal zwei Regime berührt werden, nämlich das Regime des Gemeinde-/Sprengelarztes (Totenbeschauers) und das Regime der Polizei (Kriminalpolizei).

Die Untersuchung einer Leiche nach § 7 des Vorarlberger Bestattungsgesetzes ist landesgesetzlich mit der „Totenbeschau“ geregelt. Die Durchführung der „Totenbeschau“ ist nach § 6 Bestattungsgesetz dem zuständigen Gemeinde-/Sprengelarzt (Totenbeschauer) vorbehalten (es sei denn, dass in den Fällen des § 6 Abs 2 lit c Bestattungsgesetz der kriminalpolizeiliche Totenbeschauer für die Totenbeschau nach dem Bestattungsgesetz herangezogen wird). Die Totenbeschau ist ein fix geregeltes Verfahren, sollte ursprünglich sicherstellen, dass keine Lebenden bestattet werden und keine Kriminalfälle unentdeckt bleiben. Die Totenbeschau dient in erster Linie der Feststellung des eingetretenen Todes und der Todesursache. Liegt der Verdacht vor, dass der Tod durch fremdes Verschulden herbeigeführt und/oder

mitverursacht worden ist, so soll die Leiche bis zur Durchführung behördlicher Erhebungen in unveränderter Lage belassen und die Polizei verständigt werden.

Die Untersuchung einer Leiche nach § 128 Strafprozessordnung stellt hingegen eine polizeiliche Ermittlungshandlung dar und fällt unter den Begriff „kriminalpolizeiliche Leichenbeschau“.

Die Vornahme einer „kriminalpolizeilichen Leichenbeschau“ ist somit alleinige Aufgabe der Polizei. Die Polizei hat aber verpflichtend einen Arzt beizuziehen. Die an der Leiche festgestellten Erscheinungen fließen in das Ergebnis der gesamten Tatortbefundaufnahme mit ein. Eine Tatortbefundaufnahme verfolgt das Ziel einer Rekonstruktion der letzten Minuten einer Person vor deren Ableben. Im Zuge dessen sind Todeszeit, Leichenstarre, Leichenflecken, Leichentemperatur, Verletzungen, ausgetretene Körperflüssigkeiten, Spuren am Körper und an der Kleidung, die Gesamtsituation am Fundort, wie Sperrverhältnisse udgl. zu beurteilen und mit dem Ergebnis weiterer polizeilicher Abklärungen, wie bspw. Befragungen von Kontaktpersonen, Auswertung von Telefonspeichern, einer vorliegenden Krankengeschichte usw. abzugleichen.

Die Landespolizeidirektion Vorarlberg wollte von Beginn an eine enge Zusammenarbeit der Tatortspezialisten (Spurensicherungsbeamten) mit den beigezogenen Ärzten und den Ermittlern sicherstellen. Sie hat deshalb angeordnet, von Seiten der Polizeiinspektionen für Todesfalluntersuchungen nur Ärzte aus dem Pool des öffentlich-rechtlichen Bereitschaftsdienstes der RFL, die bezüglich Verhalten am Tatort und Spurenschutz unterwiesen worden sind, heranzuziehen. Die Ärzte dokumentieren die Befundaufnahmen an den Leichen nach dem Muster des Polizeiärztlichen Dienstes und geben dann die schriftlichen Ausfertigungen an die Fallbearbeiter weiter. Ähnliche Zusammenarbeitsformen gibt es schon seit mehreren Jahren in den Landeshauptstädten der anderen Bundesländer, bekannt unter dem Begriff der „Leichenkommissionierungen“.

Den Ärzten aus dem Pool werden Teilnahmen an kriminalpolizeilichen und gerichtsmedizinischen Vorträgen ermöglicht. Regelmäßige Informations- und Erfahrungsaustausche sorgen für eine Vertiefung praktischen Wissens, das für eine professionelle Verrichtung der Tatortarbeit unbedingt notwendig ist.

In Vorarlberg sterben jährlich etwa 2800 Menschen. Zirka 200 Todesfälle werden polizeilich untersucht, 40 bis 50 Fälle durch das Institut für Gerichtliche Medizin in Innsbruck gerichtsmedizinisch obduziert.

Die Polizei hat der zuständigen Staatsanwaltschaft über das Ergebnis jeder Todesfalluntersuchung zu berichten. Beim Großteil aller Fälle regt die Polizei eine gerichtsmedizinische Obduktion an, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Tod der Person durch eine Straftat verursacht worden ist. Die Staatsanwaltschaft ordnet zunächst mündlich die gerichtsmedizinische Obduktion der Leiche an. Der Polizei wiederum kommt die Aufgabe zu, dafür zu sorgen, dass die Leiche für die Obduktion zur Verfügung steht. Es handelt sich dabei um eine „faktische Sicherstellung“ der Leiche.

Kann ein Menschenleben nicht mehr gerettet werden und liegt ein unnatürlicher Todesfall vor, hat die Einleitung des Ermittlungsverfahrens nach der Strafprozessordnung, d. h. die polizeiliche Untersuchung des Todesfalles Priorität.

Nach den Erläuterungen im Strafprozessrecht und der Vorschriftenlage, veröffentlicht in einem Erlass des Bundesministeriums für Inneres, spricht man von einem unnatürlichen Tod, dem zufolge eine polizeiliche Untersuchung und damit einhergehend eine kriminalpolizeiliche Leichenbeschau durchzuführen ist:

- bei Fremdverschulden (schuldhaftem Verhalten),

- bei Fremdeinwirkung (gerechtfertigtem Verhalten),
- bei Eigeneinwirkung (Suizid),
- bei Unfällen (im Haushalt, in der Freizeit, im Gewerbe, im Straßen-/Bahn oder Luftverkehr...),
- bei Brandleichen,
- bei Suchtmittelleichen (Drogenkonsumenten, Substitutionspatienten...),
- bei Säuglingen (Hinweis Sudden Infant Death Syndrome – Ausschluss eines Fremdverschuldens),
- bei Kleinkindern bis zu einem Alter von 6 Jahren (Hinweis Schütteltrauma – Ausschluss eines Fremdverschuldens),
- bei Toten in gerichtlicher oder verwaltungsbehördlicher Verwahrung,
- bei allen im Freien oder im Wasser aufgefundenen Leichen, Leichen- oder Skeletteilen,
- bei aufgefundenen Föten,
- bei unbekanntem Leichen (deren Identität nicht sogleich feststellbar ist),
- bei jeder sonstigen, unklaren oder vernünftigen Zweifel hervorrufenden Situation.

Ein natürlicher Tod gemäß rechtlicher Auslegung liegt bei alters- oder krankheitsbedingter innerer Ursache vor, wenn also der Tod infolge Alters, Siechtums oder einer chronischen Krankheit bzw. durch eine akut auftretende Krankheit (z. B. plötzlicher Herztod) eingetreten ist und fällt daher in den Aufgabenbereich des Gemeinde-/Sprengelarztes.

Die wichtigsten Verhaltensregeln am Tatort, wenn ein Arzt vor der Polizei und der Spurensicherung am Auffindeort der Leiche eintrifft, sind bekanntermaßen:

- nicht rauchen, essen oder trinken,
- keine Einrichtungen wie Waschbecken, Toilette, Telefon benutzen,
- nicht spülen, nirgends Wasser laufen lassen,
- nichts in Abfalleimer werfen,
- nicht unnötigerweise umliegende Bodenflächen bzw. Nebenräume betreten,
- möglichst keine Manipulationen an Fenstern, Türen, Schließsystemen, Verriegelungen, Lichtquellen, Elektrogeräten und sonstigen Einrichtungsgegenständen vornehmen,
- möglichst kein Fenster öffnen, selbst wenn übler Geruch vorherrscht,
- Kontaktpersonen vom Verstorbenen fern halten; diese aufklären, dass der Todesfall noch polizeilich untersucht werden muss,
- Tatmittel wie Messer oder ähnliche spitze Gegenstände grundsätzlich nicht aus dem Körper entfernen. Erhängte abnehmen, nur wenn es sich nicht vermeiden lässt,
- herumliegende Tatmittel grundsätzlich weder anfassen noch verändern,
- wenn nicht unbedingt notwendig, keine Lageveränderungen der Leiche vornehmen bzw. den Sitz der Kleidung verändern oder diese beschädigen (aufschneiden),
- aufgebrauchte medizinische Hilfsmittel inkl. Verpackungsmaterial udgl. in einen Beutel geben, diesen mitnehmen und außerhalb des Tatortes entsorgen.

Idealvoraussetzungen:

- Einmalartikel wie Latexhandschuhe und Schuhüberzüge verwenden, vor jeder notwendigen Veränderung Situationsfoto mit dem Handy anfertigen und der Polizei zur Verfügung stellen.

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

37 KRANKSCHREIBUNG AUS GEFÄLLIGKEIT

von Prof. Dr. Johannes Zahl, Österreichische Ärztekammer, (veröffentlicht in DAG 4/2015)

Krankschreiben aus Gefälligkeit – kein Kavaliersdelikt!

Ärzte stehen nicht – wie vielfach zu lesen – „mit beiden Beinen im Kriminal“! Wer anderes behauptet, ignoriert die Empirie oder hat ein Interesse daran, Ärzte im Kriminal zu sehen, etwa um sie mit anwaltlichem Geschick aus demselben wieder herausholen zu dürfen.

Und dennoch gibt es einen Bereich des Medizinrechts, in dem es ganz schnell – meist sogar ohne jegliche böse Absicht des Täters – zu einer empfindlichen Haftung kommen kann. Die Rede ist von sog. Gefälligkeitsgutachten.

Leider ist Ärzten zunächst oft nicht bewusst, wie oft ihr Handeln eine gutachterliche Tätigkeit darstellt. Wer denkt schon – wenn er ein ärztliches Attest über eine Turnbefreiung oder eine andere Bestätigung für die Schule ausstellt – daran, dass dafür die allgemeinen Regeln des Ärztegesetzes (in der Folge ÄrzteG) über die Begutachtung gelten, wie sie auch für umfangreiche Gerichtsgutachten Anwendung finden? Andere Beispiele lassen sich leicht anfügen: Gesundheitsatteste bei Anstellungen, ärztliche Zeugnisse in Zusammenhang mit Pflegefreistellungen, Sporttauglichkeitszeugnisse, Feuerwehruntersuchungen, Bestätigungen nach Kassenverträgen, Privatgutachten für Versicherungen, Gutachten für Pensions- und Unfallversicherungen, Blutalkohol- und Suchtgiftuntersuchungen, Führerscheinuntersuchungen uva.

Nach der üblichen Lehrbuchdefinition ist ein Sachverständiger eine Person, die an der Feststellung eines Sachverhalts mitwirkt, indem sie aus bestimmten (ihr bekannten oder von ihr noch zu erhebenden) Tatsachen aufgrund seines besonderen Fachwissens Schlüsse auf das (Nicht-)Vorliegen einzelner – für eine bestimmte Entscheidung relevante – Umstände zieht. Das lässt sich natürlich auch einfacher sagen: Eine Behörde (in der Regel ein Gericht oder eine Verwaltungsbehörde) oder auch eine andere Institution (etwa eine Privatversicherung) muss eine Entscheidung treffen, für die sie medizinisches Fachwissen braucht. Da sie darüber selbst nicht verfügt, kauft sie dieses zu, indem sie eine fachkundige Person um eine Stellungnahme ersucht. Diese Person wird sich zunächst darum bemühen, den Sachverhalt zu ermitteln, also fragen, worum es eigentlich geht. Sie wird also den Probanden untersuchen, frühere oder auch aktuelle Befunde einbeziehen und sich derart ein Bild hinsichtlich bestimmter medizinischer Fragestellungen machen. Darauf aufbauend wird die sachverständige Person versuchen, die konkret an sie gestellte Frage zu beantworten, also aufgrund ihres spezifischen Fachwissens Schlussfolgerungen aus den ermittelten Tatsachen zu ziehen. Die Ermittlung des medizinischen Sachverhalts bezeichnet man in Lehrbüchern gerne als „Befund“, die medizinischen Schlussfolgerungen daraus als „Gutachten im engeren Sinn“; beides zusammen als „Gutachten im weiteren Sinn“.

Damit ist aber klargestellt: Auch die Arbeitsunfähigkeitsmeldung ist rechtlich ein Gutachten! Der Krankenversicherungsträger muss eine Entscheidung treffen, für die er medizinisches Fachwissen benötigt. Dieses haben jedenfalls seine Vertragspartner, die Kassenärzte. Letztere untersuchen eine Person und ziehen aufgrund ihres Fachwissens den Schluss, dass diese Person arbeitsfähig ist oder nicht. Dass es sich bei der Arbeitsunfähigkeit auch gleich um die – streng genommen von der Behörde festzustellende – Rechtsfolge handelt, sei lediglich erwähnt. Die Feststellung des Arztes ist für die Entscheidung des Krankenversicherungsträgers jedenfalls von großer Relevanz. Der krankschreibende Arzt hat einen Befund und ein Gutachten erstellt.

Das ÄrzteG sieht für die Erstellung von Befund und Gutachten spezifische Regelungen vor. § 2 Abs 3 ÄrzteG, wonach *jeder zur selbständigen Ausübung des Berufes berechnigte Arzt befugt ist, ärztliche Zeugnisse auszustellen und ärztliche Gutachten zu erstatten*, stellt klar, dass die Erstellung von Gutachten immanenter Teil der ärztlichen Berufsbefugnis ist. Für die medizinische Gutachtenserstellung gilt daher – abgesehen von der spezifischen Tätigkeit der Amtsärzte (bei denen es sich um Amtssachverständige handelt, deren Tätigkeit aber gem § 41

Abs 4 ÄrzteG von der Geltung des ÄrzteG explizit ausgenommen ist) – das ÄrzteG ohne Einschränkung.¹⁴

Besondere Bedeutung erlangt in diesem Zusammenhang § 55 ÄrzteG: „Ein Arzt darf ärztliche Zeugnisse nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Zeugnis zu bestätigenden Tatsachen nach seinem besten Wissen und Gewissen ausstellen.“

Wenn das ÄrzteG einmal von „ärztlichen Zeugnissen“, ein anderes Mal von „ärztlichen Bescheinigungen“, „ärztlichen Bestätigungen“ oder „ärztlichen Gutachten“ spricht, so ist anzumerken, dass diese Differenzierungen letztlich belanglos sind, da die rechtlichen Anforderungen des ÄrzteG für alle diese Kategorien ident sind.

Jedenfalls hat nach § 55 ÄrzteG einem ärztlichen Gutachten und damit auch der Arbeitsunfähigkeitsmeldung im Regelfall eine ärztliche Untersuchung voranzugehen. Ein absolutes Verbot, ärztliche Zeugnisse und Gutachten ohne vorhergehende persönliche Untersuchung zu erstellen, wird aus § 55 ÄrzteG weder von der Lehre, noch von der oberstgerichtlichen Rechtsprechung abgeleitet. Diese Bestimmung ist als genereller Grundsatz zu sehen, der sich aufgrund der ausdrücklichen Betonung der Gewissenhaftigkeit, gegen jede Form von „Blanko-Bescheinigungen“ und „Gefälligkeitsgutachten“ richtet. Das Unterlassen einer – an sich möglichen – Untersuchung wird nur in begründungspflichtigen Ausnahmefällen zulässig sein, etwa weil sich der Arzt auf andere Weise ausreichende Gewissheit über die zu beurteilenden Tatsachen verschaffen kann. Für die Arbeitsunfähigkeitsmeldung bedeutet das ganz konkret: Im Regelfall kommt sie nur nach erfolgter gewissenhafter Untersuchung durch den behandelnden Arzt in Betracht. Hängt die Beurteilung umgekehrt lediglich von der Schilderung der Symptomatik durch einen, dem Arzt ohnehin bekannten Patienten ab (war dieser etwa einige Tage davor beim Arzt und stellt sich nun eine Verschlechterung seines Zustands ein), so kann eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung auch aufgrund telefonischer Mitteilungen des Patienten oder auch eines Dritten (z.B. eines Angehörigen) erfolgen.¹⁵ Immer ist aber eine Beurteilung einer solchen Situation durch den Arzt die Voraussetzung.

Aufgrund dieser Rechtslage ist Ärzten aber mit größtem Nachdruck von jeder Form einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung ohne medizinisch wirklich nachvollziehbaren Grund – etwa aus Gefälligkeit gegenüber langjährigen Patienten – abzuraten. Wie eingangs bereits festgehalten, steht man hier schnell und ohne jede böse Absicht „im Kriminal“, denn die Rechtsfolgen sind vielfältig!

Ein Verstoß gegen § 55 ÄrzteG kann zunächst eine Verwaltungsübertretung bedeuten, welche mit einer Geldstrafe bis zu 2.180 Euro zu bestrafen ist (§ 199 Abs 3 ÄrzteG).

Weiters ist an disziplinarrechtliche Sanktionen zu denken, da eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung, welche in Widerspruch zu § 55 ÄrzteG steht, im Regelfall eine Verletzung von Berufspflichten im Sinne des § 136 Abs 1 Z 2 ÄrzteG darstellen wird.¹⁶ Die Disziplinarbehörde kann einen schriftlichen Verweis oder eine Geldstrafe bis zu 36.340 Euro verhängen, aber in besonders schwerwiegenden Fällen auch eine befristete Untersagung der Berufsausübung oder die gänzliche Streichung aus der Ärzteliste aussprechen.

¹⁴ Kopetzki, Die Stellung des Sachverständigen nach dem Ärztegesetz, in *Diemath/Grabner/Kopetzki/Zahl* (Hrsg), *Das ärztliche Gutachten*⁵ (2008) 33.

¹⁵ Ebenso *Wallner*, *Ärztliches Berufsrecht* (2011) 136.

¹⁶ Ds 8/2008 RdM 2010/62.

Sehr viel einschneidender sind aber die zivil- und strafrechtlichen Auswirkungen von Gefälligkeitsattesten.¹⁷

Aus dem Behandlungsvertrag schuldet der Arzt seinem Patienten zunächst eine Behandlung *lege artis*, daneben aber auch zahlreiche Nebenleistungen, wie etwa die ordnungsgemäße Erstellung einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung.¹⁸ Unzweifelhaft ergibt sich daher – schuldhaftes Verhalten und die sonstigen Bedingungen einer zivilrechtlichen Haftung vorausgesetzt – eine solche Haftung des Arztes, der beim Ausstellen eines Gefälligkeitsattestes als Sachverständiger iSd § 1299 ABGB tätig wird, gem. § 1300 ABGB. Da ein Patient allerdings meist ein Interesse an der falschen Arbeitsunfähigkeitsmeldung haben wird, sind Fälle, in denen dieser seinen Arzt klagt nicht realistisch. Zu fragen ist aber, ob der Arzt zivilrechtlich nicht auch gegenüber dem Arbeitgeber bzw. gegenüber dem Krankenversicherungsträger, also gegenüber Personen bzw. Institutionen, die am Behandlungsvertrag gar nicht beteiligt sind, haftet. Werden nämlich nach dem dem Sachverständigen erkennbaren Zweck eines Gutachtensauftrages gerade auch Interessen eines bestimmten Dritten mitverfolgt, so erstrecken sich die Sorgfaltspflichten des Gutachters auch auf diesen.¹⁹ Erstellt ein Sachverständiger ein fehlerhaftes Gutachten, haftet er einem Dritten, wenn er damit rechnen musste, dass sein Gutachten die Grundlage für Dispositionen dieses Dritten bildet. Im Ergebnis wird daher der Arzt, der aus Gefälligkeit oder aus anderen Gründen eine falsche Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausstellt, im Regelfall sehr wohl auch Dritten für deren Vertrauensschaden (Leistungen iSd Entgeltfortzahlung und sonstige bei korrekter Arbeitsunfähigkeitsmeldung nicht entstandene Schäden) haften.

Weiß der Arzt, dass sein Patient in Wirklichkeit gar nicht krank ist, und stellt er dennoch eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung aus, so drohen ihm darüber hinaus schwerwiegende strafrechtliche Konsequenzen. Dabei ist zunächst an eine Strafbarkeit wegen Betrugs (§ 146 StGB) zu denken. Den Tatbestand des Betrugs verwirklicht, wer mit Tat- und Bereicherungsvorsatz einen anderen durch Täuschung über Tatsachen in einen Irrtum versetzt, wodurch der Getäuschte zu einer Verfügung veranlasst wird, die ihn selbst oder einen Dritten am Vermögen schädigt. Stellt der Arzt eine falsche Arbeitsunfähigkeitsmeldung mit entsprechendem Vorsatz aus, so täuscht er einen Dritten über den Gesundheitszustand des Patienten. Der Arbeitgeber und/oder der Krankenversicherungsträger wird dadurch in einen Irrtum geführt, welcher zu einer schädigenden Vermögensdisposition (Entgeltfortzahlung) führt. Auch, wenn der Arzt nicht unmittelbarer Täter des Betrugs sein wird (das wird der Arbeitnehmer sein), so verwirklicht er damit im Ergebnis als Beiragttäter ein Betrugsdelikt. Da die Täuschung durch „ein anderes solches Beweismittel“ iSd § 147 Abs 1 Z 1 4. Fall StGB erfolgt, wird im Ergebnis sogar ein schwerer Betrug zu bejahen sein, der mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, übersteigt der Schaden 50.000,- Euro, mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen ist. Für den Vorsatz reicht es, dass der Arzt die Verwirklichung der genannten Tatbestandsmerkmale ernstlich für möglich hält und sich damit abfindet (*dolus eventualis*), Wissentlichkeit oder gar Absicht braucht es dafür nicht. Nochmals betont sei aber ausdrücklich, dass eine Strafbarkeit wegen Betrugs ausscheidet, wenn auch nur irgendwelche Symptome einer wirklichen Erkrankung bestehen oder der Patient falsche Angaben macht, die vom Arzt gar nicht oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand falsifiziert werden könnten. Ein Arzt, der dem Patienten seine Rücken- oder Kopfschmerzen glaubt und aus medizinisch vertretbaren Gründen keine

¹⁷ Ausführlich dazu *Baritsch/Helmreich*, Der fingierte Krankenstand. Zur Strafbarkeit von Gefälligkeitsattesten, ZAS 2003/30; *Geiblinger*, Die Arbeitsunfähigkeitsbestätigung als Gefälligkeitsattest, RdM 2012/143, 269; *Lesigang*, Strafrechtliche Anmerkungen zur ärztlichen „Lugurkunde“, *ecolex* 2010, 116.

¹⁸ Ausdrücklich erwähnt sei, dass auch für den Patienten aus diesem Behandlungsvertrag Haupt- und Nebenleistungspflichten erwachsen; vgl. dazu *Memmer* in *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht (2015) I/46.

¹⁹ Vgl etwa OGH 28.01.2010, 2 Ob 128/09a.

unverhältnismäßig teure Abklärung (z.B. eine sofortige CT- oder MRT-Untersuchung) in die Wege leitet, ihn aber statt dessen krankschreibt, braucht sich vor einer strafrechtlichen Haftung nicht zu fürchten.

Neben der Haftung wegen Betrugs ist aus strafrechtlicher Sicht aber auch noch an eine Strafbarkeit wegen Beweismittelfälschung (§ 293 StGB) zu denken. Nach dieser Norm ist grundsätzlich zu bestrafen, wer ein falsches Beweismittel herstellt oder ein echtes Beweismittel verfälscht und dabei mit dem Vorsatz handelt, dass das Beweismittel in einem gerichtlichen oder verwaltungsbehördlichen Verfahren, in einem Ermittlungsverfahren nach der Strafprozessordnung oder im Verfahren vor einem Untersuchungsausschuss des Nationalrates gebraucht werde. Bereits die Abfassung eines Gefälligkeitsattestes kann nach diesem Delikt strafbar sein.

Wird ein Kassenarzt wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt, so führt dies automatisch – ohne dass es einer Kündigung durch den Krankenversicherungsträger bedarf – zum Erlöschen seines Kassenvertrages (§ 343 Abs 2 Z 4 ASVG). Bei einer rechtskräftigen Verurteilung wegen eines (schweren) Betrugs, also wegen eines Delikts, das man nur mit Bereicherungsvorsatz begehen kann, tritt diese Rechtsfolge jedenfalls ein. In allen anderen Fällen wird die Kasse vermutlich den Einzelvertrag kündigen. Eine solche Kündigung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres wegen wiederholter nicht unerheblicher oder wegen schwerwiegender Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen erfolgen. Zu den Pflichten von Vertragsärzten zählt nach sämtlichen Gesamtverträgen auch die Feststellung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit. Die Berufspflicht gem. § 55 ÄrzteG wurde bereits besprochen. Eine bewusst falsch ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsmeldung verwirklicht daher im Ergebnis sowohl den Tatbestand der Vertragspflichtenverletzung, als auch jenen der Berufspflichtverletzung. Die Beantwortung der Frage, ob diese „wiederholt nicht unerheblich“ oder „schwerwiegend“ war, wird einer Abwägung im Einzelfall bedürfen.

Im Ergebnis bleibt: Viel größer als die (meist unbegründete) Angst vor einer Haftung wegen Behandlungs- oder Aufklärungsmängeln sollte die Furcht vor den Auswirkungen sog. Gefälligkeitsgutachten sein! Die Rechtsfolgen solcher Malversationen gehen an die Existenz.

38 NICHTÄRZTLICHE GESUNDHEITSBERUFE

Eine Liste von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die in einem Vertragsverhältnis zur ÖGK (z.B. Physiotherapeuten) stehen, finden Sie auf der Homepage der ÖGK bzw. können Sie bei der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg, anfordern.

Die in Ihrem Nahebereich notdiensthabende Apotheke finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.apotheker.at/internet/oeak/Apotheken.nsf/webApothekensuche?Readform>

Umfangreiche Informationen zu den Angeboten des aks (= Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.aks.or.at/>

Umfangreiche Informationen zu den Angeboten der Promente Vorarlberg (Psychosoziale Gesundheit) finden Sie unter folgendem Link:

<http://promente-v.at/>

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

39 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Die Datenschutz-Grundverordnung (kurz: DSGVO) verlangt, dass Sie als niedergelassener Arzt dokumentieren, wie und warum Sie personenbezogene Daten verarbeiten, welche Sicherheitsmaßnahmen Sie zum Schutz dieser Daten ergriffen haben und wie Sie die Rechte der betroffenen Personen wahrnehmen.

Zur Erfüllung dieser Pflichten hat die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern verschiedene Unterlagen (allgemeine Informationen, Checkliste, Muster, FAQ`s) ausgearbeitet, sodass Sie diese Dokumentationspflichten ohne großen Aufwand erfüllen können. Diese Unterlagen können im Kammeramt angefordert werden.

Weitere Informationen finden Sie auch im Kapitel 13 (EDV und Organisation).

Info: Mag. Stefan Nitz, Tel. 05572/21900- 46 DW; Fax. 43 DW
E-Mail: stefan.nitz@aekvbg.at

40 ORDINATIONSÜBERNAHMEN

Bei der Übergabe bzw. Übernahme einer Ordination ist es von großer Bedeutung, gewisse Haftungsregeln im Übergabe- bzw. Übernahmevertrag zu treffen. Werden diese nicht getroffen bzw. wird kein abschließender Vertrag zwischen dem Übergeber und dem Übernehmer geschlossen, so kann beide Parteien eine böse Haftungsüberraschung treffen.

Daher sollte u.a. zwischen Übergeber und Übernehmer ein entsprechender Haftungsausschluss im Innenverhältnis vereinbart werden; auch sind die Aspekte des sog. Betriebsüberganges nach dem AVRAG und die damit verbundenen Folgen zu beachten.

Ein ausführlicher Rechtsartikel zu dieser Thematik kann im Kammeramt angefordert werden.

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

41 E-CARD

41.1 Jedmaliges Stecken der e-card - Vorgangsweise bei der ÖGK:

Aufgrund des Umstandes, dass seit Beginn der Covid-19-Pandemie die o-card unlimitiert gesteckt werden konnte und der damit gemachten Erfahrungen konnte in konstruktiven Verhandlungen mit der ÖGK nachstehende Neuregelung vereinbart werden, die mit 1.1.2022 in Kraft getreten ist.

Die wesentlichsten Neuerungen sind:

- Abschaffung des o-card-Limits
- Entfall der Papierbelege bei o-card-Konsultationen

Ungeachtet dieser Erleichterungen wird kammerseits empfohlen, weiterhin die e-card möglichst lückenlos zu stecken!

Im Detail sieht die Regelung seit 1.1.2022 wie folgt aus:

A) Erstkonsultation im Quartal:

Der Vertragsarzt muss weiterhin die e-card des Patienten bei jeder Erstkonsultation im Quartal einlesen und bei positiver Anspruchsprüfung den zutreffenden Behandlungsfall wählen.

AA) Der Patient hat die e-card bei der Erstkonsultation vergessen:

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil er sie vergessen hat, bestehen für den Vertragsarzt folgende 3 Möglichkeiten:

1. Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich ist (= Erste Hilfe - diesfalls ist verpflichtend gemäß nachstehendem Pkt. 3 vorzugehen) – die Behandlung ab und fordert den Patienten auf die e-card beizubringen.
2. Der Vertragsarzt behandelt den Patienten als Privatpatienten, sofern dieser damit einverstanden ist und die Patientenerklärung (Anlage C) unterfertigt. Eine Verrechnung der erbrachten Leistungen (auch allfälliger weiterer Leistungen im gleichen Abrechnungszeitraum zB für weitere Konsultationen) mit dem Versicherungsträger ist unzulässig.
3. Der Vertragsarzt steckt die Ordinationskarte (o-card) und prüft die Anspruchsberechtigung online (neu: diese o-card-Konsultationen sind unlimitiert möglich),

3.1 Bei positiver Anspruchsprüfung löst der Vertragsarzt den zutreffenden Behandlungsfall mit seiner o-card. Der Vertragsarzt kann vom Patienten einen Erlag verlangen, damit dieser seine e-card nachbringt (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und kann der Patient den Erlag nicht leisten, ist auf die Einhebung zu verzichten). Wird die e-card vom Patienten bis spätestens 14 Tage nach Ende des Quartals nachgebracht, ist diese „nachzustecken (nachzusignieren)“ und der Erlag dem Patienten zurückzuzahlen. Der Erlag ist jedenfalls zurückzuzahlen, wenn die Leistung mit dem Versicherungsträger verrechnet und von diesem honoriert wird.

3.2. Bei negativer Anspruchsprüfung bestehen für den Vertragsarzt folgende 4 Möglichkeiten:

a) Der Vertragsarzt behandelt den Patienten und verweist ihn zur Klärung des Anspruches an die ÖGK, wobei der Vertragsarzt keine Honorargarantie hat, weshalb er berechtigt ist vom Patienten einen Erlag zu verlangen (ist die ärztliche Behandlung unabweislich (= Erste Hilfe) und kann der Patient den Erlag nicht leisten ist auf die Einhebung zu verzichten).

Legt der Patient binnen 14 Tagen einen von der ÖGK ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vor, ist der Erlag dem Patienten zurückzubezahlen. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt, er darf die Leistung aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

b) Der Vertragsarzt lehnt – sofern die ärztliche Behandlung nicht unabweislich ist (= Erste Hilfe - dies falls gilt lit a verpflichtend) die Behandlung ab und verweist den Patienten zur Klärung an die ÖGK.

c) Während der Geschäftsstunden der ÖGK in der Landesstelle in Dornbirn (Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr) kann der Vertragsarzt oder der Patient telefonisch (Tel. Nr. 050766-191420) mit dem Genehmigungsdienst des Versicherungsträgers Kontakt aufnehmen und versuchen den Anspruch zu klären (online eine positive Anspruchsprüfung frei zu schalten); gelingt dies, gilt der obige Pkt. 3.1, gelingt dies nicht, gilt obiger Pkt. 3.2. lit.a. oder lit b.

d) Außerhalb der Geschäftsstunden des Versicherungsträgers kann der Vertragsarzt per E-Mail (ÖGK: e-card-19@oegk.at) oder Telefax (Fax Nr. 050766-191479) unter Angabe der Versicherungsnummer und des Vor- und Zunamens des Patienten sowie dem Hinweis, dass im e-card-System keine Anspruchsberechtigung gespeichert ist beim Genehmigungsdienst versuchen, den Anspruch zu klären. Meldet der Versicherungsträger binnen 14 Tagen eine positive Anspruchsprüfung zurück, verrechnet der Vertragsarzt die bei der betreffenden Konsultation angefallenen Leistungen mit dem Versicherungsträger und zahlt einen allfällig einbehaltenen Erlag zurück. Bei nicht rechtzeitiger oder negativer Rückmeldung ist der Vertragsarzt zur Privathonorierung berechtigt, er darf die Leistung für diese Konsultation aber nicht zugleich dem Versicherungsträger verrechnen. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich die schriftliche (Antwort-)Bestätigung des Versicherungsträgers der Abrechnung beizulegen.

AB) Die e-card des Patienten ist bei der Erstkonsultation defekt/gesperrt oder Patient hat noch keine e-card bei der Erstkonsultation:

Erscheint der Patient bei der Erstkonsultation im Quartal ohne e-card in der Arztpraxis, weil diese defekt/gesperrt ist oder er noch keine e-card hat (z.B. Neuanmeldungen, Neugeborene,...), dann ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die Vorgangsweise gemäß den obigen Pkt. AA 3.1. und 3.2. Im Fall der Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. darf kein Erlag vom Patienten verlangt werden. Im Fall der Vorgangsweise gemäß dem obigen Pkt. AA 3.2. lit a und d kann hingegen ein Erlag verlangt werden.

AC) Der Patient legt statt der e-card einen e-card-Ersatzbeleg vor:

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und vom Versicherungsträger ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen. Behauptet der Patient jedoch,

von der Rezeptgebühr befreit zu sein, muss der Vertragsarzt eine o-card-Konsultation erzeugen.

AD) Die Anspruchsprüfung mit der e-card verläuft negativ:

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

AE) Der Regelfall (die Zuweisung) ist belegt:

Ergibt die Online-Anspruchsprüfung, dass der Patient zwar versichert ist, der Regelfall (bzw. die Zuweisung) aber für dieses Fachgebiet und das Quartal bereits abgebucht wurde, und liegt kein anderer Behandlungsfall (z.B. Vertretung, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, Behandlung im Bereitschaftsdienst, Urlaub, Dienstreise, nach Wohnungswechsel) vor und

- der Patient gibt an, dass die vorangegangene Abbuchung des Regelfalles zu Unrecht erfolgte, weil er den zuvor konsultierten Vertragsarzt als Vertreter, bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, im Bereitschaftsdienst, im Urlaub oder bei einer Dienstreise in Anspruch genommen hatte oder
- der Patient gibt wichtige Gründe für einen Arztwechsel während des laufenden Quartals an (z.B. schwerwiegende Störung des Arzt-Patientenverhältnisses), gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

AF) Krankenbesuche:

Bei allen Krankenbesuchen muss eine Konsultation mittels e-card oder o-card erfolgen. Kann im Zuge der Nacherfassung von Visiten keine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden, ist der Vertragsarzt berechtigt, dem Patienten eine Privathonorarnote auszustellen, sofern der Patient nicht binnen 14 Tagen einen vom Versicherungsträger ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vorlegt. Darüber ist der Patient (z.B. auf der Privathonorarnote) ausdrücklich aufzuklären. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

AG) Zweitordinationen:

Bei allen Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss eine Konsultation mittels e-card erfolgen. Vertragsärzte mit vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die in der Zweitordination über keine e-card-Ausstattung verfügen, müssen bei jeder Erstkonsultation eine o-card-Konsultation in der Hauptordination erzeugen (Konsultationsart: Nacherfassung außerhalb der Ordinationszeit). In der Abrechnung muss bei diesen Fällen die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) nicht mehr eingegeben werden.

AH) Telemedizinische Leistungen, Schmerzboard, Koordinierungstätigkeit

Bei allen Leistungen einer Koordinierungstätigkeit, telemedizinischen Leistungen oder Teilnahme am Schmerzboard muss eine Konsultation mittels o-card erfolgen. Vgl. zu telemedizinischen Leistungen bei der ÖGK das Kapitel 35.

B) Folgekonsultationen im Quartal:

Der Vertragsarzt muss die e-card des Patienten bei jeder Folgekonsultation im Quartal einlesen und bei positiver Anspruchsprüfung den zutreffenden Behandlungsfall wählen.

BA) Die e-card des Patienten ist defekt/gesperrt oder der Patient hat noch keine e-card bzw. die e-card vergessen:

Erscheint der Patient bei einer Folgekonsultation ohne e-card in der Arztpraxis, dann ist der Vertragsarzt verpflichtet, die Ordinationskarte (o-card) zu stecken und die Anspruchsberechtigung online zu prüfen. Es gilt die Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. und 3.2. Im Fall der Vorgangsweise gemäß obigen Pkt. AA 3.1. darf allerdings kein Erlag vom Patienten verlangt werden. Im Fall der Vorgangsweise gemäß dem obigen Pkt. AA 3.2. lit a und d kann hingegen ein Erlag verlangt werden.

BB) Der Patient legt statt der e-card einen e-card-Ersatzbeleg vor:

Ein vom Patienten statt der e-card vorgelegter und vom Versicherungsträger ausgestellter für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) ist einer e-card gleichwertig. Der Vertragsarzt ist zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen. Behauptet der Patient jedoch, von der Rezeptgebühr befreit zu sein, muss der Vertragsarzt eine o-card-Konsultation erzeugen.

BC) Die Anspruchsprüfung mit der e-card verläuft negativ:

Erscheint der Patient mit der e-card, aber die Anspruchsprüfung verläuft negativ dann gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

BD) Der Regelfall (die Zuweisung) ist belegt:

Ergibt die Online-Anspruchsprüfung, dass der Patient zwar versichert ist, der Regelfall (bzw. die Zuweisung) aber für dieses Fachgebiet und das Quartal bereits abgebucht wurde, und liegt kein anderer Behandlungsfall (z.B. Vertretung, dringende Behandlung bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, Behandlung im Bereitschaftsdienst, Urlaub, Dienstreise, nach Wohnungswechsel) vor und der Patient gibt an, dass die vorangegangene Abbuchung des Regelfalles zu Unrecht erfolgte, weil er den zuvor konsultierten Vertragsarzt als Vertreter, bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Vertragsarztes, im Bereitschaftsdienst, im Urlaub oder bei einer Dienstreise in Anspruch genommen hatte oder der Patient gibt wichtige Gründe für einen Arztwechsel während des laufenden Quartals an (z.B. schwerwiegende Störung des Arzt-Patientenverhältnisses), gilt die Vorgangsweise gemäß obigem Pkt. AA 3.2.

BE) Krankenbesuche:

Bei allen Krankenbesuchen muss eine Konsultation mittels e-card oder o-card erfolgen. Kann im Zuge der Nacherfassung von Visiten keine positive Anspruchsprüfung durchgeführt werden, ist der Vertragsarzt berechtigt, dem Patienten eine Privathonorarnote auszustellen, sofern der Patient nicht binnen 14 Tagen einen vom Versicherungsträger ausgestellten und für den Tag der Leistungserbringung gültigen e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) vorlegt. Darüber ist der Patient (z.B. auf der Privathonorarnote) ausdrücklich aufzuklären. Der Vertragsarzt ist bei Verrechnung mit dem Versicherungsträger zu keiner Konsultation im e-card-System verpflichtet, er hat lediglich den e-card-Ersatzbeleg der Abrechnung beizulegen.

BF) Zweitordinationen:

Bei allen Konsultationen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss eine Konsultation mittels e-card erfolgen. Vertragsärzte mit vertraglich genehmigten Zweitordinationen, die in der Zweitordination über keine e-card-Ausstattung verfügen, müssen bei jeder Folgekonsultation eine o-card-Konsultation (Konsultationsart: Nacherfassung außerhalb der Ordinationszeit) in der Hauptordination erzeugen. Diese Vertragsärzte müssen in der Abrechnung bei allen diesen Fällen nicht mehr die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) eingeben.

BG) Telemedizinische Leistungen, Koordinierungstätigkeit, Schmerzboard

Bei allen Leistungen einer Koordinierungstätigkeit, telemedizinischen Leistungen oder Teilnahme am Schmerzboard muss eine Konsultation mittels o-card erfolgen. Vgl. zu telemedizinischen Leistungen bei der ÖGK das Kapitel 35.

C) Abrechnung:

Mit der Abrechnung sind alle e-card-Ersatzbelege (Anlage B) und alle vom Vertragsarzt wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden konnten, ausgestellten Patientenerklärungen (Anlage C) der kassenärztlichen Verrechnungsstelle bei der Ärztekammer für Vorarlberg vorzulegen. Eine **Honorierung** der anlässlich einer Konsultation erbrachten und verrechneten Leistungen erfolgt **nur dann, wenn für den entsprechenden Tag der Leistungserbringung im e-card-System entweder**

1. eine Konsultation mittels e-card gespeichert ist, oder
2. eine Konsultation mittels o-card gespeichert ist, oder
3. wenn weder eine Konsultation mittels e-card noch mittels o-card gespeichert ist, dafür aber ein vom Versicherungsträger ausgestellter und für den Tag der Leistungserbringung gültiger e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) bzw. eine Bestätigung gem. obigem Pkt. AA 3.2. lit. d bzw. eine vom Vertragsarzt unterfertigte Patientenerklärung, die wegen einer Störung, bei der die Konsultationsdaten auch nicht offline erfasst werden können, ausgestellt wurde (Anlage C), der Abrechnung beiliegt.

Bei Leistungen in vertraglich genehmigten Zweitordinationen muss die Position 9500 (= Behandlung in genehmigter Zweitordination) in der Abrechnung nicht mehr eingegeben werden.

Angesichts des geltenden Honorierungssystems wurde vereinbart, dass in bis zu 3% der Folgebehandlungen/Folgekonsultationen im Quartal eine Honorierung auch dann erfolgt, wenn den Formalvorschriften des obigen Pkt. C Ziff. 1 bis 3 nicht entsprochen wird. Folgebehandlungen/Folgekonsultationen im Abrechnungszeitraum, die den Formalvorschriften des obigen Pkt. C Ziff. 1 bis 3 nicht entsprechen und die am Ende des Quartals nach ihrer umgekehrten Reihenfolge – maßgeblich ist das Behandlungsdatum – über dieser Grenze liegen, werden nicht honoriert.

Mehrfachversicherung:

Liegt bei einem Patienten eine mehrfache Anspruchsberechtigung (als Versicherter oder Angehöriger) vor, können die Leistungen in einem Quartal nur mit jenem Versicherungsträger verrechnet werden, der als erster in Anspruch genommen (beim ersten Stecken der e-card bzw. Ordinationskarte ausgewählt) wurde.

Versicherungswechsel:

Wechselt während eines Quartals die Versicherungszuständigkeit, ist zu unterscheiden, ob es sich um die ÖGK oder um einen Sondersicherungsträger handelt:

1. Bei der ÖGK kann im selben Quartal kein zusätzlicher Behandlungsfall abgerechnet werden.
2. Wird von oder zu einem Sondersicherungsträger gewechselt, sind alle Leistungen, die nach dem Zuständigkeitsübergang erbracht wurden, mit dem zuständig gewordenen Versicherungsträger zu verrechnen.

Keine Nachreichung von gestrichenen Fällen bzw. Konsultationen im nächsten Quartal:

Grundsätzlich ist eine Nachreichung von gestrichenen Fällen bzw. Konsultationen im nächsten Quartal nicht mehr möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass die wegen fehlendem Anspruchsnachweis gestrichenen Abrechnungsdatensätze mittels einem von der ÖGK für diesen Behandlungstag oder Behandlungszeitraum ausgestellten e-card-Ersatzbeleg nachgereicht werden können.

e-card-Ersatzbelege:

Es dürfen nur die angeschlossenen Belege (e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) sowie die Patientenerklärung (Anlage C) verwendet werden.

Vom Arzt kann nur die Patientenerklärung (Anlage C) selbst ausgefüllt werden, der e-card-Ersatzbeleg (Anlage B) kann nur von der ÖGK ausgestellt werden.

Übereinstimmung des e-card- bzw. o-card-Konsultationsdatums mit dem Behandlungsdatum in der Abrechnung:

Achten Sie **unbedingt** darauf, dass das e-card- bzw. o-card-Konsultationsdatum mit dem Behandlungsdatum in Ihrer Abrechnung übereinstimmt, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist. Wir empfehlen Ihnen daher, täglich die von Ihnen erfassten Konsultationsdaten vom e-card-Server herunter zu laden, auf Ihrem PC oder einem USB-Stick zu speichern (dazu gibt es im e-card-System die entsprechende Funktion) und mit Ihren Abrechnungsdaten zu vergleichen, um so nichterfolgte e-card-Konsultationen sofort zu erkennen und gegebenenfalls noch am gleichen Tag fehlende Konsultationen (zumindest mit der o-card) nachzuholen. Jenen Ärzten, die über eine Implementierung der e-card-Funktionen in ihr Arztpaket verfügen, wird empfohlen, sich diesbezüglich mit ihrem EDV-Anbieter in Verbindung zu setzen.

Vorsorgeuntersuchungen und kurative Leistungen am gleichen Tag:

Wenn am gleichen Tag kurative Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen beim gleichen Patienten erfolgen, müssen auch zwei e-card-Konsultationen (Regelfall und Vorsorgefall) erzeugt werden, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist.

MUKI und kurative Leistungen am gleichen Tag:

Wenn am gleichen Tag kurative Leistungen und MUKI-Leistungen beim gleichen Patienten erfolgen, müssen auch zwei e-card-Konsultationen (Regelfall und MUKI) erzeugt werden, widrigenfalls eine Abrechnung nicht möglich ist.

D) Störungen des e-card-Systems:

Störungen des e-card-Systems (Lesegerät, GINA-Box, e-card-Leitung) sind sofort bei der Serviceline (Tel. 0501 24 33 22) zu melden. Dabei ist insbesondere Folgendes zu beachten:

- Nicht selbst beim GIN-Provider (Telekom Austria, Hutchison Drei (vormals Tele2) oder Magenta (vormals T-Mobile/UPC)) anrufen!
- Wenn die Serviceline empfiehlt beim GIN-Provider anzurufen, dann verlangen Sie, dass ein Ticket eröffnet wird. Die Serviceline muss dann von sich aus den GIN-Provider verständigen. Nur so ist sichergestellt, dass der GIN-Provider die vertragliche Reaktionszeit einhalten und sich innerhalb des nächsten Arbeitstages beim Arzt melden muss. Am Besten Sie lassen sich die Ticketnummer nennen und notieren diese für allfällige spätere Reklamationen, wenn die Behebung der Störung nicht zur Zufriedenheit erfolgt ist.
- Der Arzt sollte bei der Serviceline unbedingt seine Telefonnummer (eventuell Handy) hinterlassen, damit er vom GIN-Provider auch angerufen werden kann.
- Bei Störungen ist die e-card dennoch (offline) einzulesen. Ist dies nicht möglich (z.B. Lesegerät oder GINA defekt) ist in allen Fällen vom Arzt eine Patientenerklärung auszufüllen und diese der Abrechnung beizulegen.

E) kleine Kassen (SVS und BVAEB):

Die obigen Regelungen finden keine Anwendung für die kleinen Kassen (SVS und BVAEB).

F) Ansprechpartner:

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

Wir empfehlen Ihnen diese Regelung zum e-card-Stecken mit Ihren Arzthelferinnen im Detail zu besprechen, da in der Regel von diesen die e-card eingelesen wird.

41.2 Kosten für die e-card-Infrastruktur:

Achtung: Übernimmt ein neuer Vertragsarzt eine Kassenstelle, so kann er auch die e-card-Infrastruktur und den Provider-Vertrag seines Vorgängers übernehmen und fällt damit in die Regelung, welche für Vertragsärzte, die vor 1.1.2009 in Vertrag genommen wurden, gilt (Voraussetzung ist jedoch, dass der Vorgänger den Vertrag noch nicht gekündigt hat).

42 SCHMERZBOARD

Ziele des Schmerzboards:

- Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit chronischen Schmerzen, bei denen die konventionellen Therapieregime des niedergelassenen Bereichs nicht den gewünschten Erfolg zeigen
- Optimierung bzw. Verbesserung der Behandlung von chronischen Schmerzpatient:innen außerhalb der Krankenhäuser
- Wissenserweiterung und Wissenstransfer im Bereich „Schmerz“
- Bessere Vernetzung der Leistungserbringer zum Thema „Schmerz“

Das Schmerzboard Vorarlberg bietet niedergelassenen Ärzt:innen die Möglichkeit, chronische Schmerzpatient:innen vorzustellen und dabei die Expertenmeinung eines erfahrenen interdisziplinären Schmerzteams einzuholen.

Jeweils am 1. Mittwoch des Monats von 16.00 – 17.30 Uhr (bei Bedarf auch öfter) trifft sich das Schmerzteam, bestehend aus den Fächern Orthopädie, Neurochirurgie, Anästhesie, Neurologie, Psychosomatik und Innere Medizin (Rheumatologie, Osteologie, Palliativmedizin), um gemeinsam mit der betreuenden Haus:ärztin bzw. Fach:ärztin die Patientensituation zu erörtern und mögliche Therapieansätze anzubieten.

Dieses, von der ÖGK mitfinanzierte Projekt soll helfen, die Situation von chronischen Schmerzpatient:innen zu verbessern, wobei die Führung und Behandlung der Patient:innen bewusst in den Händen der niedergelassenen Ärzt:innen bleiben.

Voraussetzung für eine Vorstellung beim Schmerzboard ist ein länger andauernder Schmerzzustand und eine bereits erfolgte Basisabklärung durch den Erstbehandler (siehe Zugangsvoraussetzungen unten)).

Anmeldungen erfolgen über das Sekretariat am LKH Hohenems (sekretariat.schmerzboard@lkh.at, Tel.: 05576/703-2350). Ein ärztlicher Koordinator wird sich dann mit der zuweisenden Haus:ärztin bzw. Fach:ärztin in Verbindung setzen, die Vorbefunde sichten, einen Schmerzfragebogen an die Patient:innen verschicken und einen Termin beim Schmerzboard organisieren.

Falls notwendig kann eine ambulante Patientenvorstellung bei einzelnen Fachärzt:innen des Schmerzboards im Vorfeld vereinbart werden.

Bei der Schmerzboard-Besprechung selbst sind die Patient:innen nicht anwesend, es ist jedoch vorgesehen, dass die betreuenden niedergelassenen Ärzt:innen präsent sind, da der gemeinsame Austausch einen wesentlichen Faktor dieses Schmerzprojekts darstellt. Werden beim Schmerzboard weitere Abklärungen bzw. Behandlungen empfohlen, die im stationären Bereich durchgeführt werden müssen, kann dies umgehend vereinbart werden.

Erste Erfahrungen aus den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass die Idee eines gemeinsamen Schmerzboards von den niedergelassenen Ärzt:innen aber auch den Patient:innen sehr geschätzt, insgesamt jedoch noch sehr wenig in Anspruch genommen wurde. Um chronische Schmerzpatient:innen in Vorarlberg besser unterstützen zu können, braucht es das gemeinsame Engagement und die enge Zusammenarbeit zwischen den Hausärzt:innen und den Fachärzt:innen. Das Schmerzboard Vorarlberg ist ein Baustein für die Optimierung dieser Vernetzung.

Zugangsvoraussetzungen für eine Fallbesprechung:

- Der Schmerzzustand besteht länger als 6 Monate.
- Akute Erkrankungen als Schmerzursache sind ausgeschlossen.
- Die Behandlungsstrategie wurde bereits mehrfach evaluiert und modifiziert.
- Die medikamentöse Therapie ist ausgeschöpft bzw. mehrere medikamentöse Vorbehandlungen waren nicht zielführend.
- Die Abklärung und Behandlung gemäß einer anerkannten medizinischen Leitlinie zur Behandlung chronischer Schmerzen zeigt keinen ausreichenden Therapieerfolg.
- Übermittlung der Vorbefunde an das Schmerzboard inkl. sozialanamnestischer Informationen (z.B. Pensionsbegehren).

Anmeldung Schmerzboard

- Kontaktaufnahme mit dem Schmerzboard-Sekretariat:
sekretariat.schmerzboard@lkh.at, Tel.: 05576/703-2350, FAX: 05576/703-7513.
Bitte für die leichtere Erreichbarkeit ihre Mobiltelefonnummer bekannt geben!
- Ärztliche(r) Koordinator:in meldet sich und bespricht die weitere Vorgehensweise (Vorbefunde, Terminkoordination, ev. ambulante Facharzt-Vorstellung etc.)
- Schmerzfragebogen wird an Patient:in versandt
- Vereinbaren eines Schmerzboard Termins (fixe Termine sind der erste Mittwoch im Monat 16.00 – 17.30 Uhr, zusätzliche Termine können bei Bedarf eingeschoben werden)

Honorierung bei ÖGK, SVS und BVAEB:

Pos. 44 (Details siehe ÖGK-Honorarordnung): € 126,17

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

43 WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Zusätzlich zu diesem Praxisgründungsleitfaden finden Sie viele weitere Informationen für Ihre Tätigkeit als niedergelassener Arzt auf

- der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg www.arztinvorarlberg.at
- der Homepage der Österreichischen Ärztekammer www.aerztekammer.at
- der Homepage der Akademie der Ärzte (Fortbildungen, Diplome) <https://www.arztakademie.at/>
- der Homepage der ÖQMed (Qualitätssicherung) <https://www.oeqmed.at/>

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

44 IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

Sind Sie mit dem vorliegenden Praxisgründungsleitfaden zufrieden?

Um unseren Service zu verbessern bzw. zu optimieren und speziell auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen, bitten wir Sie um Ihr Feedback. Nehmen Sie sich kurz Zeit, um die folgenden Fragen zu beantworten:

Wie beurteilen Sie den Praxisgründungsleitfaden hinsichtlich.....

Angebot an Themen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Menge der Inhalte	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Ausführlichkeit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Informationsgehalt	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Layout	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Verständlichkeit der Inhalte	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ungenügend

Welche für die Praxisgründung wichtigen Themen sind im Praxisgründungsleitfaden nicht enthalten?

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für uns?

Bitte per Telefax (05572/21900-43) oder
per E-Mail (aek@aekvbg.at) oder
per Post an die Ärztekammer für Vorarlberg, Schulgasse 17, 6850 Dornbirn
senden.

VIELEN DANK!