

m) Vertrag vom 19. Juli 2017, Nr. 0¹⁾

Änderungen und Ergänzungen zum Landeszusatzvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin vom 14. Juli 2015 - vereinheitlichte Fassung

1)Kundgemacht in der Sondernummer 2 zum Amtsblatt vom 2. August 2017, Nr. 31.

Art. 1 (Grundsätze)

(1) Der gegenständliche Landesvertrag regelt jene Inhalte, die ihm vom gesamtstaatlichen Kollektivvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin vom 29. Juli 2009 und 8. Juli 2010 (in der Folge GSKV) übertragen wurden und passt letztgenannte mit Zusätzen und Änderungen an die lokalen Besonderheiten an.

(2) Der gegenständliche Landesvertrag kann mit nachfolgenden Abkommen die vom GSKV vorgegebenen rechtlichen Institute und all jene Aspekte, die dieser an etwaige zusätzliche Regelungen auf lokaler Ebene überträgt, ergänzt werden.

(3) Innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des neuen GSKV vereinbaren die Parteien die Wiedereröffnung der Verhandlungen für die notwendigen Abänderungen.

Art. 2 (Fälligkeit und Verweis)

(1) Die Änderungen am Landeszusatzvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, welcher am 14. Juli 2015 unterzeichnet worden ist, erlangen ihre Wirksamkeit am Tag der Veröffentlichung des der vereinheitlichten Fassung des Landeszusatzvertrages im Amtsblatt der Region Trentino-Südtirol.

(2) Davon ausgenommen sind spezifische Fälligkeiten, die ausdrücklich für einige Abschnitte angeführt sind.

(3) Für alles, das nicht vom gegenständlichen Vertrag geregelt ist, gelten die im GSKV enthaltenen Bestimmungen.

Art. 3 (Landesbeirat)

(1) Auf Landesebene wird ein Landesbeirat mit paritätischer Zusammensetzung für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin, wie vom Artikel 24 des GSKV vorgesehen, eingerichtet.

(2) Dieser besteht aus Vertretern der Öffentlichen Delegation (Gesundheitsressort und Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, letzterer wird in der Folge Sanitätsbetrieb genannt) und der Gewerkschaften, die gemäß Artikel 22 des GSKV auf Landesebene die meisten Eingeschriebenen haben.

(3) Die Vertreter der Ärzte werden von den Gewerkschaften namhaft gemacht. Man vereinbart, dass der genannte Beirat aus 5 Vertretern der Öffentlichen Delegation und aus 5 Vertretern der berechtigten Gewerkschaften besteht.

(4) Der Landesrat für Gesundheit oder ein von ihm Ermächtigter haben den Vorsitz des Landesbeirates.

(5) Für jedes ordentliche Mitglied der Öffentlichen Delegation und der Gewerkschaften wird ein Ersatzmitglied vorgesehen, welches im Falle der Abwesenheit des ordentlichen Mitglieds an den Sitzungen teilnimmt .

(6) Die zahlenmäßige Zusammensetzung für die Gewichtung der Stimmen der Gewerkschaftsvertreter wird aufgrund der getätigten Mitgliedschaften, die dem Sanitätsbetrieb von den vertragsgebundenen Ärzten für den Einbehalt des Gewerkschaftsbetrages mitgeteilt wurden, erhoben. Diese werden jährlich zum Stand 1. Januar überprüft und vom Sanitätsbetrieb an die Landesabteilung Gesundheit übermittelt, welche sie innerhalb des Monats Februar dem Dienst für Vertragsabkommen mit dem staatlichen Gesundheitsdienst und den staatlichen Sekretariaten der Gewerkschaften mitteilt.

(7) Die Gewerkschaften können, wenn spezifische Argumente, welche entsprechendes Fachwissen voraussetzen, behandelt werden, zu den Sitzungen des Landesbeirats einen Experten oder technischen Berater hinzuziehen.

(8) Da dieser Experte/Berater nicht Mitglied des Landesbeirats ist, hat er kein Anrecht auf irgendeine Form von Entschädigung oder Spesenrückvergütung sowie kein Stimmrecht.

(9) Zusätzlich zu den von Artikel 24 des GSKV vorgesehenen Zuständigkeiten gibt der Beirat Gutachten in den von gegenständlichem Vertrag vorgesehenen Fällen ab.

(10) Der Beirat formuliert Vorschläge und erarbeitet Gutachten für die korrekte Anwendung der Bestimmungen dieses Vertrags sowie für eine korrekte Inanspruchnahme der Betreuung, auch in Bezug auf besondere örtliche Probleme oder Situationen, die ihm vom Vorsitzenden oder von wenigstens einem Drittel seiner Mitglieder unterbreitet worden sind.

(11) Der Beirat

- a) greift etwaige sich aus der Anwendung dieses Vertrags ergebende Fragen zu seiner Auslegung und Durchführung auf und prüft dieselben;
- b) überwacht jährlich die Anwendung des gegenständlichen Vertrages;
- c) kümmert sich um den Erhalt der gesamtstaatlichen Daten, die von den Landesfachkommissionen und vom Sanitätsbetrieb angefordert werden;
- d) untersucht außerdem die Unklarheiten, die sich aus Gesetzesmaßnahmen ergeben, welche sich direkt auf die Regelung der mit diesem Vertrag geregelten Verhältnisse auswirken. Der Beirat empfiehlt den unterzeichnenden Vertragspartnern eine dementsprechende zweckmäßige formelle Abänderung am Vertrag vorzunehmen.
- e) übt außerdem alle anderen von diesem Vertrag vorgesehenen Aufgaben aus.

(12) Die Tätigkeit des Beirats ist auf jeden Fall darauf ausgerichtet, einheitliche Richtlinien für die Anwendung des Vertrags zu liefern.

(13) Die Autonome Provinz Bozen-Südtirol (in der Folge Land) stellt Personal, Räumlichkeiten und alles Notwendige zur Verfügung, damit der Landesbeirat die ihm zugewiesenen Aufgaben erfüllen kann.

Art. 4 (Betriebsbeirat)

(1) Auf Betriebsebene wird der Betriebsbeirat, der aus 5 (fünf) Vertretern der Öffentlichen Delegation und 5 (fünf) Vertretern jener Gewerkschaften, die die meisten Eingeschriebenen auf Betriebsebene haben, zusammengesetzt ist, gebildet.

(2) Die zahlenmäßige Zusammensetzung für die Gewichtung der Stimmen der Gewerkschaftsvertreter wird aufgrund der getätigten Mitgliedschaften, die dem Sanitätsbetrieb von den vertragsgebundenen Ärzten für den Einbehalt des Gewerkschaftsbetrages mitgeteilt wurden, erhoben. Diese werden jährlich zum Stand 1. Januar überprüft und vom Sanitätsbetrieb an die Landesabteilung Gesundheit übermittelt, welche sie innerhalb des Monats Februar dem Dienst für Vertragsabkommen mit dem staatlichen Gesundheitsdienst und den staatlichen Sekretariaten der Gewerkschaften mitteilt.

(3) Zu den Sitzungen des Beirats können die Gewerkschaften technische Berater hinzuziehen; diese haben weder Anrecht auf Entschädigung für die Anwesenheit noch Stimmrecht.

(4) Die Zuständigkeiten und die Funktionsmodalitäten des Betriebsbeirats werden vom Landesbeirat festgelegt.

Art. 5 (Optimales Verhältnis)

(1) Die freie Wahl des Arztes erfolgt im Sinne von Artikel 19, Absatz 2, des Gesetzes Nr. 833/1978 und des Artikels 8, Absatz 1 des gesetzesvertretenden Dekrets (in Folge gv. D.) 30.12.1992 Nr. 502 innerhalb der objektiven Grenzen der Organisation des Gesundheitsdienstes.

(2) Für die Wirkungen des Absatzes 1 wird die Grundversorgung in Sprengel oder Einzugsgebiete eingeteilt.

(3) Der Sanitätsbetrieb führt die Verzeichnisse der vertragsgebundenen Ärzte (medizinische Grundversorgung und Betreuungskontinuität) für die Erbringung der Grundversorgung, welche in Sprengel oder Einzugsgebiete gegliedert sind.

(4) Im Sinne des Artikels 33, Absatz 9 des GSKV und in Anbetracht der lokalen Besonderheiten des Territoriums ist das optimale Verhältnis ab Inkrafttreten dieses Vertrages von 1:1000 auf 1:1300 erhöht.

(5) Aus diesem Grund ist die minimale Bezugsfraktion, um ein unterversorgtes Einzugsgebiet auszumachen, auf 650 erhöht, wobei für die Berechnung die Anzahl der Bevölkerung zwischen 0 und 14 Jahren mit Stichtag 31. Dezember abgezogen wird.

(6) Für die korrekte Berechnung des optimalen Verhältnisses und der Einwirkungen der Beschränkungen auf dieselbe wird auf die Situationen Bezug genommen, die am 31. Dezember des vorhergehenden Jahres bestanden haben.

(7) Im Falle der Änderung des Einzugsgebiets behält der Arzt alle innegehabten Arztwahlen bei, einschließlich jener, die infolge der neuen Gebieteinteilung zu einem anderen Gebiet als zu jenem gehören, in welchem der Arzt eingetragen ist, und vorbehaltlich der Beachtung der allgemeinen oder individuellen Höchstgrenzen und des Rechts der Betreuten auf die Arztwahl.

Art. 6 (Höchstanzahl an Arztwahlen und ihre Einschränkungen)

(1) Die Höchstgrenze an Arztwahlen für die Ärzte für Allgemeinmedizin beträgt 1.500 (eintausendfünfhundert) Einheiten.

(2) Die von der Höchstgrenze abweichenden Arztwahlen, die dennoch erworben werden können, dürfen das Höchstaussmaß von fünf Prozent der individuellen Höchstgrenze des Arztes nicht überschreiten.

(3) Aufgrund des Mangels an Ärzten für die Grundversorgung in der Autonomen Provinz Bozen, welche im Besitz der notwendigen Voraussetzungen sind, und der Notwendigkeit der trotzdem sicherzustellenden Betreuung der in den Landesgesundheitsdienst (in der Folge LGD) Eingeschriebenen, behalten jene Ärzte, welche ihre Betreuungstätigkeit in Einzugsgebieten, in denen vorhandene Stellen auf der Grundlage des vorgesehenen optimalen Verhältnisses nicht besetzt werden konnten, ausüben und welche bei Inkrafttreten des gegenständlichen Landeszusatzvertrages (in der Folge LZV) bereits eine individuelle Anzahl an Arztwahlen von mehr als 1.500 (eintausendfünfhundert) Einheiten aufweisen, ihre Patienten gemäß Absatz 3 des Artikels 39 des geltenden GSKV und bis zur Besetzung der freien Stellen bei.

(4) Betreffend den Verfall des Rechts auf Zuweisung der Pro-Kopf-Quote bleiben die Vorgaben des Artikels 40, Absätze 5, 6, 7, 8 und 12 des geltenden GSKV unbeschadet.

(5) Für die Ärzte der Grundversorgung mit mehr als 1.575 (eintausendfünfhundertfünfundsiebzig) Patientenwahlen können als angemessene Stundenanzahl der Öffnung der Arztpraxen gemäß Artikel 36 Absatz 5 des GSKV vorübergehend und bis zum Erreichen der im GSKV vorgesehenen Höchstgrenze nicht weniger als 17,5 (siebzehneinhalb) Wochenstunden angesehen werden.

(6) Sobald die freien Stellen besetzt werden können, müssen die Ärzte innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Tätigkeit des neuen vertragsgebundenen Arztes schrittweise, indem keine neuen Patientenwahlen mehr zugewiesen werden, auf die vom vorherigen Absatz vorgesehene Höchstanzahl zurückfahren.

(7) Für die nach sechs Monaten noch Eingeschriebenen, welche die Anzahl von 1.500 (eintausendfünfhundert) überschreiten, wird die Bezahlung der Pro-Kopf-Quote gemäß Artikel 59 des GSKV eingestellt.

(8) Ausnahmesituationen werden im Sinne von Artikel 39 Absatz 3 des geltenden GSKV gehandhabt.

(9) Die Ärzte können die eigene Höchstgrenze der Arztwahlen auf nicht weniger als 1.300 (tausenddreihundert) selbst beschränken. [21](#)

(10) Die zeitlich begrenzten Wahlen können zusammen mit den von den Patienten getätigten Wahlen für den einzelnen Arzt eine Gesamtpatientenwahl von nicht mehr als 1800 (eintausendachthundert) Einheiten ergeben.

(11) In analoger Weise zum Arzt, der seine Wahlen selbst beschränkt hat, kann einem Arzt keine Gesamtpatientenwahl zugewiesen werden, die die individuelle Höchstgrenze um zehn Prozent überschreitet.

(12) Gemäß Artikel 17 Absatz 2 Buchstabe c) des GSKV sind folgende im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeiten der Ärzte für die Grundversorgung und die Betreuungskontinuität mit jenen, die im Rahmen der Konvention erbracht werden, vereinbar:

- a) in Pflege- und in Seniorenwohnheimen;
- b) unentgeltliche Tätigkeiten zugunsten Körperschaften und Vereinigungen, die ausschließlich soziale Zwecke verfolgen und

nicht gewinnorientiert arbeiten;

- c) im Bereich von Weiterbildungsinitiativen für das Gesundheitspersonal;
- d) als Sprengelhygieniker nach vom Betriebsbeirat gemäß Artikel 234 des GSKV festzusetzenden Bedingungen;
- e) bei Studien-, Mitarbeits- und Projekt-Aufträgen im Bereich der Sprengelbetreuung, die vom Sanitätsbetrieb oder vom Land in Auftrag gegeben werden;
- f) Gesundheitsbetreuung von Touristen;
- g) befristete Aufträge für den Landesnotfalldienst.

(13) Die mit der Ausbildung von Gesundheitspersonal und der Gesundheitsbetreuung von Touristen in Verbindung stehenden Tätigkeiten, sofern diese von einem Arzt der Grundversorgung ausgeübt werden, haben keine Reduzierung der Höchstanzahl der Patientenwahlen gemäß Artikel 39 Absatz 4 des GSKV zur Folge. Werden diese Tätigkeiten von einem Arzt der Betreuungskontinuität ausgeübt, tragen diese nicht zum Erreichen des höchstzulässigen Stundenplanes gemäß Artikel 65 Absatz 9 des GSKV bei.

(14) Der freiberufliche Stundeneinsatz des Arztes der Grundversorgung darf keine Senkung der individuellen Höchstanzahl an Patientenwahlen von weniger als 1300 (eintausenddreihundert) bedingen.

(15) Die Tätigkeiten, die von den Ärzten für Allgemeinmedizin außerhalb ihrer Betreuungstätigkeit (Grundversorgung und/oder Betreuungskontinuität, in der vom GSKV und dem LZV vorgesehenen Art und Weise) und ihrer freiberuflichen Tätigkeit abgewickelt werden, dürfen keine Unterbrechungen, Verspätungen oder Unannehmlichkeiten für die vertragsgebundene Tätigkeit verursachen.

2)Art. 6 Absatz 9 wurde so ersetzt durch Art. 3 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

Art. 7 (Landesrangordnung)

(1) In Abweichung zu den Vorgaben des Absatzes 1 des Artikels 15 des GSKV stellt das Gesundheitsressort, auf der Grundlage der eingegangenen Ansuchen und zum Zwecke der Zuweisung der Aufträge, einmal im Jahr eine einheitliche Landesrangordnung auf, die in vier Bereiche unterteilt ist. Diese umfassen gemäß Artikel 13 des GSKV jeweils eine der folgenden Tätigkeiten:

1. Medizinische Grundversorgung,
2. Betreuungskontinuität,
3. Medizinische Dienste auf dem Territorium,
4. Gesundheitliche Notfallversorgung auf dem Territorium.

(2) Aufgrund des großen Mangels an vertragsgebundenen Ärzten für Allgemeinmedizin auf dem gesamten Landesgebiet wird eine außerordentliche Frist für das Einreichen von Ansuchen um Aufnahme in die einheitliche Landesrangordnung im Sinne von Artikel 15 des GSKV, die für das Jahr 2018 gelten soll, eröffnet. Die Ansuchen können vom 15. August 2017 bis 15. September 2017 eingereicht werden; die vom Gesetz, von GSKV und vom LZV vorgesehenen Voraussetzungen müssen zum 31. Juli 2017 vorhanden sein. Die endgültige außerordentliche Rangordnung wird innerhalb des 31.12.2017 im Amtsblatt der Region veröffentlicht.

(3) Für die Zuweisung der verfügbaren Aufträge für die Grundversorgung und die Betreuungskontinuität auf unbegrenzte Zeit, die aufgrund der vom GSKV vorgesehenen Verfahrensweise ermittelt worden sind, behält man vor:

- a) einen Anteil von achtzig Prozent für jene Ärzte, die im Besitz des Ausbildungsnachweises in Allgemeinmedizin gemäß Artikel 1, Absatz 2 und Artikel 2, Absatz 2 des gv. D. Nr. 256/91 und der entsprechenden Bestimmungen gemäß gv. D. Nr. 368/99 und des gv. D. Nr. 277/2003 oder des [Landesgesetzes Nr. 14 vom 15.11.2002](#) und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen sind;
- b) einen Anteil von zwanzig Prozent für Ärzte, die im Besitz eines gleichwertigen Titels gemäß der gv. D. Nr. 256/1991, Nr. 368/1999 und Nr. 277/2003 sind.

(4) Unbeschadet der geltenden staatlichen Bestimmungen für die Vergabe der verfügbaren Aufträge für die Allgemeinmedizin, um die Gesundheitsbetreuung der Bevölkerung zu gewährleisten, kann der Sanitätsbetrieb zeitbegrenzte Aufträge für die Dauer von bis zu einem Jahr vergeben. Diese können ein Mal für höchstens zwölf Monate erneuert werden, sofern es nicht genug Ärzte im Besitz der notwendigen Titel gibt, um die freien Stellen, die sich durch das optimale Patientenverhältnis ergeben, zu besetzen.

(5) Um dieser Eventualität Rechnung zu tragen, erstellt der Sanitätsbetrieb eine eigene Liste aufgrund der bei ihm eingereichten Ansuchen, die für die Vergabe von Aufträgen für die Vertretung oder provisorischen Aufträgen für die Allgemeinmedizin verwendet wird, falls nicht genügend Ärzte zur Verfügung stehen.

(6) Die einheitliche Landesrangordnung wird auf der Webseite des Sanitätsbetriebes www.sabes.it veröffentlicht.

(7) Dem Arzt mit einem befristeten Auftrag laut Absatz 4 werden zusätzlich zur Pro-Kopf-Quote laut Artikel 59 Buchstabe A, Absatz 1, auch die variablen Quoten und die Zulagen, welche von den gültigen Kollektivverträgen GSKV und LZV vorgesehen sind, zuerkannt, wenn der Arzt die Voraussetzungen besitzt und an den vorgesehenen Tätigkeiten teilnimmt. [3\)](#)

3) Art. 7 Absatz 7 wurde hinzugefügt durch Art. 4 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

Art. 8 (Territoriale Gesundheitsbetreuung)

(1) Gemäß Art. 4/sexies, i.g.F., des [Landesgesetzes Nr. 7 vom 5. März 2001](#) „Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes“, wird die Gesundheitsbetreuung der vertragsgebundenen Ärzte auf dem Territorium, unbeschadet der Beziehung zwischen Patient und Hausarzt, gemäß der von den staatlichen Bestimmungen vorgesehenen Art und Weise erbracht, welche die Entwicklung des Landes durch einen höheren Standard betreffend den Schutz der Gesundheit fördern.

(2) In Folge der Vorgaben gemäß Absatz 1 und in Übereinstimmung mit dem geltenden GSKV wird die Gesundheitsbetreuung der Bürger auf dem Territorium in der Autonomen Provinz Bozen über die neuartige Gemeinschaftsformen der vernetzten Gruppenmedizin (in der Folge AFT) gemäß Artikel 28/bis des GSKV auf die in Folge aufgezeigte Art und Weise verwirklicht.

Art. 9 (Errichtung der vernetzten Gruppenmedizin (AFT))

(1) Mit der Unterzeichnung des gegenständlichen LZV werden im Land die neuen Organisationsformen (AFT - vernetzte Gruppenmedizin), wie vom geltenden GSKV vorgesehen und in Anwendung der Artikel 1 des Gesetzes vom 8. November 2012, Nr. 189, Artikel 4/sexies des [Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7](#), i.g.F., und des Beschlusses der Landesregierung vom 10.02.2015, Nr. 171, errichtet unter Einhaltung der folgenden allgemeinen Bedingungen zur Anwendung:

- a) Errichtung der vernetzten Gruppenmedizinen (AFT) auf dem gesamten Landesgebiet,
- b) Aufrechterhaltung aller bestehenden Gemeinschaftsformen in jenen Gebieten, in denen es aus orographischen Gründen oder wegen Ärztemangels unmöglich ist,
- c) Verwirklichung der Schnittstelle zwischen den vernetzten Gruppenmedizinen und dem Sanitätsbetrieb mittels geeigneter elektronischer Datenverarbeitungssysteme, im Einvernehmen mit den den gegenständlichen Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaften.

(2) Die Ärzte arbeiten verpflichtend innerhalb der neuen Organisationsform der AFT und treten verpflichtend dem elektronischen Datenverarbeitungssystem (Datennetz und Informationsflüsse) des Landes und/oder dem staatlichen Datenverarbeitungssystem bei, so wie von den Artikeln 59/bis und 59/ter des GSKV von 2010 als unabdingbare Voraussetzung für den Zugang und die Aufrechterhaltung der Vertragsbindung vorgesehen ist.

Art. 9/bis (Qualitätspakt der Allgemeinmedizin)

(1) Um die Gesundheitsbetreuung zu verbessern, wird mit der Umsetzung des Qualitätspakts für die Allgemeinmedizin in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol begonnen. Dies geschieht mittels Errichtung einer neuen Organisationsform, der „Komplexen Versorgungseinheit“, welche mit der Veröffentlichung des gegenständlichen LZV wirksam wird.

(2) Durch die Komplexe Versorgungseinheit werden Betreuungspfade (Therapeutisch diagnostische Betreuungspfade PDTA/ Operative Ziele und Betreuungsziele) festgelegt, welche von den Ärzten für Allgemeinmedizin und dem Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeinsam innerhalb der vernetzten Gruppenmedizin (AFT) vereinbart werden und an denen alle teilnehmenden Ärzte mitwirken.

(3) Innerhalb von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Qualitätspaktes der territorialen Betreuung müssen verpflichtend auf dem gesamten Territorium die AFT festgelegt und aktiviert sein. Zudem müssen die Ärzte in der vernetzten Gruppenmedizin die Bezugspersonen der AFT namhaft machen, deren Ernennung durch den Generaldirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebes erfolgen wird.

(4) Insbesondere werden die Ärzte der AFT mittels SIS-Access und Cloud, deren Lizenz von der Öffentlichen Verwaltung zur Verfügung gestellt wird, untereinander vernetzt. Sollte der Arzt für Allgemeinmedizin beschließen eine eigene Cloud verwenden zu wollen, so muss er selbst die Verbindung und den Austausch der Daten innerhalb der AFT sicherstellen und alle diesbezüglichen Kosten sind gänzlich zu seinen Lasten.

(5) Für jede einzelne AFT muss innerhalb von drei Monaten zwischen der Bezugsperson und dem Zuständigen des Betriebes Folgendes

vereinbart werden:

- a) die mit der Anzahl der teilnehmenden Ärzte und der territorialen Gegebenheit (territoriale geografische Beschaffenheit, Anzahl der Betreuten, Anzahl der bestehenden Arztpraxen auf dem Territorium, usw.) vereinbarte Abdeckung der Stunden der AFT, von 8.00 bis 20.00 Uhr, von Montag bis Freitag, wobei auf jedem Fall für den einzelnen Arzt das Stundenlimit laut geltendem GSKV und LZV eingehalten werden muss;
- b) die Organisationsformen der Betreuungskontinuität

(6) Für die Komplexe Versorgungseinheit wird ein jährlicher Bruttobetrag, einschließlich Vorsorge- und Sozialversicherungsbeiträge im Ausmaß von 3.800.000,00 €, festgesetzt. Dieser Betrag, abzüglich der Vor- und Fürsorgebeiträge ENPAM-Beiträge, wird unter Berücksichtigung der Obergrenze von 1.575 Patienten pro Arzt, durch die Anzahl der Eingeschriebenen bei den Ärzten für Allgemeinmedizin am 31. Dezember des vorhergehenden Jahres aufgeteilt. Der auf diese Weise für den einzelnen Patienten festgesetzte Betrag wird monatlich aufgrund der beim einzelnen Arzt Eingeschriebenen, bis zu einer Obergrenze von 1.575 (eintausendfünfhundertfünfsiebzig) Arztwahlen ausgezahlt.

(7) Sollte der Arzt für Allgemeinmedizin nicht an der vernetzten Gruppenmedizin teilnehmen und sollten die Absätze 2, 3, 4 und 5 nicht eingehalten werden, werden die bereits ausgezahlten Beträge zurückgefordert, es sei denn, die Nichtteilnahme an der Komplexen Versorgungseinheit ist auf die fehlende Bereitstellung der Cloud von Seiten der Öffentlichen Verwaltung zurückzuführen.

Artikel 9/ter (Gruppenmedizin)

(1) Mit Bezug auf Absatz 1 Buchstabe b) des Artikels 9 werden, innerhalb der AFT und auf freiwilliger Basis, die Berufsgemeinschaften, die nur aus Ärzten zusammengesetzt sind, als Gruppenmedizin eingeführt. Um ein höheres Niveau der Leistungen zu erreichen, können sich die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin untereinander absprechen und Formen der Gruppenarbeit auf der Grundlage eines Reglements vereinbaren, welches von folgenden Grundsätzen und organisatorischen Kriterien inspiriert ist:

- a) die Vereinigung ist frei, freiwillig und paritätisch;
- b) das Abkommen zur Errichtung der Gruppenmedizin wird frei unter den teilnehmenden Ärzten vereinbart und beim Bezirk und bei der Ärztekammer hinterlegt; die an der Gruppenmedizin teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, den in ihren Verzeichnissen eingetragenen Bürgern, die Formen und organisatorischen Modalitäten der Vereinigung in der geeignetsten Art und Weise mitzuteilen, auch um die Nutzung der angebotenen Dienste zu erleichtern;
- c) der Gruppe können neben den Ärzten, welche ausschließlich die Tätigkeit als Arzt für Allgemeinmedizin ausüben, auch Ärzte angehören, die andere Tätigkeiten, ausüben, die mit dem Vertragsverhältnis eines Arztes für Allgemeinmedizin vereinbar sind, sowie die Ärzte, welche eine freiberufliche Tätigkeit bis zu 5 Stunden pro Woche ausüben;
- d) die Gruppenmedizin hat einen einzigen Sitz, welcher eine oder mehrere Arztpraxen umfassen kann, welche sich alle im selben Gebäude befinden müssen; davon unbeschadet bleibt die Möglichkeit dass die einzelnen Ärzte in anderen Praxen desselben Einzugsgebietes tätig sind, aber während zusätzlichen Stunden zu jenen, die für den Hauptsitz der Gruppenmedizin vorgesehen sind;
- e) zur Gruppe gehören nicht weniger als zwei und nicht mehr als acht Ärzte für Allgemeinmedizin;
- f) jeder Arzt kann nur an einer Gruppe teilnehmen;
- g) jeder Teilnehmer an der Gruppe übt seine Ambulatoriumstätigkeit auch gegenüber den Betreuten der anderen Ärzte der Gruppe aus, auch mittels gegenseitigem Zugang zu den Informationsinstrumenten eines jeden Arztes, immer unter Beachtung der Grundprinzipien des Vertrauensverhältnisses, der freien Wahl durch den Betreuten und der Datenschutzbestimmungen. Die bei den Ärzten der Gruppe eingeschriebenen Patienten können sich für ihre Betreuungsbedürfnisse an jeden Arzt der Gruppe wenden;
- h) die Aufteilung der Stundenpläne der Anwesenheit der einzelnen Ärzte am Sitz der Gruppenmedizin muss vorsehen, dass jeder derselben für wenigstens vier Tage pro Woche anwesend ist, wenn er sich am fünften Tag mit anderen vom Vertrag vorgesehenen Tätigkeiten beschäftigt, wie Beratungen mit Fachärzten, Besuch von Krankenhauspatienten, Betreuung von gehunfähigen Betreuten, usw.; andernfalls muss die Anwesenheit an fünf Tagen in der Woche gewährleistet werden, unbeschadet der Vorschriften bezüglich der Abdeckung der Stunden der Arztpraxen laut GSKV und LZV und jenen gemäß Beschluss der Landesregierung vom 6. Februar 2018, Nr. 126 betreffend die Aktivierung der AFT;
- i) auf jeden Fall muss die Betreuung in der Arztpraxis für wenigstens vier Stunden pro Tag im Fall von zwei zusammengeschlossenen Ärzten, sechs Stunden pro Tag im Fall von drei zusammengeschlossenen Ärzten und acht Stunden pro Tag im Fall von vier oder mehreren zusammengeschlossenen Ärzten gewährleistet werden. Die Anwesenheit der Ärzte in der Praxis sowie die Öffnungszeiten derselben müssen ausgewogen zwischen den Zeiträumen 08.00-12.00 Uhr und 12.00-20.00 Uhr aufgeteilt werden. Zweimal pro Woche garantiert die Gruppenmedizin zusätzlich, dass die Schließung nicht vor 19.00 Uhr erfolgt;
- j) jedem Arzt der Gruppe werden die Entgelte für jene Versicherten ausgezahlt, die bei ihm eingetragen sind;
- k) innerhalb der Gruppe dürfen, ohne die vorherige Einwilligung des Arztes, der die Arztwahl erhalten wird, keine Änderungen der Wahl getätigt werden, unbeschadet davon bleibt in jedem Fall die Möglichkeit des Bürgers eine andere Wahl im selben Einzugsgebiet vorzunehmen;
- l) die Aufteilung der Führungsspesen der Haupt-Arztpraxis und der allfälligen peripheren Praxen wird frei unter den Mitgliedern der Gruppe vereinbart.

(2) Zum Zweck der wirtschaftlichen Anerkennung müssen die Ärzte, welche Teil der Gruppe sind, dem zuständigen Gesundheitsbezirk und der AFT- Bezugsperson ein von ihnen unterschriebenes Dokument betreffend die Modalitäten des Ablaufs der ärztlichen Versorgungseinheit und die Garantie über die Mindestvoraussetzungen gemäß

Absatz 1 übermitteln. Das Dokument ist innerhalb von 15 Tagen ab dem Datum der Aktivierung der Gruppenmedizin zu übermitteln.

(3) Die Entgelte betreffend die Gruppenmedizin werden im Ausmaß wie von Artikel 11, Buchstabe B, Absatz 12 vorgesehen beglichen. [4\)](#)

4)Art. 9/ter wurde eingefügt durch Art. 1 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

Artikel 9/quater (Vernetzte Medizin)

(1) Zusätzlich zur Gruppenmedizin ist die Vernetzte Medizin vorgesehen, für welche soweit vereinbar, die Bedingungen unter Artikel 9/ter, Absatz 1, Buchstaben a), b), c), f), g), h), i), j), k) und l) gelten.

(2) Die vernetzte Medizin ist gekennzeichnet durch:

- a) die räumliche Verteilung der Praxen der Allgemeinmediziner im Einklang mit der gebietsmäßigen Gliederung des Einzugsgebietes, ohne an einen einzigen Sitz gebunden zu sein;
- b) die Handhabung der informatisierten persönlichen Gesundheitsakte durch untereinander kompatibler Software;
- c) die Vernetzung der Arztpraxen mit Informatiksystemen, die den Zugang zu den Daten betreffend die Betreuten der Mitglieder der Vereinigung ermöglichen;
- d) die Anzahl der Ärzte der Vereinigung, wobei diese nicht größer als vier sein darf; in besonderen Fällen kann der Sanitätsbetrieb, nachdem der Betriebsrat angehört worden ist, diese Zahl erhöhen;
- e) die Verpflichtung für diese Ärzte, die Tätigkeit, inklusive der nicht aufschiebbaren Leistungen, auch gegenüber den Betreuten der anderen vernetzten Ärzte auszuüben.

(3) Die Entgelte betreffend die Vernetzte Medizin werden in der Höhe und mit den Fälligkeiten laut Artikel 11, Buchstabe B, Absatz 13 geleistet. [5\)](#)

5)Art. 9/quater wurde eingefügt durch Art. 2 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

Art. 10 (Betreuungskontinuität (BK))

(1) Die Betreuungskontinuität (in der Folge BK) in der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol wird im Sinne und mittels der Kriterien des Abschnitts III des geltenden GSKV garantiert.

(2) Der Sanitätsbetrieb bevollmächtigt den gebietsmäßig zuständigen Gesundheitsbezirk den Dienst der Betreuungskontinuität zu organisieren.

(3) Aufgrund der oro-geographischen Beschaffenheit, der Ausdehnung und der Anzahl der in den jeweiligen Zonen zu Betreuenden setzt der Gesundheitsbezirk nach Anhörung des Betriebsbeirats die geeigneten Organisationsformen für die Betreuungskontinuität fest, indem er aus den in Folge angeführten auswählt.

(4) Der Dienst für die BK wird

- a) von Samstag, 8.00 Uhr bis Montag 8.00 Uhr,
- b) werktags immer von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr (des Folgetags) und
- c) von 10.00 Uhr des Vorfeiertags, der auf einen Werktag fällt, bis um 8.00 Uhr des auf den Feiertag folgenden Tages gewährt.

(5) Die Pflicht für die Ärzte der Grundversorgung, die am Freitag angeforderten Visiten durchzuführen, bleibt aufrecht.

(6) Die Erbringung der Leistungen seitens der Ärzte für die Betreuungskontinuität ist für die in den Landesgesundheitsdienst eingeschriebenen Bürger des zuständigen Einzugsgebietes kostenlos und für die anderen Betreuungsberechtigten kostenpflichtig. Für Leistungen zu Gunsten nicht Eingeschriebener in den Landesgesundheitsdienst kommen die Tarife für die gelegentlichen Visiten gemäß Art. 15 Absatz 1 des gegenständlichen Vertrags zur Anwendung.

(7) Die Ärzte für die BK stellen, in untergeordneter Weise zur Erbringung ihrer institutionellen Tätigkeit, an den Samstagen, Sonntagen und Feiertagen, die auf einen Werktag fallen, die Erbringung der vorab genehmigten und vom zuständigen Hausarzt angeforderten Leistungen der integrierten Hausbetreuung, für die sie die vom LZV vorgesehenen Vergütungen erhalten, sicher.

(8) Wenn es notwendig ist, die integrierte Hausbetreuung auch an Feiertagen zu erbringen, kontaktiert der für die integrierte Hausbetreuung zuständige Hausarzt den für die BK zuständigen Turnusarzt direkt.

(9) Falls sich der für die BK zuständige Arzt weigert, die integrierte Hausbetreuung durchzuführen, muss diese auf jeden Fall vom zuständigen Arzt der Grundversorgung garantiert werden.

(10) Falls ein Patient der täglichen integrierten Hausbetreuung bei einem Arzt der Grundversorgung eingeschrieben ist, dessen Einzugsgebiet mittels Dienst für BK (Bozen und angrenzende Gemeinden) abgedeckt ist, muss die Mitteilung mittels E-Mail mindestens 72 Stunden vorher an den Dienst für Basismedizin – Gesundheitssprengel erfolgen.

(11) Der Dienst für Basismedizin - Gesundheitssprengel informiert daraufhin den Dienst für BK.

(12) Der Arzt für die Betreuungskontinuität für den Raum Bozen und umliegende Gemeinden, welcher die integrierte Hausbetreuung übernommen hat, muss seinen Hausbesuch zwecks Verrechnung dem Dienst für Basismedizin des Gesundheitsbezirks Bozen mitteilen (Anlage R des GSKV 29. Juli 2009).

A. von den vertragsgebundenen Ärzten geleistete Betreuungskontinuität (GSKV, Artikel 62, Absatz 2, Buchstabe a)

Unbeschadet der Bestimmungen aus dem Abschnitt III des geltenden GSKV wird Folgendes vereinbart:

(1) Optimales Verhältnis - Um eine gut funktionierende und wirtschaftliche Planung des Dienstes der BK zu ermöglichen, wird auf der Grundlage der oro-geographischen Gegebenheiten, der Besiedelung der Zone und den organisatorischen Besonderheiten der Bedarf an für die BK vertragsgebundenen Ärzten aufgrund des optimalen Verhältnisses Ärzte pro Einwohner festgesetzt. Dieses Verhältnis entspricht in der Provinz Bozen in der Regel dem Bezugsverhältnis 1 Arzt je 5.000 Einwohner.

(2) Den vertragsgebundenen Ärzten für die BK wird ein Betrag von 22,72 (zweiundzwanzig//72) € je effektiv geleistete und belegte Dienststunde ausbezahlt.

(3) Die Ärzte für die BK sind verpflichtet, die elektronischen Datenverarbeitungsprogramme für die Verwaltung des Dienstes, die der Sanitätsbetrieb für die von Artikel 67 des geltenden GSKV vorgesehenen Obliegenheiten zur Verfügung stellt, zu verwenden.

(4) Die Nicht-Verwendung des elektronischen Datenverarbeitungsprogrammes für die Verwaltung des Dienstes ist einer der Gründe für eine Überweisung an das Schiedsgericht.

(5) Benutzen die Ärzte für die BK das elektronische Datenverarbeitungsprogramm, so wird ihnen ein Zusatzbeitrag von 4,00 (vier//00) € pro geleistete Dienststunde zuerkannt.

(6) Den Ärzten für die BK wird ein Zusatzbeitrag zur Entschädigung in der Höhe von 2,48 (zwei//48) € pro Stunde zuerkannt, wenn sie die vollständige Abdeckung aller Turnusse selbst verwalten.

(7) Die Organisation der Turnusse erfolgt seitens eines Arztes, der von den Ärzten für die BK, unter all jenen, die diese Tätigkeit ausüben, ausgewählt wird.

(8) Der Turnuskalender wird dem Dienst für Basismedizin des zuständigen Gesundheitsbezirkes innerhalb des fünften Tages des Monats vor dem Bezugsmonat übermittelt.

(9) Etwaige spätere Änderungen müssen dem Dienst für Basismedizin ohne zeitliche Verzögerung mitgeteilt werden.

(10) Die Übermittlung des Turnuskalenders an den Dienst für Basismedizin gilt als Bestätigung für die Sicherung der Abdeckung des Dienstes der BK in aktiver Form und gleichzeitig als Einsichtnahme in und als Annahme desselben seitens der Turnusärzte im Bezugsmonat.

(11) Den Ärzten, die im Besitz des Zweisprachigkeitsnachweises für die ehemals gehobene Laufbahn („A“) gemäß [D.P.R. vom 26. Juli 1976, Nr. 752](#), i.g.F., oder einer gleichgestellten Bescheinigung der Kenntnis der deutschen und der italienischen Sprache, die gemäß genanntem D.P.R. von der zuständigen Behörde anerkannt worden ist, steht zudem als Zweisprachigkeitszulage ein Betrag von € 2,21 (zwei//21) pro Stunde zu.

(12) Der Gesamtbetrag in einem Monat kann auf keinen Fall die monatliche Zweisprachigkeitszulage laut Gesetz 454/1980, i.g.F., überschreiten.

(13) In der Provinz Bozen wird einzig die Vergabe der verfügbaren Aufträge im Sinne des Artikel 62, Absatz 2, Buchstabe A des geltenden GSKV mit Artikel 63, Absatz 2 des GSKV geregelt.

(14) Der Arzt für die BK kann im Zuge der Ausübung des Dienstes für die BK auch die Zusatzleistungen, aus dem gegenständlichen Vertrag unter Anhang A angefügten Landestarifverzeichnis erbringen, sofern sie dazu dienen, eine unmittelbare Angemessenheit der Betreuung zu sichern und die Zugänge zu den Fach- und/oder Krankenhausärzten zu entlasten.

(15) Die Zusatzleistungen, sofern sie korrekt belegt sind, werden den Ärzten für die BK im Ausmaß der im Landestarifverzeichnis gemäß Anhang A zum gegenständlichen Vertrag festgesetzten Beträge vergütet.

(16) Der Sanitätsbetrieb organisiert die Turnusse der Rufbereitschaft in folgenden Zeiträumen:

- a) von 19.00 Uhr bis 20.30 Uhr an allen Werk- und Feiertagen;
- b) von 9.00 Uhr bis 10.30 Uhr nur an den Vorfeiertagen;
- c) von 7.00 Uhr bis 8.30 Uhr nur an den Feiertagen.

(17) Der im Sinne der Artikel 63 und 70 des GSKV für die Betreuungskontinuität beauftragte Arzt muss die Bereitschaftsturnusse machen. Für diese Rufbereitschaft wird der Turnusarzt mit 22,72 € (zweiundzwanzig//72) pro Stunde entschädigt.

(18) Für die Tages- (8.00 Uhr bis 20.00 Uhr) und Nachtturnusse (20.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetages) an besonderen Feiertagen wird ein Pauschal- Zusatzbetrag pro Turnusarzt im Ausmaß von 50,00 (fünfzig//00) € festgesetzt.

(18.1.) Die Tagesturnusse sind folgende:

- a) Neujahr (1. Januar);
- b) Ostersonntag;
- c) Ostermontag;
- d) Pfingstmontag;
- e) Maria Himmelfahrt (15. August);
- f) Weihnachten (25. Dezember);
- g) Stephanstag (26. Dezember).

(18.2.) Die Nachtturnusse sind folgende:

- a) a. von 20.00 Uhr des 24. Dezember bis um 8.00 Uhr des 25. Dezember;
- b) b. von 20.00 Uhr des 31. Dezember bis um 8.00 Uhr des 1. Januar.

(19) Im Sinne des Artikels 68, Absatz 3 des geltenden GSKV legt der zuständige Gesundheitsbezirk bei Bedarf die Dienstsitze sowie eine Verstärkung der Turnusse fest.

B. Betreuungskontinuität, die von den Ärzten gemäß Buchstabe a) des Artikels 62 des geltenden GSKV geleistet wird und die in Gemeinschaftsformen mit Ärzten der Grundversorgung für die Betreuten, die sie in den festgelegten Einzugsgebieten gewählt haben (GSKV, Artikel 62, Absatz 2, Buchstabe b)

(1) Dort, wo kein von den vertragsgebundenen Ärzten im Sinne der Regelung gemäß Artikel 62, Absatz 2, Buchstabe a) Abschnitt III des geltenden GSKV geleisteter Dienst für die BK angeboten wird, wird der Dienst zur Sicherung der Erbringung der unaufschiebbaren Betreuungsleistungen auf dem Territorium in den Zeiträumen

- a) von 8.00 Uhr des Samstags bis 8.00 Uhr des Montags,

- b) werktags von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr des Folgetags und
- c) von 10.00 Uhr des Vorfeiertags, der auf einen Werktag fällt, bis 08.00 Uhr des auf den Feiertag folgenden Tages von der AFT gesichert.

(2) Davon unbeschadet bleibt die Verpflichtung der Ärzte der Grundversorgung die an den Freitagen angeforderten und noch nicht erledigten Visiten durchzuführen.

(3) Die Tätigkeit der BK, die für die in Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger des jeweiligen Einzugsgebietes kostenlos ist, wird von der vernetzten Gruppenmedizin ausgeübt.

(4) Die etwaigen Zusatzleistungen gemäß Landestarifverzeichnis laut Anhang A zum gegenständlichen Vertrag werden vom Arzt an den zuständigen Gesundheitsbezirk verrechnet.

(5) Für die Abdeckung des Dienstes für die Betreuungskontinuität in Form von Rufbereitschaft wird dem Arzt der Betrag von 22,72 (zweiundzwanzig//72) € je geleistete Dienststunde anerkannt.

(6) Die Einteilung des Dreimonatszeitraums des Dienstes für Betreuungskontinuität in Turnusse wird, gemäß den Vorgaben des Gesundheitsbezirkes, von den Ärzten der vernetzten Gruppenmedizin geplant und von diesen innerhalb des fünften Tages des Monats vor jenem des Beginns dieses Turnusses dem zuständigen Gesundheitsbezirk mitgeteilt, der dafür sorgt, dass die Presse informiert wird.

C. Betreuungskontinuität für die Bürger, die nicht in den Landesgesundheitsdienst eingetragen sind

(1) Nachdem die Gesundheitsbezirke das Gutachten des Betriebsbeirates angehört haben, können sie Ortschaften mit einem starken touristischen Aufkommen festlegen, in denen der Dienst für die BK zu Gunsten von nicht in den Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürgern angeboten wird.

(2) Die Leistungen im Sinne des gegenständlichen Artikels werden vom nicht in Südtirol wohnhaften Bürger aufgrund der Bestimmungen gemäß Artikel 15 Absatz 1 des gegenständlichen Vertrags vergütet und direkt von den Ärzten für die Betreuungskontinuität einkassiert.

(3) In den Gebieten, in denen der Dienst gemäß vorhergehenden Absatzes nicht angeboten wird, werden die Leistungen zu Gunsten von Bürgern, die nicht in den Landesgesundheitsdienst eingetragen sind, von den Ärzten für die Grundversorgung erbracht. Diese Leistungen werden direkt vom Betreuten gemäß den Tarifen laut Artikel 15 Absatz 1 des gegenständlichen Vertrags an den erbringenden Arzt bezahlt.

(4) Dem Arzt für die Betreuungskontinuität und jenem für die Grundversorgung, der ambulante Visiten und Hausvisiten zu Gunsten ausländischer Bürger, welche sich zeitweilig in Italien aufhalten und das für das Recht auf Gesundheitsbetreuung zu Lasten des öffentlichen Gesundheitsdienst vorgesehene Dokument vorweisen, erbringt, werden die Vergütungen gemäß Artikel 15 Absatz 1 des gegenständlichen Vertrages zuerkannt.

(5) In diesem Fall verrechnet der Arzt die genannten Leistungen mit dem Sanitätsbetrieb gemäß der von diesem erteilten Richtlinien.

(6) Das unterlassene, mit Fehlern behaftete oder unvollständige Erstellen der Verrechnungsnote an den Betrieb bewirkt den Zahlungsausfall der erbrachten Leistungen.

(7) Die etwaigen Zusatzleistungen aus dem Landestarifverzeichnis gemäß Anlage A des gegenständlichen Vertrags werden vom Arzt mittels Honorarnote an den zuständigen Gesundheitsbezirk verrechnet.

(8) Leistungen zu Gunsten von Nicht-EU-Bürgern werden im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit ausgeübt.

Art. 11 (Wirtschaftliche Behandlung)

(1) Aufgrund des geltenden GSKV ist die wirtschaftliche Behandlung der Ärzte, die für die Grundversorgung zuständig sind, gemäß Artikel 8, Absatz 1, Buchstaben d) des gv. D. Nr. 502/1992, folgendermaßen zusammengesetzt:

- A. gewichtete Pro-Kopf-Quote, die gemäß Artikel 8 des geltenden GSKV auf gesamtstaatlicher Ebene verhandelt wurde;
- B. variable Quote, die an das Erreichen von Zielen sowie organisatorischen und Leistungsstandards gebunden ist, welche von der Landes- und/oder Betriebs- Planung vorgesehen sind, einschließlich der Betreuung in Form von Arztgemeinschaften, der

Zulage für die Zusammenarbeit in der elektronischen Datenverarbeitung, der Zulage für Praxismitarbeiter und der Zulage für Krankenpflegepersonal;

- C. Quote für Leistungen, die auf Landes- und/oder Betriebs-Ebene vereinbart wurden, je nach Leistungstyp und Leistungsvolumen berechnet. Dazu gehören auch die zusätzlichen Leistungen der programmierten Betreuung, der programmierten Hausbetreuung, der integrierten Hausbetreuung, der programmierten Betreuung in den geschützten Wohnstätten und Gemeinschaften, zusätzliche Leistungen im Falle der geschützten Entlassung, Leistungen und Tätigkeiten in von Gemeinschaften geführten Krankenhäusern oder in zum Krankenhausaufenthalt alternativen Einrichtungen, Leistungen der elektronischen Datenverarbeitung, ausgenommen jene gemäß Artikel 59/bis und 59/ter des GSKV, Besitz und Verwendung von bestimmten strukturellen und instrumentellen Standards, weitere Tätigkeiten oder Leistungen, die vom Sanitätsbetrieb gefordert werden;
- D. Fördermittel, die mit der Bereitstellung von Ressourcen zusammenhängen, um ein Gleichgewicht hinsichtlich der Leistungen und zwischen Krankenhaus und Territorium, das aufgrund von innovativen Tätigkeiten und Verfahren in der Grundversorgung erforderlich ist, zu erreichen;
- E. weitere Fördermittel aus europäischen Fonds.

A – Ausgewogene Pro-Kopf-Quote

(1) Den Ärzten für Allgemeinmedizin, die seit Inkrafttreten des GSKV mit der Grundversorgung beauftragt worden sind, wird für jeden Betreuten ein jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 40,05 (vierzig//05) € sowie ein individueller, fest zustehender Betrag, der dem Arzt aufgrund des Dienstalters und der Anzahl der Betreuten, die gemäß Artikel 59, Buchstabe A), Absatz 2 des geltenden GSKV zum 1. Jänner 2005 eingeschrieben sind, gewährt.

(2) Jeder Arzt für die Grundversorgung, der nach dem 1. Jänner 2005 eine Vertragsbindung auf unbefristete Zeit aufnimmt, erhält bei Neueintritt und als Unterstützung der Tätigkeit bis er die ersten 500 (fünfhundert) Arztwahlen erreicht hat, eine jährliche zusätzliche Einstiegs-pro-Kopf-Quote für jeden Eingeschriebenen in Höhe von 13,46 (dreizehn//46) €.

(3) Für jene Anzahl der Patientenwahlen, die über diesen Höchstwert hinausgeht, erhält der Arzt keinen zusätzlichen Betrag.

(4) Ab Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrags wird ein zweckgebundener Fond für den Ausgleich der pro-Kopf-Quoten errichtet, der sich auf jährlich 3,08 (drei//08) € für jeden Betreuten beläuft. Hinzu kommen noch die individuellen Zulagen, die aufgrund der Beendigung des Vertragsbindungsverhältnisses einzelner Ärzte verfügbar geworden sind, mit Bezug auf den 1. Jänner eines jeden Jahres.

(5) Dieser Betrag wird den Ärzten für die Grundversorgung bei Erfüllung der nachfolgenden Verpflichtungen in monatlichen Raten zuerkannt:

- a) telefonischer Bereitschaftsdienst für die Betreuung der eigenen Patienten außerhalb der Praxisöffnungszeiten über den Anrufbeantworter von 8.00 Uhr bis 20.00 Uhr an den Werktagen und von 8.00 Uhr bis 10.00 Uhr an den Vorfeiertagen. Während der Praxisöffnungszeiten muss der Betreute in der Praxis des Arztes anrufen. Diese Möglichkeiten müssen den Patienten mittels Dienstcharta, die in den Praxen aufliegt, mitgeteilt werden. Im Einklang mit seiner Tätigkeit erkundigt sich der Arzt binnen kürzester Zeit nach dem Gesundheitszustand des eigenen Betreuten. Auf jeden Fall muss der Arzt für die Grundversorgung den Betreuten innerhalb 19.30 Uhr kontaktieren.
- b) Recherche im Portal der elektronischen Gesundheitskarte und Eintragung der etwaigen Ticketbefreiung des Patienten aus Einkommensgründen für die Verschreibung von Medikamenten und fachärztlichen Leistungen gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 762 vom 21. Mai 2012;
- c) Teilnahme an den für eine Verkürzung der Wartezeiten für Untersuchungen und fachärztlichen Leistungen errichteten „Homogene Gruppierungen von Wartezeiten“ (in der Folge RAO), die aufgrund eines Abkommens zwischen den verschreibenden Ärzten und Fachärzten, welche die Leistungen durchführen, gemäß den im Rahmen der Landespläne definierten und vom Sanitätsbetrieb festgelegten Verfahren errichtet worden sind;
- d) Teilnahme, für die jeweiligen individuellen Fachbereiche, an der Durchführung des Landesplanes zur Bewältigung einer Grippe-Pandemie und anderen Landesplänen für die Prävention;
- e) im Falle der Beendigung des Vertragsbindungsverhältnisses des Arztes oder im Falle von Widerruf oder Ablehnung der Arztwahl, Aushändigung an den Betreuten, der darum ersucht hat, eines kurzen, klinischen Berichts auf der Grundlage der Daten, die in der persönlichen Gesundheitskartei enthalten sind.

(6) Für jeden Betreuten, der das 75. Lebensjahr vollendet hat, wird im Sinne des geltenden GSKV eine jährliche, zusätzliche Vergütung in Höhe von 31,09 (einunddreissig//09) €, die in Monatsraten ausbezahlt wird, zuerkannt.

(7) Für Jugendliche unter 14 Jahren, die vom Arzt für Allgemeinmedizin betreut werden, wird eine jährliche, zusätzliche Vergütung von 18,95 (achtzehn//95) € pro Patient gewährt, die in Monatsraten ausbezahlt wird.

B – Variable Quote, die an das Erreichen von Zielen sowie organisatorischen und Leistungsstandards gebunden ist, die von der Landes-

und/oder der betrieblichen Planung vorgesehen sind

(1) Ab Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrags, stellen die Quoten, die den Ärzten der Grundversorgung bis dahin für den Anreiz von

- a. Tätigkeit in Gemeinschaftsform,
- b. Zusammenarbeit im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung,
- c. Mitarbeitern der Arztpraxis,
- d. Krankenpflegepersonal,

bestimmt waren, gemäß Artikel 46 des GSKV den Fond für die Zuteilung dar, der aufgeteilt werden soll und mit 4,99 (vier//99) € pro Betreuten/pro Jahr beziffert wird.

(2) Nachdem in der Provinz Bozen die Ausgaben höher sind als von Artikel 59, Buchstabe B, Absätze 8 und 9 des geltenden GSKV vorgesehen, werden die insgesamt zweckgebundenen Ressourcen und die diesbezüglichen Vergütungen für die vernetzte Medizin, die Gruppenmedizin und die Vergütungen für das Personal in der Praxis weiterhin monatlich und nach der Art und Weise sowie den derzeit angewandten Prozentsätzen gewährt, und zwar:

- a. Gruppenmedizin: 7,26 (sieben//26) €/ Patient/Jahr;
- b. vernetzte Medizin: 4,87 (vier//87) €/ Patient/Jahr;
- c. Entschädigung für das Personal der Praxis (mindestens 10 Stunden/Woche/Arzt): 2,60 (zwei//60) €/Patient/Jahr.

(3) Um die Verwaltungstätigkeit der Arztpraxis zu verbessern und die Wartezeiten der Betreuten zu verkürzen, ist es im Interesse der Allgemeinheit die Zahl von Ärzten, die einen/e Mitarbeiter/in für die Arztpraxis beschäftigen, welche/r nach den Modalitäten gemäß Art. 59, Buchstabe B, Absatz 6 des geltenden GSKV eingestellt wird, zu erhöhen.

(4) Die jährliche bereits vom LZV vorgesehene Entschädigung wird auf 560.000,00 (fünfhundertsechzigtausend//00) € /Jahr, einschließlich der Fürsorge- und Sozialversicherungsbeiträge, erhöht.)

(5) Den Ärzten für Allgemeinmedizin, welche bereits eine/n Praxismitarbeiter/in beschäftigt haben, wird die Vergütung, welche unter Absatz 2, Buchstabe c vorgesehen ist, dem im GSKV vorgesehenen Betrag im Verhältnis an die Monate der effektiven Einschreibung der Patienten und unter Berücksichtigung der Obergrenze von 1.575 (eintausendfünfhundertfünfundsiebzig) Wahlen je Arzt angeglichen.

(6) Der Überschuss des zur Verfügung stehenden Betrages und bis zur Ausschöpfung des jährlich zugewiesenen Betrags, wird, im Ausmaß der im GSKV vorgesehenen Beträge und der Obergrenze von 1575 (eintausendfünfhundertfünfundsiebzig) Patientenwahlen, jenen Ärzten ausbezahlt, welche sich dazu entscheiden eine/n Mitarbeiter/in in der Arztpraxis zur Unterstützung seiner Tätigkeit einzustellen.

(7) Jenen Allgemeinmedizinern, die Krankenpflegerpersonal im Sinne des entsprechenden GSKV des Bereiches oder von Genossenschaften oder vom Dienstleisterverband vermitteltes Personal beschäftigt, wird eine Zulage von Euro 4,00 (vier//00) im Sinne des Art. 59, Buchstabe B), Absatz 7 des geltenden GSKV zugestanden. Es gilt hierbei eine Deckelung bei acht Prozent der gesamten in der Provinz Bozen bei den Ärzten für Allgemeinmedizin eingeschriebenen Patienten, bezogen auf die Monate der effektiven Einschreibung der Patienten unter Berücksichtigung der Deckelung von 1575 (eintausendfünfhundertfünfundsiebzig) Wahlen.

(8) Unbeschadet der Bestimmungen des Artikels 59, Buchstabe B, Absatz 11, des Artikels 26/ter des GSKV vom Jahr 2005 und Artikel 3 des GSKV vom Jahr 2010, wird den Ärzten für die Grundversorgung mit den Ressourcen aus dem Fond gemäß Artikel 46 des GSKV, eine monatliche Zulage in Höhe von 113,07 (einhundertdreizehn//07) € gewährt, wenn diese am elektronischen Gesundheitsfaszikel (FSE), informatischen Gesundheitssystem (SIS) und an der elektronischen Verschreibung (ePre) teilnehmen.

(9) Der Anspruch auf diese Zulage ist an die Vorlage einer entsprechenden Eigenerklärung an den Sanitätsbetrieb betreffend die Teilnahme seitens des Arztes für die Grundversorgung gebunden.

(10) Um die Grundversorgung aufzuwerten, wird ab Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrags ein Fond für die klinische Governance (Artikel 59, Buchstabe B, Absatz 15 des GSKV) eingerichtet, der mit jährlich 3,08 (drei//08) € pro Betreuten gespeist wird. Von diesem Fond sind 50% für Ziel-Projekte auf Landesebene bestimmt, die in Absprache mit den Ärztegewerkschaften für Allgemeinmedizin, die auf Betriebsebene die meisten Eingeschriebenen haben, festgelegt werden müssen.

(11) Die restlichen 50% sind für Zielprojekte des Sanitätsbetriebes und der AFT bestimmt, die in Absprache mit Gewerkschaften der Allgemeinmediziner, die die meisten Eingeschriebenen haben, festgelegt werden müssen und die Entwicklung neuer Formen der Betreuung auf dem Territorium zum Ziel haben.

(12) Den Ärzten für Allgemeinmedizin, welche die eigene Tätigkeit unter der Form der Gruppenmedizin gemäß Art. 9/ter ausüben,

wird für jeden Betreuten ein zusätzlicher jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 7,26 (sieben//26) Euro zuerkannt. Die Bezahlung der Quote erfolgt mit monatlicher Fälligkeit ab dem Datum der Aktivierung der Gruppenmedizin, sofern dieses Dokument innerhalb 15. des vorhergehenden Monats übermittelt wurde. [6\)](#)

(13) Den Ärzten für Allgemeinmedizin, welche die eigene Tätigkeit unter der Form der vernetzten Medizin gemäß Artikel 9/quater ausüben, wird für jeden Betreuten ein zusätzlicher jährlicher Pauschalbetrag in Höhe von 4,87 (vier//87) € zuerkannt. Die Bezahlung der Quote erfolgt mit monatlicher Fälligkeit ab dem Datum der Aktivierung der Vernetzten Medizin, welches im an den Gesundheitsbezirk übermittelten Dokument angegeben wurde, sofern die Übermittlung des Dokuments innerhalb dem 15. des vorhergehenden Monats erfolgt ist. [7\)](#)

(14) Die Entgelte für die vernetzte Medizin und die Gruppenmedizin sind nicht kumulierbar. [8\)](#)

C - Variable Quote für Leistungen, die je nach Leistungsart und Leistungsvolumen berechnet werden

(1) Die vorgesehenen und derzeit ausbezahlten Beträge für die Zusatzleistungen, die programmierte Hausbetreuung und die integrierte Hausbetreuung gemäß Anlage A des gegenständlichen Vertrags werden beibehalten.

(2) Die Vergütungen des Arztes für die Leistungen der programmierten Betreuung gemäß dem GSKV beiliegendem Anhang G dürfen keinesfalls 20% seiner monatlichen Vergütungen übersteigen.

(3) Um die Hauspflege zu fördern, wird die Deckelung gemäß Absatz 2 vorübergehend für 12 Monate ab dem Datum des Inkrafttretens des gegenständlichen LZV, mit der Vorsehung der Möglichkeit einer Verlängerung / Änderung durch den Landesbeirat gemäß Artikel 24 des GSKV, ausgesetzt.

D – Anwendung des Artikels 59 GSKV – Buchstabe D – Absätze 2 und 3

(1) Ab Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrags wird den Ärzten für die Grundversorgung gemäß Artikel 59 – Buchstabe D, geändert mit Artikel 8, Absatz 1, Tabelle B des GSKV vom Jahr 2010, bis zu einer Anzahl von 1575 (eintausendfünfhundertfünfsiebenzig) Patienten ein Betrag von 0,81 (null//81) €/Patient/Jahr anerkannt, was einer Gesamthöhe von 288.411,00 (zweihundertachtundachtzigtausendvierhundertelf//00) € entspricht.

(2) Für die Abwicklung der Tätigkeit in jenen Gebieten, die vom Land als schwer zugänglich bezeichnet wurden, wird dem Arzt für Allgemeinmedizin, der bis zu 400 Eingeschriebene hat, die in der als schwer zugänglich bezeichneten Gemeinde ansässig sind, eine monatliche Entschädigung in Höhe von 611,86 (sechshundertelf//86) € zuerkannt.

(3) Ab dem 400. Patienten, der in der als schwer zugänglich bezeichneten Gemeinde ansässig ist, wird ihm die Vergütung gemäß vorhergehendem Absatz im Sinne von Artikel 11 Absatz 1 Buchstabe A des geltenden GSKV als fester Bestandteil des Honorars im Ausmaß von 40% desselben gewährt.

(4) Voraussetzung für den Erhalt dieser Vergütung sind angemessene Praxisöffnungszeiten in der als schwer zugänglich bezeichneten Gemeinde, d.h. mindestens 1 Stunde pro 100 Betreute, mit mindestens zwei wöchentlichen Zugängen in Gemeinden bis zu 500 Betreuten und mindestens drei wöchentlichen Zugängen in Gemeinden mit mehr als 500 Ansässigen.

(5) Der Gesamtbetrag der Zusatzvergütung, die den Ärzten für die Grundversorgung gemäß Artikel 59 Buchstabe D) Absatz 2 des geltenden GSKV für die Ausübung der Tätigkeit in Gebieten zusteht, die vom Land als schwer zugänglich bezeichnet worden sind, ist mit 57.013,60 (siebenundfünfzigtausendunddreizehn//60) € beziffert.

(6) Gemäß Artikel 59 Buchstabe D Absatz 3 des GSKV, wird den Ärzten für die Grundversorgung für die Erreichbarkeit auf dem Mobiltelefon während der Zeiten außerhalb der gewöhnlichen Praxistätigkeit eine Vergütung von 50,00 (fünfzig//00) € pro Monat zuerkannt.

(7) Diese Vergütung wird nach Eigenerklärung seitens des Arztes und Mitteilung der Mobilfunknummer an den zuständigen Gesundheitsbezirk, der sie den Eingeschriebenen zur Verfügung stellt, gewährt.

(8) Die zusätzlichen Vergütungen gemäß den Absätzen 5, 6, und 7 können auf keinen Fall den Betrag gemäß Absatz 1 überschreiten.

(9) Vorausgeschickt, dass für das von Artikel 26/bis, Absatz 6 und von Artikel 26/ter des geltenden GSKV, in Durchführung des Gesetzes vom 8. November 2012, Nr. 189, Artikel 1 und des [Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7](#), Artikel 4/sexies sowie des Beschlusses der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015, und unter Einhaltung von Artikel 59/bis, Absatz 4 (Informationsfluss) und Artikel 59/ter (Gesundheitsausweis und elektronische Verschreibung) des geltenden GSKV, bestimmte qualitative Voraussetzungen

notwendig sind, und insbesondere unter Berücksichtigung des gv. D. 196/2003 die Anwendung einer eigenen Software und die Vernetzung der Arztpraxen der AFT untereinander und der Arztpraxen mit dem zuständigen Sprengelsitz der AFT und der UCCP und mit dem Landesdienst für Datensammlung (SAP) , wird den Ärzten für Allgemeinmedizin gemäß Artikel 59, Buchstabe D, Absatz 3, eine monatliche Vergütung in Höhe von 150,00 (einhundertfünfzig//00) € („elektronische Ausstattung“) zuerkannt.

(10) Der Genuss dieser Vergütung läuft ab dem Folgemonat der Mitteilung an den zuständigen Gesundheitsbezirk durch den Referenten der vernetzten Gruppenmedizin (AFT), der effektiven Anwendung der vernetzten Gruppenmedizin (AFT) seitens aller Ärzte, die der vernetzten Gruppenmedizin angehören, der nachträglichen Überprüfung seitens des Dienstes für Basismedizin und der ersten elektronischen Übermittlung der Informationen gemäß Artikel 59/bis sowie unter genauer Einhaltung der Verpflichtungen gemäß D.P.MR vom 26. März 2008, wie vom Artikel 13/bis, Absatz 5 festgelegt und vom Artikel 59 del geltenden GSKV vorgesehen.

(11) Bis zur Aktivierung der AFT, erhält derjenige, der in digitaler Form mit Promemoria verschreibt und dies mittels einer Eigenerklärung bestätigt, monatlich als Vorauszahlung, auf den für die „elektronische Ausstattung“ vorgesehenen Betrag von 150,00 (einhundertfünfzig//00) €, einen Betrag von 80,00 (achtzig//00) € ab 1. August 2016.

(12) Für die Verbesserung der Gesundheitsförderung auf Landesebene und für die Ausweitung der Freiwilligentätigkeit gewährt man dem Arzt der Grundversorgung, ab 1. Juni 2016, einen Betrag von 1 Euro (eins//null) jährlich je eingeschriebenen Patienten für die kostenlose Ausstellung von:

- a. Bescheinigungen, für die nicht wettkampfsmäßige außerschulische Tauglichkeit der Jugendlichen bis 18 Jahren;
- b. Bescheinigungen für die Freiwilligentätigkeit (Weißes Kreuz, Rotes Kreuz, Feuerwehr usw.), sofern diese nicht besondere biomedizinische und/oder instrumentale Untersuchungen erfordern und hierfür werden Formulare benutzt, die die von geltenden Normen vorgesehenen Kriterien berücksichtigen.

6)Der Absatz 12 des Art. 11 Buchstabe B wurde eingefügt durch Art. 5 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

7)Der Absatz 13 des Art. 11 Buchstabe B wurde eingefügt durch Art. 5 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

8)Der Absatz 14 des Art. 11 Buchstabe B wurde eingefügt durch Art. 5 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

Art. 12 (Finanzierung der zur Allgemeinmedizin zugehörigen Aktivitäten auf dem Territorium) (GSKV Artikel 25, Absatz 3, Buchstabe d)

(1) Der Fond laut Artikel 25 Absatz 3 Buchstabe d) des GSKV wird jährlich im Sinne gemäß dem selben Absatz mit Bezug auf den Stand zum 31. Dezember des Vorjahres quantifiziert und wie folgt aufgeteilt:

- a) ein Betrag von 50.000 (fünfzigtausend//00) € ist für folgende von den Ärzten für Allgemeinmedizin ausgeübte Tätigkeit bestimmt:
 - a1. Teilnahme an Kommissionen und Beiräten, die vom Land oder vom Sanitätsbetrieb ernannt werden;
 - a2. Teilnahme an den Sitzungen der Kommission für Rechtsmedizin gemäß Artikel 19, Absatz 1, Buchstabe f) des GSKV.
 - a3. Teilnahme an Arbeits- oder Fachgruppen, die vom Landesbeirat einberufen werden.
- b) der übrige Betrag ist für die Implementierung der Vernetzten Gruppenmedizin, wie vom Betriebsbeirat gemäß Artikel 4 beschlossen, bestimmt. Dies mit Wirkung ab Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrages, der am 14. Juli 2015 unterzeichnet worden ist.

(2) Für die Teilnahme an den Tätigkeiten laut Buchstaben a) wird eine allumfassende Vergütung von 130,00 (einhundertdreissig//00) € je Sitzung zuerkannt.

Art. 13 (Betreuung von chronisch Kranken) (Artikel 3, Absatz 2 und Artikel 8, Absätze 7 und 9 des GSKV 2010)

(1) Für jeden Betreuten, der in der Liste der Eingeschriebenen des Arztes für die Grundversorgung aufscheint und der an einer oder mehreren chronischen Krankheiten laut Ministerialdekret vom 28. Mai 1999, Nr. 329 leidet, wird zusätzlich zur Pro-Kopf-Quote eine jährliche Zusatzquote von 0,20 € (null//20) eingeführt.

(2) Die Erfassung der chronisch Kranken, für welche eine Ergänzung der Pro-Kopf-Quote vorgesehen ist, erfolgt durch den Landesbeirat, der außerdem anhand auf Landesebene festgesetzter und vereinbarter Kriterien festlegt, welche epidemiologischen Daten als Teil der elektronischen Übersicht an den Sanitätsbetrieb übermittelt werden müssen sowie die Häufigkeit ihrer Übermittlung.

(3) Die fehlende Mitarbeit des Arztes für die Grundversorgung der Leistung gemäß Artikel 3, Absatz 2 des GSKV 2010, bedingt die Einstellung der Zuweisung der Quote laut Absatz 1.

(4) Um den Vorgaben des Landes Rechnung zu tragen und zu einem einheitlichen und von allen mitgetragenen System der Behandlung von chronischen Erkrankungen auf Landesebene zu kommen, werden Tätigkeiten ausfindig gemacht, die die Zusammenarbeit, die Integration und die Partnerschaft mit der Allgemeinmedizin definieren. Ziel ist es, die Prioritäten in Bezug auf die Behandlung der Pathologien mit erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Folgen wie z.B. gebrechliche und ältere Patienten über 75 Jahren, chronische Erkrankungen aufgrund von Diabetes Mellitus, Herzinsuffizienz, COPD, onkologische Patienten im Endstadium usw. durch diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade oder andere geeignete vereinbarte Maßnahmen festzulegen, die im Rahmen des Landesbeirates ausfindig gemacht und von einem technischen Beirat ausgearbeitet werden im Einvernehmen mit den Gewerkschaften; dies erfolgt auf der Grundlage internationaler Richtlinien, klinischer randomisierter kontrollierter Studien (RCT), des EBM und bereits bestehender Betreuungsprojekte.

(5) Die Ärzte für die Grundversorgung, die am Projekt für die Homogenisierung der Betreuung von chronisch Kranken auf Landesebene teilnehmen, erhalten eine Zusatzvergütung Patient/Jahr in der Höhe von 2,50 € (zwei Komma fünfzig) und im Verhältnis zu den effektiven Monaten, in denen der Patient eingeschrieben ist.

(6) Der Arzt für die Grundversorgung muss seine Teilnahme am Projekt mittels Eigenerklärung belegen.

(7) Der Anspruch auf die Zusatzvergütung gemäß Absatz 5 besteht ab dem Datum der Übermittlung der Eigenerklärung.

(8) Fehlt die Erklärung über die Teilnahme und die Beteiligung an die vereinbarten Aktionen, wird die Zusatzvergütung nicht ausbezahlt

Art. 14 (Einschränkung betreffend den Artikel 8, Absatz 13, GSKV 2010)

(1) Alle Erhöhungen gemäß Artikel 8 des GSKV vom 8. Juli 2010 werden im Rahmen der Höchstgrenze an Arztwahlen des Arztes für die Grundversorgung und der Arztwahl in Abweichung gemäß Artikel 40 des GSKV vom 23. März 2005 ausbezahlt.

Art. 15 (Behandlung von Touristen und gelegentliche Visiten)

(1) Für die Behandlung von nicht im Land ansässigen Bürgern und für die gelegentlichen Visiten gemäß Artikel 57 des GSKV fallen die folgenden allumfassenden Tarife an:

- a) Visiten in der Praxis: 40,00 (vierzig//00) €
- b) Hausvisiten: 60,00 (sechzig//00) €.

Art. 16 (Zweisprachigkeitszulage)

(1) Jenen Ärzten für Allgemeinmedizin, die bereits im Besitz des Zweisprachigkeitsnachweises für die ehemals gehobene Laufbahn oder eines gleichwertigen Titels gemäß D.P.R. vom 26. Juli 1976, Nr. 752 in geltender Fassung sind oder ab dem Datum der Ablegung der Zweisprachigkeitsprüfung wird eine Zweisprachigkeitszulage gemäß Gesetz 454/80, in geltender Fassung, zuerkannt.

Art. 17 (Didaktische Tätigkeit und Tätigkeit als Tutor)

(1) Die didaktische Tätigkeit und die Tätigkeit als Tutor der Ärzte für Allgemeinmedizin wird vom [Landesgesetz Nr. 14 vom 15. November 2002](#) und von seiner mit [Dekret des Landeshauptmanns Nr. 46 vom 20. Oktober 2003](#), i.g.F., genehmigten Durchführungsverordnung geregelt.

(2) Die wirtschaftliche Behandlung ist mit Beschluss der Landesregierung Nr. 618/2016 festgesetzt.

Art. 18 (Programmierte Hausbetreuung)

(1) Gemäß Artikel 14, Absatz 2 des geltenden GSKV wird die Vergütung für jeden Zugang im Rahmen der programmierten Hausbetreuung (Anhang G und F) wie folgt festgesetzt:

- a. Programmierte Hausbetreuung: 30,59 (trenta//59) €;
- b. Integrierte Hausbetreuung 1. Stufe: 42,82 (quarantadue//82) €;

Art. 19 (Nichtanwendung des alten Vertrages)

(1) Mit dem Inkrafttreten des gegenständlichen Vertrages wird der Vertrag auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin, unterschrieben am 11. Dezember 2007 auf der Grundlage des Beschlusses der Landesregierung, Nr. 4149, vom 3. Dezember 2007 nicht mehr angewandt.

Art. 20 (Streikrecht und unaufschiebbare Leistungen)

(1) Gemäß Artikel 31, Absatz 5, des GSKV werden, da die Leistungen gemäß Absätze 3 und 4 des Artikel 31 nicht anders vom Landeszusatzvertrag für die Allgemeinmedizin der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol geregelt wurden, im Falle eines Streikes der Kategorie der vertragsgebundenen Ärzte für Allgemeinmedizin, diese mit den Prozeduren und Modalitäten der entsprechenden Abschnitte des GSKV erbracht.

(2) Im Detail: Grundversorgung im Streikfall

a. Gemäß Artikel 31, Absatz 3 des GSKV sind unerlässliche Grundversorgungsleistungen die dringenden Hausvisiten, die integrierte Hauspflege, die Formen der programmierten Hauspflege für Kranke im Endstadium.

b. Die integrierte Hauspflege, die Formen der programmierten Hauspflege für Kranke im Endstadium, wie auch die nicht aufschiebbaren Zusatzleistungen, die im Rahmen von dringenden Hausbesuchen erbracht wurden, werden vom Sanitätsbetrieb mit den vom Artikel 18 und der Anlage A des geltenden Landeszusatzvertrages vorgesehenen Beträgen vergütet.

c. Gemäß Artikel 31, Absatz 14 des GSKV, werden den Ärzten der Grundversorgung für die Erbringung der unaufschiebbaren Berufsleistungen, die im Falle eines Streikes durch die Berufskategorie garantiert werden, ein Prozentsatz von 40% der Tagesvergütung gemäß Artikel 8, Absatz 2, Buchstaben a), b) und c) des GSKV zuerkannt.

(3) Im Detail: Betreuungskontinuität im Streikfall

3a. Unaufschiebbare Leistungen gemäß Art. 67 des GSKV sind jene, die sich ausschließlich auf diagnostische und therapeutische Aspekte beziehen. Im Besonderen erbringt der Arzt für die BK unaufschiebbare Leistungen für die Wohnbevölkerung des Einzugsgebietes, in welchem der Dienstsitz liegt.

3b. Festgestellt, dass die Notwendigkeit besteht, der Bevölkerung im Land den Dienst für BK zu garantieren und in Erwartung der Zuteilung der entsprechenden Aufträge für die BK gemäß Abschnitt III des geltenden GSKV, ist die Betreuungskontinuität, im Falle eines Streikes der diesen Dienst gemäß vorläufiger Übergangsregelung des geltenden Landeszusatzvertrages ausführenden Ärzte, vorläufig mit folgenden Modalitäten geregelt:

3b1) Der Sanitätsbetrieb wählt pro Einzugsgebiet die Namen der Ärzte aus, die die notwendigen Leistungen gewährleisten und teilt diese, mindestens fünf Tage vor Beginn des Streikes, den Gewerkschaften und den entsprechenden Ärzten mit.

3b2) Die Anzahl der ausgewählten Ärzte pro Einzugsgebiet wird mit folgenden Modalitäten festgelegt:

3b2a) Turnusweise erbrachter Dienst (LZV, Abschließende Übergangsregelung, Absatz 3, Punkt a1, Buchstabe b): ein Arzt pro Turnus. Die zuständige Vergütung ist in der oben angeführten Übergangsregelung auf der Grundlage der Anzahl der Ärzte der Gemeinschaften angeführt.

3b2b) Der Dienst wird für die eigenen Eingeschriebenen vom einzelnen Arzt der Grundversorgung gewährleistet (LZV, vorläufige Übergangsregelung, Absatz 3, Punkt A1, Buchstabe a): Festlegung des Bedarfs an Ärzte zur Aktivierung eines Dienstes für die Betreuungskontinuität und entsprechenden Turnussen, so wie vom Artikel 10, Buchstabe A), Absatz 1 des LZV vorgesehen. Die zuständige Vergütung ist jene, die im Artikel 10, Buchstabe B), Absatz 5 des LZV angeführt ist.

3b2c) Dienst, der in gemischter Form, Modalität a) plus b), oder durch mehrere Ärzte in Turnusform durchgeführt wird: Festlegung des Bedarfs an notwendigen Ärzten zur Aktivierung eines Dienstes für die Betreuungskontinuität und entsprechenden Turnussen, so wie vom Artikel 10, Buchstabe A), Absatz 1 des LZV vorgesehen. Die zuständige Vergütung ist jene des Artikels 10, Buchstabe B), Absatz 4 des LZV.

(4) Der ausgewählte Arzt hat das Recht, innerhalb von vierundzwanzig Stunden nach Erhalt der Mitteilung, seinen Willen kundzutun, am Streik teilzunehmen. In diesem Falle ist er angehalten mittels PEC an folgende Adresse admin@pec.sabes.it oder mittels Fax an die Nummer 0471 909137 mitzuteilen:

- a) die Absicht am Streik teilzunehmen;
- b) den Namen des vertragsgebundenen Arztes, der ihn vertreten wird;
- c) die schriftliche Bereitschaft zur Vertretung des vertretenden Arztes.

(5) Der Arzt wird, wo möglich, vertreten werden. Bei Unmöglichkeit wird der Arzt von den zuständigen Stellen zwangsverpflichtet.

(6) Am Streiktag ist die normale Modalität der Erbringung des Dienstes für die Betreuungskontinuität, so wie von der vorläufigen Übergangsregelung des geltenden Landeszusatzvertrages vorgesehen, aufgehoben, dies abgesehen von der Zustimmung oder nicht zum Streik des/der Arztes/Ärzte.

(7) Die Ermittlung des Arztes erfolgt nach dem Rotationsprinzip unter den Ärzten des Einzugsgebietes, beginnend bei den Ärzten mit der geringsten Vertragsbindung.

Übergangsbestimmung Nr. 1 (Die Erhöhung der Arztwahl laut Artikel 6)

Absatz 9 ist ab 1. Juli 2019 anwendbar. Die Ärzte, welche innerhalb dieses Datums bereits die eigene Höchstgrenze auf weniger als 1.300 Einheiten selbstbeschränkt haben, haben die Möglichkeit beim Südtiroler Sanitätsbetrieb einen begründeten Antrag auf Verlängerung zu stellen, um diese Höchstgrenze bis 1. Jänner 2020 beizubehalten. Der Betriebsbeirat hat, bedingt durch die Schwierigkeit die ärztliche Betreuung der Patienten zu garantieren, die Möglichkeit eine negative Bewertung für diese Verlängerung auszusprechen. [9\)](#)

Abschließende Übergangsregelung

(1) In der Autonomen Provinz Bozen wird die Betreuungskontinuität gemäß GSKV und mit den Kriterien laut Abschnitt III desselben garantiert.

(2) In Anbetracht der objektiven Schwierigkeiten, die Vorgaben laut Abschnitt III des GSKV aufgrund des Mangels an Ärzten im Besitz der vorgesehenen Voraussetzungen einzuhalten und angesichts der Notwendigkeit, der im LGD eingeschriebenen Bevölkerung dennoch eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu garantieren, wird die BK in der Provinz Bozen vorübergehend und im Sinne dessen, was vom Buchstaben B des Artikel 10 des gegenständlichen Landeszusatzvertrag vorgesehen ist, auf folgende Weise abgewickelt:

(3) Dort, wo der der Dienst für die BK nicht von vertragsgebundenen Ärzten auf der Grundlage der Bestimmungen in Artikel 62, Absatz 2, Buchstabe a) des geltenden GSKV erbracht wird, wird die BK auf freiwilliger Basis von den Ärzten für Allgemeinmedizin des jeweiligen Einzugsgebietes und eventuell von anderen Ärzten unter Absicherung der Abdeckung des Dienstes in der Form der Rufbereitschaft wie folgt abgewickelt:

A. Betreuungskontinuität bei Nacht an Werktagen;

B. Betreuungskontinuität an Feier- und Vorfeiertagen

A1. Die Betreuungskontinuität bei Nacht an Werktagen wird folgenderweise abgewickelt:

- a. vom einzelnen vertragsgebundenen Arzt für Allgemeinmedizin für die eigenen Betreuten;
- b. turnusweise von den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und anderen Ärzten mit einer Höchstanzahl von 5 Ärzten

A2. Das zustehende Entgelt beträgt:

- a. 76,21 € pro Nacht, falls der Arzt aus eigener Entscheidung den Dienst nur für die eigenen Betreuten abwickelt;
- b. falls der Dienst turnusweise abgewickelt wird, pro Nacht:

- 139,73 (einhundertneununddreissig//73) € (2 Ärzte);
- 165,14 (einhundertfünfundsechzig//14) € (3 Ärzte)
- 190,54 (einhundertneunzig//54) € (4 Ärzte)
- 215,92 (zweihundertfünfzehn//92) € (5 Ärzte)

B1. Die Betreuungskontinuität an Feier- und Vorfeiertagen wird folgenderweise abgewickelt:

In jedem Sprengel oder Einzugsgebiet wird die Betreuungskontinuität an Feiertagen und Vorfeiertagen, die für die in den Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger des zuständigen Einzugsgebietes kostenlos ist, turnusmäßig von den dort eingeschriebenen Ärzten für Allgemeinmedizin gemäß den Bestimmungen des geltenden GSKV und/oder, falls es aus objektiven Gründen schwierig ist, die Betreuungskontinuität zu organisieren, von anderen Ärzten, die ihre Bereitschaft dazu erklärt haben, abgewickelt. Die Bezahlung der Visiten, die von nicht im Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürgern angefordert werden, erfolgt gemäß der Regelung der „gelegentlichen Visiten“.

B2. Das dem Arzt zustehende Stundenentgelt beträgt 22,72 (zweiundzwanzig//72) Euro.

9)Die Übergangsbestimmung Nr. 1 wurde eingefügt durch Art. 6 des Landeszusatzvertrages vom 13. Dezember 2019.

ANHANG A

Zusatzleistungen

(1) Um die Betreuungsprozesse auf dem Territorium zu implementieren und die Zugänge zu den Krankenhäusern einzuschränken, unbeschadet der Zusatzleistungen gemäß Anhang D des geltenden GSKV, so wie von Buchst. c), Absatz 1 des genannten Anhangs D vorgesehen, wird das diesbezügliche Tarifverzeichnis vom gegenständlichen Anhang A ersetzt.

(2) Das Verzeichnis und die Prozent-Obergrenze der Zusatzleistungen gemäß Anhang A zu diesem Vertrag werden einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen und können, im Verhältnis zur Gesamtentwicklung der Erbringung der selben Leistungen seitens der Notaufnahmen des SB mit nachfolgendem Landeszusatzvertrag geändert werden.

PRIMA MEDICAZIONE ERSTE WUNDVERSORGUNG	28,58 €
MEDICAZIONE E SUTURA DI FERITA SUPERFICIALE WUNDVERSORGUNG UND NAHT EINER OBERFLÄCHLICHEN WUNDE	47,61 €
SUCCESSIVE MEDICAZIONI WEITERE WUNDVERSORGUNG	19,05 €
RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA E MEDICAZIONE ENTFERNUNG DER NAHTFÄDEN UND WUNDVERSORGUNG	28,58 €
CATETERISMO URETRALE NELL'UOMO KATHETERISIERUNG BEIM MANN	38,10 €
CATETERISMO URETRALE NELLA DONNA KATHETERISIERUNG BEI DER FRAU	19,05 €

TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE VORDERE NASENTAMPONADE	19,05 €
FLEBOCLISI (unica eseguibile in casi di intervento di urgenza) INFUSION (einmalig im Dringlichkeitsfall durchführbar)	28,58 €
VACCINAZIONE ANTITETANICA ANTITETANUS-IMPfung	14,28 €
INIEZIONE SOTTOCUTANEA DESENSIBILIZZANTE (*) DESENSIBILISIERENDE SUBKUTANE INJEKTION (*)	19,05 €
TAMPONE FARINGEO, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili) RACHENABSTRICH, Entnahme für bakteriologische Untersuchungen (nur bei nicht gehfähigen Patienten)	9,52 €
RIMOZIONE CORPO ESTRANEO DALL'OCCHIO ENTFERNUNG EINES FREMDKÖRPERS AUS DEM AUGE	28,58 €
ASPORTAZIONE TAPPO DI CERUME ENTFERNUNG EINES ZERUMINALPFROPFS	14,28 €
CICLO DI FLEBOCLISI (per ogni fleboclisi) ZYKLUS VON INFUSIONEN (für jede Infusion)	19,05 €
CICLO CURATIVO DI INIEZIONI ENDOVENOSE (per ogni iniezione) ZYKLUS VON INTRAVENÖSEN INJEKTIONEN (für jede Injektion)	14,28 €
CICLO AEROSOL O INALAZIONI A CALDO UMIDE (**) (per prestazione singola) AEROSOL-ZYKLUS ODER FEUCHTWARME INHALATIONEN (**) (für jede einzelne Leistung)	2,85 €

VACCINAZIONI NON OBBLIGATORIE (***) NICHT OBLIGATORISCHE IMPFUNGEN (***)	14,28 €
INIEZIONE ENDOVENOSA INTRAVERNÖSE INJEKTION	14,28 €
PRESCRIZIONE E COLLAUDO DI PRESIDI PROTESICI NEI LIMITI DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI VERSCHREIBUNG UND KOLLAUDIERUNG VON HEILBEHELFFEN IM RAHMEN DER GELTENDEN BESTIMMUNGEN	10,38 €
INCISIONE E SVUOTAMENTO DI RACCOLTE CUTANEE SUPERFICIALI INZISION UND ENTLEERUNG VON OBERFLÄCHLICHEN HAUTANSAMMLUNGEN	46,87 €

(*) Nur in den mit einem Kùhlschrank ausgestatteten Arztpraxen durchfùhrbar.

(**) Für die Erbringung dieser Leistung muss die Arztpraxis mit geeigneten fixen Geräten ausgestattet sein.

(***) Mit einer Gesamttermächtigung im Rahmen von Impfprogrammen, die auf Landes- oder Betriebsebene angeordnet werden, durchfùhrbar. Für die Aufbewahrung des vom Sanitätsbetrieb gelieferten Impfstoffs muss die Arztpraxis mit einem geeigneten Kùhlschrank ausgestattet sein. Über die Ergebnisse der eigenen Mitarbeit an der Impfkation übermittelt der Arzt dem Sanitätsbetrieb einen eigenen Bericht.

(*) Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero.

(**) Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi.

(***) Eseguibili con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazioni disposti in sede provinciale o aziendale. Per la conservazione del vaccino che è fornito dall'Azienda Sanitaria, lo studio medico deve essere dotato di idoneo frigorifero. Sui risultati della propria collaborazione alla campagna di vaccinazione il medico invia apposita relazione all'Azienda Sanitaria.