



**GESAMTSTAATLICHER KOLLEKTIVVERTRAG FÜR DIE REGELUNG DER BEZIEHUNGEN MIT DEN ÄRZTEN
FÜR ALLGEMEINMEDIZIN IM SINNE DES ARTIKELS 8 DES LEGISLATIVDEKRETS NR. 502 VON 1992 IN
GELTENDER FASSUNG**

RECHTLICHER VIERJAHRESZEITRAUM 2006-2009, WIRTSCHAFTLICHES BIENNIUM 2006-2007

Am 27. Mai 2009 um 15:00 Uhr fand das Treffen für die Unterzeichnung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertragsentwurfs zur Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin im Sinne des Art. 8 des Legislativdekrets Nr. 502 von 1992 in geltender Fassung statt zwischen

der **SISAC** in der Person des Koordinators Dr. Franco Rossi

unterzeichnet

UND DEN FOLGENDEN GEWERKSCHAFTSORGANISATIONEN:

FIMMG

unterzeichnet

SNAMI

unterzeichnet

SMI

unterzeichnet

INTESA SINDACALE

(ÄRZTEGEWERKSCHAFT CISL – ÄRZTEGEWERKSCHAFT FP CGIL – SIMET – SUMAI)

unterzeichnet

Nach Kenntnisnahme:

- des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978;

- des Legislativdekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 in geltender Fassung;
- des Art. 4, Absatz 9 des Gesetzes Nr. 412 vom 30. Dezember 1991 in geltender Fassung;
- des Verfassungsgesetzes Nr. 3 vom 18. Oktober 2001 mit Änderungen am Titel V des zweiten Teils der Verfassung der Italienischen Republik;
- des Art. 52, Absatz 27 des Gesetzes Nr. 289 vom 27. Dezember 2002 in geltender Fassung;
- **des Nationalen Gesundheitsplans 2006 - 2008, hervorgehend aus der Schlussvereinbarung zwischen dem Staat und der Vereinigten Konferenz der Regionen und Lokalautonomien und genehmigt mit Dekret des Präsidenten der Republik vom 7. April 2006;**
- des Abkommens zwischen den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen, dem Gesundheitsministerium, dem Wirtschafts- und Finanzministerium, dem Ministerium für Arbeit und Sozialpolitik über die Regelung des Kollektivverhandlungsverfahrens für die Erneuerung der Verträge mit dem Vertragspersonal des Nationalen Gesundheitsdienstes im Sinne des Art. 52, Absatz 27 des Gesetzes Nr. 289 vom 27. Dezember 2002, vom 24. Juli 2003;
- des Art. 2-nonies des Gesetzes Nr. 138 vom 26. Mai 2004;
- des Staat-Regionen-Abkommens bei der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen vom 29. Juli 2004;
- des Art. 1, Absatz 178 des Gesetzes Nr. 311 vom 30. Dezember 2004;
- **des Art. 79, Absatz 2 des Gesetzesdekrets Nr. 112 vom 25. Juni 2008, mit Änderungen umgewandelt in Gesetz Nr. 133 vom 6. August 2008;**

haben die Parteien zum Abschluss der Versammlung den beiliegenden Gesamtstaatlichen Kollektivarbeitsvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin unterzeichnet.

**GESAMTSTAATLICHER KOLLEKTIVVERTRAG FÜR DIE REGELUNG DER BEZIEHUNGEN MIT DEN ÄRZTEN
FÜR ALLGEMEINMEDIZIN IM SINNE DES ARTIKELS 8 DES LEGISLATIVDEKRETS NR. 502 VON 1992 IN
GELTENDER FASSUNG**

Der vorliegende Vertrag führt Neuerungen im Vergleich zum vorhergehenden GKV vom 23. März 2005 ein, die **fettgedruckt** angeführt sind. Für ein einfacheres und besseres Verständnis sind die eingeführten Änderungen bereits im Inhaltsverzeichnis neben den entsprechenden Artikeln gekennzeichnet. Die nicht abgeänderten Klauseln behalten ihre Gültigkeit bei, außer sie stehen im Widerspruch zu den eingeführten Neuerungen.

Im Falle eines Widerspruchs hat der neue Text Vorrang vor der alten Fassung. Allfällige Rechtsstreitigkeiten werden auch im Sinne von Art. 46, Absatz 1 des Lgs.D. Nr. 165 vom 30. März 2001 gemäß der geltenden Gesetzgebung und dem vorliegenden GKV ausgetragen.

INHALTSVERZEICHNIS

ERSTER TEIL	ALLGEMEINER RAHMEN
Art. 1	Bezugsrahmen
Art. 2	Verhandlungsebenen
Art. 3	Gesamtstaatliche Verhandlungsebene
Art. 4	Regionale Verhandlungsebene
Art. 5	Allgemeine Zielsetzungen
Art. 6	Instrumente (berichtigt)
Art. 7	Rolle und Beteiligung der Gewerkschaftsorganisationen
Art. 8	Struktur der Vergütung (berichtigt)
Art. 9	Vertragliche Erhöhungen (berichtigt)
Art. 10	Vertragliche Garantiebestimmung - Beobachtungsstelle (berichtigt)
Art. 11	Inkrafttreten und Dauer des Vertrags (berichtigt)
ZWEITER TEIL	REGELUNG DES VERTRAGSVERHÄLTNISSES DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
Art. 12	Prämisse
ABSCHNITT I	ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE
Art. 13	Anwendungsbereich (berichtigt)
Art. 13-bis	Aufgaben und Funktionen des Arztes für Allgemeinmedizin
Art. 14	Inhalte, die der regionalen Verhandlungsebene übertragen sind (berichtigt)
Art. 15	Regionale Rangordnung (berichtigt)
Art. 16	Titel für die Erstellung der Rangordnungen
Art. 17	Unvereinbarkeiten
Art. 18	Unterbrechung des Vertragsverhältnisses und der Vertragstätigkeit
Art. 19	Beendung des Vertragsverhältnisses (berichtigt)
Art. 20	Ständige Weiterbildung
Art. 21	Gewerkschaftsrechte

Art. 22	Gewerkschaftliche Repräsentativität
Art. 23	Betriebsbeirat
Art. 24	Regionalbeirat
Art. 25	Programmierung und Überwachung der Tätigkeiten (berichtigt)
Art. 26	Territoriale Equipes und Grundversorgungseinheiten/Gesundheitszentren
Art. 26-bis	Funktionale Zusammenschlüsse der Allgemeinmedizin
Art. 26-ter	Mindestvoraussetzungen und -funktionen der Grundversorgungseinheiten
Art. 27	Angemessenheit der Behandlungen und der Nutzung der Ressourcen
Art. 28	Gliederung der Vergütung
Art. 29	Funktionen der Allgemeinmedizin (berichtigt)
Art. 30	Vertragliche Haftung und Verstöße. Schiedskollegium (berichtigt)
Art. 31	Ausübung des Streikrechts. Unerlässliche Leistungen und Erbringungsmodalitäten
Art. 32	Betreuung der Touristen

ABSCHNITT II GRUNDVERSORGUNG

Art. 33	Optimales Verhältnis (ergänzt)
Art. 34	Deckung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete
Art. 35	Errichtung des Vertragsverhältnisses
Art. 36	Voraussetzungen und Eröffnung der Arztpraxen
Art. 37	Vertretungen
Art. 38	Provisorische Aufträge
Art. 39	Maximal zulässige Betreuzahl und Einschränkungen
Art. 40	Arztwahl
Art. 41	Widerruf und Ablehnung der Wahl
Art. 42	Widerruf von Amts wegen
Art. 43	Wahl, Widerruf, Ablehnung: wirtschaftliche Wirkungen
Art. 44	Namensverzeichnisse und monatliche Änderungen
Art. 45	Aufgaben des Arztes (berichtigt)
Art. 46	Fonds für die Qualität der Betreuung
Art. 47	Visiten im Ambulatorium und zu Hause
Art. 48	Konsilium mit dem Facharzt
Art. 49	Beziehung zwischen dem Hausarzt und dem Krankenhaus
Art. 50	Pharmazeutische Betreuung und Vordrucke
Art. 51	Anträge auf fachärztliche Untersuchungen, Krankenhauseinweisungen oder Anträge auf Kuraufenthalte
Art. 52	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Arbeitnehmer
Art. 53	Programmierte Hauspflege
Art. 54	Formen des Zusammenschlusses in der Grundversorgung
Art. 55	Soziale Betreuungsmaßnahmen
Art. 56	Verbindung mit den Diensten der Betreuungskontinuität
Art. 57	Gelegentliche Visiten
Art. 58	Freier Beruf
Art. 59	Wirtschaftliche Behandlung (berichtigt)
Art. 59-bis	Informationsfluss
Art. 59-ter	Gesundheitskarte und Elektronisches Rezept
Art. 60	Fürsorge- und Krankenversicherungsbeiträge (berichtigt)
Art. 61	Beziehungen zwischen dem Vertragsarzt und der sanitären Leitung des Betriebs

ABSCHNITT III BETREUUNGSKONTINUITÄT

Art. 62	Allgemeine Kriterien
---------	----------------------

Art. 63	Zuteilung der Aufträge der Betreuungskontinuität
Art. 64	Optimales Verhältnis
Art. 65	Stundenhöchstgrenzen
Art. 66	Freier Beruf
Art. 67	Aufgaben des Arztes (berichtigt)
Art. 68	Zuständigkeiten der Betriebe
Art. 69	Beziehungen mit dem Vertrauensarzt und den gesundheitlichen Einrichtungen
Art. 70	Vertretungen und provisorische Aufträge
Art. 71	Organisation der Erreichbarkeit
Art. 72	Wirtschaftliche Behandlung (berichtigt)
Art. 73	Versicherung gegen die sich aus dem Auftrag ergebenden Risiken

ABSCHNITT IV MEDIZINISCHE DIENSTE AUF DEM TERRITORIUM

Art. 74	Anwendungsbereich
Art. 75	Stundenhöchstgrenze und Einschränkungen
Art. 76	Stundenerhöhung
Art. 77	Stundenreduzierung der Aufträge und Abbau der Dienste
Art. 78	Aufgaben und Pflichten des Arztes - Freier Beruf (berichtigt)
Art. 79	Versetzungen
Art. 80	Verfügbarkeit
Art. 81	Vertretungen
Art. 82	Jährliche bezahlte Freistellung vom Dienst - Heiratsurlaub
Art. 83	Krankheit - Schwangerschaft
Art. 84	Unbezahlte Abwesenheiten
Art. 85	Wirtschaftliche Behandlung (berichtigt)
Art. 86	Fahrtspesenersatz
Art. 87	Mitarbeitsprämie (ergänzt)
Art. 88	Leistungszulage (ergänzt)
Art. 89	Versicherung gegen die sich aus dem Auftrag ergebenden Risiken
Art. 90	Beziehungen zwischen dem Vertragsarzt und der sanitären Leitung des Betriebs

ABSCHNITT V NOTFALLMEDIZIN AUF DEM TERRITORIUM

Art. 91	Allgemeine Kriterien und Anwendungsbereich
Art. 92	Ermittlung und Erteilung der Aufträge
Art. 93	Stundenhöchstgrenze
Art. 94	Anwendungsbereich und Beschreibung der Tätigkeit
Art. 95	Aufgaben des Arztes - Freier Beruf
Art. 96	Eignungsbefähigung für die Notfallmedizin
Art. 97	Vertretungen, provisorische Aufträge - Erreichbarkeit
Art. 98	Wirtschaftliche Behandlung - Jährliche Arbeitsruhe (berichtigt)
Art. 99	Fürsorgebeiträge und Versicherung gegen die sich aus dem Auftrag ergebenden Risiken (berichtigt)
Art. 100	Einstufung in den Stellenplan

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN

ZU PROTOKOLL GEGEBENE **ERKLÄRUNGEN**

ANHÄNGE

Anhang B	Technische Verfahren für die Anwendung des optimalen Verhältnisses
Anhang C	Regelung der wirtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Wahlarzt für die Grundversorgung und seinem Vertreter in den Fällen der freiwilligen Vertretung
Anhang D	Zusätzliche Leistungen
Anhang G	Programmierte Hauspflege zugunsten von nicht im Ambulatorium versorgbaren Patienten
Anhang H	Integrierte Hauspflege
Anhang O	Wahlordnung für die Wahl der Mitglieder in Vertretung der Allgemeinmedizin des Koordinierungsamtes für Sprengeltätigkeiten
Anhang P	Leitlinien für die Eignungskurse der Notfallmedizin

ERSTER TEIL ALLGEMEINER RAHMEN

ART. 1 - BEZUGSRAHMEN.

1. Die Regionen und die Autonomen Provinzen Trient und Bozen (in der Folge Regionen genannt) und die repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen der Allgemeinmedizin (in der Folge Gewerkschaftsorganisationen genannt) legen mit dem vorliegenden Vertrag die Bedingungen für die Erneuerung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags fest, wie es der Artikel 8 des Legislativdekrets Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 in geltender Fassung vorschreibt.

2. Die zunehmenden Probleme in Bezug auf die wirtschaftliche Nachhaltigkeit des Nationalen Gesundheitsdienstes bei gleichzeitig ansteigendem Bedarf der Qualifizierung der angebotenen Gesundheitsdienste erfordert eine - wenngleich nur partielle - Neuplanung des Systems der Grundversorgung, die von den Ärzten für Allgemeinmedizin in Zusammenarbeit mit anderen Berufsbildern erbracht wird; besonderes Augenmerk gilt dabei der Aufwertung der Dienste auf dem Territorium. Es besteht die Notwendigkeit, auf eine angemessene ethische, deontologische und neue Weise auf die neue und wachsende Nachfrage nach Gesundheit zu antworten. Diese Nachfrage muss bewertet und ausgerichtet werden. Dabei muss auf die Werte und Grundsätze des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978 zurückgegriffen werden und muss die Notwendigkeit der Effizienz und Angemessenheit der sanitären und sozialen Antwort für eine volle Ressourcenauslastung des Systems zum Schutz der Angemessenheit, Gleichheit und Vereinbarkeit des sozio-sanitären System bestätigt werden.

3. Der neue institutionelle Rahmen hat mit dem Verfassungsgesetz Nr. 3 vom 18. Oktober 2001, das den Titel V der Verfassung abändert, den Regionen volle gesetzgebende Gewalt im Bereich der Gesundheit gegeben, unbeschadet der dem Staat vorbehaltenen Zuständigkeitsbereiche. Mit der Erneuerung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags muss der neue institutionelle Rahmen mit der Konsolidierung des Nationalen Gesundheitsdienstes (NGD) vereint werden.

4. Der Nationale Gesundheitsplan 2003-2005, der mit DPR vom 23. Mai 2003 genehmigt wurde, stellt im Text, der aus der Schlussvereinbarung der Vereinigten Konferenz zwischen Staat - Regionen - Städten und Lokalautonomien vom 25. April 2003 25 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Nr. 833 von 1978 hervorgeht, das Problem einer organisatorischen Revision des Nationalen Gesundheitsdienstes. Er sieht im Territorium die Kapazität für die Organisation der gesundheitlichen Antwort, der sozio-sanitären Integration und der Ausrichtung der Versorgungspfade zur Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards und der Angemessenheit der Leistungen.

5. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Gesundheitsschutz der fragilen Personen, Kinder, Jugendlichen, älteren Menschen und jener, die an degenerativen chronischen Krankheiten leiden, weil dies der Festlegung von Versorgungspfaden, von Integrationsmodalitäten und der Interaktion der Gesundheitsberufe auf dem Territorium sowie einer engen Verbindung mit den sozialen Einrichtungen bedarf und die Besonderheit der Betreuungserfordernisse und -bedingungen hervorhebt.

6. Die Regionen und die Gewerkschaftsorganisationen bekräftigen die Wirksamkeit eines solidarischen, universellen und fairen Nationalen Gesundheitsdienstes als grundlegende

Organisationsbasis für den Schutz und die Förderung der Gesundheit. Die erforderlichen Innovationen müssen auf die Anpassung des Systems selbst abzielen, damit es angemessen und integriert auf die Gesundheitsnachfrage der Bürger zu antworten imstande ist. Das Vertragsverhältnis mit dem einzelnen Arzt schützt und wertet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten auf.

7. Die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen erkennen in Bezug auf den geltenden Gesetzesrahmen an, dass das Nationale Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit die Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der Bürger unter Beachtung der ethischen Grundsätze garantiert. Sie halten eine große Neuerung in der Organisation und in der Lenkung des Gesundheitssystems durch die Umsetzung der Vorgaben des Nationalen Gesundheitsplans in Bezug auf die neue Rolle des Territoriums für unaufschiebbar. So ist es erforderlich, ausgehend vom ersten sanitären Kontakt zu einem integrierten Grundversorgungssystem zu gelangen und dem Krankenhaus seine Handlungsrolle für die aufenthaltserfordernden Krankheiten vorzubehalten.

8. Zu diesem Zweck muss eine in das Territorium integrierte Gesundheitsorganisation geschaffen werden, die den Gesundheitsbedarf der Bürger noch stärker und noch wirksamer ermittelt und auffängt, angemessene Antworten gibt und Zugangsmöglichkeiten zu den Diensten durch die Schaffung von Versorgungspfaden organisiert, die dem Bürger rechtzeitig einen informierten Zugang und die angemessene und geteilte Inanspruchnahme der Dienste auf dem Territorium und im Krankenhaus sichern.

ART. 2 - VERHANDLUNGSEBENEN.

1. Der Gesamtstaatliche Kollektivvertrag (GKV) stellt ein organisatorisches Moment des Systems sowie ein Instrument der Garantie für die Bürger und das Gesundheitspersonal dar. Die in den institutionellen Rahmen eingeführten gesetzlichen Neuerungen ändern die Inhalte der drei Verhandlungsebenen - gesamtstaatliche Ebene, regionale Ebene und betriebliche Ebene - grundlegend ab.
2. Die gesamtstaatliche Verhandlungsebene ermittelt:
 - a) die Garantien für die Bürger;
 - b) die Rolle, die Miteinbeziehung in die Organisation und Planung, die Verantwortungsbereiche, die Überprüfungskriterien und die Garantien für das vertraglich gebundene Gesundheitspersonal;
 - c) die zur Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards erbrachten Dienste;
 - d) die wirtschaftliche Vereinbarkeit;
 - e) die Verantwortung der Institutionen (Regionen und Betriebe) für die vollständige Anwendung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags.
3. Die regionale Verhandlungsebene legt die gesundheitlichen Zielvorhaben, die Organisationsmodelle und operativen Umsetzungsinstrumente in Übereinstimmung mit den Strategien und den Zielsetzungen des Regionalen Gesundheitsdienstes fest und ergänzt die Auflistung, die Förderung und die Entlohnung von Aufgaben mit der Verfolgung von Zielen und Ergebnissen.
4. Die betriebliche Verhandlungsebene spezifiziert die Projekte und die Tätigkeiten des vertraglich gebundenen Gesundheitspersonals, die für die Umsetzung der regionalen Planungsziele erforderlich sind.

ART. 3 - GESAMTSTAATLICHE VERHANDLUNGSEBENE.

1. Die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen vereinbaren mit dem vorliegenden Vertrag, dass die gesamtstaatliche Verhandlungsebene Folgendes festlegt:
 - a) Art, Modalität und Errichtung des Vertragsverhältnisses;
 - b) Unvereinbarkeiten;
 - c) Voraussetzungen für die Erhaltung des Vertragsverhältnisses;
 - d) Festlegung des optimalen Verhältnisses und der maximal zulässigen Betreuzahl, auch in Bezug auf die Formen des Zusammenschlusses;
 - e) Neudefinition der Rolle, der Funktionen und der Aufgaben der Ärzte für Allgemeinmedizin in Bezug auf die Gewährleistung des wesentlichen Betreuungsstandards in der Grundversorgung, mit Charakterisierung der Tätigkeiten und Leistungen zur Vorbeugung, Diagnose, Therapie und Rehabilitation zugunsten der Betreuten - sowohl der gesunden als auch jener mit akuten und chronischen Krankheiten in den verschiedenen Betreuungsbereichen - sowie in Bezug auf die Förderung der Übernahme der Betreuten auf dem Territorium durch den Dienst für Betreuungskontinuität;
 - f) Modalitäten und Bereiche der Ausübung des freien Berufs;
 - g) Festlegung der Anwendungsmodalitäten der Sanktionsaspekte mit den Bewertungskriterien für die Verstöße und der Strafen bis zur Auflösung des Vertragsverhältnisses;
 - h) Einleitung eines geteilten Prozesses der Festlegung von Pfaden und Leitlinien der Effizienz und Angemessenheit mit der Unterstützung der institutionellen Rechtssubjekte und der Sozialpartner im Rahmen der Funktionen der Betreuungskontinuität und der Betreutenübernahme zugunsten der Bürger und des Gesundheitspersonals; die genehmigten und festgelegten Pfade und Leitlinien werden dem Gesundheitspersonal und den Bürgern von Seiten der Regionen zur Kenntnis gebracht;
 - i) funktionaler und rechtlicher Bereich der Notfallmedizin und der medizinischen Dienste auf dem Territorium mit der Förderung ihrer vollen Integration in den Grundversorgungsbereich;
 - j) Kriterien und Modalitäten für die Zugangsregelung in Bezug auf die geltende Gesetzgebung;
 - k) Kriterien der gewerkschaftlichen Repräsentativität auf nationaler, regionaler und betrieblicher Ebene;
 - l) Funktionen und Ziele der Formen des Zusammenschlusses in der Allgemeinmedizin und deren grundlegenden Bestandteile;
 - m) allgemeine Kriterien bei der Verwaltung der Ausbildung in den Hauptbereichen;
 - n) Inkrafttreten und Dauer des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags;
 - o) Struktur der Vergütung;
 - p) allgemeiner Rahmen der Regionalen Zusatzverträge mit Festlegung der Verhandlungsbereiche.

ART. 4 - REGIONALE VERHANDLUNGSEBENE.

1. Die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen verpflichten sich, innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags die Regionalen Zusatzverträge zu definieren, die im vorliegenden Vertrag zur Klärung der folgenden spezifischen Aspekte vorgesehen sind:
 - a) Zuständigkeiten in den Vertragsverhältnissen in Bezug auf die regionalen Zielsetzungen mit den vom vorhergehenden Artikel vorgesehenen Modalitäten;
 - b) Umsetzung der Bestimmungen des Art. 6;
 - c) Organisation der Übernahme der Betreuten durch die Ärzte mit der Unterstützung der Gesundheitsberufe und Realisierung der Betreuungskontinuität rund um die Uhr und an 7 Tagen in der Woche;
 - d) Organisation der Notfallmedizin und der medizinischen Dienste auf dem Territorium;
 - e) Modalitäten der Realisierung der Angemessenheit der Versorgung, der Verschreibungen und der ethischen Ressourcenauslastung; Organisation der Planungs-, Überwachungs- und Kontrollinstrumente;
 - f) Teilnahmemodalitäten für die Ärzte für Allgemeinmedizin bei der Definition der Planungsvorhaben, der Haushaltsziele und der Verantwortung bei der Umsetzung dieser;
 - g) Kriterien und Modalitäten der Organisation des Informationssystems zwischen dem Gesundheitspersonal - den zusammengeschlossenen Einrichtungen - den Sprengeln - den Sanitätsbetrieben - der Region;
 - h) Organisation der Grundausbildung, der Fachausbildung, der ständigen Weiterbildung und des lebenslangen Lernens;
 - i) Teilnahme- und Vertretungsorganismen der Ärzte für Allgemeinmedizin auf regionaler Ebene;
 - j) Umsetzung des Art. 8, Absatz 2, Buchstaben b, c und e.

ART. 5 - ALLGEMEINE ZIELSETZUNGEN.

1. Die Regionen und die Gewerkschaftsorganisationen vereinbaren die Umsetzung einiger Grundzielsetzungen wie:
 - a) Gewährleistung der Erbringung der national einheitlichen wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) durch das Gesundheitssystem für die Bürger auf dem gesamten Staatsgebiet;
 - b) Realisierung der Betreuungskontinuität auf dem Territorium rund um die Uhr und an allen 7 Tagen in der Woche im weitesten Versorgungsrahmen für die Bürger; Definition der Aufgaben, Funktionen und Beziehungen zwischen den vertraglich gebundenen Berufsbildern, ausgehend von der Aufwertung der Betreuungskontinuität und der Notfallmedizin auf dem Territorium;
 - c) Schaffung eines Ausgleichs zwischen Krankenhaus und Territorium mit Neuverteilung der Ressourcen auf der Grundlage der Anlaufstellen und der angemessensten Leistungserbringungsstandards in Bezug auf Effizienz, Wirkung, Wirtschaftlichkeit, ethische und deontologische Aspekte und Wohlbefinden der Bürger;
 - d) Förderung der geteilten Verantwortungsübernahme durch alle auf dem Territorium tätigen Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei den gesundheitspolitischen und klinischen Governance-Entscheidungen auf der Grundlage der Bestimmungen auf den verschiedenen Ebenen der sozio-sanitären Planung;
 - e) Einführung - im Rahmen der regionalen und betrieblichen Planung - von Verwaltungsinstrumenten, die eine reelle Funktion des Territoriums und eine konkrete Verantwortung der Ärzte und der Mitarbeiter des Gesundheitswesens bei den Entscheidungen zur Gewährleistung der Gesundheitsziele garantieren;
 - f) Förderung der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter mit besonderem Augenmerk auf die Vorbeugungs-, Gesundheitserziehungs- und gesundheitlichen Aufklärungsmaßnahmen;
 - g) Förderung der angemessenen Entwicklung der auf dem Territorium erbringbaren Leistungen, zusammen mit einer angemessenen beruflichen Qualifikations- und Fortbildungstätigkeit für die Gesamtheit der auf dem Territorium tätigen Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens;
 - h) Förderung der Integration zwischen Gesundheitspolitik und Sozialpolitik, ausgehend von der Hauspflege in Anbindung an und in Synergie mit den verschiedenen institutionellen Trägern und den Polen des Betreuungsnetzes;
 - i) Förderung der Übernahme der - vor allem fragilen und pflegebedürftigen - Betreuungsberechtigten durch das Grundversorgungssystem anhand der Einleitung von nachhaltigen Betreuungsformen von angemessener Qualität wie der Hauspflege und der stationären Betreuung mit Aktivierung aller Ressourcen der Betreuungsnetze.

ART. 6 - INSTRUMENTE.

1. Zur Verfolgung der im vorliegenden Vertrag angeführten gesundheitspolitischen Ziele sind sich die Regionen und die Gewerkschaftsorganisationen über die Notwendigkeit einig, eine signifikante Neuorganisation des Gesundheitsdienstes anhand der folgenden Entscheidungen vornehmen zu müssen:

- a) Realisierung eines integrierten Dienstnetzes zur Erbringung der Grundversorgung, um die Betreuungskontinuität, die Ermittlung und das Auffangen des Gesundheitsbedarfs auf Sprengel Ebene und auf dem Territorium mit der Übernahme der Betreuungsberechtigten und der Governance der sozio-sanitären Versorgungspfade anhand von angemessenen Maßnahmen und mit wirtschaftlicher Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Damit kann das Territorium ab der ersten Kontaktaufnahme im größtmöglichen Maße der gesundheitlichen Nachfrage Folge leisten und auch das Ziel verfolgen, die Wartelisten auf akzeptable Zeiten zurückzuführen;
- a1) Anwendung der Instrumente gemäß den Artikeln 26-bis, 26-ter, 59-bis und 59-ter, weil diese die im vorliegenden Vertrag angegebenen gesundheitspolitischen Ziele am effizientesten verfolgen lassen;**
- b) die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen sind sich über die Notwendigkeit einig, dass - auch anhand der Regionalen Zusatzverträge - bereits in der Phase vor der Erlangung des akademischen Grads und vor der Berufsbefähigung, der Fachausbildung und der ständigen Weiterbildung ein angemessener Bildungsweg verfolgt werden muss;
- c) es müssen gemeinsame Bildungswege für die auf dem Territorium tätigen Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens und für die auf Krankenhausebene tätigen Ärzte und Mitarbeiter des Gesundheitswesens festgelegt werden. Diese Wege müssen auf gemeinsame Strategien zur Optimierung der diagnostisch-therapeutischen Versorgungspfade der Betreuten und deren Angemessenheit, auch in Einbeziehung der wissenschaftlichen Gesellschaften, abzielen.

ART. 7 - ROLLE UND BETEILIGUNG DER GEWERKSCHAFTSORGANISATIONEN.

1. Unbeschadet der vertraglichen Natur des Verhältnisses für den einzelnen Mitarbeiter des Gesundheitswesens vereinbaren die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen, dass eine größere Beteiligung an den Planungs- und Führungsentscheidungen der auf dem Territorium tätigen Ärzte für Allgemeinmedizin zu einer äquivalenten und gleichzeitigen Erhöhung der Verantwortung in der klinischen Governance führt, mit besonderem Bezug auf die Gewährleistung der Leistungsebenen und auf die Verwaltung der auf territorialer Ebene vereinbarten Budgets.

2. Die Nichtbeteiligung an den vereinbarten Zielen und Pfaden stellt einen Grund für die Überprüfung des Vertragsverhältnisses bis zur Aufhebung gemäß den bereichsspezifischen Bestimmungen dar.

ART. 8 - STRUKTUR DER VERGÜTUNG.

1. Nach Kenntnisnahme der Leitvorgaben der Regierung zur Erneuerung von Vereinbarungen und Verträgen in der öffentlichen Verwaltung (Lgs.D. Nr. 165 vom 30. März 2001) stimmen die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen darüber überein, dass die Vergütung der Ärzte für Allgemeinmedizin auf die geplanten Gesundheitsziele abgestimmt werden muss, und dass ein angemessenes Gleichgewicht zwischen dem automatisch zuerkannten Teil der Vergütung und dem Teil der Vergütung, welcher an die in der regionalen und betrieblichen Planung festgelegten Ziele und Leistungen gebunden ist, hergestellt werden muss.
2. Die Vergütung der Ärzte gemäß vorliegendem Vertrag setzt sich wie folgt zusammen:
 - a) aus einer pro Betreuten gewichteten Kopfquote und/oder einer Stundenquote;
 - b) aus strukturellen, prozessgebundenen, leistungserbringungstechnischen, zielbezogenen und vereinbarkeitsabhängigen Anreizen sowie aus Anreizen im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualifikations- und Angemessenheitsziele;
 - c) aus einer Quote für zusätzliche Dienste und Leistungen für den einzelnen Arzt oder für Gruppen, berechnet auf der Grundlage der Art und des Umfangs der Leistung;
 - d) aus der für die Erneuerung vorgesehenen Erhöhung in Höhe gemäß nachstehendem Artikel 9;
 - e) aus Anreizen im Zusammenhang mit der Ressourcenverlagerung angesichts des verfolgten Leistungsausgleichs zwischen Krankenhaus und Territorium durch innovative Aktionen und Modalitäten der Grundversorgungsbetreuungsstandards.
3. Unter Beachtung der Bestimmungen der Absätze 1 und 2 vereinbaren die Regionen und die Gewerkschaftsorganisationen, die Höhe der Vergütung pro gewichteten Betreuten anhand der Festlegung der Merkmale und Typologien nach den folgenden Kriterien zu bestimmen:
 - A. Die Quoten b) und c) des Absatzes 2 können bis zu 30 % des Gesamtbetrages der derzeitigen Vergütungen ausmachen. Sie beziehen sich auf die Tätigkeiten und die Ziele der regionalen Ebene. Diese Quoten werden mit den Ressourcen ergänzt, die sich eventuell aus den Beständen gemäß vorhergehendem Punkt e) ableiten.
Die Quote a) des Absatzes 2 kann einen prozentuellen Anteil am Gesamtbetrag der derzeitigen Vergütungen ausmachen, der umgekehrt proportional dem Anteil des Buchstaben A entspricht.
4. Die Wirkungen der geltenden Regionalen Zusatzverträge sind gemäß den dort vorgesehenen Bestimmungen bis zu ihrem Ablauf gewährleistet.

ART. 9 - VERTRAGLICHE ERHÖHUNGEN.

1. Die Regionen und Gewerkschaftsorganisationen legen nach Kenntnisnahme der von der Regierung erlassenen Haushaltsvorschriften für die Ärzte für Allgemeinmedizin mit Kopfquote und mit Stundenquote (Grundversorgung, Betreuungskontinuität, Notfallmedizin auf dem Territorium, medizinische Dienste auf dem Territorium) eine wie nachstehend verteilte Erhöhung vor Abzug jeder Einbehaltung oder Beitragszahlung fest:

Ärzte für die Grundversorgung

TABELLE A - Rückstände 2006 - 2007

Jahr	€/Jahr pro Betreuten
Rückstände 2006	0,25
Rückstände 2007	2,84

TABELLE B - Erhöhungen 2008

Beginn	Kopfquote	Bez. Art. GKV
ab 1.1.2008	€ 1,43	Art. 59, Buchst. A, Absatz 1
ab 1.1.2008	€ 4,80	Art. 59, Buchst. A, Absatz 9
ab 1.1.2008	€ 0,87	Art. 59, Buchst. A, Absatz 10

Ärzte für die Betreuungskontinuität, Ärzte für Notfallmedizin auf dem Territorium

TABELLE C - Rückstände 2006 - 2007

Jahr	€/pro Stunde
Rückstände 2006	0,08
Rückstände 2007	0,91

TABELLE D - Erhöhungen 2008

Beginn	Stundenquote	Bez. Art. GKV
ab 1.1.2008	€ 1,19	Art. 72, Absatz 1; Art. 98, Absatz 1

Ärzte für die medizinischen Dienste auf dem Territorium

TABELLE E - Rückstände 2006 - 2007

Jahr	€/pro Stunde
Rückstände 2006	0,08
Rückstände 2007	0,91

TABELLE F - Erhöhungen 2008

Beginn	Stundenquote	Bez. Art. GKV
ab 1.1.2008	€ 0,99	Art. 85, Absatz 1

ART. 10 - VERTRAGLICHE GARANTIEBESTIMMUNG.

1. Für die Kenntnis des Verlaufs der Umsetzung der Regionalen und Betrieblichen Verträge sowie zwecks Überwachung der wirtschaftlichen Daten und der Daten über die Umsetzung von besonderen und spezifischen vertraglichen Bestimmungen wird innerhalb von 120 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags die ständige nationale Beobachtungsstelle bei der SISAC eingerichtet. An dieser werden sich die Gewerkschaftsorganisationen beteiligen. Die Zusammensetzung und Aufgaben werden in einer nachfolgenden Vereinbarung zwischen den Parteien festgelegt.

ART. 11 - INKRAFTTRETEN UND DAUER DES VERTRAGS.

1. Der vorliegende Vertrag tritt ab dem Datum der Erlassung des entsprechenden Verwaltungsaktes durch die Staat-Regionen-Konferenz in Kraft. **Er deckt das wirtschaftliche Biennium 2006-2007, läuft am 31. Dezember 2009 für den rechtlichen Teil aus** und bleibt bis zum Abschluss des darauffolgenden Vertrags in Kraft.

ZWEITER TEIL

REGELUNG DES VERTRAGSVERHÄLTNISSSES DER ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

ART. 12 - PRÄMISSE.

1. Die in der verfassungsmäßigen Ordnung und in den Verhandlungsverfahren mit Gesetz Nr. 289 vom 27. Dezember 2002 eingeführten Neuerungen bringen eine neue und funktionellere Strukturierung des Vertragsverhältnisses mit sich, insbesondere in den bereichsspezifischen Bestimmungen. So muss die Gesetzgebung jeder spezifischen Kategorie mit den allgemeinen Zielen und Inhalten, welche allen auf dem Territorium tätigen Kategorien gemein sind, schrittweise koordiniert und darauf abgestimmt werden. Der Gesamtstaatliche Kollektivvertrag für die Allgemeinmedizin soll die Beziehung zwischen den Regionen und der Kategorie der auf dem Territorium tätigen Ärzte besser ausrüsten. Das Ziel ist die Einleitung eines Innovationsprozesses, der angemessener auf die Bedürfnisse der Bürger zu antworten imstande ist, der die Rolle des Gesundheitspersonals aufwertet und der die Rolle des Nationalen Gesundheitsdienstes in unserem Staat signifikant festigt.

2. Im vorliegenden Vertrag wird die Charakterisierung der italienischen Allgemeinmedizin nach den Grundsätzen anerkannt, welche in der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Familienmedizin von WONCA Europe (Europäische Sektion der Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin) im Jahr 2002 zum Ausdruck gebracht wurde. Der Wert dieser Definition liegt in der kulturellen, wissenschaftlichen, beruflichen und fachspezifischen Ausbildung und zielt auf die Notwendigkeit ab, der italienischen Allgemeinmedizin die Rolle, Identität und Verantwortung zuzuerkennen, die ein zusätzliches qualitatives Wachstum und eine konsequente Entwicklung mit der europäischen wissenschaftlich-professionellen Gemeinschaft, zu der sie gehört, fördern. So sind die Ärzte für Allgemeinmedizin Fachärzte, die in den Grundsätzen dieser Wissenschaft auf der Grundlage der nachstehend angeführten beruflichen Merkmale ausgebildet sind:

- a) Die Allgemeinmedizin ist üblicherweise die erste medizinische Kontaktstelle innerhalb des Gesundheitssystems. Sie gewährleistet ihren Nutzern einen direkten und unbegrenzten Zugang für alle gesundheitlichen Probleme, unabhängig des Alters, Geschlechts und jedes anderen Merkmals der betroffenen Person.
- b) Die Allgemeinmedizin nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch die Koordinierung der Betreuung, die Zusammenarbeit mit anderen, im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufe. Sie fungiert als Schnittstelle zu anderen Fachgebieten, wobei sie erforderlichenfalls die Rolle des Interessenvertreters der Patienten Anliegen übernimmt.
- c) Sie arbeitet in einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum, auf dessen Familie und auf das Lebensumfeld ausgerichtet ist.
- d) Sie stützt auf einem einzigen Konsultationsprozess, der durch eine effiziente Kommunikation zwischen Arzt und Patienten den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.
- e) Sie hat die Aufgabe, Langzeitbetreuung in Abhängigkeit der Bedürfnisse des Patienten zu

erbringen.

- f) Sie sieht einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess vor, der durch die Prävalenz und Inzidenz der Krankheiten in der betroffenen Gemeinschaft bestimmt wird.
- g) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.
- h) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die im Frühstadium ihrer Entwicklung in aspezifischer Weise auftreten und die einen dringenden Eingriff erfordern könnten.
- i) Sie fördert die Gesundheit und das Wohlbefinden mit angemessenen und effizienten Maßnahmen.
- j) Sie trägt eine besondere Verantwortung für die Gesundheit der Gemeinschaft.
- k) Sie befasst sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimension.

ABSCHNITT I

ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

ART. 13 - ANWENDUNGSBEREICH.

1. Der vorliegende Gesamtstaatliche Kollektivvertrag regelt im Sinne von Art. 8, Absatz 1 des Lgs.D. Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 in geltender Fassung und auf der Grundlage der regionalen Vereinbarungen in der Materie **und in wirtschaftlicher, rechtlicher und organisatorischer Hinsicht** das selbstständige, vertraglich gebundene Arbeitsverhältnis für die Ausübung der beruflichen Tätigkeiten zwischen den Ärzten für Allgemeinmedizin und den lokalen Sanitätsbetrieben für die Abwicklung der Aufgaben und Tätigkeiten im Rahmen und **im Interesse** des NGD in den folgenden Bereichen:

- a) Grundversorgung;
- b) Betreuungskontinuität;
- c) medizinische Dienste auf dem Territorium;
- d) Notfallmedizin auf dem Territorium.

ART. 13-BIS - AUFGABEN UND FUNKTIONEN DES ARZTES FÜR ALLGEMEINMEDIZIN.

1. Für die Gewährleistung und den Beitrag zum Schutz der Gesundheit der Betreuten unter Beachtung der Vorgaben der einheitlichen wesentlichen Betreuungsstandards und mit den Modalitäten, die dem höchsten Standard der klinischen und organisatorischen Angemessenheit entsprechen, verübt der Arzt im Rahmen der Aufgaben, die von den Art. 45, 67, 78 und 95 des vorliegenden Vertrags vorgesehen sind, die folgenden Funktionen:

- Er lenkt den Betreuungsprozess für jeden übernommenen Patienten;
- er nimmt aktiv an der Betreuungskontinuität der eigenen Betreuten teil;
- er verfolgt die Gesundheitsziele der Bürger mit dem bestmöglichen Einsatz der Ressourcen.

2. Die Funktionen und Aufgaben gemäß vorhergehendem Absatz gehören zum individuellen Verantwortungsbereich des Arztes.

3. Zur Ausübung seiner Aufgaben und Funktionen unter Beachtung der vorgenannten Grundsätze leistet der Arzt seine Tätigkeit als Bestandteil eines „Funktionalen Zusammenschlusses“ (Aggregazione Funzionale Territoriale - AFT) der Ärzte für Allgemeinmedizin gemäß Art. 26-bis und arbeitet innerhalb eines spezifischen „Gesundheitszentrums“ (Unità Complessa delle Cure Primarie - UCCP, wörtlich: „Komplexe Grundversorgungseinheit“) (sobald wie von Art. 26-ter vorgesehen aktiviert), das die Zusammenarbeit anderer sozio-sanitärer Mitarbeiter mit sich bringen kann.

4. Für jeden übernommenen Patienten sammelt, aktualisiert und übermittelt der Arzt die Informationen an den Sanitätsbetrieb, wie es der Art. 59-bis des vorliegenden Vertrags vorsieht.

5. Zur Verübung der Aufgaben, die vom MD vom 4. April 2008 und vom DPCM vom 26. März 2008 für die Realisierung des Projektes „Gesundheitskarte“ und „elektronisches Rezept“ vorgesehen sind, sowie für die Erfüllung der Aufgaben in Bezug auf den Informationsfluss gemäß Art. 59-bis verwendet der Arzt die von den Regionen zur Verfügung gestellten Informationssysteme gemäß den Modalitäten und mit den Instrumenten, die zwischen den Parteien auf regionaler Ebene festgelegt wurden.

6. Die vom vorliegenden Artikel vorgesehenen Funktionen und Aufgaben sind Bestandteil des GKV und stellen unverzichtbare Bedingungen für den Zugang und die Erhaltung des Vertragsverhältnisses mit dem NGD dar.

ART. 14 - INHALTE, DIE DER REGIONALEN VERHANDLUNGSEBENE ÜBERTRAGEN SIND.

1. Die Regionalen Zusatzverträge gemäß Art. 8 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung realisieren die von der regionalen Planung zusätzlich zu den Betreuungsstandards des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags vorgesehenen Standards, die mit den national einheitlichen wesentlichen Betreuungsstandards übereinstimmen.

2. Im Einklang mit den Bestimmungen des Art. 4, und um jede Spezifität und jede organisatorische Neuheit auf lokaler Ebene zu berücksichtigen und gleichzeitig die Erreichung von national einheitlichen wesentlichen Betreuungsstandards auf dem gesamten Staatsgebiet zu ermöglichen, sind die folgenden Artikel und Anhänge zwecks Neuorganisation und Definition auf der Grundlage der allgemeinen, im vorliegenden Vertrag vorgegebenen Ausrichtungen neben den einzelnen spezifischen Verweisen der regionalen Verhandlungsebene übertragen:

Abschnitt I:

Art. 23 - Betriebsbeirat;

Art. 24 - Regionalbeirat;

Art. 25 - Programmierung und Überwachung der Tätigkeiten;

Art. 26 - Territoriale Equipes und Grundversorgungseinheiten/Gesundheitszentren;

Art. 27 - Angemessenheit der Behandlungen und der Nutzung der Ressourcen;

Art. 32 - Betreuung der Touristen;

Abschnitt II:

Art. 34 - Deckung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete;

Art. 35 - Errichtung des Vertragsverhältnisses;

Art. 37 - Vertretungen;

Art. 38 - Provisorische Aufträge;

Art. 40 - Arztwahl;

Art. 44 - Namensverzeichnisse und monatliche Änderungen;

Art. 46 - Fonds für die Qualität der Betreuung;

Art. 53 - Programmierte Hauspflege;

Art. 54 - Formen des Zusammenschlusses in der Grundversorgung;

Abschnitt III:

Art. 70 - Vertretungen und provisorische Aufträge;

Art. 71 - Organisation der Erreichbarkeit;

Abschnitt IV:

Art. 78 - Aufgaben und Pflichten des Arztes - Freier Beruf;

Abschnitt V:

Art. 92 - Ermittlung und Erteilung der Aufträge;

Art. 93 - Stundenhöchstgrenze;

Art. 95 - Aufgaben des Arztes - Freier Beruf;

Art. 97 - Vertretungen, provisorische Aufträge - Erreichbarkeit;

Anhang G - Programmierte Hauspflege;

Anhang H - Integrierte Hauspflege.

3. Die Regionalen Zusatzverträge definieren die Aufgaben und Tätigkeiten, die von den Ärzten für Allgemeinmedizin verübt werden:

a) in zusätzlicher Form zu dem, was vom Gesamtstaatlichen Kollektivvertrag vorgesehen ist;

b) in Form des komplexen und integrierten Zusammenschlusses;

b1) in den von den Artikeln 26-bis und 26-ter vorgesehenen Formen;

- c) zur Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus.
4. Die Regionalen Zusatzverträge können Folgendes vorsehen:
- A) die Erbringung von zusätzlichen Leistungen, auch für eine bessere Integration zwischen gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen für:
 - a) gesundheitliche Maßnahmen für die älteren Menschen zu Hause, in den stationären Betreuungseinrichtungen und in Gemeinschaften;
 - b) die gesundheitliche Betreuung der Drogenabhängigen, AIDS-Kranken und Geisteskranken;
 - c) die Betreuungsprozesse betreffend Sozialkrankheiten;
 - d) die Hauspflege für Patienten mit onkologischen Krankheiten im Endstadium;
 - e) Versuchsformen für Telemedizin;
 - f) Die Teilnahme an gesamtstaatlichen oder regionalen Gesundheitsinitiativen;
 - g) weitere zusätzliche Leistungen über jene des Gesamtstaatlichen Vertrags hinaus, die im Anhang D), Teil „A“ und „B“ vorgesehen sind.
 - B) prioritäre Leitlinienlinien hinsichtlich:
 - a) Initiativen der Gesundheitserziehung und Förderung der Gesundheit für Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen;
 - b) Vorsorgetätigkeiten für Einzelpersonen oder an Bevölkerungsgruppen, insbesondere gegen onkologische Risiken im Stoffwechsel, Herzkreislaufsystem auch durch periodische Vorladung der gesunden Personen;
 - C) **unbeschadet der Bestimmungen der Art. 59-bis und 59-ter:** die Abwicklung der folgenden Tätigkeiten **auch anhand der Informationssysteme:**
 - a) die Teilnahme an Verfahren zur Qualitätsprüfung;
 - b) die Abwicklung von epidemiologischen Untersuchungstätigkeiten;
 - b1) die Abwicklung von Tätigkeiten in Bezug auf die Erbringung von weiteren, von der Region geforderten Dienstleistungen.**

5. Die Regionalen Zusatzverträge sehen im Sinne des Art. 8, Buchst. F des Lgs.D. 502/92 in geltender Fassung die Regelung der Beziehungen zwischen Region, Betrieben und Ärzten für Allgemeinmedizin für die Beachtung des programmierten Ausgabenniveaus vor.

Das programmierte Ausgabenniveau ist immer mit spezifischen Zielen und gezielten Tätigkeitsprogrammen verbunden, um das Ziel der Angemessenheit und Rationalisierung des Ressourceneinsatzes zu verfolgen.

Die Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus ist gemäß Bestimmungen des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung mit spezifischen Anreizen korreliert, die im entsprechenden Projekt vorgesehen werden müssen.

6. Die Regionalen Zusatzverträge regeln die Form, die Erbringungsmodalitäten und die Höhe der Vergütungen, die im Verhältnis zur vom Vertragsarzt auch in Form von Zusammenschlüssen geleisteten Tätigkeit gezahlt werden.

In den integrierten Erbringungsformen der beruflichen Tätigkeit kann auch die Bereitstellung von Personal, Räumlichkeiten und Ausrüstungen vorgesehen werden, die bei der Festlegung der Vergütung gemäß vorhergehendem Absatz berücksichtigt wird.

Auch zu den Zwecken der Neustrukturierung der Vergütung des Arztes können die Parteien die

Durchführung von verwaltungstechnischen Versuchen auf der Grundlage der Zuweisung von virtuellen oder reellen Budgets an Ärztegruppen vereinbaren.

7. Die Regionalen Zusatzverträge regeln auch die Materie der betrieblichen Verhandlungsebene. Sie legen die Leitlinien der Betrieblichen Durchführungsverträge zur Harmonisierung der dezentralen Verhandlungen mit den allgemeinen Zielsetzungen der regionalen Planung fest.

8. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können Bewertungsparameter für besondere und spezifische Bedingungen der Umstände der Benachteiligung und der Schwierigkeiten bei der Erfüllung der vertraglichen Tätigkeit definiert werden.

ART. 15 - REGIONALE RANGORDNUNG.

1. Die Ärzte, die mit der Ausführung der bereichsspezifischen Tätigkeiten, die vom vorliegenden Vertrag geregelt sind, beauftragt werden sollen, müssen in Titellistungen eingetragen sein, eine für jede der Tätigkeiten gemäß Art. 13 (Bereichsrankordnungen), die jährlich auf regionaler Ebene vom zuständigen Assessorat für Gesundheitswesen erstellt werden. Die Regionen können unter Beachtung der Vorschriften des vorliegenden Vertrags Verfahren für die Entbürokratisierung und Kürzung der erforderlichen Zeiten für die Erstellung der Rangordnungen einführen. Die Regionalen Zusatzverträge können außerdem die Erstellung einer einzigen regionalen Rangordnung für alle vom vorliegenden Vertrag geregelten Tätigkeiten vorsehen. Die Rangordnungen gelten ein Jahr ab dem 1. Januar des Jahres, auf welches sie sich beziehen. Sie laufen am 31. Dezember desselben Jahres ab und werden jedenfalls für die Deckung der Aufträge verwendet, die im Gültigkeitsjahr derselben Bereichsrankordnungen offen sind. Der Antrag auf die Eintragung in die regionale Rangordnung wird nur ein Mal eingereicht und gilt bis zum Widerruf durch den Arzt. Jährlich können titelergänzende Anträge zu den bisher erklärten Titeln auf der Grundlage des Anhangs A1 des vorliegenden Vertrags eingereicht werden. Auf der Grundlage der eingereichten Anträge und der Ergänzungsanträge wird jährlich die regionale Rangordnung für das laufende Jahr erstellt. Die Vorgangsweisen werden im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festgelegt.
2. Das Arbeitsverhältnis gemäß vorliegendem Vertrag kann von den Betrieben nur mit jenen Ärzten eingegangen werden, die im Besitz des Nachweises der allgemeinmedizinischen Ausbildung oder eines gleichwertigen Titels sind, wie es von den Lgs.D. Nr. 256 vom 8. August 1991, Nr. 368 vom 17. August 1999 und Nr. 277 vom 8. Juli 2003 vorgesehen ist.
3. Die Ärzte, die in die Rangordnungen gemäß Absatz 1 eingetragen werden wollen, müssen bei Ablauf der Einreichfrist der Anträge die folgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - a) Eintragung in das Berufsregister;
 - b) Besitz des Nachweises der allgemeinmedizinischen Ausbildung oder eines gleichwertigen Titels, wie es von den Lgs.D. Nr. 256 vom 8. August 1991, Nr. 368 vom 17. August 1999 und Nr. 277 vom 8. Juli 2003 vorgesehen ist.
4. Für die Eintragung in die jährliche Bereichsrankordnung müssen die Ärzte per Einschreiben innerhalb 31. Januar beim Regionalassessorat für Gesundheitswesen oder bei einem anderen Rechtsträger, der damit von der Region, in der sie ihre Tätigkeit ausführen wollen, beauftragt wurde, einen einzigen Antrag stellen, der mit dem Schema des Anhangs A konform ist. Dem Antrag müssen alle Unterlagen beigelegt werden, die den Besitz der Voraussetzungen und der erklärten Titel nachweisen, bzw. die eigenverantwortliche Erklärung und Ersatzerklärung im Sinne der geltenden Gesetzgebung. Der Antrag ist ein einziger und enthält die Beantragung der Aufnahme in eine oder mehrere Bereichsrankordnungen seitens des Arztes.
5. Zu den Zwecken der Bestimmung der für die Rangordnung gültigen Punktezahl werden nur die akademischen Titel und die Dienstitel bewertet, in dessen Besitz der Antragsteller zum Datum des 31. Dezembers des Vorjahres war.
6. Der Arzt, der bereits in die regionale Bereichsrankordnung des Vorjahres eingetragen ist, muss für das laufende Jahr mit dem Ergänzungsantrag gemäß Anhang A1 die eigenverantwortliche Erklärung der Eintragung in das Berufsregister oder die Nachweisunterlagen für die weiteren, im Laufe des letzten Jahres erworbenen Titel sowie die eventuellen, nicht für die vorhergehende Rangordnung eingereichten

Titel einreichen.

7. Die regionale Verwaltung erstellt auf der Grundlage der Titel und der Bewertungskriterien gemäß nachstehendem Art. 16 eine regionale Bereichsrankordnung für jede der vom vorliegenden Vertrag geregelten und unter Art. 13 angeführten Tätigkeiten. Diese Rankordnung gilt für das darauffolgende Kalenderjahr. Neben jedem Namen werden dabei die erlangte Punktzahl, der Wohnsitz und der eventuelle Besitz des Titels der Fachausbildung in Allgemeinmedizin gemäß Lgs.D. Nr. 256 vom 8. August 1991, Nr. 368 vom 17. August 1999 und Nr. 277 vom 8. Juli 2003 angeführt.

8. Die Rankordnung wird innerhalb 30. September im Amtsblatt der Region veröffentlicht. Innerhalb von 30 Tagen nach der Veröffentlichung können die Ärzte, die ein Interesse daran haben, beim Regionalassessorat für Gesundheitswesen das Gesuch um Neuprüfung ihrer Rankordnungsposition einreichen.

9. Die regionalen Bereichsrankordnungen werden innerhalb 31. Dezember vom Regionalassessorat für Gesundheitswesen endgültig genehmigt und im Amtsblatt der Region veröffentlicht.

10. Die Ärzte, die bereits einen unbefristeten Auftrag für eine oder mehrere der Tätigkeiten gemäß vorliegendem Vertrag innehaben, können die Eintragung in die entsprechende Bereichsrankordnung nicht beantragen und können somit an der Zuweisung der offenen Aufträge nur bei Versetzung teilnehmen.

11. Die lokalen Sanitätsbetriebe können - auf der Grundlage von eigenen Bestimmungen, welche von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehen sind und welche die vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Verfahren für die Zuweisung der provisorischen Aufträge abändern - Rankordnungen für die Verfügbarkeit zur Deckung der offenen Aufträge seitens der in die entsprechende regionale Bereichsrankordnung eingetragenen Ärzte oder, in Ermangelung wo erforderlich, seitens der Ärzte, die in Besitz der vom vorliegenden Artikel vorgesehenen Voraussetzungen sind, erstellen.

ART. 16 - TITEL FÜR DIE ERSTELLUNG DER RANGORDNUNGEN.

1. Die für die Erstellung der Rangordnungen bewertbaren Titel sind nachstehend unter Angabe der jedem Titel zugewiesenen Punktezahl angeführt:

I Akademische Titel und Studientitel:

- a) Universitätsabschlussdiplom mit Noten 110/110 und 110/110 cum laude oder 100/100 und 100/100 cum laude: P. 1,00
- b) Universitätsabschlussdiplom mit Noten von 105/110 bis 109/110 oder von 95/100 bis 99/100: P. 0,50
- c) Universitätsabschlussdiplom mit Noten von 100/110 bis 104/110 oder von 90/100 bis 94/100: P. 0,30
- d) Facharztausbildung oder freie Dozentur in Allgemeinmedizin oder gleichwertigen Fächern im Sinne der geltenden Bestimmungen:
für jede Fachausbildung oder freie Dozentur: P. 2,00
- e) Facharztausbildung oder freie Dozentur in zur Allgemeinmedizin verwandten Fächern im Sinne der geltenden Bestimmungen:
für jede Fachausbildung oder freie Dozentur: P. 0,50
- f) Nachweis der allgemeinmedizinischen Ausbildung gemäß Art. 1, Absatz 2 und Art. 2, Absatz 2 des Lgs.D. Nr. 256/91 und der entsprechenden Normen des Lgs.D. Nr. 368/99 und Lgs.D. Nr. 277/2003: P. 7,20

II Dienstitel:

- a) Sowohl befristete als auch unbefristete Tätigkeit als Vertragsarzt für die Grundversorgung im Sinne des Art. 48 des Gesetzes 833/78 und des Art. 8, Absatz 1 des Lgs.D. Nr. 502/92 einschließlich jener, die als Mitglied eines Zusammenschlusses abgewickelt wurde:
für jeden vollen Monat: P. 0,20
Die Punktezahl wird auf 0,30 erhöht, falls die Tätigkeit innerhalb der Region, in der die Eintragung angefordert wird, abgewickelt wurde;
- b) Vertretungstätigkeit des Vertragsarztes des Nationalen Gesundheitsdienstes für die Grundversorgung, nur bei über 100 Betreuten und für Zeiträume nicht weniger als 5 aufeinanderfolgende Tage (die Vertretungen infolge von Gewerkschaftstätigkeiten des Stelleninhabers werden auch für unter 5 Tage bewertet). Die Vertretungen, die mit Stundenverpflichtung im Sinne des Art. 37 durchgeführt werden, werden nach denselben Kriterien des Buchstabens c) bewertet:
für jeden vollen Monat: P. 0,20
- c) Effektiver Dienst mit unbefristeter, befristeter oder auch vertretender Beauftragung in den ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder in der Betreuungskontinuität in aktiver Form: pro Monat gleichgesetzt mit 96 Stunden Tätigkeit (für jeden Kalendermonat kann nicht eine höhere Stundenanzahl als die im Gesamtstaatlichen Bereichsvertrag zulässige Obergrenze berücksichtigt werden): P. 0,20
- c1) Effektiver Dienst mit befristeter und unbefristeter Beauftragung in der Notfallmedizin auf dem Territorium:
pro Tätigkeitsmonat: P. 0,20
- c2) Effektiver Dienst mit unbefristeter oder befristeter oder vertretender Beauftragung in den

- medizinischen Diensten auf dem Territorium:
 pro Tätigkeitsmonat gleichgesetzt mit 96 Stunden Tätigkeit: P. 0,20
- c3) Effektiver Dienst in den programmierten Tätigkeiten auf dem Territorium:
 pro Tätigkeitsmonat entsprechend 52 Stunden: P. 0,10
- d) Programmierte Tätigkeit in den Diensten auf dem Territorium, der Betreuungskontinuität, der Notfallmedizin auf dem Territorium in Form der Erreichbarkeit im Sinne des vorliegenden Vertrags:
 pro Monat gleichgesetzt mit 96 Stunden Tätigkeit: P. 0,05
- e) Ärztliche Tätigkeit in den Diensten für die saisonale Betreuung in den Tourismusgebieten, die von den Regionen oder Betrieben organisiert werden:
 pro vollen Monat P. 0,20
- f) Militärdienst (oder Ersatz-Zivildienst) auch als auszubildender Militärarzt und für höchstens 12 Monate nach dem Abschluss des Medizinstudiums:
 pro Monat P. 0,10
 Diese Punkteanzahl ist auf 0,20/Monat erhöht, falls der Militärdienst gleichzeitig mit dem vom Betrieb erteilten Auftrag im Sinne des vorliegenden Vertrags geleistet wird, und jedenfalls nur für den Zeitraum, der mit diesem Auftrag zusammenfällt;
- g) Freiwilliger Zivildienst aus humanitären Gründen oder zu den Zwecken sozialer Solidarität, der nach dem Abschluss des Medizinstudiums geleistet wird:
 für jeden Monat: P. 0,10
 Diese Punktezahl wird auf 0,20/Monat erhöht, falls der Zivildienst gleichzeitig mit dem vom Betrieb erteilten Auftrag im Sinne des vorliegenden Vertrags geleistet wird, und jedenfalls nur für den Zeitraum, der mit diesem Auftrag zusammenfällt.
- h) Tätigkeit, auch in Vertretung, des Wahlkinderarztes mit mindestens 70 Betreuten und für Zeiträume von nicht weniger als 5 aufeinanderfolgenden Tagen:
 für jeden vollen Monat: P. 0,10
- i) Ambulanter Internist oder ambulanter Basisarzt bei den ehemaligen Krankenkassen, allgemeiner Vertrauensarzt und ambulanter Vertragsarzt mit dem Gesundheitsministerium für die Gesundheitsversorgung des Schifffahrtspersonals:
 für jeden Monat: P. 0,05
- l) Tätigkeit als Arzt für die Gesundheitsbetreuung in den Gefängnissen, sowohl unbefristet als auch in Vertretung, und permanent effektiv diensthabender Militärarzt:
 für jeden Tätigkeitsmonat: P. 0,20
- m) Geleisteter Dienst in Thermalbetrieben (mit den Modalitäten gemäß Art. 8 des Gesetzes Nr. 323 vom 24. Oktober 2000), gleichgestellt mit der Betreuungskontinuität:
 für jeden vollen Tätigkeitsmonat: P. 0,20
- n) Effektiver Dienst als Arzt für die Grundversorgung, der Betreuungskontinuität, der Notfallmedizin auf dem Territorium in den EU-Ländern im Sinne des Gesetzes Nr. 38 vom 9. Februar 1979, des Gesetzes Nr. 735 vom 10. Juli 1960 in geltender Fassung und des Ministerialdekrets Nr. 430 vom 1. September 1988:
 für jeden vollen Monat P. 0,20

2. Für die Berechnung der Punktezahl in Bezug auf die Dienstitel werden alle Bruchteile des Monats im Jahr summiert. Die eventuellen Resttage, die einem Bruchteil von über 15 Tagen entsprechen, werden als voller Monat bewertet. Die nicht bewerteten Resttage werden zu den Dienstitel-Ergänzungen

summiert, die eventuell in den darauffolgenden Jahren eingereicht werden.

3. Was den Dienst im ehemaligen Bereitschaftsdienst und in der Betreuungskontinuität, in den medizinischen Diensten auf dem Territorium und in der Notfallmedizin auf dem Territorium anbelangt, versteht sich unter Bruchteil eines Monats, der als voller Monat bewertet wird, eine Gesamttätigkeitsstundenanzahl von über 48. Die nicht bewerteten Reststunden werden zu den Dienstitel-Ergänzungen summiert, die eventuell in den darauffolgenden Jahren eingereicht werden.

4. Die Dienstitel sind nicht kumulierbar, wenn sie sich auf Tätigkeiten beziehen, die im selben Zeitraum abgewickelt wurden. In diesem Fall wird jener Titel bewertet, der eine höhere Punktezahl ergibt. Die Diensttätigkeiten, die eventuell während Bildungszeiträumen geleistet werden, werden nicht gerechnet.

5. Bei gleicher Gesamtpunktezahl haben das niedrigere Alter, die Universitätsabschlussnote und das Doktoratalter in der angegebenen Reihung Vorrang.

6. Nicht bewertbar sind die Tätigkeiten, die nicht in diesem Artikel aufgelistet bzw. ausdrücklich vorgesehen sind.

7. Für die Zuweisung der gemäß den Verfahren dieses Vertrags erfassten offenen unbefristeten Aufträge der Grundversorgung und der Betreuungskontinuität behalten sich die Regionen, unbeschadet der Bestimmungen gemäß Art. 34, Absatz 2, Buchstaben a) und Art. 63, Absatz 2, Buchstaben a), auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge:

- a) einen variablen Prozentsatz von 60 % bis 80 % zugunsten der Ärzte vor, die im Besitz des Nachweises der allgemeinmedizinischen Ausbildung gemäß Art. 1, Absatz 2 und Art. 2, Absatz 2 des Lgs.D. Nr. 256/91 und den entsprechenden Normen gemäß Lgs.D. Nr. 368/99 und gemäß Lgs.D. Nr. 277/2003 sind;
- b) einen variablen Prozentsatz von 40 % bis 20 % in Abhängigkeit des Anteils von Buchstaben a) zugunsten der Ärzte vor, die im Besitz eines gleichwertigen Titels sind.

8. Sollten aufgrund fehlender Auftragsanträge offene Stellen in der Grundversorgung oder in der Betreuungskontinuität in territorialen Einzugsgebieten, die einer der beiden Anwärterreserven zustehen, nicht zugewiesen werden, werden diese der anderen Anwärterreserve zugewiesen.

9. Die Anwärter auf die Zuweisung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete und der offenen Aufträge können sich ausschließlich um eine der beiden Zuweisungsreserven gemäß Absatz 7 bewerben, unbeschadet der Bestimmung des vorhergehenden Absatzes 8.

10. Zu den Zwecken der Bestimmung des vorhergehenden Absatzes 9 erklären die Anwärter auf die Zuweisung der offenen Aufträge oder der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete beim Antrag die Reserve, um die sie sich bewerben wollen.

11. Die Dezimalzahlen, die sich aus der Anwendung der Reserveprozentsätze gemäß Absatz 7 ergeben, werden auf die nächste Einheit auf- oder abgerundet. Im Falle derselben Dezimalzahl für beide Reserven wird die Stelle der niedrigeren Reserve zugewiesen.

ART. 17 - UNVEREINBARKEITEN.

1. Im Sinne von Art. 4, Absatz 7 des Gesetzes Nr. 412 vom 30. Dezember 1991 ist die Ausübung der vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Tätigkeiten unvereinbar, falls der Arzt:
 - a) Inhaber eines öffentlichen oder privaten, auch nur provisorischen abhängigen Arbeitsverhältnisses ist, mit Ausnahme der Ärzte gemäß Art. 6, Absatz 1 des GD Nr. 187 vom 14. Juni 1993, mit Änderungen umgewandelt in Gesetz Nr. 296 vom 12. August 1993;
 - b) Tätigkeiten ausübt, die mit dem mit dem Nationalen Gesundheitsdienst bestehenden Vertragsverhältnis einen Interessenkonflikt darstellen können, oder der Inhaber oder Teilhaber von Unternehmen ist, welche Tätigkeiten ausüben, die mit dem mit dem Nationalen Gesundheitsdienst bestehenden Vertragsverhältnis einen Interessenkonflikt darstellen können;
 - c) die Tätigkeit eines akkreditierten ambulanten Facharztes ausübt;
 - d) in die Verzeichnisse der ambulanten Vertragsfachärzte eingetragen ist;
 - e) in die Verzeichnisse der Wahlkinderärzte eingetragen ist, die im Sinne des Art. 8, Absatz 1 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung vertragsgebunden sind.

2. Unvereinbar ist außerdem der Arzt, der:
 - a) Kontrolltätigkeiten für den Betrieb oder das INPS, begrenzt auf das territoriale Wahleinzugsgebiet oder mit Stundenverpflichtung, ausübt, unbeschadet der Aufträge der medizinischen Dienste auf dem Territorium. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge werden die Grenzen und Abweichungen von der Bestimmung dieses Buchstabens definiert;
 - b) die ordentliche wirtschaftliche Behandlung oder Entschädigung für dauernde Invalidität durch den zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret vom 14. Oktober 1976 des Ministers für Arbeit und Sozialfürsorge bezieht;
 - c) in jeglicher Eigenschaft, vorbehaltlich anderweitiger regionaler Vereinbarungen, in vertragsgebundenen privaten Einrichtungen, Gesundheitsstrukturen, Stellen oder Institutionen arbeitet; diese Unvereinbarkeit ist gültig für die Ärzte, welche Tätigkeiten bei Kuranstalten ausüben, aber nur zugunsten der eigenen Betreuten, und legt die daraus folgenden Beschränkungen in Bezug auf die maximale Betreutenzahl fest;
 - d) mit einem Betrieb ein Verhältnis im Sinne des Art. 8-quinquies des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung unterhält;
 - e) in den allgemeinmedizinischen Ausbildungskurs oder in einen Spezialisierungskurse gemäß Lgs.D. Nr. 256/91, Nr. 257/91, Nr. 368/99 und Nr. 277/03 eingeschrieben ist, unbeschadet der Bestimmungen der einschlägigen geltenden Gesetzgebung;
 - f) die Altersversorgung betreffend vertragsgebundene und abhängige Tätigkeiten des NGD bezieht, ausgenommen die Ärzte, die bereits zum Zeitpunkt ihrer Pensionierung Inhaber eines Vertragsverhältnisses für Allgemeinmedizin waren. Diese Unvereinbarkeit gilt nicht für die Ärzte, die sich in dieser Situation vor dem Datum der Veröffentlichung des DPR 270/2000 befanden bzw. für jene, die unter Absatz 8 des Art. 39 dieses Vertrags vorgesehen sind, und für jene, die lediglich die Altersversorgung des Allgemeinen ENPAM-Fonds in Anspruch nehmen.

3. Der Arzt, der - wenn auch nur für begrenzte Zeit - die Funktionen eines Fabrikarztes oder eines zuständigen Betriebsarztes im Sinne des Lgs.D. Nr. 626/94 ausübt, kann, unbeschadet der Bestimmungen

des Art. 39 über die Beschränkung der maximal zulässigen Betreuzahl, von den Bediensteten der Betriebe, für die er tätig ist, oder für deren meldeamtlich zusammenlebenden Familienangehörigen nicht neu als Arzt gewählt werden.

4. Es ist den im Sinne des vorliegenden Vertrags vertragsgebundenen Ärzten nicht gestattet, mehr als zwei Vertragsverhältnisse von den darin vorgesehenen Verhältnissen zu unterhalten. Die unbefristeten Aufträge für die Notfallmedizin auf dem Territorium sind unvereinbar mit allen anderen Vertragsverhältnissen dieses Vertrags.

5. Eine gemäß dem vorliegenden Artikel festgestellte und beanstandete Unvereinbarkeitssituation führt auf der Grundlage des Verfahrens von Art. 30 zur Beendigung des Vertragsverhältnisses.

6. Der Betrieb ordnet über seine eigenen Inspektionsdienste Kontrollen zur Ermittlung des Bestehens von Unvereinbarkeitssituationen an, auch bei Mitteilung des Arztes zum eigenen Vertragsstatus.

7. Eine festgestellte Unvereinbarkeitssituation muss dem Arzt im Sinne des Art. 30 beanstandet werden.

8. Eine Unvereinbarkeitssituation für den Arzt, der in die regionale Rangordnung gemäß Art. 15 eingetragen ist, muss bei der Zuweisung des unterversorgten territorialen Einzugsgebietes oder des offenen Auftrags enden.

ART. 18 - UNTERBRECHUNG DES VERTRAGSVERHÄLTNISSSES UND DER VERTRAGSTÄTIGKEIT.

1. Der Arzt muss von den Aufträgen für allgemeinmedizinische Tätigkeiten suspendiert werden:
 - a) bei der Durchführung von Suspendierungsmaßnahmen gemäß Art. 30;
 - b) wegen Suspendierung vom Berufsregister; in diesem Bereich kommen die Bestimmungen von Art. 9, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 154 vom 23. April 1981 zur Anwendung;
 - c) für die gesamte Dauer der Militärdienstes oder des Ersatzzivildienstes sowie für die gesamte Dauer der Dienste, die im Sinne von Gesetz Nr. 38 vom 9. Februar 1979 im Ausland abgewickelt werden;
 - d) im Falle von von der Gerichtsbehörde verhängten Maßnahmen, welche die persönliche Freiheit beschränken, wie Hausarrest, Verwahrungshaft im Gefängnis oder an einem Pflegeort, Aufenthaltsverbot im territorialen Einzugsgebiet, in dem die vertragliche Tätigkeit ausgeübt wird oder auf dem Territorium des Betriebs, welche die korrekte Abwicklung der vertraglichen Tätigkeit im Ambulatorium oder zu Hause der Betreuten nicht ermöglichen.

2. Die allgemeinmedizinische Tätigkeit des Arztes wird unterbrochen:
 - a) bei Krankheit oder Unfall, die sich nicht bei der Ausübung der vertraglichen Berufstätigkeiten ereignen, für einen Höchstzeitraum von drei Jahren innerhalb eines Fünfjahreszeitraums;
 - b) bei Zuweisung und Annahme des Auftrags als Sprengeldirektor oder eines anderen organisatorischen oder leitenden Auftrags im Sprengel oder im Rahmen der anderen Organisations- und Verwaltungsstrukturen des Nationalen oder Regionalen Gesundheitsdienstes, auch im Sinne der Bestimmungen des Art. 8, Absatz 1, Buchstaben m) des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung, für die gesamte Dauer des Auftrags und bis zur Beendigung dieses; im Falle eines Zeitauftrags ist auch die Unterbrechung eine Teilzeit-Unterbrechung;
 - c) für die gesamte Dauer der vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit im Falle des Unfalles oder einer Krankheit, die sich während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit ereignen;
 - d) bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit oder dauernder Arbeitsunfähigkeit aus Dienstgründen für die maximale Dauer von drei Jahren innerhalb eines Fünfjahreszeitraums;
 - e) bei Teilnahme an humanitären und sozial-solidarischen Initiativen mit institutionellem Charakter, die vom Betrieb vorab genehmigt wurden;
 - f) aus Studiengründen im Falle der Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen, die nicht unter die Pflichtkurse gemäß Art. 20 dieses Vertrags fallen, die aber gemäß den Bestimmungen des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung akkreditiert sind, mit einer Dauer von über 30 aufeinanderfolgenden Tagen und bis zu einer Höchstdauer von 60 Tagen im Jahr, außer bei anderweitigen regionalen Vereinbarungen, die Themenbereiche betreffen, welche für die Allgemeinmedizin von Belange sind und vom Betrieb vorab genehmigt wurden.

3. Der Arzt für Allgemeinmedizin hat Recht auf die Inanspruchnahme der Teilunterbrechung der vertraglichen Tätigkeit, mit Teilzeitvertretung und für Zeiträume auch über 6 Monate bis zu maximal 18 Monaten innerhalb eines Fünfjahreszeitraums für:

- a) Stillurlaub oder Mutterschaftsurlaub innerhalb der ersten 12 Lebensmonate;
- b) Adoption von Minderjährigen in den ersten 12 Adoptionsmonaten;
- c) Betreuung von zusammenlebenden pflegebedürftigen Minderjährigen;
- d) die - auch vorübergehende - Betreuung von zusammenlebenden Familienangehörigen mit 100%iger Invalidität bei Anspruch auf Begleitungsgeld.

4. Bei Schwangerschaft kann die im Sinne des vorliegenden Vertrags vertragsgebundene Ärztin die Unterbrechung der vertraglichen Tätigkeit für den gesamten Mutterschaftszeitraum oder einen Teil des Mutterschaftszeitraums beantragen, der für abhängige Arbeitnehmer Pflicht ist, mit vollständiger Vertretung oder Teilvertretung in ihrer beruflichen Tätigkeit.

5. Der im Sinne des vorliegenden Vertrags vertragsgebundene Arzt kann, wo dies nicht bereits von den spezifischen Abschnitten vorgesehen ist, die Aussetzung der Vertragstätigkeit für einen Zeitraum von nicht über 30 Arbeitstagen im Laufe eines Jahres für seine psycho-physische Erholung von der beruflichen Tätigkeit mit Vertretung zu eigenen Lasten beantragen.

6. In den von den Absätzen 2, 3, 4 und 5 vorgesehenen Fällen bringt die Aussetzung der allgemeinmedizinischen Tätigkeit nicht die Unterbrechung des Vertragsverhältnisses und auch keine Unterbrechung der Dienstaltersberechnung mit sich.

7. Die Zeiträume der Unterbrechung des Vertragsverhältnisses gelten in keiner Hinsicht als Diensttätigkeit und können keine Belastung (auch nicht fürsorglicher Art) für den NGD mit sich bringen.

8. In den vom Absatz 1 vorgesehenen Fällen muss der Arzt durch einen Arzt vertreten werden, der vom Betrieb gemäß den Modalitäten des Art. 37, Absatz 15, Art. 70, Absatz 4, Art. 81, Absatz 6 und Art. 97, Absatz 4 ernannt wird.

9. In den von den Absätzen 2, 3, 4 und 5 vorgesehenen Fällen muss sich der Arzt gemäß den Modalitäten vertreten lassen, die im Art. 37, Absatz 1, Art. 70, Absatz 1, Art. 81 und Art. 97, Absatz 2 vorgesehen sind.

10. Der im Sinne des Absatzes 1, Buchstaben b) vom Auftrag suspendierte Arzt und der im Sinne des Absatzes 1, Buchstaben d) vorübergehend suspendierte Arzt behält (im letzteren Falle bis zum endgültigen Urteil) das Recht auf den Bezug seiner Vergütungen bei, abzüglich der seiner Vertretung im Sinne des Anhanges C des vorliegenden Vertrags zustehenden Vergütungen.

11. Die Vergütungen gemäß Absatz 10 werden unbeschadet jeglicher eventuellen Rückgriffsklage gezahlt.

12. Die Maßnahme der Unterbrechung des Vertragsverhältnisses wird vom Generaldirektor des Betriebs mit eigener Beschlussfassung nach Einsicht in die Beweisunterlagen verordnet.

13. Das Unterbrechungsverfahren ist gleichzeitig an allen Tätigkeitsstellen des Arztes wirksam. Der Arzt hat alle Betriebe, bei denen er arbeitet, vom Aufkommen eventueller Bedingungen zu informieren, welche die Unterbrechung des Auftrags mit sich bringen können, damit die jeweiligen Generaldirektoren die entsprechenden Maßnahmen ergreifen können.

14. Abgesehen von den Unterbrechungen des Vertragsverhältnisses oder der Vertragstätigkeit von Amts wegen aufgrund von Krankheit, Unfall und nicht vorhersehbaren Ursachen muss die Mitteilung der Unterbrechung vom Arzt mit einer Mindestvorankündigungsfrist von 15 Tagen eingereicht werden.

15. Die Genehmigungen gemäß den Buchstaben b) und d) des Absatzes 1 werden vom Arzt 30 Tage vor dem Ereignis beantragt; die Antwort des Sanitätsbetriebs erfolgt innerhalb von 15 Tagen nach Einreichung

des Antrags. Eine Nichtantwort innerhalb der vorgesehen Fristen gilt als Genehmigung. Eine Verweigerung muss angemessen begründet werden.

ART. 19 - BEENDUNG DES VERTRAGSVERHÄLTNISES.

1. Das Vertragsverhältnis zwischen den Betrieben und den Ärzten für Allgemeinmedizin endet:
 - a) bei Erreichen des 65. Lebensjahres, wobei im Sinne der Bestimmungen der Absätze 1 und 3 des Art. 15-nonies des Lgs.D. Nr. 229/99 aufrecht bleibt, dass der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin befugt ist, den Auftrag maximal für einen Zweijahreszeitraum über das 65. Lebensjahr hinaus in Anwendung des Art. 16 des Lgs.D. Nr. 503 vom 30./12.92 beizubehalten;
 - b) wegen Disziplinarmaßnahmen, die im Sinne und mit den Verfahren gemäß Art. 30 getroffen werden;
 - c) wegen Rücktritts des Arztes, der dem Betrieb mit einer Vorankündigung von mindestens einem Monat im Falle der Versetzung und von mindestens zwei Monaten in den anderen Fällen mitzuteilen ist;
 - d) aufgrund von eingetretenen, festgestellten und beanstandeten Unvereinbarkeitssituationen im Sinne des Art. 17;
 - e) aufgrund des eingetretenen, festgestellten und beanstandeten Abhandenkommens der Mindestvoraussetzungen gemäß Art. 36;
 - f) wegen psychisch-physischer Unfähigkeit, die Vertragstätigkeit auszuüben; dieselbe ist im Sinne des Gesetzes Nr. 295/90 von einer eigenen rechtsmedizinischen Kommission festzustellen. Das Mitglied in Vertretung der Allgemeinmedizin gemäß Art. 1, Absatz 3 des genannten Gesetzes wird vom Betriebsbeirat bestellt;
 - g) wegen festgestellter und beanstandeter Nichtbeachtung der Pflichten und Aufgaben, die vom Vertrag und von den Regionalen und Betrieblichen Verträgen auf der Grundlage des Verfahrens gemäß Art. 30 vorgesehen sind.
2. Weitere Gründe für die Beendung des Vertragsverhältnisses sind auf der Grundlage der Verfahren gemäß Art. 30 außerdem:
 - a) die festgestellte und nichtgeschuldete - auch nur partielle - Bezahlung von Leistungen durch den Betreuten, die nicht vom vorliegenden Vertrag und von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehen sind, und die im Festbetrag und in der variablen Quote der Vergütung enthalten sind;
 - b) die Ausübung des freien Berufs außerhalb der vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Modalitäten.
3. Für den Arzt, der nach **fünf** Jahren Eintragung in dasselbe Verzeichnis der Ärzte für die Grundversorgung nicht eine Mindestanzahl von 300 Betreuten aufweist, endet das Vertragsverhältnis, außer die Nichterreicherung der Mindestbetreutenzahl hängt von objektiven Situationen ab, **mit deren Bewertung der Betriebsbeirat gemäß Art. 23 beauftragt ist**. Die Maßnahme wird vom zuständigen Betrieb **nach Anhörung** des Betroffenen getroffen.
4. Im Falle der Beendung wegen einer Maßnahme gemäß Absatz 2 kann der Arzt vier Jahre nach der Beendung einen neuen Antrag auf Eintragung in die Rangordnungen einreichen. Eine neue Beauftragung kann nur für ein anderes territoriales Einzugsgebiet als jenes zum Zeitpunkt der Beendung des vorhergehenden Auftrags erfolgen.
5. Das Vertragsverhältnis endet von Rechts wegen und mit sofortiger Wirkung bei Ausschluss oder

Löschung aus dem Berufsregister.

6. Die Maßnahme der Beendigung wird vom Generaldirektor des Betriebs mit Beschluss getroffen.

ART. 20 - STÄNDIGE WEITERBILDUNG.

1. Die universitäre, ergänzende und ständige berufsbegleitende Weiterbildung in der Allgemeinmedizin betrifft das kulturelle und berufliche Wachstum des Arztes und die Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Diensten und erbrachten Leistungen, um die wesentlichen Betreuungsstandards und zusätzliche und ergänzende Kompetenzen zu den zusätzlichen Betreuungsstandards, die von den regionalen Planungsakten gemäß Staat-Regionen-Konferenz vorgesehen sind, zu gewährleisten.
2. Die Regionen fördern die Planung von Weiterbildungsinitiativen unter Berücksichtigung der Fortbildungsziele von gesamtstaatlichem Interesse, die von der Staat-Regionen-Konferenz ermittelt werden, wie auch der Weiterbildungsziele von spezifischem regionalem und betrieblichem Interesse. Die Programme sehen gemeinsame Weiterbildungsmomente mit anderen auf dem Territorium tätigen Vertragsärzten, angestellten Ärzten, Krankenhausärzten und anderen Ärzten sowie mit anderem Gesundheitspersonal vor.
3. Die Regionen können auch im Einvernehmen mit der Universität und in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen Weiterbildungstätigkeiten des Arztes für Allgemeinmedizin in den folgenden Bereichen anerkennen:
 - a) Grundlehrtätigkeit an der Universität vor Abschluss des Universitätsstudiums
 - b) bewertendes Berufspraktikum vor der Befähigung zum Arztberuf
 - c) Fachausbildung in Allgemeinmedizin
 - d) Fortbildung und Audits
 - e) klinische-epidemiologische Forschung und Studien.
4. Die Regionen haben als institutionelle Rechtssubjekte vorwiegend an der korrekten und angemessenen Weiterbildung der im NGD tätigen Ärzte für Allgemeinmedizin Interesse. Sie spielen eine erstrangige Rolle in diesem wichtigen Prozess, um Übereinstimmung und Effizienz zu gewährleisten. Hierzu sichern die Regionen auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge die Weiterbildungs- und Forschungstätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin anhand angemessener Organisationsmodelle und können auch eigene Regionale Bildungszentren einrichten, mit dem Ziel,:
 - a) Leitlinien und allgemeine Ziele der Bildungstätigkeit mit allgemeiner Planungs- und Koordinierungsfunktion festzulegen;
 - b) die Ärzte für Allgemeinmedizin, welche didaktische Tätigkeiten ausüben, aus- und fortzubilden und/oder zu akkreditieren (Lernanimateure, Dozenten, Tutoren);
 - c) die Fachausbildung in Allgemeinmedizin zu garantieren;
 - d) die Forschungs- und Studientätigkeit in Allgemeinmedizin zu fördern;
 - e) die CME-Fortbildungstätigkeiten (Continuing Medical Education) der Region und der Sanitätsbetriebe für die Ärzte für Allgemeinmedizin anzubieten und zu koordinieren.
5. Die Teilnahme an Tätigkeiten der ständigen medizinischen Weiterbildung ist im Sinne des vorliegenden Vertrags eine unerlässliche Voraussetzung für die Ausübung des Berufs als Arzt für Allgemeinmedizin. Um die Nachhaltigkeit, Angemessenheit, Sicherheit und Effizienz der erbrachten Versorgung zu gewährleisten, ist der Arzt verpflichtet, seine jährliche CME-Credit-Pflicht anhand von Tätigkeiten zu erfüllen, welche auf die unter Absatz 1 dieses Artikels definierten Ziele abzielen.
6. Die Veranstaltungen (Präsenzveranstaltungen, E-Learning, etc.), die auf der Grundlage der von den

Regionen und Betrieben ermittelten Leitlinien und Prioritäten akkreditiert wurden, verleihen ein Bildungsguthaben (CME-Credit). Weitere Bildungsguthaben sind erzielbar durch Tätigkeiten des Lernens im Arbeitsumfeld, einschließlich der Forschungs- und Studientätigkeiten gemäß den von der Region auf der Grundlage der Staat-Regionen-Konferenz vorgesehenen Modalitäten.

7. Im Sinne des Art. 16-quater, Absatz 2 des Lgs.D. 229/99 wird für den Arzt für Allgemeinmedizin, der im Dreijahreszeitraum nicht die Mindestanzahl an von der Staatskommission vorgeschriebenen Bildungsguthaben erzielt, die Disziplinarmaßnahme gemäß Art. 30 ergriffen.

8. Die regionalen und betrieblichen Kurse können bis zu 70 % der jährlichen CME-Credit-Pflicht erfüllen; die Themen der Pflichtweiterbildung werden ungefähr so gewählt, dass sie:

- a) den Zielen auf Betriebs- und Sprengelzebene, davon ein Drittel zu Themen der Sanitätsorganisation,
- b) den Zielen auf regionaler Ebene, davon ein Drittel zu deontologischen und rechtlichen Themen,
- c) der Integration zwischen Territorium und Krankenhaus

entsprechen.

9. Zu den Zwecken der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 8 garantieren die Betriebe den Ärzten die Durchführung der entsprechenden Kurse im Rahmen der verfügbaren und ihnen zugewiesenen Ressourcen auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge und unter Beachtung der regionalen Planung.

10. Der Arzt, der die Pflichtkurse für zwei aufeinanderfolgende Jahre nicht besucht, unterliegt der Einleitung der Verfahren gemäß Art. 30 für die eventuelle Verhängung der vorgesehenen Sanktionen, die je nach Abwesenheitskontinuität gestuft sind.

11. Der Arzt für Allgemeinmedizin ist befugt, auf eigene Kosten an Kursen teilzunehmen, auch anhand des E-Learnings, die nicht von den Betrieben organisiert bzw. verwaltet werden, aber dennoch von akkreditierten Rechtssubjekten abgehalten werden und die Themen der Allgemeinmedizin betreffen. Dies gilt bis zu 30 % der für die Weiterbildung vorgesehenen Bildungsguthaben.

12. Die Pflichtkurse werden - außer bei anderweitigen betrieblichen Bestimmungen - am Samstagvormittag für mindestens 10 Samstage und für mindestens 40 Stunden im Jahr abgehalten. Diese Weiterbildungstätigkeit fällt unter die vergüteten Aufgaben. Der Betrieb ergreift - mit Aufwendungen zu eigenen Lasten - die erforderlichen Maßnahmen, um die Betreuungskontinuität während der Weiterbildungsstunden zu gewährleisten, auch durch Bezahlung der Vertretung durch den Betrieb selbst.

13. Der Betrieb sorgt dafür, dass die Erbringung der Leistungen, für welche die Ärzte für Allgemeinmedizin mit Stundenverpflichtung zuständig sind, während der Teilnahme an den Kursen gewährleistet ist, falls die Kurszeiten nicht mit der Dienstleistung vereinbar sind.

14. Ebenfalls zu Bildungsguthaben führen die Tätigkeiten des Lernens im Arbeitsumfeld einschließlich der Forschungs- und Studientätigkeiten, die Tätigkeiten als Lernanimateur, Dozent, Tutor und Prüfungstutor gemäß den von der Region auf der Grundlage der Staat-Regionen-Konferenz vorgesehenen Modalitäten.

15. Die Regionalen Zusatzverträge definieren:

- a) die Durchführung der Aus- und Weiterbildungskurse für Animateure des lebenslangen Lernens auf der Grundlage spezifischer Ausbildungscurricula, zu ermitteln unter den Ärzten

- für Allgemeinmedizin;
- b) den regionalen Bedarf an Lernanimateuren und Dozenten für Allgemeinmedizin;
 - c) die Erstellung eines regionalen Verzeichnisses von Lernanimateuren mit in den Kursen gemäß Buchstaben a) oder anderweitig erworbener und von der Region anerkannter Eignungsbefähigung, zu ermitteln unter den Ärzten für Allgemeinmedizin auf der Grundlage von ausdrücklichen Bewertungskriterien, unter denen ein Ausbildungscurriculum vorgesehen werden muss; anerkannt werden die Eignungsatteste, die in bereits von der Region validierten Kursen erworben wurden;
 - d) die Kriterien für die Ermittlung der Dozenten für Allgemeinmedizin, einzufügen in ein eigenes Verzeichnis;
 - e) die Modalitäten und Kriterien für deren spezifisches didaktisches und berufliches lebenslanges Lernen und für die Koordinierung deren Tätigkeiten, auch anhand der Schaffung von Regionalschulen mit eigenem Statut zwecks Akkreditierung gemäß Art. 16-ter, Absatz 2 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung;
 - f) die Studien- und Forschungstätigkeiten.

16. Die didaktischen Tätigkeiten, die im vorhergehenden Absatz angeführt sind, führen zu keiner Verringerung der individuellen Höchstquote.

ART. 21 - GEWERKSCHAFTSRECHTE.

1. Den Mitgliedern, welche in Vertretung der vertragsgebundenen Ärzte für Allgemeinmedizin an den im vorliegenden Vertrag und von nationalen, regionalen oder betrieblichen Vorschriften vorgesehenen Beiräten und Kommissionen teilnehmen, wird die Spesenerstattung für die Vertretungen bei der Teilnahme an den Versammlungen der vorgenannten Organismen im von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehenen Maße und die Reisekostenvergütung im von den geltenden Vorschriften der öffentlichen Verwaltung vorgesehenen Maße zuerkannt.
2. Diese Aufwendungen sind zu Lasten des Betriebs, in dem der Arzt eingetragen ist.
3. Die Vertreter der repräsentativsten Ärztegewerkschaften auf Staats-, Regional- und Provinzebene, die von den Kammerorganen zur Ausübung der entsprechenden Mandate ernannten Ärzte sowie die Ärzte, die ins Parlament oder in den Regionalrat, Landtag oder Gemeinderat gewählt werden, können sich auf eigene Kosten und für die gesamte Dauer ihres Mandats der beruflichen Zusammenarbeit von Ärzten mit Stundenvergütung bedienen. Diese allumfassende Vergütung darf nicht unter der Vergütung für die Tätigkeiten der Betreuungskontinuität mit Stundenverpflichtung gemäß Art. 72, Absatz 1 im für das Bezugsjahr vorgesehenen Ausmaß liegen.
4. Als Beitrag zu den Aufwendungen im Zusammenhang mit den gewerkschaftlichen Obliegenheiten wird jeder Gewerkschaft die Verfügbarkeit von 3 Stunden jährlich pro Mitglied zuerkannt.
5. Das Staats- oder Regionalsekretariat der Gewerkschaft teilt den betroffenen Betrieben jedes Jahr die Namen ihrer Vertreter mit, welchen die besagten Stunden zustehen, und wie viele Stunden dem Einzelnen zuerkannt werden müssen.
6. Jeder der im Sinne des Absatzes 5 designierten Vertreter teilt seinem Betrieb monatlich den Namen des Arztes mit, der ihn im Vormonat vertreten hat, sowie die Anzahl der Vertretungsstunden. Innerhalb des darauffolgenden Monats wird der dem vertretenden Arzt geschuldete Betrag auf der Grundlage einer Stundenvergütung gleich jener, die für die Tätigkeiten der Betreuungskontinuität mit Stundenverpflichtung gemäß Art. 72, Absatz 1 im für das Bezugsjahr vorgesehenen Ausmaß vorgesehen ist, ausgezahlt, unbeschadet anderweitiger Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge. Diese Tätigkeit stellt kein kontinuierliches Arbeitsverhältnis dar. Die Vergütung wird direkt vom Betrieb gezahlt, der die Position des designierten Gewerkschaftsvertreters verwaltet.
7. Im Falle eines Vertragsarztes mit Stundenverpflichtung sorgt der Betrieb für die Bezahlung des Arztes gemäß Absatz 5 auf der Grundlage seiner Auftragszeit.

ART. 22 - GEWERKSCHAFTLICHE REPRÄSENTATIVITÄT.

1. Zur Festlegung der Ausrichtungsregeln für die Gewährleistung der Feststellung der Voraussetzung der „größten Repräsentativität“ der Gewerkschaftsbünde, Gewerkschaftsverbände und Gewerkschaftsorganisationen im Sinne des Art. 8 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung wird - nach Hervorhebung der Notwendigkeit, den höchsten Transparenzgrad in den gewerkschaftlichen Beziehungen gewährleisten zu müssen - als Bezugskriterium für die Bestimmung dieser Voraussetzung auf nationaler Ebene das Kriterium des Mitgliederbestandes angegeben.
2. Der Mitgliederbestand der Gewerkschaften wird an den Vollmachten der vertragsgebundenen Ärzte an die einzelnen Betriebe zur Einbehaltung des Gewerkschaftsbeitrages gemessen. Der Ablauf der Vollmacht stimmt mit den effektiv zum Datum des 1. Januars jeden Jahres festgestellten Einbehaltungen überein.
3. Innerhalb Februar jeden Jahres teilen die Betriebe den Mitgliederbestand der Gewerkschaften der SISAC (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati - Interregionale Struktur der vertragsgebundenen Bediensteten im Gesundheitswesen), dem Regionalassessorat für Gesundheitswesen und den Nationalen Sekretariaten der Gewerkschaftsorganisationen mit.
4. Für die Vertragsverhandlungen, die vom Art. 8 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung geregelt sind, wird der Mitgliederbestand auf der Grundlage der Daten des Jahres vor dem Beginn der Verhandlungen für die Erneuerung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags ermittelt.
5. In allen anderen Fällen, in denen die Bezugnahme auf den Mitgliederbestand erforderlich ist, wird auf die im Vorjahr erhobenen Daten Bezug genommen.
6. Für den Zweck der Verhandlungen gelten auf Staatsebene jene Gewerkschaftsorganisationen als die repräsentativsten, die in Bezug auf die Bestimmung gemäß den Absätzen 2 und 3 eine Mitgliederanzahl, hervorgehend aus den Vollmachten für die Einbehaltung des Gewerkschaftsbeitrages, nicht unter 5 % der gesamten Vollmachten haben.
7. Gleichzeitig mit der Einbehaltung des Gewerkschaftsbeitrages übermitteln die Betriebe den jeweiligen Gewerkschaften auf Provinzebene das Verzeichnis der Ärzte, für welche der Gewerkschaftsbeitrag einbehalten wurde, unter Angabe der entsprechenden Beiträge und aller Elemente, die zur Überprüfung der Richtigkeit der Einbehaltung notwendig sind.
8. Die Einhebung der Gewerkschaftsbeiträge zugunsten der Gewerkschaften erfolgt durch den Betrieb auf Vollmacht des Arztes mittels Überweisung auf ein Konto, welches auf die Schatzmeister der Gewerkschaften lautet; die Überweisung wird von der Bank durchgeführt, welche mit der Auszahlung der Vergütungen beauftragt ist.
9. Die bereits erteilten Vollmachten bleiben unter Beachtung der geltenden Gesetzgebung aufrecht.
10. Die den vorliegenden Vertrags unterzeichnenden Gewerkschaftsorganisationen, die im Besitz der Voraussetzungen der Repräsentativität gemäß Absatz 6 auf nationaler Ebene sind, sind zur Verhandlung und zum Abschluss der Regionalen Zusatzverträge berechtigt.
11. Die Betrieblichen Durchführungsverträge können von den Gewerkschaftsorganisationen, die den Regionalen Zusatzvertrag unterzeichnet haben, abgeschlossen werden.

12. Sollte die Voraussetzung gemäß Absatz 6 mit Zusammenschluss mehrerer Gewerkschaftsorganisationen erreicht worden sein, wird das Vertragssubjekt eindeutig durch eine Abkürzung gekennzeichnet; es nimmt an den Verhandlungen teil und unterzeichnet die Verträge als solches. Es wird bei den Verhandlungen vom gesetzlichen Vertreter oder von einem seiner Bevollmächtigten vertreten und behält seine vertragliche Repräsentativität bei, solange die Situation des Subjektes unverändert bleibt.

ART. 23 - BETRIEBSBEIRAT.

1. In jedem Betrieb oder in einem anderen von der Region festgelegten Gebiet wird ein Betriebsbeirat eingesetzt, der aus Vertretern des Betriebs und aus Vertretern der auf Betriebsebene repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen besteht. Die Aufgaben und Funktionsmodalitäten des Beirates werden von den Regionalen Zusatzverträgen definiert:
2. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
3. Der Betriebsbeirat gibt obligatorische Gutachten zur Folgendem ab:
 - a) Antrag auf zeitweilige Abweichung von der maximal zulässigen Betreuzahl gemäß Art. 39;
 - b) Unvereinbarkeitsgründe hinsichtlich der Ablehnungen gemäß Art. 41, Absatz 4;
 - c) Beendigung des Vertragsverhältnisses im Sinne von Art. 19, Absatz 1, Buchstaben e) und Absatz 3;
 - d) Abweichungen gemäß Art. 35, Absatz 12 von der Ansässigkeitspflicht;
 - e) Änderungen der Wahleinzugsgebiete;
 - f) Ermittlung der benachteiligten Zonen.
4. Der Betriebsbeirat ist außerdem für die Betrieblichen Durchführungsverträge zuständig und gibt jedes weitere Gutachten ab bzw. verübt jeden weiteren Auftrag, der ihm vom vorliegenden Vertrag oder von regionalen oder betrieblichen Vereinbarungen zugeteilt wird.
5. Der Beirat gibt Gutachten über die Vertragsverhältnisse in der Grundversorgung, in der Betreuungskontinuität, in der Notfallmedizin auf dem Territorium, in den medizinischen Diensten auf dem Territorium und über die programmierten Tätigkeiten auf dem Territorium ab.
6. Der Betrieb stellt das Personal, die Räumlichkeiten und alles andere, das für die Gewährleistung der Abwicklung der dem Betriebsbeirat übertragenen Aufgaben erforderlich ist, bereit.

ART. 24 - REGIONALBEIRAT.

1. In jeder Region ist ein ständiger Regionalbeirat eingerichtet, der aus Vertretern der Region und Vertretern der auf regionaler Ebene repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen gemäß Art. 22 zusammengesetzt ist.
2. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
3. Der ständige Regionalbeirat sorgt:
 - a) für die Definition der Regionalen Zusatzverträge;
 - b) für die Formulierung von Vorschlägen und die Abgabe von Gutachten über die korrekte Anwendung der Normen des vorliegenden Vertrags und der Regionalen Zusatzverträge;
 - c) für die Bereitstellung von Leitlinien zu den Weiterbildungsthemen von regionalem Interesse;
 - d) für die Zusammenarbeit zwecks Einrichtung von Arbeitsgruppen, bestehend aus Fachkräften der Betriebe und Ärzten für Allgemeinmedizin, für die Überprüfung der Erbringungsstandards und für die Ermittlung der Qualitätsindikatoren.
4. Die Tätigkeit des ständigen Regionalbeirates ist prioritär auf die Bereitstellung von einheitlichen Leitlinien für die Betriebe zwecks Anwendung des Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags und der Regionalen Zusatzverträge konzentriert und dient auch als Beobachtungsstelle für die Betrieblichen Durchführungsverträge.
5. Die Region stellt das Personal, die Räumlichkeiten und alles andere, das für die Gewährleistung der Abwicklung der dem Regionalbeirat übertragenen Aufgaben erforderlich ist, bereit.

ART. 25 - PROGRAMMIERUNG UND ÜBERWACHUNG DER TÄTIGKEITEN.

1. Im Sinne des Art. 3-quater, Absatz 2 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung sieht das „Programm der Territorialen Tätigkeiten“ im Rahmen der dem Sprengel zugewiesenen Ressourcen für die Verfolgung der Gesundheitsziele der Bezugsbevölkerung und kraft der technisch-funktionellen und wirtschaftlich-finanziellen Unabhängigkeit mit getrennter Buchführung innerhalb des Betriebshaushaltes Folgendes vor:

- a) die allgemeinmedizinischen Tätigkeiten, die vom vorgenannten Legislativdekret unter Art. 3-quinquies und vom Nationalen Gesundheitsplan, genehmigt mit DPR vom 23. Juli 1998, vorgesehen sind - das heißt: Grundversorgung, Betreuungskontinuität, Notfallmedizin auf dem Territorium und medizinische Dienste auf dem Territorium, und deren Finanzierung auf der Grundlage der Finanzierungskopfquote, welche die Region dem Betrieb zahlt;
- b) andere territoriale Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Allgemeinmedizin und bereichsübergreifende Tätigkeiten, an denen die Allgemeinmedizin teilhat, die von den Regionalen Zusatzverträgen und den Betrieblichen Durchführungsverträgen festgelegt werden, unter Angabe der entsprechenden Finanzierung.

2. Die territorialen Tätigkeiten, welche die Allgemeinmedizin gemäß Absatz 1, Buchstaben b) des vorliegenden Artikels betreffen, sind insbesondere:

- a) Tätigkeiten der Weiterbildung, der Information und der Peer-Reviews der Ärzte für Allgemeinmedizin;
- b) zusätzliche allgemeinmedizinische Leistungen **einschließlich** der informationstechnischen Leistungen, **die nicht in den Art. 59-bis und 59-ter betreffend** epidemiologische Untersuchungen, Statistik, Kostenrechnung enthalten sind;
- c) strukturelle, instrumental- und personaltechnische Dienste zur Unterstützung der Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin;
- d) Ausbau der Hauspflegetätigkeiten auf Sprengel Ebene gemäß vorliegendem Vertrag;
- e) nationale, regionale und betriebliche Zielprojekte;
- f) Projekte in Bezug auf das programmierte Ausgabenniveau;
- g) Formen des Zusammenschlusses unter objektiven sozio-geografischen Schwierigkeiten;
- h) Erstellung von Leitlinien und Protokollen für diagnostische Versorgungspfade;
- i) Konsensuskonferenzen im Sprengelrahmen;
- j) Entwicklung von integrierten Tätigkeiten auf Krankenhaus-Territorium-Ebene **bis zur Aktivierung der Gesundheitszentren gemäß Art. 26-ter**;
- k) Entwicklung von im Sprengel fehlenden Betreuungsdiensten.

3. Die Finanzierung der Tätigkeiten des Absatzes 2 wird vom Betrieb auf der Grundlage der Leitlinien gewährleistet, die auf regionaler Ebene definiert werden. Hierfür kommen zum Einsatz:

- a) eigene Haushaltsmittel, auch in Bezug auf in den vorherigen Geschäftsjahren nicht genutzte Finanzierungen für die Allgemeinmedizin zur Umsetzung von spezifischen Projekten oder Programmen, die in den Regionalen und Betrieblichen Verträgen vorgesehen sind;
- b) Haushaltsmittel infolge der Rationalisierung der direkten Ausgaben oder bewirkt durch die Ärzte für Allgemeinmedizin;
- c) Finanzierungen seitens Subjekten, die nicht zum Nationalen Gesundheitsdienst gehören, welche spezifischen Projekten im Rahmen der Allgemeinmedizin bestimmt sind;

- d) Zuweisung der Kopfquote bezogen auf die ansässigen Bürger, welche die Arztwahl nicht im Betrieb selbst oder in einem anderen Betrieb getätigt haben.

4. Unbeschadet der anderweitigen Bestimmungen auf regionaler Ebene und wenngleich unter Beachtung der Grundsätze der Einheitlichkeit und Interdisziplinarität des „Programms der Sprengeltätigkeiten“ werden der Sprengeldirektor und dessen Mitarbeiter bei der Überwachung der vom Programm selbst vorgesehenen Initiativen betreffend die Allgemeinmedizin von einem Arzt für Allgemeinmedizin unterstützt, welcher von Rechts wegen Mitglied des Koordinierungsamtes für Sprengeltätigkeiten auf der Grundlage der einschlägigen regionalen Bestimmungen ist, sowie von zwei Vertretern der Ärzte für Allgemeinmedizin, die aus der Reihe der im Sprengel Tätigen gewählt werden.

5. Gegenstand der Überwachung sind insbesondere:

- a) der Verlauf der Umsetzung des Programms der Sprengeltätigkeiten und der entsprechenden Ressourcenverwaltung, für den Teil, der die Allgemeinmedizin betrifft und unter den Absätzen 2 und 3 angegeben ist;
- b) die Angemessenheit der Verschreibungen, auch in Bezug auf die Beziehungen zwischen der Allgemeinmedizin und der Fachmedizin im Ambulatorium und im Krankenhaus mit Bezug auf geteilte Leitlinien, auf die Anwendung von vereinbarten diagnostischen und therapeutischen Versorgungspfaden, unter Beachtung der Anmerkungen der AIFA auch zum Zweck der Vorbeugung und Beseitigung von anomalen Verhaltensweisen.

6. Die Subjekte gemäß Absatz 4 ergreifen Initiativen für die Förderung von Qualitätsprüfungen und Peer-Reviews, von Konsensuskonferenzen und für die Anwendung von Tätigkeitsprogrammen im Sprengel zur Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus gemäß Art. 14, Absatz 6.

7. Die Betriebe sichern die Bereitstellung von angemessenen und effektiven Instrumenten der Information zur Gewährleistung der Transparenz bezüglich der Umsetzung der Bestimmungen des vorliegenden Artikels.

8. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der Bestimmungen dieses Artikels ist gemäß Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 26 - TERRITORIALE EQUIPES UND GRUNDVERSORGUNGSEINHEITEN/GESUNDHEITZENTREN.

1. Durch die Einrichtung von territorialen Equipen schaffen die Regionen und Betriebe Formen der berufsübergreifenden Tätigkeitsintegration der einzelnen Gesundheitsberufe, die Betreuungskontinuität, die Übernahme des Patienten und die Erreichung der auf Sprengel Ebene festgelegten Zielvorhaben und Programme.
2. In Übereinstimmung mit der Staat-Regionen-Konferenz vom 29. Juli 2004 sehen die Regionen im Einvernehmen mit den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen versuchsweise und mit der freiwilligen Teilnahme der Ärzte und des anderen Gesundheitspersonals die Einrichtung der „Territorialen Grundversorgungseinheiten“ (Unità Territoriali di Assistenza Primaria - UTAP) vor, hoch interdisziplinär und berufsübergreifend integrierte territoriale Strukturen, die komplexe Antworten auf die Gesundheitsbedürfnisse der Personen zu geben imstande sind.
3. Die territoriale Equipe ist:
 - a) Instrument der Umsetzung der Gesundheitsplanung;
 - b) organisatorisches Moment der Allgemeinmedizin und der anderen, im Sprengel vorhandenen Fachbereiche für die Erbringung der wesentlichen Betreuungsstandards und für die Realisierung von spezifischen nationalen, regionalen und betrieblichen Betreuungsprogrammen und -projekten.
4. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der Bestimmungen der nachfolgenden Absätze ist gemäß Art. 14 dieses Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
5. Der Bezugssprengelbereich der territorialen Equipe und der Grundversorgungseinheit, verstanden als operativer Sprengelorganismus, wird vom Sprengeldirektor und vom betroffenen Gesundheitspersonal ermittelt. Er stellt das territoriale Einzugsgebiet dieser für die Durchführung der Tätigkeiten und die Erbringung der Leistungen dar, die vom „Programm der Sprengeltätigkeiten“ vorgesehen sind; darin wird neben den obligatorischen Betreuungsstandards auch alles gewährleistet, was im Zusammenhang mit dem Sprengel von spezifischen nationalen, regionalen und betrieblichen Projekten festgelegt ist.
6. Zur Gewährleistung der Interdisziplinarität und Integration der sozio-sanitären Maßnahmen im territorialen Bezugseinzugsgebiet gehören zur territorialen Equipe die darin tätigen Berufsbilder, die im Sinne des Art. 3-quinquies des Legislativdekrets Nr. 502/1992 in geltender Fassung Folgendes gewährleisten müssen:
 - a) die Grundversorgung;
 - b) die Betreuungskontinuität;
 - c) die Wahlpädiatrie;
 - d) die ambulante fachärztliche Versorgung;
 - e) die medizinischen Dienste auf dem Territorium;
 - f) die Sozialleistungen von gesundheitlicher Relevanz.
7. Die koordinierte und integrierte Arbeit der territorialen Equipe gewinnt besondere Bedeutung durch ihre Miteinbeziehung in die hoch integrierten sozio-sanitären Tätigkeiten wie:
 - a) Vorbeugung und Behandlung der Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit;
 - b) Gesundheitsschutz der Kinder, der Frauen und Familien;
 - c) Schutz der Menschen mit Behinderung und der älteren Menschen;

- d) Pathologien im Endstadium;
- e) HIV-Erkrankungen;
- f) Schutz der geistigen Gesundheit;
- g) Arbeitsunfähigkeit oder Beeinträchtigung infolge von chronisch-degenerativen Krankheiten.

8. Die interdisziplinäre und integrierte Tätigkeit der territorialen Equipe erfolgt durch die Produktion von multidimensionalen Bewertungen und durch die Bereitstellung von angemessenen Antworten auf die verschiedenen Erfordernisse. Sie konkretisiert sich auch in der Erarbeitung eines Arbeitsprogramms:

- a) zur Gewährleistung der Abwicklung der Tätigkeit und der Erbringung der von der Gesundheitsplanung vorgesehenen Leistungen, darunter die wesentlichen und angemessenen Betreuungsstandards, sowie der von spezifischen Betreuungsprogrammen und -projekten vorgesehenen Leistungen;
- b) das vom betroffenen Gesundheitspersonal oder vom Sprengeldirektor vorgeschlagen wird;
- c) das unter dem betroffenen Gesundheitspersonal sowie zwischen dem Gesundheitspersonal und dem Sprengeldirektor vereinbart wird;
- d) das die teilnehmenden Subjekte, die Tätigkeiten und die Leistungen mit dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich, den Zeiten und Orten der Ausführung angibt;
- e) das die Möglichkeit, während der Durchführung Änderungen anzubringen, sowie die Zeiten der periodischen Überprüfungen auf eventuelle operativen Probleme, die Durchführungszeiten und die erzielten Ergebnisse angibt.

ART. 26-BIS - FUNKTIONALE ZUSAMMENSCHLÜSSE DER ALLGEMEINMEDIZIN.

1. Mit den „Funktionalen Zusammenschlüssen“ (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) werden einige Grundbedingungen für die berufliche Tätigkeitsintegration zwischen den einzelnen Ärzten für Allgemeinmedizin zur Erreichung der Betreuungsziele realisiert.
2. Die Ärzte für Allgemeinmedizin sind verpflichtet, an der Funktionalen Zusammenschlüssen teilzunehmen.
3. Innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags ermitteln die Regionen mit der Teilnahme der diesen GKV unterzeichnenden Gewerkschaftsorganisationen die Funktionalen Zusammenschlüsse auf der Grundlage der folgenden Kriterien:
 - Bezugnahme auf das Wahleinzugsgebiet und jedenfalls innerhalb des Sprengels;
 - Bevölkerungsbevölkerung nicht über 30.000 und jedenfalls allgemein mit nicht unter 20 Ärzten, einschließlich der Inhaber des Vertragsverhältnisses mit Stundenvergütung.
4. Im Rahmen des Zusammenschlusses gemäß vorliegendem Artikel wird ein Beauftragter mit funktionalen und beruflichen Schnittstellenfunktionen ermittelt.
5. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge werden die Modalitäten der Teilnahme der Ärzte an den Funktionalen Zusammenschlüssen auf der Grundlage der Kriterien gemäß Absatz 3 sowie für die Ermittlung des Beauftragten gemäß Absatz 4 festgelegt.
6. Die Ärzte nehmen an dem von der Region angegebenen Funktionalen Zusammenschluss teil, um:
 - einen angemessenen Zugang zu den gesundheitlichen, sozio-sanitären und sozialen Diensten unter Beachtung der wesentlichen Betreuungsstandards, auch durch Ermittlung von Integrationspfaden zwischen der Grundversorgung und der Betreuungskontinuität, zu fördern;
 - die Verbreitung und die Anwendung der nachahmenswerten klinischen Praktiken auf der Grundlage der Grundsätze der „evidenzbasierten Medizin“ unter dem weitesten Gesichtspunkt der „klinischen Governance“ zu fördern;
 - die klinische und organisatorische Angemessenheit in der Verwendung der Gesundheitsdienste zu fördern und zu verbreiten, auch anhand von systematischen und selbstverwalteten Peer-Review-Verfahren;
 - Verhaltensmodelle in den Vorbeugungs-, Diagnose-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsfunktionen zu fördern, die ausgerichtet sind auf die Aufwertung der Qualität der Maßnahmen und der bestmöglichen Verwendung der öffentlichen und privaten Ressourcen, wie es aus der gemeinsamen Anwendung der Grundsätze der Effizienz und Effektivität hervorgeht.
7. Der Funktionale Zusammenschluss verfolgt den Zweck von Absatz 6 anhand:
 - der Ermittlung von Instrumenten, Zeiten und Momenten der Überprüfung für die Einleitung der Neuorganisationsprozesse;
 - der Teilung der eigenen Tätigkeiten mit dem Bezugssprengel für die Bewertung der erzielten Ergebnisse und für deren Sozialisierung;
 - der Teilnahme an Fortbildungs-/Bildungsprogrammen und an Forschungsprojekten, die mit dem Sprengel vereinbart werden und die der regionalen und betrieblichen Planung und den Zielsetzungen des Absatzes 6 entsprechen.

ART 26-TER - MINDESTVORAUSSETZUNGEN UND -FUNKTIONEN DER GESUNDHEITZENTREN.

1. Im Rahmen des Planungsprozesses zur Definition der „Gesundheitszentren“ (Unità Complesse delle Cure Primarie - UCCP, wörtlich: „Komplexe Grundversorgungseinheiten“) berät sich die Region mit den den vorliegenden GKV unterzeichnenden Gewerkschaftsorganisationen. Die Modelle der Gesundheitszentren können abhängig von den oro-geographischen und demographischen Merkmalen und von den spezifischen Betreuungsbedürfnissen der Bevölkerung voneinander abweichen.

2. Die mit den Gewerkschaftsorganisationen der Vertragsärzte unterzeichneten Regionalen Zusatzverträge ermitteln - unter Aufwertung der bestehenden Ressourcen - die strukturelle, instrumental- und personaltechnische Ausstattung, die für die volle Abwicklung der jedem Gesundheitszentrum übertragenen Betreuungstätigkeit erforderlich ist, sowie die Teilnahmemodalitäten für die Ärzte. Für die Aktivierung und den Betrieb der einzelnen Gesundheitszentren verteilen die Verträge bei der Bewertung der für jedes Gesundheitszentrum nötigen Ressourcen die Anreize und Zulagen neu (was bis dahin in der Zuständigkeit der daran teilnehmenden Ärzte liegt), bezogen auf den Zusammenschluss, auf den Einsatz von Praxismitarbeitern, Krankenpflegepersonal und informationstechnischen Ausstattungen in einem Rahmen des Schutzes der Fürsorgerechte und der Behandlungsgerechtigkeit unter allen Teilnehmern an den Gesundheitszentren unter Wahrung des wirtschaftlichen Wertes der individuellen Behandlung und unbeschadet der Bereichsspezifität. Im Rahmen derselben Verträge kann die strukturelle, instrumental- und personaltechnische Ausstattung durch direkte Bezahlung seitens des Betriebes oder durch indirekte Bezahlung durch die Finanzierung des Arztes vorgesehen werden. Bis zu den vorgenannten Regionalen Zusatzverträgen bleiben die in diesem Absatz genannten Zulagen und Anreize sowie die Organisationsformen, die von den vorhergehenden Regionalen Zusatzverträgen vorgesehen sind, bestehen.

3. Das Gesundheitszentrum setzt sich aus Vertragsärzten zusammen. Es bedient sich eventuell weiteren Verwaltungs-, Gesundheits- und Sozialpersonals gemäß den Vorgaben der Regionalen Zusatzverträge. Das Gesundheitszentrum arbeitet im Rahmen der Sprengelorganisation an einem einzigen Sitz oder mit einem Bezugssitz. Es verübt die folgenden Basisfunktionen:

- Gewährleistung der Erbringung der einheitlichen wesentlichen Betreuungsstandards für alle Bürger auf dem eigenen Territorium;
- Gewährleistung des Zuganges zu den Diensten des Gesundheitszentrums (medizinische Grundversorgung und Diagnoseleistungen der ersten Stufe), auch zur Reduzierung der missbräuchlichen Inanspruchnahme der Ersten Hilfe;
- Realisierung der Betreuungskontinuität auf dem Territorium rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche, um die effektive Übernahme der Betreuten, vor allem angefangen bei den chronischen Patienten, zu gewährleisten; hierzu und mit spezifischem Verweis auf diese Art von Patienten muss die Integration mit den Gesundheitsdiensten der zweiten und dritten Stufe verfolgt werden; dabei ist das Recht auf den Zugang zum Krankenhaus der Vertragsärzte vorzusehen;
- Einsatz von Verwaltungsinstrumenten, welche Transparenz und Verantwortung der Ärzte und des Gesundheitspersonals bei den Betreuungsentscheidungen und bei Entscheidungen, die Gesundheitsziele verfolgen, gewährleisten;
- Entwicklung der Initiativmedizin, auch zur Förderung von korrekten Lebensstilen in der

gesamten Bevölkerung sowie der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, mit besonderem Augenmerk auf die Vorbeugungs-, Gesundheitserziehungs- und gesundheitlichen Aufklärungsmaßnahmen;

- Beitrag zur Integration zwischen der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Unterstützung ausgehend von der Hauspflege und stationären Betreuung in Zusammenarbeit mit den Sprengeln und in Synergie mit den verschiedenen institutionellen Rechtssubjekten und mit den Polen des Versorgungsnetzes.

4. Nach dem Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags sind die Ärzte für Allgemeinmedizin, die Wahlkinderärzte, die ambulanten Fachärzte und die anderen vertraglich gebundenen Gesundheitsberufe verpflichtet, ihre Tätigkeiten in den Gesundheitszentren abzuwickeln, die mit den Verträgen gemäß Absatz 2 aktiviert werden.

ART. 27 - ANGEMESSENHEIT DER BEHANDLUNGEN UND DER NUTZUNG DER RESSOURCEN.

1. Der Arzt für Allgemeinmedizin trägt zusammen mit den anderen, im Nationalen Gesundheitsdienst tätigen Berufsbildern bei zur:
 - a) Realisierung der Betreuungskontinuität auf dem Territorium auf der Grundlage der regionalen Planung;
 - b) Gewährleistung der Angemessenheit bei der Nutzung der Ressourcen, die vom Betrieb für die Erbringung der wesentlichen und angemessenen Behandlungsstandards und in Erwartung der Definition von einvernehmlichen Leitlinien zur Verfügung gestellt werden;
 - c) systematischen Reduzierung der Ressourcenverschwendung durch die Einführung von Grundsätzen der Qualität und der evidenzbasierten Medizin;
 - d) Arbeit nach den Grundsätzen der Effektivität und Angemessenheit der Maßnahmen, nach denen die Ressourcen zur Leistungserbringung von anerkannter, evidenzbasierter Effektivität und zugunsten von Subjekten, die den größten Nutzen daraus ziehen, ausgerichtet werden müssen.
2. Die Verschreibung von fachärztlichen Leistungen, einschließlich der Diagnose-, pharmazeutischen und Aufenthaltsleistungen seitens des Arztes für Allgemeinmedizin, muss den vorgenannten Grundsätzen entsprechen und nach bestem Wissen und Gewissen erfolgen.
3. Bei der Anwendung der Vorschriften gemäß Art. 1, Absatz 4 des Gesetzesdekrets Nr. 323 vom 20. Juni 1996, mit Änderungen umgewandelt in das Gesetz Nr. 425 vom 8. August 1996, das für die Medikamentenverschreibungen unter anderem die Pflicht seitens aller Ärzte festgelegt hat, die Bedingungen und Einschränkungen der Maßnahmen der AIFA zu beachten, eventuelle Verstöße der Berufskammer und dem Gesundheitsministerium zu melden, sowie die Pflicht für den Arzt, das unrechtmäßig verschriebene Medikament zurückzuerstatten, werden die nachstehenden Verfahren und Grundsätze angewandt.
4. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags ist der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
5. Die Betriebe, die Verschreibungen seitens des Arztes für Allgemeinmedizin erfassen, die nicht den vorgenannten Vorschriften entsprechen, unterbreiten den Fall den Subjekten gemäß Art. 25, Absatz 4; diese sind beauftragt, im Sinne des Absatzes 5 desselben Artikels die Angemessenheit der Verschreibungen im Rahmen der Sprengeltätigkeiten zusammen mit dem Leiter des Pharmazeutischen Dienstes oder dessen Beauftragten und einem vom Sanitätsdirektor des Betriebs ernannten Arzt zu überprüfen.
6. Der vorgenannte Organismus untersucht den Fall innerhalb von 30 Tagen nach der Meldung und berücksichtigt dabei die folgenden Grundsätze:
 - a) Die Annahme der Ordnungswidrigkeit muss dem Arzt schriftlich innerhalb der nachfolgenden 15 Tage beanstandet werden. Dem Arzt muss eine Frist nicht unter 15 Tagen für die Gegenargumentation und/oder den Antrag auf Anhörung eingeräumt werden.
 - b) Das Ergebnis der Ermittlung wird nach der Prüfung der eventuellen Gegenargumentation und/oder nach Anhörung des betroffenen Arztes dem Generaldirektor des Betriebs für die Maßnahmen in seiner Zuständigkeit sowie dem betroffenen Arzt mitgeteilt.
7. Die Medikamentenverschreibung wird unter Berücksichtigung der folgenden

Veranlassungselemente bewertet:

- a) gelegentliche und nicht wiederholte Nichtbeachtung der Vorschriften über die Verschreibungen infolge eines entschuldbaren Fehlers;
- b) Folge eines außergewöhnlichen Bedarfsfalles zum Zeitpunkt der Verschreibung mit schwerer Lebensgefahr oder schwerer Gefahr für die Unversehrtheit der Person, die nicht durch die Inanspruchnahme der zuständigen Einrichtungen oder Dienste des NGD verhindert werden konnte;
- c) Folge der Neuheit des verschriebenen Medikaments und/oder der Neuheit der AIFA-Anmerkung oder jeder anderen rechtmäßigen Norm und jedenfalls für einen Zeitraum nicht über 30 Tage nach dem erstmaligen Inverkehrbringen, nach dem offiziellen Erlass der AIFA-Anmerkung oder einer anderen rechtmäßigen Norm.

ART. 28 - GLIEDERUNG DER VERGÜTUNG.

1. Im Sinne des Art. 8, Absatz 1, Buchstaben d) des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung ist die Vergütung des Arztes für Allgemeinmedizin wie folgt gegliedert:

- a) Festbetrag pro Stunde - in Bezug auf die Bestimmungen der entsprechenden Abschnitte des vorliegenden Vertrags - oder Festbetrag pro Kopf für jedes in das Verzeichnis eingetragene Subjekt, vergütet auf Jahresbasis in Abhängigkeit der vom vorliegenden Vertrag festgelegten Funktionen;
- b) ein variabler Betrag in Abhängigkeit der Erreichung der von den Tätigkeitsprogrammen vorgesehenen Ziele und der Einhaltung des sich daraus ergebenden programmierten Ausgabenniveaus gemäß Art. 8, Absatz 1, Buchst. f) des vorgenannten Legislativdekrets;
- c) ein variabler Betrag in Abhängigkeit der vom vorliegenden Vertrag und von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehenen Leistungen und Tätigkeiten, weil diese der Programmentwicklung gemäß vorgenanntem Buchstaben f) dienen.

2. Die Modalitäten der Auszahlung der Vergütungen gemäß den vorhergehenden Absätzen werden unter Beachtung der allgemeinen in diesem Artikel genannten Grundsätze von den nachfolgenden Artikeln 59, 72, 85 und 98 und, soweit zuständig, von den Regionalen und Betrieblichen Verträgen festgelegt.

ART. 29 - FUNKTIONEN DER ALLGEMEINMEDIZIN.

1. Die Rolle der Allgemeinmedizin im Gesundheitssystem ist ausgerichtet:
 - a) auf die Überwindung der Logik der Einzelleistungserbringung, um zu einem integrierten Ansatz eines globalen Gesundheitsmanagements für den Bürger anhand eines Versorgungsmodells zu gelangen, in dem die Kontinuität und Variabilität der patientenseitigen Bedürfnisse der Kontinuität und der Variabilität der Versorgungsantwort seitens des Systems entsprechen;
 - b) auf die Aufwertung der Grundversorgung und auf die Miteinbeziehung des Arztes für Allgemeinmedizin in die Entscheidungen über die Angemessenheit und Effektivität der beruflichen Praktiken und in die Entscheidungen über die Ressourcenverteilung;
 - c) auf die Gewährleistung der Betreuungskontinuität rund um die Uhr und an allen Tagen in der Woche anhand der Organisation des Dienstes auf Sprengel Ebene und anhand der operativen Koordinierung und maximalen Tätigkeitsintegration zwischen den Ärzten für Allgemeinmedizin und zwischen diesen und den anderen Gesundheitsberufen auf dem Territorium.
2. Die geteilte Entwicklung von Formen des Zusammenschlusses, die Qualifikation von strukturellen und operativen Standards und die Erreichung der Zielvorhaben fördern die Abwicklung der Funktionen und der Aufgaben des Arztes für Allgemeinmedizin und verbessern die Antwort auf die Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse des Bürgers.
3. Die gemäß Art. 54 zusammengeschlossenen Ärzte sind qualifiziert, Versorgungs- und Betreuungsinitiativen und -projekte vorzuschlagen, die auf den Verhandlungstisch der Regionalen und Betrieblichen Verträge gelegt werden können.
4. Die einzelnen und zusammengeschlossenen Ärzte sind Teil von Verantwortungszentren auf territorialer, Sprengel- oder Untersprengel Ebene, um an der Erreichung von spezifischen Sprengelzielen mitzuwirken.
5. Die lokalen Sanitätsbetriebe ermitteln auf der Grundlage der regionalen Planung und im Rahmen der nationalen Leitlinien mit der Teilnahme der Ärzte die Ziele, vereinbaren die Tätigkeitsprogramme und das entsprechende programmierte Ausgabenniveau der Ärzte in Übereinstimmung mit den Zielen und den Programmen der Sprengeltätigkeiten und überprüfen die erreichten Ergebnisse.
6. Auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge werden spezifische Tätigkeiten zum Schutz der sozio-sanitär fragilen Subjekte einschließlich der Nicht-EU-Bürger in Erwartung deren Regularisierung ermittelt.
7. Der Arzt für Allgemeinmedizin verübt klinische Aufgaben, sichert die Kommunikation mit den Patienten und verwaltet die beruflichen Instrumente.

ART. 30 - VERTRAGLICHE HAFTUNG UND VERSTÖSSE. SCHIEDSKOLLEGIUM.

1. Die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sind zur Einhaltung der vom vorliegenden Vertrag und von den Regionalen und Betrieblichen Verträgen vorgesehenen Obliegenheiten und Aufgaben verpflichtet. Die sich aus Unterlassungen oder Nichteinhaltungen seitens anderer Bediensteten des Betriebs ergebenden Nichterfüllungen der Obliegenheiten und Aufgaben können nicht Gegenstand von Beanstandungen für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin sein.
2. Für die Bewertung der Verstöße gegen die Vorschriften des vorliegenden Vertrags und der Regionalen und Betrieblichen Verträge ist eine ständige regionale paritätische Kommission eingesetzt, die Schiedskollegium genannt wird. Das Schiedskollegium setzt sich zusammen aus:
 - a) einem Vorsitzenden, der vom Regionalassessor für Gesundheitswesen oder einem anderen zuständigen Organ unter drei Vertretern gewählt wird, die von der Rechtsanwaltskammer der Hauptstadt der Region namhaft gemacht werden;
 - b) 3 Mitgliedern in Vertretung der öffentlichen Hand, die vom Regionalassessor für Gesundheitswesen oder einem anderen zuständigen Organ ernannt werden;
 - c) 3 Mitgliedern in Vertretung der Ärzte; 2 davon werden von den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen unter den Ärzten für Allgemeinmedizin der Region und 1 von der Ärztekammer der Hauptstadt der Region mit Funktion des stellvertretenden Vorsitzenden designiert.
3. Die Funktionen des Sekretärs werden von einem von der Region designierten Amtsträger ausgeübt.
4. Bei gelegentlichen Verstößen werden die folgenden Sanktionen verhängt:
 - a) mündliche Verwarnung;
 - b) Verwarnung mit Abmahnung der Wiederholung der Verstöße, die zur mündlichen Verwarnung geführt haben.
5. Der Betrieb beanstandet dem Arzt das Vergehen schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Kenntnisnahme. Der Arzt hat die Möglichkeit, innerhalb von 20 Tagen nach dem Datum des Erhalts der Beanstandung seine Gegenargumente vorzubringen und auf Antrag angehört zu werden.
6. Der **Generaldirektor des Sanitätsbetriebs** bewertet die Gegenargumente; **nach Anhörung des Koordinierungsamtes** archiviert er den Fall oder schreitet zur Verhängung der Sanktion. Die entsprechende Mitteilung wird dem Betroffenen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ergreifen der Maßnahme zugestellt.
7. Die schwerwiegendsten Verletzungen führen zu folgenden Sanktionen:
 - a) Kürzung der wirtschaftlichen Behandlung im Ausmaß nicht unter 10 % und nicht über 20 % für die maximale Dauer von fünf Monaten für schwerwiegende Verstöße einschließlich der Wiederholung von Verstößen, die zur Verwarnung mit Abmahnung geführt haben;
 - b) Suspendierung vom Vertragsverhältnis für eine Dauer nicht unter 1 Monat für Wiederholungsfälle von Verstößen, die zur Kürzung der wirtschaftlichen Behandlung geführt haben;
 - c) Widerruf des Vertragsverhältnisses für besonders schwerwiegende Verstöße und/oder solche, die auf den Erwerb von persönlichen Vorteilen abzielten, einschließlich jener des Art. 19, Absatz 2, und für die Wiederholung von Verstößen, die zur Suspendierung des

Vertragsverhältnisses geführt haben.

8. Die Verletzungen gemäß vorhergehendem Absatz 7 fallen nach erfolgter Sachverhaltsermittlung durch den Betrieb in die Zuständigkeit des Schiedskollegiums gemäß Absatz 2.
9. Das Schiedskollegium wird mit regionalem Verwaltungsakt innerhalb von 90 Tagen ab Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags eingesetzt. Die Region sammelt die Designationen der Gewerkschaftsorganisationen des vorliegenden Vertrags innerhalb einer von ihr festgelegten Frist. Nach Verstreichen dieser Frist ernennt die Region, falls die Gewerkschaftsorganisationen zu keiner einheitlichen Designation gelangt sind, direkt die Mitglieder auch in Vertretung der Gewerkschaftsorganisationen gemäß dem Kriterium der größten Repräsentativität.
10. Bei Nichtdesignation der Kollegiumsmitglieder der Gewerkschaftsseite geht die Region eigenständig vor und ernennt die Mitglieder unter den Vertragsärzten der Region.
11. Der Betrieb beanstandet dem Arzt das Vergehen schriftlich innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Kenntnisnahme und beantragt beim Schiedskollegium die Einleitung eines Verfahrens zu Lasten des Arztes, falls die Sanktionen jene von Absatz 7 sein sollten.
12. Nach Erhalt der Zustellung durch den Betrieb beruft der Vorsitzende das Kollegium innerhalb von 10 Tagen zur Fallerörterung ein. Das Kollegium lädt den Arzt zu seiner Verteidigung mit eventuellem Rechtsbeistand vor. Die Vorladung zur Verteidigung kann nicht erfolgen, bevor nicht 20 Tage nach der Übermittlung der schriftlichen Beanstandung des Vergehens seitens des Sanitätsbetriebs verstrichen sind. Sollte der Arzt keine Gegenargumente vorbringen und sich nicht vor dem Kollegium einfinden, schreitet das Schiedskollegium in jedem Fall zur Bewertung des Falles.
13. Die Parteien haben das Recht, beim Kollegium ihre Anhörung zum Fall zu beantragen und die für angemessen erachteten Dokumente oder Eingaben auch über einen Rechtsbeistand einzureichen.
14. Das Kollegium kann beschließen, die Parteien einzeln oder im Widerstreit anzuhören, um zu einem angemessenen Urteil im betreffenden Fall zu gelangen, auch auf Anfrage einer der Parteien.
15. Nach der Bewertung der vom Arzt zu dessen Verteidigung eventuell vorgebrachten Gegenargumente archiviert das Schiedskollegium den Fall oder veranlasst die entsprechende Sanktion. Die Mitteilung wird dem Betroffenen innerhalb von 15 Tagen nach Ergreifen der Maßnahme zugestellt.
16. Nach Erhalt des Beschlusses des Schiedskollegiums richtet sich der Betrieb mit Maßnahme des Generaldirektors nach dem besagten Beschluss.
17. Das Verfahren gemäß vorhergehendem Artikel muss innerhalb von 180 Tagen nach der Beanstandung des Vergehens an den Arzt abgeschlossen werden. Nach Verstreichen dieser Frist erlischt das Verfahren.
18. Die Beanstandungsakte und die abschließende Maßnahme des Verfahrens mit entsprechender Dokumentation einschließlich des eventuellen Beschlusses werden der Ärztekammer der Provinz, in dem der Arzt eingetragen ist, zu den Zwecken des Art. 8, Absatz 3 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung übermittelt.
19. Im Falle der Unterbrechung des Vertragsverhältnisses im Sinne des Absatzes 7, Buchst. b) ernennt der Betrieb einen Vertreter. Die Vergütungen werden dem Vertreter und dem Vertretenen gemäß Bestimmungen des Absatzes 2 des Anhangs C vom ersten Tag an ausgezahlt.
20. Disziplinarstrafen dürfen ein Jahr nach ihrer Verhängung für jene des Absatzes 4 und zwei Jahre

nach ihrer Verhängung für jene des Absatzes 7 in keinerlei Hinsicht weiter berücksichtigt werden. Die Verletzungen und Verstöße verjähren fünf Jahre nach der Auferlegung der Sanktionen.

21. Für alles, was im vorliegenden Artikel nicht geregelt ist, wird auf die Bestimmungen des Zivilgesetzbuches verwiesen.

ART. 31 - AUSÜBUNG DES STREIKRECHTS. UNERLÄSSLICHE LEISTUNGEN UND ERBRINGUNGSMODALITÄTEN.

1. Das Recht auf Streik der Gewerkschaftsorganisationen der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin kann mit einer Vorankündigung von mindestens 10 Tagen ausgeübt werden. Die Subjekte, die den Streik veranlassen, geben gleichzeitig zur Vorankündigung auch die Dauer der Arbeitsniederlegung an. Bei Widerruf eines bereits ausgerufenen Streiks muss dies von den Gewerkschaftsorganisationen rechtzeitig mitgeteilt werden.
2. Die Ausrufung von Streiks aus Gewerkschaftsgründen muss den Personen, die auf den verschiedenen nationalen, regionalen und betrieblichen institutionellen Ebenen hierfür zuständig sind, mitgeteilt werden.
3. Unerlässliche Grundversorgungsleistungen im Sinne des Gesetzes Nr. 146/1990, wie durch Gesetz Nr. 83/00 in geltender Fassung abgeändert und ergänzt, sind: die dringenden Hausvisiten, die integrierte Hauspflege, die Formen der programmierten Hauspflege für Kranke im Endstadium sowie die im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festgelegten zusätzlichen Leistungen.
4. Im Bereich der Betreuungskontinuität und der Notfallmedizin auf dem Territorium gehören - neben den im vorhergehenden Absatz im jeweiligen Zuständigkeitsbereich vorgesehenen Leistungen - zu den unerlässlichen Leistungen die Maßnahmen gemäß Art. 67 und 95, begrenzt auf die diagnostischen und therapeutischen Aspekte; im Bereich der medizinischen Dienste auf der Territorium gehören zu den unerlässlichen Leistungen jene von Art. 78, Absatz 12.
5. Im Falle eines Streiks der Kategorie der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin werden die Leistungen gemäß den Absätzen 3 und 4 auch weiterhin mit den Verfahren und gemäß den Modalitäten erbracht, die in den entsprechenden Absätzen des vorliegenden Vertrags und bis zum Inkrafttreten der Regionalen Zusatzverträge vorgesehen sind.
6. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Nichtteilnahme an der Gewerkschaftsaktion bis 24 Stunden vorher dem Betrieb unter Beachtung der auf regionaler Ebene vereinbarten Modalitäten schriftlich mitzuteilen.
7. Die Teilnahme an der Gewerkschaftsaktion bewirkt die Einbehaltung der Vergütung für den gesamten Zeitraum der Niederlegung der Vertragstätigkeit, vorbehaltlich anderer, auf regionaler Ebene vereinbarter Modalitäten, um den Bürgern die wesentlichen Dienste und dringenden Leistungen zu gewährleisten.
8. Die Ärzte für Allgemeinmedizin, die in Verletzung der Bestimmungen des vorliegenden Artikels die Arbeit niederlegen, begehen einen im Sinne von Art. 30 zu beurteilenden Verstoß.
9. Die Gewerkschaftsorganisationen verpflichten sich, keine Streikaktionen durchzuführen:
 - im Monat August;
 - in den fünf Tagen vor und nach den Europa- und Staatswahlen sowie den Referenden;
 - an den fünf Tagen vor und nach den Regional-, Landtags- und Gemeindewahlen in den jeweiligen Einzugsgebieten;
 - vom 23. Dezember bis 7. Januar;
 - vom Gründonnerstag bis zum Osterdienstag.

10. Bei besonders schwerwiegenden Ausnahmeereignissen oder Naturkatastrophen gelten die ausgerufenen Streiks als unmittelbar ausgesetzt.

11. In Übereinstimmung mit den Vereinbarungen gemäß nachstehendem Absatz ermitteln die Betriebe im Falle von Streiks seitens der Ärzte der Betreuungskontinuität, der medizinischen Dienste auf dem Territorium und der medizinischen Notfälle auf dem Territorium die Namen der Ärzte, die zur Erbringung der unerlässlichen Leistungen verpflichtet und vom Streik selbst freigestellt sind. Sie teilen fünf Tage vor dem Tag des Streiks die Namen, die in den vorgenannten Kontingenten enthalten sind, den örtlichen Gewerkschaftsorganisationen und den einzelnen Betroffenen mit. Der namhaft gemachte Arzt hat das Recht, innerhalb der vierundzwanzig Stunden nach Erhalt der Mitteilung den Willen zu bekunden, am Streik teilzunehmen und, bei Möglichkeit, eine Vertretung anzufordern.

12. Innerhalb von 30 Tagen nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags werden - in Bezug auf die Zuständigen für die Betreuungskontinuität, die medizinischen Dienste auf dem Territorium und die Notfallmedizin auf dem Territorium - mit eigenen Vereinbarungen auf regionaler Ebene die Kriterien festgelegt, nach denen die Ärztekontingente bestimmt werden, welche von der Teilnahme an eventuellen Streiks der Kategorie freizustellen sind, um die Kontinuität der Leistungen gemäß Absatz 4 zu gewährleisten, sowie die Kriterien für deren Verteilung auf dem Territorium.

13. Für den Bereich der Grundversorgung erfolgt die Ermittlung des Ärztekontingents im Rahmen der Erprobung der regionalen Zentren mit einzigem Sitz im Sinne von Art. 6.

14. Für die Erbringung der unerlässlichen Leistungen im Falle eines Streiks der Kategorie wird den Ärzten für Allgemeinmedizin ein Prozentsatz der in den entsprechenden Abschnitten des vorliegenden Vertrags vorgesehenen Vergütung zuerkannt; der Prozentsatz wird in den Regionalen Zusatzverträgen festgelegt.

15. Dem streikenden Arzt ist es untersagt, von den Bürgern für die Erbringung der unerlässlichen Leistungen gemäß den Absätzen 3 oder 4 Vergütungen zu verlangen.

16. Die Mitteilung gemäß Absatz 6 ist von den Ärzten, die Mitglieder der den vorliegenden Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaften sind, nicht erforderlich:

- a) im Falle der von Gewerkschaftsorganisationen, die nicht den vorliegenden Vertrag unterzeichnet haben, veranlassten Arbeitsniederlegung;
- b) wenn die Zugehörigkeitsgewerkschaft dem Betrieb die Unterbrechung oder den Widerruf des Streiks oder nicht Nichtteilnahme an dessen Organisation oder an von anderen Gewerkschaften ausgerufenen Veranstaltungen mitgeteilt hat.

17. Die geschuldete und nicht getätigte Mitteilung der Nichtteilnahme an der Gewerkschaftsaktion führt zur Einbehaltung der Vergütung für den gesamten Zeitraum der ausgerufenen Niederlegung der Vertragstätigkeit, oder, gegebenenfalls, vom Beginn bis zum Tag (eingeschlossen) der eventuellen Mitteilung der Nichtteilnahme an der Gewerkschaftsaktion.

18. Die Einbehaltung der Vergütungen gemäß den Absätzen 7 und 17 muss vom zuständigen Betrieb innerhalb von 90 Tagen nach dem Ende derselben Gewerkschaftsaktion vorgenommen werden.

19. Der Arzt, Mitglied einer Gewerkschaft, der an einem von anderen Organisationen ausgerufenen Streik teilnimmt, muss dem Betrieb seine Teilnahme an der Gewerkschaftsaktion innerhalb der unter Absatz 6 vorgesehenen Zeiten und mit den dort angeführten Modalitäten mitteilen.

ART. 32 - BETREUUNG DER TOURISTEN.

1. Auf der Grundlage von regionalen Bestimmungen werden die Ortschaften mit starkem Tourismuszustrom ermittelt, in denen Dienst für die medizinische Versorgung der Nichtansässigen eingerichtet wird.
2. Die Betriebe, auf deren Territorium sich die Ortschaften gemäß Absatz 1 befinden, organisieren den Dienst durch den Einsatz der vertragsgebundenen Ärzte für Allgemeinmedizin im Sinne des vorliegenden Vertrags, die im territorialen Einzugsgebiet sowohl in der Grundversorgung als auch in der Betreuungskontinuität tätig sind.
3. Die Leistungen gemäß vorliegendem Artikel werden vom nicht ansässigen Bürger auf der Grundlage der Bestimmung unter Art. 57 des vorliegenden Vertrags vergütet.
4. Die Definition der weiteren und anderen Inhalte und Umsetzungsmodalitäten der Bestimmungen des Absatzes 1, auch mittels Ausbaus des Dienstes, ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 dieses Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ABSCHNITT II
GRUNDVERSORGUNG

ART. 33 - OPTIMALES VERHÄLTNIS.

1. Die freie Wahl des Arztes erfolgt im Sinne von Art. 19, Absatz 2 des Gesetzes Nr. 833/78 gemäß den Bestimmungen der Region innerhalb der objektiven organisatorischen Grenzen der lokalen Sanitätsbetriebe.
2. Im Sinne des vorhergehenden Absatzes ist die Grundversorgung prioritär nach Gemeindegebieten im Sinne des Art. 25 des Gesetzes Nr. 833/78 organisiert.
3. Die Regionen können - auf der Grundlage der Angaben des Gesundheitsplans oder anderer Bestimmungen - die Organisationsebene der Grundversorgung in territoriale Einzugsgebiete von Gemeinden, Gemeindegruppen oder Sprengeln gliedern. Das Wahleinzugsgebiet muss allgemein sprengelintern sein, um eine vernünftige Planung der Haushaltspolitik, des Zugangs zum Bereich und der Entwicklung der Formen des Zusammenschlusses zwischen den Ärzten für Allgemeinmedizin zu ermöglichen.
4. Jeder Betrieb führt die Verzeichnisse der Vertragsärzte für die Erbringung der Grundversorgung. Diese sind zwecks Durchführung der Arztwahl seitens des Bürgers in dieselben territorialen Einzugsgebiete von Gemeinden oder Gemeindegruppen oder Sprengeln gemäß den vorhergehenden Artikeln 1, 2 und 3 gegliedert.
5. Das territoriale Einzugsgebiet muss für die Erfassung der Arztwahlen mindestens 7.000 meldeamtlich ansässige Einwohner zählen. Aus geografischen oder verkehrstechnischen Gründen, aus Gründen des Abstandes zwischen den Gemeinden oder aufgrund der schwierigen Befahrbarkeit der Verkehrswege oder der Aufteilung der Wohngebiete bzw. aus anderen triftigen Gründen können die Regionen territoriale Einzugsgebiete mit weniger als 7.000 Einwohnern festlegen, jedoch nie unter 5.000 Einwohnern.
6. In den Gemeinden, die mehrere Betriebe umfassen, wird für die Festlegung des optimalen Verhältnisses auf die gesamte Wohnbevölkerung der Gemeinde auf der Grundlage der Parameter gemäß Absatz 9 Bezug genommen.
7. Die Festlegung der Anzahl der Ärzte, die in Gemeinden mit mehreren Betrieben eingetragen werden können, erfolgt durch die Summierung der in jedem Sanitätsbetrieb eintragbaren Ärzte auf der Grundlage der eigenen Bezugsbevölkerung. Eventuelle Bevölkerungsanteile jedes Betriebs unter 500 Einwohnern können - summiert - zum Zustand des Ärztemangels, d. h. der Unterversorgung im gesamten Gemeindegebiet beitragen, was vom Betrieb oder von den Betrieben mit dem höchsten Restanteil erklärt werden muss.
8. Der Arzt, der in einer Gemeinde mit mehreren Betrieben tätig ist, kann - unbeschadet der Tatsache, dass er in das Verzeichnis eines einzigen Betriebs eingetragen werden kann, welcher seine Verwaltungsposition verwaltet - im gesamten Gemeindegebiet im Sinne von Art. 25, Absatz 3 des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978 gewählt werden.

9. Bis zum Abschluss der neuen Regionalen Zusatzverträge kann - unbeschadet der bereits bestehenden Verträge - für jedes territoriale Einzugsgebiet nur ein Arzt pro 1.000 ansässige Einwohner oder Bruchteile von 1.000 über 500, abzüglich der Bevölkerung im Alter zwischen 0 und 14 Jahren zum Datum des 31. Dezembers des Vorjahres, eingetragen werden. Die Regionen können für territoriale Grundversorgungs-Einzugsgebiete oder für **das gesamte regionale Territorium** ein anderes Arzt/Wohnbevölkerungs-Verhältnis festlegen. Die Variabilität dieses Verhältnisses muss im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festgelegt werden und kann jedenfalls nur um maximal 30 % erhöht werden.

10. Bei der Bestimmung der Anzahl der eintragbaren Ärzte sind neben dem Verhältnis gemäß vorhergehendem Absatz auch die verschiedenen, maximal zulässigen Betreuzahlen und die eventuell selbstauferlegten Einschränkungen der maximalen Betreuzahlen zu berücksichtigen, die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags bereits erklärt wurden bzw. bestehen, und die sich aus der Anwendung des Art. 39 zu Lasten der einzelnen Ärzte, die bereits in das Verzeichnis eingetragen sind, ergeben. Für die Anwendung der Vorschriften über das optimale Verhältnis wird auf die praktischen Anleitungen des Anhangs B verwiesen.

11. Zu den Zwecken der Bestimmung der Anzahl der in das Verzeichnis eintragbaren Ärzte zieht der Betrieb - in Verwendung des Verzeichnisses gemäß Art. 44, Absatz 5 - zwecks Festlegung des optimalen Verhältnisses (wie unter Absatz 9 definiert) von der Bezugsbevölkerung alle jene Bürger ab, die zum Datum des 31. Dezember des Vorjahres zwar meldeamtlich im territorialen Einzugsgebiet wohnhaft waren, aber die Arztwahl in einem anderen territorialen Einzugsgebiet desselben Betriebs getätigt haben. Diese Betreuten werden für das optimale Verhältnis in jenem territorialen Einzugsgebiet gezählt, in dem sie ihr Wahlrecht ausgeübt haben.

12. In allen Gemeinden des territorialen Einzugsgebietes gemäß den Absätzen 2 und 3, in allen Bezirken und in den Zonen mit über 500 Einwohnern von territorialen Einzugsgebieten, die im Sinne von Art. 34, Absatz 1 als unterversorgt erklärt wurden, muss nach Anhörung des Betriebsbeirates dennoch die ambulante Betreuung - prioritär durch die zuletzt eingetragenen Ärzte unter Beachtung der Eintragsreihenfolge - gewährleistet werden.

13. Für die korrekte Berechnung des optimalen Verhältnisses und der Auswirkungen der Einschränkungen auf das Verhältnis wird auf den Stand zum 31. Dezember des Vorjahres Bezug genommen.

14. Im Falle von Änderungen des territorialen Einzugsgebietes behält der Arzt alle von ihm übernommenen Betreuten bei, einschließlich jener, die infolge der neuen Gebietseinteilung zu einem anderen Gebiet als zu jenem gelangen, in welchem der Arzt eingetragen ist, vorbehaltlich der Beachtung der maximal zulässigen Betreuzahlen oder individuellen Quoten und des Arztwahlrechtes der Betreuten.

15. Unbeschadet der Bestimmungen des Absatzes 8 können im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge spezifische und besondere Modalitäten der Bestimmung der Gebiete, die als unterversorgt definiert und erklärt werden, ermittelt werden, auch auf der Grundlage des durchschnittlichen Betreutenbestandes der bereits eingetragenen Ärzte und der effektiven Aufnahmekapazität des entsprechenden territorialen Einzugsgebietes und nach Einholung des Gutachtens des Betriebsbeirates.

ART. 34 - DECKUNG DER UNTERVERSORGTE TERRITORIALE EINZUGSGEBIETE.

1. Innerhalb Ende April und Ende Oktober jeden Jahres veröffentlicht jede Region im Amtsblatt das Verzeichnis der territorialen Einzugsgebiete, in denen es an Vertragsärzten für die Grundversorgung mangelt. Diese unterversorgten territorialen Einzugsgebiete werden von den Betrieben nach Mitteilung an den Betriebsbeirat gemäß Art. 23 zum 1. März und zum 1. September des laufenden Jahres im Rahmen der einzelnen Betrieb auf der Grundlage der Kriterien gemäß Art. 33 formell ermittelt.
2. Um die Aufträge in den gemäß Absatz 1 veröffentlichten unterversorgten territorialen Einzugsgebieten können sich bewerben:
 - a) die Ärzte, die bereits in eines der Verzeichnisse der Vertragsärzte für die Grundversorgung der Region, welche die unterversorgten territorialen Einzugsgebiete veröffentlicht hat, eingetragen sind, und die Ärzte, die bereits in ein Grundversorgungsverzeichnis einer anderen Region eingetragen sind, wengleich sie keinen Antrag auf Eintragung in die regionale Rangordnung eingereicht haben, sofern sie seit mindestens zwei Jahren bzw. seit vier Jahren im Herkunftsverzeichnis eingetragen sind und zum Zeitpunkt der Zuweisung des neuen Auftrags keine andere Tätigkeiten im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes ausüben, ausgenommen Tätigkeiten im Rahmen der Betreuungskontinuität. Die Versetzungen sind bis zu einem Drittel der verfügbaren Stellen in jedem Betrieb möglich. Die Dezimalzahlen, die aus der Berechnung dieses Drittels hervorgehen, werden auf die nächste Einheit auf- oder abgerundet. Im Falle der Verfügbarkeit einer einzigen Stelle kann für diese das Recht auf Versetzung ausgeübt werden;
 - b) die Ärzte, die in die allgemeine regionale Rangordnung oder, falls vorhanden, in die Bereichsrankordnung für das laufende Jahr eingetragen sind.
3. Bei der Erteilung der Aufträge in den unterversorgten territorialen Einzugsgebieten werden die Ärzte gemäß Absatz 2, Buchst. b) in der Reihenfolge der folgenden Kriterien gestuft:
 - a) Zuweisung der Punktezahl der regionalen Rangordnung gemäß Art. 15;
 - b) Zuweisung von 5 Punkten an jene, die im als unterversorgt erklärten Einzugsgebiet, um das sie sich bewerben, mindestens zwei Jahre vor dem Ablauf des Einreichtermins des Antrags auf Eintragung in die regionale Rangordnung ansässig waren und dass diese Voraussetzung bis zur Erteilung des Auftrags erfüllt bleibt;
 - c) Zuweisung von 20 Punkten an die Ärzte, die in der Region mindestens zwei Jahre vor dem Ablauf des Einreichtermins des Antrags auf Eintragung in die regionale Rangordnung ansässig waren und diese Voraussetzung bis zur Erteilung des Auftrags beibehalten haben.
4. Die Rangordnungen für die Zuweisung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete werden auf der Grundlage des Eintragungsalters und der jeweiligen Punktezahlen erstellt; neben den Namen jedes sich bewerbenden Arztes werden das Einzugsgebiet oder die Einzugsgebiete, für die er einen Zuweisungsantrag eingereicht hat, angeführt.
5. Bei gleicher Rangordnungsposition werden die Ärzte gemäß Absatz 2 zusätzlich in der Reihung: jüngeres Alter, Universitätsabschlussnote und Doktoralter gestuft.
6. Die Region oder das von dieser beauftragte Rechtssubjekt befragt prioritär die Ärzte gemäß Absatz 2, Buchst. a) auf der Grundlage des Eintragungsalters in die Verzeichnisse der Vertragsärzte für die Grundversorgung; erforderlichenfalls werden anschließend die Ärzte gemäß Absatz 2, Buchst. b) auf der

Grundlage der Reihung befragt, die sich aus der Anwendung der Kriterien gemäß Absatz 3 ergibt, und auf der Grundlage der Bestimmung von Art. 16, Absätze 7 und 8 des vorliegenden Vertrags.

7. Das Eintragungsalter in die Verzeichnisse zur Zuweisung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete im Sinne von Absatz 2, Buchst. A) wird errechnet durch die Summierung:

- a) des gesamten Eintragungsalters in die Verzeichnisse der Grundversorgung der Region, wovon die Zeiträume der eventuellen Beendigung des Auftrags abgezogen werden;
- b) des Eintragungsalters in das Herkunftsverzeichnis, wiewgleich dies schon im Eintragungsalter des Buchstabens a) enthalten ist.

8. Aus der regionalen Randordnung und Bereichsrangordnung für das laufende Jahr wird jener Arzt gestrichen, der den Auftrag im Sinne von Art. 35, Absatz 1 angenommen hat.

9. Für den Arzt, der sich um ein unterversorgtes Einzugsgebiet beworben hat und die Möglichkeit des Absatzes 2, Buchstaben a) genutzt hat und den Auftrag im Sinne von Art. 35, Absatz 1 annimmt, erlöscht der innegehabte Auftrag im territorialen Herkunftseinzugsgebiet; er wird aus dem entsprechenden Verzeichnis gestrichen.

10. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

11. Im Zuge der Veröffentlichung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete kann der Betrieb - unter Beibehaltung des Eintragungsgebietes des Arztes - die Zone angeben, in der die ambulante Versorgung auf jeden Fall gewährleistet werden muss.

12. Die Angabe gemäß Absatz 11 stellt die Bedingung der Eröffnung einer Grundversorgungspraxis in der angegebenen Zone; diese Bedingung ist für einen Zeitraum von 3 Jahren ab der Eintragung in das Verzeichnis aufrecht. Nach dem Verstreichen dieses Zeitraums gibt der Betrieb - auf Antrag des betroffenen Arztes - bei der Veröffentlichung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete an, dass in dieser Zone die Arztpraxis zu Lasten des Neueingetragenen eröffnet werden muss.

13. Die Anwärter reichen innerhalb von 15 Tagen nach der Veröffentlichung gemäß Absatz 1 bei der Region oder bei dem von der Region ermittelten Rechtssubjekt einen Antrag auf Zuweisung des Auftrags für eines oder mehrere der veröffentlichten, unterversorgten territorialen Einzugsgebiete in Übereinstimmung mit dem Schema der Anhänge Q oder Q/3 ein.

14. Die Anwärter haben dem Antrag eine Ersatzerklärung der beeideten Bezeugungsurkunde beizulegen, die bestätigt, ob zum Datum der Einreichung des Antrages ein abhängiges Arbeitsverhältnis, auch prekärer Natur, Pensionsbezüge oder Unvereinbarkeitspositionen gemäß Schema im Anhang „L“ bestehen.

15. Die Region beruft - per Einschreiben mit Empfangsbestätigung oder Telegramm - alle Ärzte gemäß Rangordnung zwecks Erteilung der für unterversorgt erklärten und veröffentlichten Aufträge ein. Die Einberufung ist am vom Regionalassessorat für Gesundheitswesen bezeichneten Sitz vorgesehen und darf erst nach Verstreichen von mindestens 15 Tagen nach der Sendung des Einberufungsschreibens stattfinden.

16. Das Sich-Nicht-Einfinden gilt als Verzicht auf den Auftrag.

17. Der Arzt, der sich aus objektiven Gründen nicht einfinden kann, kann seine Annahme per Telegramm erklären; im Telegramm hat er die Vorzugsreihenfolge bei der Annahme der als unterversorgt

erklärten territorialen Einzugsgebiete, um die er sich beworben hat, anzugeben. In diesem Fall wird ihm der erste verfügbare Auftrag unter den offenen Aufträgen, die er angegeben hat, erteilt.

18. Die Region, welche den Auftrag im Sinne des Absatzes 2, Buchstaben a) einem Arzt mit Herkunft aus einer anderen Region erteilt, teilt der Herkunftsregion die erfolgte Auftragserteilung zu den Zwecken der Bestimmungen des Absatzes 9 mit.

19. Die Region kann nach Anhörung des Regionalbeirates gemäß Art. 24 und unter Beachtung der vorhergehenden Absätze Verfahren zur Entbürokratisierung und zur Kürzung der für die Auftragserteilung nötigen Zeiten anwenden.

20. Die Region kann anderen Subjekten die Abwicklung der vom vorliegenden Artikel vorgesehenen Aufgaben übertragen.

ART. 35 - ERRICHTUNG DES VERTRAGSVERHÄLTNISSES.

1. Der im Sinne des Art. 34 befragte Arzt hat im Zuge der Einberufung - bei sonstigem Verlust - das territoriale Einzugsgebiet, für das er den Auftrag annimmt, anzugeben und zu erklären.
2. Die Region oder das von ihr beauftragte Rechtssubjekt übermittelt - nach Erledigung der Formalitäten für die Auftragsannahme - die entsprechenden Akte an den betroffenen Betrieb. Der Betrieb erteilt den Auftrag, der an die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Absatz 3 gebunden ist, unbefristet mit Verwaltungsakt des Generaldirektors. Dies wird dem Betroffenen per Einschreibung mit Empfangsbestätigung mitgeteilt. Ab dem Datum dieser Empfangsbestätigung läuft die Frist von 90 Tagen, die vom nachfolgenden Absatz vorgesehen ist.
3. Innerhalb der 90 Tage nach dem Datum des Erhalts der Mitteilung gemäß vorhergehendem Absatz 2 hat der Arzt, bei sonstiger Verwirkung und unbeschadet der Bestimmungen des Absatzes 12:
 - im ihm zugewiesenen unterversorgten territorialen Einzugsgebiet unter Beachtung der eventuellen Vorschriften gemäß Art. 34 , Absatz 11 eine geeignete Arztpraxis gemäß den Vorschriften von Art. 36 zu eröffnen und dies dem Betrieb mitzuteilen;
 - den Wohnsitzwechsel zu beantragen oder sein Wahlmizil in der ihm zugewiesenen Zone zu begründen, falls er in einer anderen Gemeinde ansässig ist;
 - die Ärztekammer der Provinz, in die er eingetragen ist, mitzuteilen.
4. Zu den Zwecken der Laufzeit der Eintragung in das Verzeichnis und der Genehmigung zur Arztwahl durch die Betreuten gilt der Auftrag mit der Mitteilung des Betriebs, welche die Eignung der Praxis bezeugt oder beim Ablauf der Frist von 15 Tagen gemäß Absatz 9, falls der Betrieb nicht zur vorgesehenen Eignungsprüfung schreitet, als für endgültig erteilt. Die Betriebe sind jederzeit befugt, die Praxis einer Eignungsprüfung zu unterziehen.
5. Der Arzt, dem der Auftrag im Sinne des vorliegenden Artikels endgültig erteilt wurde, wird in das Verzeichnis des unterversorgten territorialen Einzugsgebiets des Betriebs, der seine Verwaltungsposition verwaltet, eingetragen.
6. Dem Arzt ist es untersagt, die Vertragstätigkeiten im Sinne des vorliegenden Vertrags in Arztpraxen auszuüben, die außerhalb des territorialen Einzugsgebietes liegen, in deren Verzeichnis er eingetragen sind; eine Ausnahme stellt der Fall von Art. 33, Absatz 14 dar.
7. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmung des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
8. Die Betriebe können mit Rücksicht auf eventuelle Schwierigkeiten, die mit besonderen örtlichen Situationen zusammenhängen, nach Anhörung des Beirates gemäß Art. 23 vorübergehende Verlängerungen der Frist gemäß Absatz 3 bis zu einer Höchstgrenze von weiteren sechzig Tagen gewähren.
9. Innerhalb von 15 Tagen nach der Mitteilung der erfolgten Eröffnung der Arztpraxis überprüft der Betrieb mit eigenem Personal die Eignung der Praxis in Bezug auf die Mindestvoraussetzungen gemäß Art. 36; er teilt die Ergebnisse dem betroffenen Arzt mit und gewährt ihm gegebenenfalls eine Frist nicht über 60 Tagen, um die Praxis an die vorgenannten Vorschriften anzupassen. Nach ungenutztem Verstreichen dieser Frist verwirkt der Arzt sein Recht auf den Auftrag.

10. Die Verfahren gemäß Absatz 9 finden auch in den Fällen der Eröffnung von weiteren Arztpraxen für die Abwicklung der Vertragstätigkeit gemäß vorliegendem Vertrag im selben territorialen Einzugsgebiet und im Falle der Standortverlegung der vertragsgebundenen Praxis für die Grundversorgung in eine andere Räumlichkeit innerhalb desselben Einzugsgebietes Anwendung.
11. Um die Niederlassung von Ärzten in den unterversorgten Einzugsgebieten zu erleichtern, vor allem in den benachteiligten Gebieten, kann der Betrieb auf Anfrage des Arztes die Nutzung eines eventuell zur Verfügung stehenden öffentlichen Ambulatoriums erlauben. Der Betrag und die Ausgleichsmodalitäten der Nutzungskosten des öffentlichen Ambulatoriums unterliegen eigenen Bestimmungen, die im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge zu vereinbaren sind.
12. Unbeschadet anderweitiger regionaler Bestimmungen kann der Arzt im Laufe des Vertragsverhältnisses aus schwerwiegenden und objektiven Gründen vom Betrieb ermächtigt werden, den Wohnsitz oder das Wahlmizil aus der Eintragungsgemeinde in eine andere Gemeinde in einem angrenzenden territorialen Einzugsgebiet zu verlegen. Hierzu ist vorab das positive Gutachten des Beirates gemäß Art. 23 des vorliegenden Vertrags erforderlich; die Verlegung darf keine Nachteile bei der Erbringung der Betreuungsleistungen mit sich bringen.
13. Dem Arzt, dem der Auftrag im Sinne des vorliegenden Artikels endgültig erteilt wurde, ist es für eine engmaschige gesundheitliche Betreuungstätigkeit gemäß vorliegendem Vertrag und für die Verbesserung der Versorgungsqualität gestattet, mehrere Arztpraxen für die Ausübung der vertraglichen Grundversorgungstätigkeit in den Gemeinden oder in den Zonen des territorialen Einzugsgebietes, in dessen Verzeichnis er eingetragen ist, zu eröffnen.
14. Im Falle der Verübung der vertraglichen Tätigkeit in mehreren Praxen können die Gesamtöffnungszeiten der Praxen, wie es auf der Grundlage der Bestimmungen des Art. 36 des vorliegenden Vertrags festgelegt ist, nach vorherigem Gutachten des Betriebsbeirates auf alle Praxen aufgeteilt werden, unbeschadet der Erbringung der ambulanten Tätigkeit an insgesamt mindestens 5 Tagen in der Woche.

ART. 36 - VORAUSSETZUNGEN UND ERÖFFNUNG DER ARZTPRAXEN.

1. Die Arztpraxis für die Grundversorgung gilt als Einrichtung des Nationalen Gesundheitsdienstes. Sie trägt als Investitionsgut und gewerbliches Instrument des Arztes zur Verfolgung der Gesundheitsziele des Nationalen Gesundheitsdienstes zugunsten des Bürgers anhand von vertraglichen Versorgungsleistungen und nicht vertraglichen entgeltlichen Leistungen bei. Für die Errichtung und Erhaltung des Vertragsverhältnisses der Grundversorgung sowie für die Zahlung der Kostenanteile für die Erbringung der Leistungen des Dienstes gemäß Art. 59 muss jeder Arzt über mindestens eine Arztpraxis verfügen, in welcher er die Vertragstätigkeit erbringen kann. Die Praxis des Arztes für Allgemeinmedizin ist - obwohl sie der Abwicklung eines öffentlichen Dienstes dient - eine private Arztpraxis, welche die von den Gemeinden vorgesehenen nachstehenden Voraussetzungen erfüllen muss.

2. Die Praxis des Vertragsarztes muss mit allen zur Ausübung der allgemeinmedizinischen Tätigkeiten erforderlichen Einrichtungen und Ausrüstungen, mit einem angemessen eingerichteten Wartesaal, mit geeigneten Sanitär-, Beleuchtungs- und Belüftungsanlagen einschließlich des Telefonanschlusses ausgestattet sein.

3. Diese Räumlichkeiten können entweder ausschließlich den Zwecken der Arztpraxis dienen oder auch in einer Wohnung mit separaten Räumlichkeiten unterbracht sein.

4. Befindet sich die Praxis in Strukturen, die auch anderen, nicht medizinischen oder nicht sanitären Tätigkeiten dienen, die einer entsprechenden Zulassung bedürfen, muss sie einen unabhängigen Eingang haben und muss jede Verbindung zwischen den beiden Strukturen beseitigt werden.

5. Die Praxis des in das Verzeichnis eingetragenen Arztes muss - unbeschadet der Bestimmungen über die Zeiten der Betreuungskontinuität - für die Anspruchsberechtigten an 5 Tagen in der Woche, vorzugsweise von Montag bis Freitag, geöffnet sein. Die Öffnungszeiten müssen mindestens zwei Nachmittage oder Vormittage pro Woche umfassen und müssen montags geöffnet sein. Die Öffnungszeiten müssen mindestens die folgenden Öffnungszeiten gewährleisten:

- 5 Wochenstunden bis zu 500 Betreuten.
- 10 Wochenstunden von 500 bis zu 1.000 Betreuten.
- 15 Wochenstunden von 1.000 bis zu 1.500 Betreuten.

Die Öffnungszeiten der Praxis werden vom Arzt auch in Abhängigkeit der Bedürfnisse der in sein Verzeichnis eingetragenen Betreuten und der Notwendigkeit der Gewährleistung von korrekten und wirksamen ärztlichen Leistungen für die bestmögliche Abwicklung des Versorgungsdienstes festgelegt. Bei besonderen Versorgungsbedürfnissen kann der Betrieb nach Gutachten des Betriebsbeirates gemäß Art. 23 eine Änderung der Öffnungszeiten verlangen.

Die Ärzte, die an Formen des Zusammenschlusses der Allgemeinmedizin teilnehmen, müssen die Praxis gemäß den bei der regionalen Verhandlung für die einzelnen Arten von Zusammenschlüssen vorgesehenen und festgelegten Bestimmungen offen halten.

6. Der Betrieb hat die Aufgabe, die Anwendung der Bestimmung des vorhergehenden Absatzes 5 zu überprüfen.

7. Die Öffnungszeiten müssen dem Betrieb mitgeteilt werden. Die Öffnungszeiten müssen zusammen mit dem Namen des Arztes am Eingang der Arztpraxis ausgehängt werden. Eventuelle Änderungen müssen dem Betrieb innerhalb von 30 Tagen nach der erfolgten Änderung mitgeteilt werden.

8. Die Visiten in der Arztpraxis werden in der Regel, außer in dringenden Fällen, mithilfe eines Vormerksystems verwaltet und durchgeführt.
9. Die Modalitäten der Kontaktaufnahme mit dem Arzt außerhalb der Öffnungszeiten der Praxis werden im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge geregelt.
10. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können die Modalitäten der Erbringung der fachärztlichen Leistungen in akkreditierter Form mittels Vertrags zwischen den zusammengeschlossenen Ärzten für die Grundversorgung, den Sanitätsbetrieben und den akkreditierten öffentlichen und/oder privaten leistungserbringenden Betrieben im selben territorialen Einzugsgebiet vorgesehen werden. Dieser Versuch zielt auf die Integration der verschiedenen, für die klinische Governance verantwortlichen Akteure ab. Das primäre Integrationsinstrument ist die Definition und Verwendung von gemeinsamen diagnostischen-therapeutischen Leitlinien. Die spezifischen Vereinbarungen müssen auf die Zulassungs- und Akkreditierungsvoraussetzungen Bezug nehmen, die für den Betrieb der Zentren in Erprobung erforderlich sind und die sich aus der nationalen und regionalen Gesetzgebung über die Zulassung und Akkreditierung ableiten.

ART. 37 - VERTRETUNGEN.

1. Ein gewählter Arzt, dem es nicht möglich ist, seinen Dienst zu erbringen - unbeschadet seiner Pflicht, sich ab dem Beginn der Unmöglichkeit der Diensterbringung vertreten zu lassen - hat dem zuständigen Betrieb innerhalb des vierten Tages nach Beginn der Vertretung den Namen des ihn vertretenden Kollegen mitzuteilen, falls die Vertretung für länger als drei aufeinanderfolgende Tage anhalten sollte. Der vertretene Arzt teilt in einer Dienstabwesenheitserklärung den Grund der Abwesenheit unter den unter Art. 18 des vorliegenden Vertrags vorgesehenen Gründen mit.
2. Der Vertreter hat zu erklären, dass er sich nicht in einer Unvereinbarkeitssituation gemäß Art. 17 befindet, außer bei anderweitigen regionalen Vereinbarungen, welche auch die maximal zulässige Betreuzahl festlegen, die der Vertreter haben kann.
3. Bei der Ernennung seines Vertreters hat der den Auftrag innehabende Arzt darauf zu achten, dass er für seine Betreuten einen Arzt wählt, der ein angemessenes berufliches Qualitätsniveau gewährleistet. Bei Möglichkeit muss der Vertreter auch die Voraussetzungen für den Zugang zur Rangordnung der Allgemeinmedizin besitzen.
4. Der Vertreter übernimmt direkt und formell bei der Beauftragung mit der Vertretung durch den vertretenen Arzt die berufliche Verantwortung für alle vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Tätigkeiten. Der Vertreter muss außerdem ausdrücklich die Versorgungstätigkeit gemäß den organisatorischen Modalitäten, der strukturellen Verfügbarkeit, den Betreuungsstandards und den Öffnungszeiten der Praxis des vertretenen Arztes gewährleisten.
5. Im Falle der Vertretung zwischen Ärzten für die Grundversorgung, die selbst Inhaber eines Auftrags sind, hat der vertretene Arzt seinen Betreuten die Vertretungsmodalitäten, die nach den organisatorischen Modalitäten des Vertreters erfolgen, angemessen mitzuteilen.
6. Sollte die Vertretung wegen besonderer Situationen, in denen die Vertretung nicht durch einen Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen kann, von einem Arzt übernommen werden, der in die Verzeichnisse der Wahlkinderärzte eingetragen ist, wird die Vergütung gemäß der wirtschaftlichen Behandlung für die Allgemeinmedizin gezahlt.
7. Dem Vertreter ist es nicht erlaubt, während der Vertretung von den Betreuten des vertretenen Arztes zum Wahlarzt gewählt zu werden.
8. Für die Vertretung eines aufgrund einer Maßnahme gemäß Art. 30 seines Auftrags enthobenen Arztes sorgt der Betrieb mit den Modalitäten gemäß Absatz 15.
9. Der Betreutenbestand des von der Enthebung betroffenen Arztes bleibt beim enthobenen Arzt, außer die einzelnen Anspruchsberechtigten beantragen den Wechsel des Vertrauensarztes. Dieser Wechsel kann in keinem Fall und für die gesamte Dauer der Vertretung nicht zugunsten des Arztes ausfallen, der mit der Vertretung beauftragt wurde.
10. Die in jeglicher Eigenschaft ausgeführte Vertretungstätigkeit führt nicht zur Eintragung des Arztes in das Verzeichnis, auch wenn sie die Übernahme aller beruflichen Pflichten mit sich bringt, die vom vorliegenden Vertrag sowie von den Regionalen und Betrieblichen Verträgen vorgesehen sind.
11. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

12. Der vertretene Arzt hat seine Betreuten über die Dauer und Modalitäten der Vertretung sowie über seinen Vertreter zu informieren.
13. Für die ersten 30 aufeinanderfolgenden Vertretungstage zahlen die Betriebe die Vergütung dem vertretenen Arzt aus, der gemäß Bestimmungen des Absatzes 14 vorgeht. Ab dem 31. Tage zahlen die Betriebe die Vergütung direkt dem Arzt, der die Vertretung übernommen hat, sofern dieser die Voraussetzungen für die Eintragung in die regionale Rangordnung besitzt und gemäß der vom nachstehenden Absatz 14 vorgesehenen wirtschaftlichen Behandlung aus.
14. Die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen dem vertretenen Arzt und dem Vertreter sind von den Vorschriften des Anhanges C unter Beachtung der Steuergesetzgebung geregelt.
15. Der Arzt, der seine Vertretung nicht gewährleisten kann, hat den Betrieb darüber rechtzeitig zu informieren. Der Betrieb sorgt für die Bestimmung des Vertreters vorrangig unter den Ärzten, die in die Rangordnung gemäß Art. 15 eingetragen sind. Er befragt in der Rangordnungsreihenfolge prioritär die Ärzte, die im Eintragungsgebiet des vertretenen Arztes ansässig sind. In diesem Fall steht die Vergütung ab dem ersten Vertretungstag dem Vertreter zu, unbeschadet der Bestimmungen des Art. 30, Absatz 19.
16. Außer für die Gründe gemäß Art. 18, Absätze 1, 2, 3 und 4 des vorliegenden Vertrags und wegen politischen Mandats, Verwaltungsmandats, wegen Mandats der Ärztekammer oder wegen Gewerkschaftsmandats spricht sich der Betrieb - im Falle einer Vertretung über auch nicht aufeinanderfolgende 6 Monate im Jahr - nach Anhörung des Beirats gemäß Art. 23 über die Fortsetzung der Vertretung selbst aus und kann den Fall auf eine eventuelle Auflösung des Vertragsverhältnisses untersuchen.
17. Sollte es dem vertretenen Arzt aus einem jeglichen Grund unmöglich sein, die Vergütung zu beziehen, die ihm für den Vertretungszeitraum zusteht, können die Betriebe dieses Honorar direkt dem Arzt auszahlen, der die Vertretung übernommen hat.
18. Bei Tod des Vertragsarztes sorgt der Betrieb für die Ernennung des Vertreters. Sollte der Arzt bereits vertreten worden sein, kann der zum Zeitpunkt des Todes bereits beauftragte Vertreter die Tätigkeit gegenüber den Betreuten des verstorbenen Arztes für nicht länger als 30 Tage fortsetzen und hierfür die wirtschaftliche Behandlung beibehalten, die er während der Vertretung in Anspruch genommen hat.

ART. 38 - PROVISORISCHE AUFTRÄGE.

1. Wenn sich in einem territorialen Einzugsgebiet eine Unterversorgung in der Grundversorgung aufgrund des Mangels an wählbaren Ärzten ergibt, kann der Betrieb nach Anhörung des Beirats gemäß Art. 23 einem Arzt, der in einem unterversorgten Einzugsgebiet ansässig ist und der unter Beachtung der regionalen Bereichsrangordnung oder, falls vorhanden, der Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15, Absatz 12 des vorliegenden Vertrags gewählt wird, ein zeitweiliger Auftrag erteilt werden.
2. Dieser Auftrag, der eine Dauer von jedenfalls weniger als zwölf Monaten hat, endet bei seinem Ablauf oder zum Zeitpunkt, zu dem ein anspruchsberechtigter Arzt ermittelt wird. Dem Arzt gemäß vorliegendem Absatz wird für die Betreuungsberechtigten, mit deren Betreuung er beauftragt wird, die Vergütung gemäß Art. 59, Buchstaben „A“, Absatz 1 ausgezahlt.
3. Sollte es erforderlich sein, die Dauer eines provisorischen Auftrags zu verlängern, werden die darauffolgenden Aufträge dem nächsten Arzt in der Reihenfolge der regionalen Bereichsrangordnung, oder, falls vorhanden, der Verfügbarkeitsrangordnung erteilt.
4. Der Auftrag gemäß Absatz 1 wird nicht erteilt, wenn der Überschuss an Betreuungsberechtigten im Vergleich zur Summe der maximal zulässigen Betreuzahlen der einzelnen Ärzte, die in das Verzeichnis des territorialen Einzugsgebiets eingetragen sind, nicht 300 Einheiten überschreitet. In diesem Falle kommt die Bestimmung des Art. 39, Absatz 3 zur Anwendung.
5. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachfolgenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
6. Den Ärzten gemäß vorhergehendem Absatz 1, die zur Übernahme eines zeitweiligen Auftrags gerufen werden, hat der Betrieb das eventuelle Ambulatorium im eigenen Besitz, das im entsprechenden territorialen Einzugsgebiet für gewöhnlich verwendet wird, zur Nutzung zu überlassen.
7. Sollten sich in einem territorialen Einzugsgebiet die Bedingungen gemäß Absatz 1 ergeben, hat der Betrieb die von der Unterversorgung betroffenen Bürger innerhalb von 20 Tagen nach dem Ereignis von der Notwendigkeit zu informieren, dass sie unter allen Ärzten, die im betroffenen territorialen Einzugsgebiet beauftragt sind, einen neuen Arzt wählen müssen. Dies hat auch durch Annoncen in den Tageszeitungen, durch Anschläge in der Gemeinde und an anderen öffentlichen Orten und, falls für erforderlich erachtet, durch direkte Benachrichtigung der Betreuten zu erfolgen.

ART. 39 - MAXIMAL ZULÄSSIGE BETREUTENZAHL UND EINSCHRÄNKUNGEN.

1. Die in die Verzeichnisse eingetragenen Ärzte können - gemäß Bestimmungen für die von diesem Artikel geregelten einzelnen Sachverhalte - von maximal 1.500 Betreuten gewählt werden.
2. Die Ärzte, die die Möglichkeit der Erreichung der individuellen Höchstquote von 1.800 Betreuten im Sinne des Dekrets des Präsidenten der Republik vom 13. August 1981 erworben hatten, kehren zur maximal zulässigen Betreutenzahl von 1.500 Betreuten graduell mittels Unterbrechung der Zuweisung neuer Betreuer zurück.
3. Eventuelle Abweichungen von der individuellen Höchstquote können von der Region auf Vorschlag des Betriebs und nach Anhörung der Betriebsbeirates gemäß Art. 23 in Bezug auf besondere örtliche Situationen im Sinne des Art. 48, Absatz 3, Punkt 5 des Gesetzes Nr. 833/78 und für eine befristete Zeit von jedenfalls nicht länger als sechs Monaten genehmigt werden.
4. Dem in die Verzeichnisse eingetragenen Arzt, der darüber hinaus andere vereinbare Tätigkeiten mit Stundenverpflichtung als jene, die vom vorliegenden Vertrag geregelt sind, verübt, ist die maximal zulässige Betreutenzahl proportional zur Anzahl der Wochenstunden, die dieser Arzt den anderen Tätigkeiten widmet, im Sinne der Bestimmung des nachstehenden Absatzes 5 reduziert. Unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Art. 58 des vorliegenden Vertrags über den freien Beruf kann die freiberufliche Tätigkeit mit Stundenverpflichtung nicht zu einer Reduzierung der maximal zulässigen Betreutenzahl unter das optimale Verhältnis führen.
5. Zu den alleinigen Zwecken der Berechnung der individuellen Höchstquote für die Ärzte, die wegen vereinbarter Tätigkeiten mit Stundenverpflichtung gemäß vorhergehendem Absatz 4 und wegen strukturierter freiberuflicher Tätigkeiten Einschränkungen unterliegen, wird vertraglich vereinbart, dass die Höchstzahl gleich 1.500 Betreuten einem wöchentlichen Aufwand von 40 Wochenstunden entspricht.
6. Die Ärzte können die maximal zulässige Betreutenzahl, die nicht unter dem optimalen Verhältnis gemäß den Regionalen Zusatzverträgen gemäß Art. 33, Absatz 9 liegen kann, selbst einschränken. Die sich aus der Einschränkung ergebende Höchstzahl ist für die Dauer von 3 Jahren nach dem Beginn der Selbsteinschränkung nicht änderbar.
7. Die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags bereits bestehenden, geringeren Selbsteinschränkungen müssen vom betroffenen Arzt innerhalb von 2 Monaten ab dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags formell an die Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 6 angepasst werden. Bei Nichterfüllung dieser Pflicht sorgt der Betrieb dafür. Der Betrieb informiert den betroffenen Arzt auch zwecks Anwendung der Vorschriften über die Unvereinbarkeit gemäß Art. 17 des vorliegenden Vertrags.
8. Den Ärzten, welche von der Vorschrift gemäß Art. 1, Absatz 16 des Gesetzesdekrets Nr. 324/93, umgewandelt in Gesetz Nr. 423/93, Gebrauch machen, ist die Wiedereintragung in die Verzeichnisse der Vertragsärzte für die Grundversorgung im territorialen Herkunftseinzugsgebiet (Einzugsgebiet, in dem sie bei der Ausübung der Option von Art. 4, Absatz 7 des Gesetzes 412/91 vertraglich gebunden waren) zu den Bedingungen und im Rahmen, die von der Gesundheitsorganisation vorgesehen sind, gemäß Bestimmungen des Art. 33 gestattet.
9. Den Ärzten gemäß Art. 6, Absatz 1 des Gesetzesdekretes Nr. 187 vom 14. Juni 1993, mit Änderungen umgewandelt in Gesetz Nr. 296 vom 12. August 1993, welche den Auftrag gemäß

vorhergehendem Art. 34 annehmen, ist es erlaubt, Betreute bis zum Erreichen der maximalen Betreuzahl von 500 zu erwerben.

10. Die Bestimmung gemäß Absatz 9 findet keine Anwendung auf die Ärzte, die der entsprechenden Vorschrift unterliegen und auf den vereinbarten Auftrag innerhalb von 60 Tagen ab dem Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags verzichten.

11. Die zeitlich befristeten Betreutenübernahmen gemäß Art. 40, Absätze 5 und 12 tragen nicht zum Erreichen der individuellen Höchstquote bei.

12. Nicht zum Erreichen der individuellen Höchstquote tragen die Betreuten zwischen 0 und 6 Jahren bei.

13. Die Abwicklung anderer Tätigkeiten, auch freiberuflicher Natur, die mit der Eintragung in die Verzeichnisse vereinbar sind, darf die korrekte und punktuelle Erfüllung der Pflichten des Arztes im Ambulatorium und zu Hause gegenüber den Betreuten, die ihn gewählt haben, nicht beeinträchtigen.

ART. 40 - ARZTWAHL.

1. Die Errichtung und die Abwicklung der Beziehung zwischen Arzt und Betreutem gründen auf einem Vertrauensverhältnis.
2. Das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Betreuten gründet auch auf der gegenseitiger Kenntnis und Transparenz. Hierzu und für eine verstärkte Verwurzelung der Beziehung zwischen Arzt und Bürger fördern die Betriebe auf der Grundlage von Vereinbarungen zwischen den Regionen und den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen die korrekte Information der Betreuten über die Möglichkeit, den Arzt vor der Wahl persönlich kennenzulernen und fördern daneben auch die Information über die Organisation der betrieblichen Dienste und über die Organisationsmodalitäten der Allgemeinmedizin anhand Aushändigung der Bürgerkarte.
3. Die Betriebe informieren die Bürger angemessen über den Status des Arztes, über seinen persönlichen und beruflichen Lebenslauf, über die Merkmale der beruflichen Tätigkeit (Standort und Öffnungszeiten der Praxis, Teilnahme an Formen des Zusammenschlusses, Verwendung von computergestützten Verfahren, telefonische Erreichbarkeit, Erreichbarkeit des Praxispersonals, strukturelle und instrumentelle Merkmale etc.).
4. Jeder Anspruchsberechtigte wählt bei der Ausstellung des Eintragungsdokuments direkt für sich und für seine Familienangehörigen oder für die meldeamtlich mit ihm zusammenlebenden Personen den Vertrauensarzt unter den Ärzten aus, die im Verzeichnis des territorialen Einzugsgebietes seines Wohnsitzes eingetragen sind, wie es im Art. 33 definiert ist.
5. Für die Nicht-EU-Bürger, die eine reguläre Aufenthaltsgenehmigung für das italienische Staatsgebiet besitzen, ist die Wahl zeitlich befristet und hat eine Gültigkeit gleich der Dauer der Aufenthaltsgenehmigung.
6. Die Wahl gemäß Absatz 5 wird automatisch beim Ablauf auch bis zur Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung erneuert, unbeschadet jeder Rückgriffsklage wegen Vergütungen, die auch infolge der Nichterneuerung der Aufenthaltsgenehmigung bezogen wurden. Der Arzt ist zur Versorgung des Nicht-EU-Bürgers auch bis zur Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung verpflichtet.
7. Die Kinder, der Ehepartner oder die in Gemeinschaft lebende Person des Betreuten, der bereits vom Arzt für Allgemeinmedizin versorgt wird, können denselben Arzt wählen, auch in Abweichung von dessen maximal zulässiger Betreutenzahl oder dessen individueller Höchstquote, sofern sie meldeamtlich zur selben Familie gehören.
8. Die in Abweichung übernommenen Betreuten dürfen in keinem Fall 5 % der individuellen Höchstquote des Arztes überschreiten, unbeschadet der Bestimmungen des Art. 39, Absatz 2.
9. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
10. Nach Anhörung des Pflichtgutachtens des Beirates gemäß Art. 23 und nach dem Einholen der Annahme von Seiten des gewählten Wahlarztes gestattet der Betrieb, dass die Wahl zugunsten eines Arztes erfolgen kann, der in ein anderes Verzeichnis eingetragen ist als jenes des territorialen Einzugsgebietes, in dem der Betreute ansässig ist, und zwar auf ausdrücklichen Antrag der Fortsetzung des Vertrauensverhältnisses seitens des Betreuten oder wenn die Wahl zwangsweise erfolgt, oder wenn aus

Gründen der Nähe oder der besseren Verkehrslage der Wohnsitz des Betreuten zu einem angrenzenden Einzugsgebiet gehört und jedes Mal, wenn schwerwiegende und objektive Umstände die normale Erbringung der Versorgung behindern.

11. Die Arztwahl ist für die Bürger ein Jahr gültig und wird - außer bei Widerruf während des Jahres - stillschweigend erneuert.
12. Für die nicht ansässigen Bürger ist die Wahl zeitlich befristet und reicht von mindestens 3 Monaten bis zu höchstens 1 Jahr, unbeschadet der belegten Situationen der längeren Dauer der Aufenthaltsgenehmigung, an welche die Dauer der zeitlich befristeten Wahl angepasst wird; gleichzeitig wird der Betreute aus der Liste des Arztes des Herkunftssanitätsbetriebs des Bürgers gelöscht. Die Wahl ist ausdrücklich verlängerbar.

ART. 41 - WIDERRUF UND ABLEHNUNG DER WAHL.

1. Der Betreute, der die Arztwahl widerruft, teilt dies dem zuständigen Betrieb mit. Gleichzeitig zum Widerruf hat der Betreute einen neuen Arzt zu wählen; die Neuwahl ist betreuungstechnisch unmittelbar wirksam.
2. Die Modalitäten zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität zwischen dem widerrufenen Arzt und dem neuen Wahlarzt werden im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge im vorrangigen Interesse des Bürgers geregelt.
3. Der Arzt, der nicht beabsichtigt, seinen Dienst zugunsten eines Betreuten zu erbringen, kann die Wahl jederzeit ablehnen und hat dies dem zuständigen Betrieb mitzuteilen. Die Ablehnung muss mit außergewöhnlichen und festgestellten Unvereinbarkeitsgründen im Sinne von Art. 8, Absatz 1, Buchst. d) des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung gerechtfertigt werden. Unter den Gründen der Ablehnung nimmt die Störung des Vertrauensverhältnisses eine besonders wichtige Stellung ein. Betreuungstechnisch hat die Ablehnung ab dem 16. Tages nach der Mitteilung Wirkung.
4. Die Ablehnung ist nicht gestattet, wenn im Wahleinzugsgebiet kein anderer Arzt tätig ist, außer es liegen außergewöhnliche Unvereinbarkeitsgründe vor, die vom Betriebsbeirat gemäß Art. 23 untersucht werden müssen.
5. Die Ärzte, die das Recht auf die Selbsteinschränkung der Höchstzahl ausüben, können sich nicht des Instruments der Ablehnung bedienen, um sich unterhalb der Grenze der Selbsteinschränkung zu halten.
6. Der Arzt für die Grundversorgung kann dem Betrieb den eingetretenen Tod seines Betreuten, dessen Tod er bescheinigt hat, mitteilen, unbeschadet der Überprüfung beim Meldeamt in der Wohnsitzgemeinde des verstorbenen Betreuten zwecks Löschung der Arztwahl und einer umgehenden Aktualisierung der Verzeichnisse des betroffenen Arztes.

ART. 42 - WIDERRUF VON AMTS WEGEN.

1. Die Arztwahlen durch die Bürger, die im Sinne des Art. 7 des Gesetzes Nr. 526/1982 vorübergehend aus den Verzeichnissen des Betriebs suspendiert wurden, werden zum Zeitpunkt des Endes der zeitweiligen Aussetzung automatisch wieder dem Arzt zugeteilt, auch in Abweichung der individuellen Höchstquote und unbeschadet jeder weiteren und anderen Bestimmung durch den Betreuten. Hierzu richten die Betriebe ein eigenes, getrenntes Verzeichnis der Bürger ein, deren Arztwahl von Amts wegen widerrufen wurde, um die automatische Wiedertzuteilung zu erleichtern.
2. Im Falle eventueller Verzögerungen bei der Wiedertzuteilung der Wahl gemäß vorhergehendem Absatz laufen die wirtschaftlichen Wirkungen dieser jedenfalls - falls kein anderer Arzt gewählt wurde - ab dem Datum des Endes der Aussetzung. Der Arzt ist jedenfalls zur Betreuung des vorübergehend aus den Verzeichnissen suspendierten Bürgers bis zum Datum des Endes derselben Suspendierung verpflichtet.
3. Andere Verwaltungsmodalitäten der vorübergehend ausgesetzten Wahlen können im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge vereinbart werden.
4. Der Widerruf der Wahl von Amts wegen bei Tod des Betreuten ist vom Todestag an wirksam. Der Betrieb hat dem betroffenen Arzt die Löschung wegen Todes unverzüglich mitzuteilen und jedenfalls innerhalb eines Jahres nach dem Ereignis.
5. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können für die Ärzte, welche die maximal zulässige Betreutenzahl erreicht haben, Schutzmodalitäten gegen ihre Nichtverfügbarkeit für die Übernahme neuer Betreuten aufgrund der verspäteten Mitteilung der Löschung aus dem Verzeichnis wegen Todesfalls der Betreuten vereinbart werden.
6. Im Falle des Wohnsitzwechsels teilt der Betrieb, in dem der Bürger den neuen Arzt gewählt hat, diesen Umstand dem Herkunftsbetrieb des Bürgers mit, damit dieser für den Widerruf mit Beginn ab dem Datum der neuen Wahl sorgt. Die Betriebe, welche das Betreutenarchiv in Verwendung der meldeamtlichen Informationen der Gemeinden aktualisieren, können in den Fällen des Wohnsitzwechsels in andere Betriebe für den Widerruf von Amts wegen sorgen.
7. Der Betrieb hat dem Arzt und dem betroffenen Bürger den Widerruf unverzüglich und jedenfalls innerhalb von 3 Monaten nach dem Ereignis mitzuteilen.
8. Im Falle des Wohnsitzwechsels in Gemeinden anderer territorialer Einzugsgebiete innerhalb desselben Betriebs findet der Widerruf nicht von Amts wegen statt, sondern nur bei Vorliegen einer neuen Wahl zugunsten eines anderen Wahlarztes mit Beginn ab dem Datum der Wahl.
9. Die Widerrufe infolge von Wohnsitzwechseln innerhalb des Betriebs und zwischen angrenzenden Betrieben werden mit regionalen Vereinbarungen geregelt. Sollte das Gemeindegebiet mehrere Betriebe umfassen, versteht sich unter angrenzendem Betrieb dasselbe Gemeindegebiet.
10. Die Löschungen wegen doppelter Eintragung laufen ab dem Datum der zweiten Zuweisung, falls die Arztwahlen zweimal denselben Arzt betreffen. Handelt es sich um verschiedene Ärzte, läuft die Löschung ab dem Datum der Mitteilung an den betroffenen Arzt. Diese Mitteilungen werden gleichzeitig zu den Änderungen im betreffenden Monats ausgeführt.
11. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Wirkungen in Bezug auf die Widerrufe von Amts wegen gemäß vorliegendem Artikel hat der Betrieb dem betroffenen Arzt eine Mitteilung mit dem vorgesehenen

Rückforderungsbetrag und mit dem namentlichen Ausdruck der vom Widerruf betroffenen Patienten unter Angabe des Grundes und des Beginns desselben Widerrufs zu übermitteln.

12. Der betroffene Arzt, der gegen die Rückforderung ist, kann innerhalb von 15 Tagen nach der Mitteilung begründeten und belegten Einspruch einlegen; der Generaldirektor fasst den diesbezüglichen Beschluss innerhalb von 30 Tagen nach Eingang des Einspruches.

13. Sollte der vom Betrieb rückgeforderte Gesamtbetrag über 20 % des monatlichen Verdienstes ausmachen, kann der Betrieb einen negativen Ausgleich nur bei Vorhandensein einer diesbezüglichen Vereinbarung mit dem betroffenen Arzt tätigen.

14. Die Rückforderung der Summen oder die Anwendung des negativen Ausgleichs erfolgen im maximalen Ausmaß von 20 % der monatlichen Vergütungen abzüglich der Steuer- und Fürsorgeeinbehaltungen, unbeschadet der eventuellen anderweiten Vereinbarungen über die Rückforderungsmodalitäten der Summen zwischen dem betroffenen Arzt und dem Betrieb.

ART. 43 - WAHL, WIDERRUF, ABLEHNUNG: WIRTSCHAFTLICHE WIRKUNGEN.

1. Für die Zahlung der Vergütungen laufen die Wahl, die Ablehnung und der Widerruf ab dem ersten Tag des laufenden Monats oder ab dem ersten Tag des darauffolgenden Monats, je nachdem, ob sie innerhalb des 15. Tages oder nach dem 16. Tages des Monats stattfinden.
2. Die monatliche Anteil der Vergütungen kann zu den Zwecken einer monatlichen Bruchteilzahlung in Dreißigstel aufgeteilt werden, falls die Änderungen von der Versetzung des Arztes oder von der Löschung oder Suspendierung des Arztes aus dem Verzeichnis abhängen sollten.
3. Die Beendung wegen erreichter Altersgrenzen des Arztes führt zu wirtschaftlichen Wirkungen ab dem Tag der Erreichens des vorgesehenen Alters.
4. Das Betreutenverzeichnis wird in Bezug auf die Wahl und den Widerruf in Echtzeit aktualisiert, falls dies bei Verwendung von computergestützten Verfahren durchführbar ist.
5. Andere Verwaltungsmodalitäten der Wahlen und Widerrufe und der Aktualisierung der Betreutenverzeichnisse und der Mitteilungen an die Ärzte werden auf regionaler Ebene ausgehandelt.

ART. 44 - NAMENSVERZEICHNISSE UND MONATLICHE ÄNDERUNGEN.

1. Innerhalb 31. Juli und 31. Januar jeden Jahres übermitteln die Betriebe den Ärzten das Namensverzeichnis des Betreutenbestandes jedes einzelnen Arzt zum Datum des 15. Juni bzw. des 15. Dezember.
2. Die Betriebe teilen den einzelnen Ärzten außerdem monatlich die namentlichen Änderungen und die numerische Aufstellung der Betreuten und der Widerrufe während des Vormonats mit und legen die Kopie der Wahl- oder Widerrufserklärungen bei.
3. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
4. Die Daten gemäß den Absätzen 1 und 2 können auf Anfrage des Arztes kostenlos auf Datenträger bereitgestellt werden.
5. Die Betriebe richten ein getrenntes Verzeichnis für jene Arztwahlen ein, die von Bürgern zugunsten von Vertragsärzten in territorialen Einzugsgebieten desselben Betriebs, die aber nicht mit dem Wohnsitzinzugsgebiet des Betreuten übereinstimmen, im Sinne von Art. 40, Absatz 10 des vorliegenden Vertrags getätigt wurden.
6. Dieses Verzeichnis wird für die Festlegung des optimalen Verhältnisses und für die Ermittlung des Ärztemangels bzw. der Unterversorgung gemäß Bestimmungen des Art. 33, Absatz 11 des vorliegenden Vertrags verwendet.

ART. 45 - AUFGABEN DES ARZTES.

1. Die individuellen Funktionen und Aufgaben des Arztes für die Grundversorgung sind:
 - a) die Erbringung der wesentlichen Versorgungsdienste: Behandlung von akuten und chronischen Krankheiten nach der besten Verfahrensweise und im Einvernehmen mit dem Kranken, einschließlich angemessener Maßnahmen und Aktionen zur Förderung der Gesundheit;
 - b) die Betreuung der Kranken im Rahmen der programmierten und integrierten Hauspflege: programmierte Hauspflege des Betreuten, auch in integrierter Form mit der fachärztlichen, krankenpflegerischen und rehabilitativen Versorgung, erforderlichenfalls in Verbindung mit der sozialen Fürsorge gemäß den Anhängen „G“ und „H“;
 - c) die programmierte stationäre Betreuung in geschützten Einrichtungen und Gemeinschaften auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge, die vom Art. 53, Absatz 1, Buchst. C) vorgesehen sind.

2. Die Abwicklung der Funktionen gemäß vorhergehendem Absatz 1 erfolgt durch:
 - a) das Konsilium mit dem Facharzt und den Zugang des Hausarztes zu den Aufenthaltsumgebungen in den verschiedenen Phasen;
 - b) die Führung und Aktualisierung eines persönlichen Gesundheitsblattes auf Datenträger und unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Art. 59, Buchst. B für den Gebrauch des Arztes und zum Nutzen des Betreuten und des NGD gemäß nationalen und regionalen Standards und Modalitäten, die im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge definiert werden;
 - b1) die Erfüllung der Bestimmungen der Art. 59-bis und 59-ter;**
 - c) die Verfügbarkeit der Bürgerkarte für die Betreuten in den Räumlichkeiten der Arztpraxis, wie es von den Regionalen Zusatzverträgen in Bezug auf die Aufgaben und Pflichten und Rechte des Arztes und der Bürger definiert wird;
 - d) die Teilnahme an territorialen Organisationsformen mit den Modalitäten und Bestimmungen des **Absatzes 3 des Art. 13-bis**;
 - e) die gesetzlich vorgesehenen Pflichtbestätigungen für die Wiederezulassung zur Pflichtschule, zu den Kinderhorten, zum Kindergarten und zu den Oberschulen;
 - f) die Eignungsatteste für die Ausübung von nicht wettkampfmäßigen sportlichen Tätigkeiten gemäß Dekret des Gesundheitsministers vom 28. Februar 1983, Art. 1, Buchstaben a) und c) im schulischen Umfeld infolge eines schriftlichen Antrags der zuständigen Schulbehörde;
 - g) die Bescheinigung der vorübergehenden zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit;
 - h) die Bescheinigungen gemäß Art. 2 des Gesetzes Nr. 33 vom 29. Februar 1980 und gemäß Art. 15 des Gesetzes Nr. 155 vom 2. April 1981 werden in Verwendung der Vordrucke von Anhang „F“ ausgestellt, unbeschadet eventueller Änderungen dieser, die im Sinne von Art. 2, Absatz 1 des Gesetzes Nr. 33/80 für die Arbeitnehmer des Privatsektors vereinbart werden;
 - i) die Bescheinigung der Wiederezulassung zur Arbeit der Beschäftigten in der Lebensmittelindustrie, wo vorgesehen;
 - j) die bereichsübergreifenden Beurteilungen und damit zusammenhängenden Bescheinigungen in Bezug auf die Leistungen der integrierten Hauspflege, der

programmierten Hauspflege und für die Einweisung in geschützte Einrichtungen auf der Grundlage der regionalen Planung und der Bestimmungen im Rahmen der regionalen Verträge;

- k) die Entwicklung und Verbreitung der Gesundheitskultur, die Kenntnis des Nationalen und Regionalen Gesundheitsdienstes (mit entsprechender Unterstützung der Betriebe) einschließlich des Kostenbeteiligungssystems für die Gesundheitsleistungen und der Ticketbefreiung;
- l) die Angemessenheit der betreuungstechnischen und therapeutischen Entscheidungen, die Notwendigkeit der angemessener Nutzung der vom Nationalen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellten Ressourcen sowie die Teilnahme an spezifischen, auf regionaler und/oder betrieblicher Ebene vereinbarten Projekten;
- m) die Teilnahme an Gripeschutzimpfkampagnen für die gesamte Risikobevölkerung, organisiert und gefördert von der Region und/oder von den Betrieben;
- n) die Teilnahme an Tätigkeitsprogrammen und Zielvorhaben zur Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus, wie sie auf regionaler und/oder betrieblicher Ebene mit den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen vereinbart werden. Diese Vereinbarungen sehen die Umsetzungsmodalitäten der Programme, die Formen der Überprüfung und die auch wirtschaftlichen Wirkungen der Erreichung oder Nichterreichung der Ziele vor;
- o) die zusätzlichen Leistungen gemäß Anhang „D“;
- p) die Betreuung in benachteiligten Zonen, einschließlich der kleinen Inseln auf der Grundlage der regionalen Vereinbarungen und des Fonds gemäß Art. 59;
- q) die gelegentlichen Visiten gemäß Ar. 57, Absatz 4;
- r) die Visiten im Ambulatorium und zu Hause zu Diagnose- und Therapiezwecken.

3. Zu den Pflichten und Aufgaben des Arztes gehören außerdem:

- a) die Teilnahme an der Erprobung der territorialen Equipes gemäß Art. 26;
- a1) die Teilnahme an den Funktionalen Zusammenschlüssen (AFT) und an den Gesundheitszentren (UCCP) gemäß Bestimmungen des Art. 13-bis;**
- b) die Entwicklung und Verbreitung der Gesundheitskultur und der Kenntnis des Nationalen Gesundheitsdienstes sowie der korrekten Verwendung der Medikaments im Rahmen der täglichen Betreuungstätigkeit, vorbehaltlich der Teilnahme an spezifischen, auf regionaler und/oder betrieblicher Ebene vereinbarten Projekten zur Sensibilisierung der Bürger für Themen wie insbesondere:
 - die Beachtung von gesunden Verhaltensweisen und Lebensstilen;
 - die Spende von Blut, Plasma und Organen;
 - die Kultur der Transplantationen;
 - das System der Kostenbeteiligung an den Gesundheitsleistungen und der Ticketbefreiung;
 - die Befreiung von der Kostenbeteiligung in Bezug auf besondere Krankheitsbedingungen;
 - die Notwendigkeit einer angemessenen Nutzung der vom Nationalen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellten Ressourcen;
- c) die Pflicht der Gripeschutzimpfungen im Rahmen der Impfkampagnen für die gesamte Risikobevölkerung, die von den Betrieben mit vereinbarten Modalitäten gefördert und

- organisiert werden;
- d) die Teilnahme an Tätigkeitsprogrammen und Zielvorhaben zur Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus, die auf regionaler und betrieblicher Ebene mit den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen vereinbart werden. Diese Vereinbarungen sehen die Umsetzungsmodalitäten der Programme, die Formen der Überprüfung und die Wirkungen der Erreichung oder Nichterreichung der Ziele vor.

ART. 46 - FONDS FÜR DIE QUALITÄT DER BETREUUNG.

1. In jeder Region wird ein Fonds für die Vergütung der wie unter Art. 59, Buchstaben B geförderten Einrichtungen eingerichtet.
2. Der Fonds dient der Förderung von organisatorischen und strukturellen Gefügen und qualitativ hohen Betreuungszielen in der Grundversorgung.
3. Die Definition von weiteren Inhalten und der Umsetzungsmodalitäten ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 47 - VISITEN IM AMBULATORIUM UND ZU HAUSE.

1. Die ärztliche Tätigkeit wird in der Arztpraxis oder zu Hause des Kranken, wenn dieser nicht transportfähig ist, durchgeführt.
2. Die Visiten zu Hause und im Ambulatorium werden - bei Vorhandensein von Gesundheitszentren oder komplexen Formen des Zusammenschlusses (territoriale Equipes, Gruppenmedizin), unbeschadet der individuellen Aufgaben und der Individualität des Vertrauensverhältnisses - von den Gruppen selbst organisiert; dabei wird in der Beziehung mit den Betreuten ein mit dem Grundsatz der Betreuungskontinuität und der globalen Versorgung der Person konsequentes Dienstleistungsangebot berücksichtigt.
3. Die Hausvisite muss in der Regel im Laufe desselben Tages durchgeführt werden, falls sie innerhalb von 10 Uhr beantragt wird. Sollte der Antrag nach 10 Uhr eintreffen, muss die Visite innerhalb 12 Uhr des darauffolgenden Tages durchgeführt werden. Für die Organisation des Einganges der Beantragungen der Hausvisiten ist der Arzt für Grundversorgung zuständig.
4. Diese Regelung wird den Betreuten vom Betrieb und vom Arzt für Grundversorgung zur Kenntnis gebracht.
5. Ein dringender Antrag muss innerhalb der kürzest möglichen Zeit erfüllt werden. Hierzu können die Ärzte für die Grundversorgung, die in Formen des Zusammenschlusses tätig sind, die klinische Antwort nach eigenen Organisationsmodalitäten, auch auf der Grundlage der Bestimmungen des Absatzes 2, organisieren.
6. An den Samstagen ist der Arzt nicht zur Tätigkeit im Ambulatorium verpflichtet. Er hat allerdings die Pflicht, die Hausvisiten durchzuführen, die bis 10 Uhr desselben Tages beantragt werden, sowie jene, die am Vortag nach 10 Uhr beantragt und noch nicht durchgeführt wurden.
7. An den Vorfeiertagen gelten dieselben Bestimmungen wie für den Samstag. Für die Ärzte, die ihre Tätigkeit am besagten Wochentag gewöhnlich am Vormittag im Ambulatorium abwickeln, besteht jedoch die Pflicht, ihre Tätigkeit am anfallenden Vorfeiertag am Vormittag im Ambulatorium zu erbringen.
8. Die Regionalen Zusatzverträge können für besondere Versorgungsbedürfnisse weitere und andere Modalitäten der Erbringung der Hausvisiten und des Zuganges zu den Arztpraxen, gebunden an die Erreichbarkeit des Arztes, an die Öffnungszeiten der Arztpraxis und an die Beantragung von Hausvisiten, regeln.

ART. 48 - KONSILIUM MIT DEM FACHARZT.

1. Das Konsilium mit dem Facharzt kann vom Arzt für die Grundversorgung eingeleitet werden, sollte er dies für die Gesundheit des Patienten für nötig erachtet.
2. Es wird persönlich vom Facharzt und vom Arzt für Allgemeinmedizin in den öffentlichen Ambulatorien im territorialen Einzugsgebiet des Betriebes des Patienten abgehalten.
3. Das Konsilium kann nach Genehmigung durch den Betrieb auf begründeten Antrag des Arztes für die Grundversorgung auch zu Hause des Patienten durchgeführt werden.
4. Der Arzt und der Facharzt vereinbaren die Modalitäten und die Zeiten des Konsiliums unter Beachtung der Diensterfordernisse des Betriebes.
5. Sollte es der Facharzt für nötig halten, weitere Informationen zum Patienten in Erfahrung zu bringen, kann er sich mit dem Hausarzt in Verbindung setzen, der zur Zusammenarbeit und zur Bereitstellung aller zweckdienlichen Elemente, in deren Besitz er ist, verpflichtet ist.
6. Die Ärzte, die in komplexen Formen des Zusammenschlusses (territoriale Equipes und Gruppenmedizin) und Territorialen Grundversorgungseinheiten (UTAP) tätig sind, können die Antwort auf den Bedarf an fachärztlichen Leistungen auch in Form des Konsiliums durch direkten Zugang des abhängigen oder vertragsgebundenen Facharztes am Sitz des Zusammenschlusses für die Erbringung der Leistungen oder der für erforderlich erachteten Beratungen organisieren. Unbeschadet der Beachtung der gesetzlich vorgegebenen Standards werden diese Tätigkeiten von den Regionalen Zusatzverträgen geregelt.

ART. 49 - BEZIEHUNG ZWISCHEN DEM HAUSARZT UND DEM KRANKENHAUS.

1. Für eine fortwährende Versorgung seiner Betreuten kennt der Arzt für die Grundversorgung alle Momente der Gesundheitstätigkeit zugunsten seines Betreuten und unterstützt den Kranken beim Zugang zum Krankenhaus. Er kann an der Diagnose-, Behandlungs- und Rehabilitationsphase direkt oder über das Informationssystem teilnehmen. Die lokalen Sanitätsbetriebe haben die Pflicht, dem Vertrauensarzt die Betreuung der Person unterbrechungsfrei auf allen Versorgungspfaden in den betrieblichen, territorialen und Krankenhausdiensten zu gewährleisten. Die Regionen richten die Tätigkeiten der Krankenhausbetriebe analog aus.
2. Die Direktoren der Krankenhausbetriebe oder der Betriebe, in deren Gebiet ein oder mehrere Krankeneinrichtungen vorhanden sind, ergreifen nach Vereinbarung alles Nötigen und nach Anhörung des Betriebsbeirates gemäß Art. 23 und des Sanitätsdirektors im Einverständnis mit dem leitenden Arzt gemäß Art. 61 - auch in Erfüllung der Bestimmungen des Art. 15-decies des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung - die Regelungsmaßnahmen einschließlich der organisatorischen Aspekte, um Folgendes zu gewährleisten:
 - a) den dem Hausarzt gestatteten Zugang zu den Krankeneinrichtungen des Betriebs bei der Einlieferung, während des Aufenthaltes und bei der Entlassung des Patienten;
 - b) die Kommunikationsmodalitäten zwischen Krankenhaus und Hausarzt in Bezug auf den Verlauf des Krankenaufenthaltes und auf die während des Aufenthaltes auftretenden Probleme, auch durch geeignete telematische und informationstechnische Instrumente;
 - c) die Beachtung der über die Verschreibungen von den AIFA-Anmerkungen vorgesehenen Vorschriften, der Bestimmungen über die Befreiung von der Kostenbeteiligung gemäß Ministerialdekret Nr. 329/99 in geltender Fassung und der vom Art. 50 des Gesetzes Nr. 326/2003 vorgesehenen Verschreibungsmodalitäten seitens der Krankenhausärzte;
 - d) die Beachtung der Vorschriften über die direkte Verschreibung der programmierten Kontrollen innerhalb 30 Tagen nach der Entlassung und über die Ticketbefreiung für die beim programmierten Aufenthalt durchzuführenden Untersuchungen.
3. Der Generaldirektor hat dem Hausarzt zu gewährleisten, dass dieser von der Krankenhausabteilung den klinischen Entlassungsbericht mit der Zusammenfassung des Diagnose- und Therapieverlaufs im Krankenhaus sowie die Therapieempfehlungen für die Betreuung des Patienten zu Hause erhält.
4. Wo es von den regionalen und betrieblichen Bestimmungen vorgesehen ist, muss besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass das Krankenhaus die Therapiepackungen - auch für den Start - bei der Entlassung aus dem Krankenhaus aushändigt, um eine Therapieunterbrechung oder den verspäteten Start einer neuen Therapie zu vermeiden.
5. Bei einer Verlegung des Betreuten nach Hause im Sinne einer begleiteten Entlassung vereinbart der Abteilungsleiter mit dem Hausarzt die eventuell erforderlichen unterstützenden Maßnahmen beim Krankenaufenthalt zu Hause - unbeschadet eventueller Zuständigkeiten der Krankenhausabteilung für die direkte Betreuung des Patienten - auch hinsichtlich des Überganges des Patienten zur integrierten oder programmierten Hauspflege.
6. In jedem Fall hat der Arzt für Allgemeinmedizin im Interesse seines Patienten erforderlichenfalls Zugang zu allen öffentlichen Krankenhäusern und konventionierten oder akkreditierten Privatkliniken,

auch um unangemessene Entlassungen zu vermeiden, die zu einer Überlastung der Betreuung zu Hause führen würden.

7. Zur Gewährleistung einer transparenten Zusammenarbeit zwischen den Krankenhausärzten und den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin kann auf Betriebsebene vom Generaldirektor des Sanitätsbetriebs oder Krankenhausbetriebs eine Kommission eingerichtet werden, welche die Generaldirektion unterstützt. Bestehend aus den Ärzten für Allgemeinmedizin, die in den verschiedenen Koordinierungsämtern für Sprengeltätigkeiten tätig sind, aus den Krankenhausärzten und aus leitenden Ärzten des Betriebs hat sie die Aufgabe, eventuelle Ursachen der Misswirtschaft und des Konfliktes in den Beziehungen zwischen Krankenhaus und Territorium zu untersuchen und angemessene Lösungen vorzuschlagen.

8. Auf der Grundlage der regionalen Leitlinien fördert und realisiert der Betrieb im Einvernehmen mit den repräsentativsten Gewerkschaften und mit den Bürgerschutzverbänden alle nötigen Maßnahmen, um die Mechanismen der Aufnahme der Bürger in die Wartelisten für die ordentlichen Krankenhausaufenthalte, für die Wahlaufenthalte und für die Tagesklinikaufenthalte transparent zu gestalten. Er fördert außerdem Kriterien und Bedingungen der gerechten Behandlung bei der Erstellung der Wartelisten für die fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium und im Krankenhaus.

9. Die Zielsetzungen gemäß Absatz 8 werden auch mithilfe der Kommission gemäß Absatz 7 umgesetzt.

10. Weitere Inhalte, Zuständigkeiten und Organisationsmodalitäten für den Zugang des Arztes für die Grundversorgung zu den Krankenhausaufenthaltsstätten werden im Rahmen der Verhandlungen der Regionalen und Betrieblichen Verträge erarbeitet.

ART. 50 - PHARMAZEUTISCHE BETREUUNG UND VORDRUCKE.

1. Die Medikamentenverschreibung erfolgt in Bezug auf Qualität und Menge nach bestem Wissen und Gewissen mit den von der geltenden Gesetzgebung festgelegten Modalitäten unter Beachtung des Gesamtstaatlichen Arzneimittelverzeichnis, wie von Art. 8, Absatz 10 des Gesetzes Nr. 537 vom 24.12.1993 in geltender Fassung klassifiziert.
2. Der Arzt kann die Medikamentenverschreibung auch in Abwesenheit des Patienten vornehmen, wenn er die Visite des Patienten seines Erachtens nicht für erforderlich hält.
3. Im Rahmen der regionalen Zusatzverträge können Erprobungen betreffend die Modalitäten und Verfahren, einschließlich der Mehrfachverschreibung unter Einhaltung der Kostendecken und der einschlägigen nationalen Gesetzgebung vereinbart werden, welche die Obliegenheiten der Ärzte beschleunigen und Unannehmlichkeiten für die Bürger vermindern sowie eine bessere Datenerfassung ermöglichen.
4. Der Arzt hat das Rezept nach den geltenden Gesetzesvorschriften auszufüllen. Eventuelle besondere Modalitäten zur Anmerkung des Rechts oder nicht auf Ticketbefreiung und alles Nötigen, auch in Bezug auf die lokalen Datenerfassungsmethoden, werden in den Regionalen Zusatzverträgen festgelegt.
5. Die Notwendigkeit der Ausgabe von Hilfsmitteln, Spritzen, Diätprodukten und anderen Mitteln wird dem Betrieb ein Mal jährlich vom Arzt für die Grundversorgung vorgeschlagen. Die Ausgabe und die eventuelle Aufteilung werden vom Betrieb nach von der Region festgelegten Organisationsmodalitäten verfügt.
6. Die Medikamentenverschreibung erfolgt in der Regel durch den Arzt für Allgemeinmedizin, vorbehaltlich der regionalen Vorschriften im Sinne des Art. 50 des Gesetzes 326/2003.
7. Die Medikamentenverschreibung und die Verschreibung von fachärztlichen Leistungen auf den Vordrucken des NGD kann nur für die Bürger erfolgen, die das Recht auf die Wahl des Arztes für Allgemeinmedizin ausgeübt haben.

ART. 51 - ANTRÄGE AUF FACHÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN, KRANKENHAUSEINWEISUNGEN ODER ANTRÄGE AUF KURAUFWENTHALTE.

1. Der Hausarzt stellt, falls er es für erforderlich erachtet, den Antrag auf fachärztliche Untersuchungen, Visiten und Leistungen, Krankenhauseinweisungen oder Kuraufenthalte.
2. Dem Antrag auf eine fachärztliche Untersuchung, Leistung oder Visite muss die Diagnose oder der diagnostische Verdacht beigelegt werden. Der Antrag kann auch den Antrag auf fachärztliches Konsilium gemäß Verfahren des Art. 48 enthalten.
3. Der Arzt kann den Antrag oder die Verschreibung der fachärztlichen Untersuchung auch in Abwesenheit des Patienten ausstellen, wenn er eine Visite des Patienten selbst nicht für erforderlich erachtet.
4. Der Facharzt formuliert eine erschöpfende Antwort auf die diagnostische Fragestellung mit dem Vermerk „An den behandelnden Arzt“.
5. Sollte der Facharzt weitere fachärztliche Beratungen oder weitere Untersuchungen für die Antwort auf den Antrag des behandelnden Arztes für erforderlich erachten, stellt er die entsprechenden Anträge direkt auf den Vordrucken aus, die von Gesetz 326/2003 vorgesehen sind.
6. Die Betreuten haben ohne Antrag des behandelnden Arztes zu den öffentlichen Einrichtungen der folgenden Fachrichtungen Zugang: Zahnheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Augenheilkunde begrenzt auf die optometrischen Leistungen, Präventions- und Beratungsdienste.
7. In Bezug auf die Beziehungen mit den Fachärzten erlassen die Betriebe - auch in Umsetzung der vorhergehenden Absätze 5 und 6 und unter Beachtung der Bestimmungen des Gesetzes 326/2003 und der nachfolgenden Durchführungsverordnungen - Bestimmungen für die direkte Verschreibung eventueller Voruntersuchungen auf dem regionalen Rezeptblock vor den instrumentaldiagnostischen Untersuchungen von Seiten des Facharztes, aller nötigen Vertiefungen für die Antwort auf die diagnostische Frage, der Voruntersuchungen vor Krankenhausaufenthalten oder chirurgischen Eingriffen sowie des Antrags der Leistungen, die innerhalb von 30 Tagen ab der Entlassung oder ab dem fachärztlichen Konsilium durchzuführen sind. Nach Verstreichen dieser Frist werden die programmierten Kontrollen vom Arzt für die Grundversorgung vorgeschlagen.
8. Die Vorschriften gemäß vorhergehendem Absatz 7 müssen auch zwecks Anwendung der Abkommen über die Einhaltung des programmierten Ausgabenniveaus beachtet werden.
9. Die ordentliche Krankenhauseinweisung muss mit einem vom behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck (Anhang E) dokumentiert werden, auf dem die Daten des Patienten aus dem persönlichen Gesundheitsblatt enthalten sind.
10. Der Vordruck gemäß Art. 50 wird - vorbehaltlich der Bestimmungen des nachfolgenden Art. 52 - auch für die Bescheinigungen des vorliegenden Vertrags, für die Einweisungen und Kuraufenthaltsvorschläge und für die Beantragung von fachärztlichen Leistungen sowie für die Anträge auf Transport im Krankenwagen verwendet, auf denen der Arzt die Diagnose des Patienten vermerkt.
11. Unter Berücksichtigung der Bestimmungen von Art. 1, Absatz 6 des Ministerialdekrets vom 30. Juni 1997, das im ordentlichen Beiblatt des Amtsblattes Nr. 209 vom 8. September 1997 veröffentlicht wurde,

unterliegen die Voruntersuchungen vor dem programmierten Aufenthalt in öffentlichen oder akkreditierten privaten Einrichtungen, die nicht zum eigenständig vom Arzt für die Grundversorgung eingeleiteten diagnostischen Pfad gehören und direkt auf die vorgesehene DRG zurückzuführen sind, nicht der Verschreibung seitens desselben Arztes auf dem Vordruck des NGD.

ART. 52 - ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG FÜR ARBEITNEHMER.

1. Die Bescheinigungen gemäß Art. 2 des Gesetzes Nr. 33 vom 29. Februar 1980 und gemäß Art. 15 des Gesetzes Nr. 155 vom 23. April 1981 werden vom Vertrauensarzt des Arbeitnehmers in Verwendung der Vordrucke des Anhanges „F“ ausgestellt, vorbehaltlich eventueller Änderungen dieser im Sinne des Art. 2, Absatz 1 des Gesetzes Nr. 33/80. Die Bescheinigung für die Wiedergulassung zur Arbeit der Beschäftigten in der Lebensmittelindustrie gehört zu den Aufgaben gemäß Art. 45, Absatz 2.
2. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die von anderen Ärzten als den Wahlärzten ausgestellt werden - seien es Ärzte im öffentlichen Dienst oder freiberufliche Ärzte -, sind zum Zwecke der Rechtfertigung der Abwesenheit des abhängigen Arbeitnehmers wegen Krankheit gültig, weil sie die Identifikationselemente des Arztes und des Arbeitnehmers sowie die Prognose enthalten, wie es vom INPS-Rundschreiben 99/96 vom 13.5.1996 vorgeschrieben ist.
3. Für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen im Zusammenhang oder abhängig von gesundheitlichen Leistungen, die von anderen Ärzten als den Wahlärzten ausgeführt werden, ist nicht der Vertrauensarzt zuständig, der auch nicht zur Umschreibung verpflichtet ist.

ART. 53 - PROGRAMMIERTE HAUSPFLEGE.

1. Die programmierte Hauspflege, die auch gemäß den auf regionaler Ebene festgelegten Leitlinien und Verfahren erbracht wird, ist wie unter Art. 32, Absatz 2 vorgesehen ein Betreuungsstandard, der dem Bürger vom in die Verzeichnisse eingetragenen Arzt gewährleistet werden muss. Die folgenden Formen der programmierten Hauspflege werden mit Maßnahmen zu Hause gewährleistet:
 - a) integrierte Hauspflege;
 - b) programmierte Hauspflege von nicht im Ambulatorium versorgbaren Patienten;
 - c) stationäre Betreuung für Patienten in geschützten Einrichtungen und Gemeinschaften.
2. Die Betreuung im Rahmen der Einrichtungen gemäß Absatz 1, Buchstaben a) und b) ist von den Protokollen in den Anhängen G) und H) dieses Vertrags geregelt. Diese gelten solange, bis sie durch Protokolle im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge gemäß den Bestimmungen des nachfolgenden Absatzes 3 ersetzt werden. Die stationäre Betreuung gemäß Buchstaben c) unterliegt der Regelung der regionalen Verhandlungsebene.
3. Die Definition der Maßnahmen, der weiteren Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 54 - FORMEN DES ZUSAMMENSCHLUSSES IN DER GRUNDVERSORGUNG.

1. Der vorliegende Artikel regelt die Tätigkeiten der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin im Rahmen der Formen des Zusammenschlusses im Sinne von Art. 8, Absatz 1, Buchstaben e) und f) des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung.

2. Zur:

- a) Vereinfachung der Beziehung zwischen dem Bürger und dem Wahlarzt sowie für eine schlankere Abwicklung der Verfahren des Zuganges zu den betrieblichen Diensten;
- b) Gewährleistung eines höheren Qualitätsgrades und einer größeren Angemessenheit der erbrachten Leistungen, auch anhand der Aktivierung von Ambulatorien für die Überwachung der chronischen Erkrankungen mit hoher Prävalenz, die auf betrieblicher Ebene vereinbart werden;
- c) Realisierung von angemessenen Formen der Betreuungskontinuität und Behandlungskontinuität, auch mit Modalitäten der fachübergreifenden Integration zwischen den Ärzten;
- d) Verfolgung der funktionalen Koordinierung der Tätigkeit der Ärzte für Allgemeinmedizin mit den Diensten und den Tätigkeiten des Sprengels in Übereinstimmung mit dem Programm der Sprengeltätigkeiten und als Bestandteil der eventuell eingerichteten territorialen Equipes gemäß Art. 26;
- e) Realisierung von Formen der besseren Nutzbarkeit und Zugänglichkeit zu den Diensten und Tätigkeiten der Ärzte für Allgemeinmedizin seitens der Bürger, auch durch Einrichtung von mindestens einer Praxis, in der die zusammengeschlossenen Ärzte rotierend vereinbarte Tätigkeiten erbringen;
- f) Verfolgung besserer und qualifizierenderer struktureller, instrumenteller und organisatorischer Standards der beruflichen Tätigkeit;
- g) Teilung und Implementierung von diagnostischen-therapeutischen Leitlinien für die Krankheiten mit höchster Prävalenz und zur Durchführung von periodischen Prüfungen;

können die Ärzte für Allgemeinmedizin untereinander Arbeitsformen des Zusammenschlusses gemäß den in den nachfolgenden Absätzen angeführten Grundsätzen, Arten und Modalitäten vereinbaren und praktizieren.

3. Die in diesem Artikel beschriebenen Formen des Zusammenschlusses gliedern sich in:

- a) Formen des Zusammenschlusses, welche Arbeitsorganisationsmodalitäten und die gemeinschaftliche Verwendung der Strukturen durch mehrere Ärzte vorsehen, um das Betreuungspotenzial eines jedes zu verbessern und auszubauen;
- b) Formen des Zusammenschlusses wie Dienstleistungsunternehmen, auch Genossenschaften, dessen Mitglieder satzungsmäßig permanent mehrheitlich Ärzte für die Grundversorgung und Wahlkinderärzte sind, die in die Verzeichnisse des Betriebes oder der Gemeinden mit mehreren Betrieben eingetragen sind, in denen sie arbeiten und auch die operativen Modalitäten gemäß vorhergehendem Absatz gewährleisten. In jedem Fall können solche Dienstleistungsunternehmen nicht gesundheitliche Leistungen erbringen und gewährleisten ausschließlich Güter und Dienste für die Ärzte.

4. Die Formen des Zusammenschlusses in der Grundversorgung gemäß Buchstaben a) des Absatzes 3

füßen auf den folgenden allgemeinen Kriterien:

- a) der Zusammenschluss ist frei, freiwillig und paritätisch unter den teilnehmenden Ärzten;
- b) das Abkommen, das den Zusammenschluss begründet und das auf der Grundlage der in diesem Artikel definierten Kriterien geschlossen wird, wird frei unter den teilnehmenden Ärzten vereinbart und beim Betrieb und bei der zuständigen Ärztekammer hinterlegt; die am Zusammenschluss teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, den in ihren Verzeichnissen eingetragenen Bürgern die Organisationsformen und -modalitäten des Zusammenschlusses mitzuteilen, auch um die Nutzung der angebotenen Dienste zu erleichtern;
- c) am Zusammenschluss können teilnehmen:
 - Ärzte, welche die Tätigkeit des Vertragsarztes im Sinne des vorliegenden Abschnittes ausüben, und die innerhalb desselben territorialen Wahleinzugsgebietes gemäß Art. 33 des vorliegenden Vertrags im Rahmen der Grenzen des nachfolgenden Buchstabens e) tätig sind;
 - Ärzte für die Betreuungskontinuität;
 - Wahlkinderärzte;
- d) der repräsentative Sitz des Zusammenschlusses ist ein einziger und wird von den Mitgliedern angegeben;
- e) der Zusammenschluss besteht aus mindestens 3 Ärzten der Grundversorgung bis höchstens aus zur in den Absätzen 7, 8 und 9 angegebenen Anzahl. Die Formen des Zusammenschlusses, die aus nur zwei Ärzten bestehen und die bei der Veröffentlichung des vorliegenden Vertrags bereits bestanden, bleiben aufrecht, falls sie von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehen werden und solange die entsprechenden Zusammenschlussbedingungen unverändert bleiben. Die Regionalen Zusatzverträge regeln die Modalitäten und Zeiten für die Anpassung der Formen des aus nur 2 Ärzten bestehenden Zusammenschlusses gemäß den Kriterien des vorliegenden Artikels;
- f) jeder Arzt kann nur an einer der Formen des Zusammenschlusses gemäß nachstehendem Absatz 6 teilnehmen;
- g) vorbehaltlich des Grundsatzes der freien Arztwahl durch den Betreuten und des entsprechenden individuellen Vertrauensverhältnisses verpflichtet sich jeder Teilnehmer des Zusammenschlusses, gemäß Abkommen von Buchstaben b) die eigene Tätigkeit auch für die Betreuten der anderen Ärzte desselben Zusammenschlusses auszuüben, auch durch den gegenseitigen Zugriff auf die informationstechnischen Instrumente jedes Arztes;
- h) im Rahmen des Zusammenschlusses müssen die Modalitäten der Erbringung von Förderungs- und/oder zusätzlichen Leitungen vorgesehen werden, die von den Gesamtstaatlichen, Regionalen und/oder Betrieblichen Verträgen vorgesehen sind;
- i) jeder Arzt, der am Zusammenschluss teilnimmt, garantiert seine Anwesenheit in der Praxis an fünf Tagen in der Woche. Sollte der Arzt mit anderen, vom Gesamtstaatlichen Vertrag vorgesehenen Tätigkeiten beschäftigt sein, wie Konsilien mit Fachärzten, Besuch von Krankenhauspatienten, Betreuung von nicht im Ambulatorium versorgbaren Patienten, Teilnahme an Fortbildungstreffen oder -seminaren, kann diese Anwesenheit auf vier Tage in der Woche begrenzt werden;
- j) unbeschadet der Pflichten gemäß Art. 36 für jeden Arzt müssen die Öffnungszeiten der einzelnen Arztpraxen miteinander koordiniert werden, um insgesamt eine Zugangsverfügbarkeit für mindestens 6 Stunden täglich zu gewährleisten; diese Stunden müssen gleichmäßig auf Vormittage und Nachmittage aufgeteilt werden und müssen den

Bedürfnissen der betreuten Bevölkerung und der effektiven Zugänglichkeit der Praxen Rechnung tragen, auch unter Berücksichtigung der geographischen Bedingungen und der Bestimmungen von Art. 36, Absatz 5. An Samstagen und an Vorfeiertagen muss in Ausdehnung der Bestimmungen von Art. 47, Absatz 6 und unbeschadet der Bestimmungen über die Betreuungskontinuität des Abschnittes III des vorliegenden Vertrags von mindestens einem der Ärzte des Zusammenschlusses die Entgegennahme der Hausvisitenbeantragungen gewährleistet werden, auch durch die Verfügbarkeit von Mitteln und Instrumenten, welche dem Betreuten eine angemessene Kommunikation mit dem Arzt ermöglichen;

- k) die Ärzte des Zusammenschlusses koordinieren ihre eigene Hauspflegetätigkeit so, dass die Kontinuität dieser Betreuungsform sowohl während des Tages als auch in Abwesenheitszeiträumen eines oder mehrerer der zusammengeschlossenen Ärzte gewährleistet wird oder, eventuell, in den Dringlichkeitsfällen unter Beachtung der von diesem Vertrag zur Entgegennahme der Anrufe vorgesehenen Modalitäten;
- l) jedem Arzt des Zusammenschlusses werden die Vergütungen für seine eigenen Betreuten ausgezahlt;
- m) Arztwahländerungen innerhalb des Zusammenschlusses dürfen ohne die vorherige Annahme seitens des neuen Wahlarztes nicht stattfinden, wobei jedenfalls die Möglichkeit für den Bürger erhalten bleibt, eine andere Arztwahl im selben territorialen Einzugsgebiet vornehmen zu können;
- n) innerhalb des Zusammenschlusses kann das Kriterium der internen Rotation für jede Art von Vertretung von weniger als 30 Tagen angewandt werden, auch in Bezug auf die Teilnahme an Kongressen, Fortbildungskurse und an Veranstaltungen des lebenslangen Lernens etc., um eine konstante Verbesserung der Professionalität zu fördern;
- o) die Aufteilung der Arztpraxis-Betriebskosten wird frei zwischen den Mitgliedern des Zusammenschlusses vereinbart;
- p) zwischen den Ärzten des Zusammenschlusses müssen periodische Versammlungen zur Überprüfung der erreichten Ziele und zur Bewertung der Übereinstimmung der Tätigkeit des Zusammenschlusses mit den Zielen der Sprengelplanung vorgesehen werden, auch in Bezug auf die Projekte des programmierten Ausgabenniveaus, an denen sich der Zusammenschluss beteiligt hat;
- q) innerhalb des Zusammenschlusses muss eine Person mit der Funktion der funktionalen und professionellen Schnittstelle - insbesondere in Bezug auf die Bestimmungen des vorhergehenden Buchstaben p) - zum Sprengeldirektor und zum Vertreter der Allgemeinmedizin im Koordinierungsamt für Sprengeltätigkeiten sowie mit den Aufgaben der organisatorischen und deontologischen Vertretung gegenüber dem Betrieb bzw. der Ärztekammer beauftragt werden;
- r) im Falle von Konflikten innerhalb des Zusammenschlusses sind die Schiedsrichter:
 - für die deontologischen Fragestellungen: die Ärztekammer der Provinz;
 - für die vertraglichen Fragestellungen: der Beirat gemäß Art. 24;
- s) der Betrieb überprüft nach Erhalt des Gründungsaktes die Gültigkeitsvoraussetzungen und nimmt diesen innerhalb von 15 Tagen mit Verwaltungsakt des Generaldirektors zur Kenntnis. Die wirtschaftlichen Behandlungen laufen ab Erhalt des Gründungsaktes.

5. Im Sinne der Bestimmungen des Art. 8, Absatz 1, Buchstaben c) des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender

Fassung und unter Berücksichtigung der Vorschriften über den freien Beruf, die vom vorliegenden Vertrag vorgesehen sind, können an den Formen des Zusammenschlusses gemäß nachstehendem Absatz 6 jene Ärzte für die Grundversorgung nicht teilnehmen, die strukturierte Tätigkeiten des freien Berufs für mehr Arbeitsstunden als den im Art. 58, Absatz 5 vorgesehenen ausüben.

6. Die Formen des Zusammenschlusses, die vom Buchstaben a) des Absatzes 3 geregelt sind, sind:

- A. die zusammengeschlossene Medizin;
- B. die vernetzte Medizin;
- C. die Gruppenmedizin.

7. Neben den Bedingungen des Absatzes 4 kennzeichnet sich die zusammengeschlossene Medizin durch:

- a) die territoriale Verteilung der Praxen für die Grundversorgung, die nicht an einen einzigen Sitz gebunden sind, in Übereinstimmung mit der territorialen Gliederung des Sprengels;
- b) die nachmittägliche Schließung eine der Praxen des Zusammenschlusses nicht vor 19:00 Uhr;
- c) die Anzahl der zusammengeschlossenen Ärzte nicht über der Anzahl der Wahlärzte im entsprechenden territorialen Einzugsgebiet gemäß Art. 33 des vorliegenden Vertrags und jedenfalls nicht über 10. Diese Grenze gilt nicht und ist um 4 Einheiten erhöht, wenn im vorgenannten Einzugsgebiet nach der Gründung des Zusammenschlusses eine zu kleine Restzahl von Ärzten übrig ist, um einen neuen Zusammenschluss zu gründen;
- d) die Teilung und Implementierung von diagnostischen-therapeutischen Leitlinien für die Pathologien mit höchster Prävalenz;
- e) die Qualitätsprüfung der Tätigkeiten und der Angemessenheit der Verschreibungen innerhalb des Zusammenschlusses und für die Förderung von einheitlichen Verschreibungsverhaltensweisen, die konsequent mit den vom Zusammenschluss erklärten Zielen sind.

8. Die vernetzte Medizin kennzeichnet sich neben der Beachtung der Bedingungen des Absatzes 4 durch:

- a) die territoriale Verteilung der Arztpraxen für die Grundversorgung, die nicht an einen einzigen Sitz gebunden sind, in Übereinstimmung mit der territorialen Gliederung des Sprengels. Außerdem können ein oder zwei Praxen vorhanden sein, in denen die zusammengeschlossenen Ärzte rotierend die vereinbarten Tätigkeiten abwickeln;
- b) die informationstechnische Verwaltung des persönlichen Gesundheitsblattes durch kompatible Softwareprogramme;
- c) die Vernetzung der Arztpraxen mit Informationssystemen, die den Zugriff auf die Informationen der Betreuten der Mitglieder des Zusammenschlusses ermöglichen;
- d) die Verwendung von telematischen Informations- und Kommunikationssystemen seitens jeden Arztes für die Verbindung mit den Vormerkstellen des Betriebs und die eventuelle Übermittlung der epidemiologischen oder verschreibungstechnischen Daten, falls diese Leistungen von eigenen regionalen und/oder betrieblichen Vereinbarungen geregelt sind, sowie für die Durchführung von Qualitätsprüfungen und der Prüfungen der Angemessenheit der Verschreibungen innerhalb des Zusammenschlusses und für die Förderung von einheitlichen Verschreibungsverhaltensweisen, die mit den vom Zusammenschluss erklärten Zielen konsequent sind;
- e) die nachmittägliche Schließung eine der vernetzten Praxen nicht vor 19:00 Uhr;

f) die Anzahl der zusammengeschlossenen Ärzte nicht über der Anzahl der Wahlärzte im entsprechenden territorialen Einzugsgebiet gemäß Art. 33 des vorliegenden Vertrags und jedenfalls nicht über 10. Diese Grenze gilt nicht und ist um 4 Einheiten erhöht, wenn im vorgenannten Einzugsgebiet nach der Gründung des Zusammenschlusses eine Restzahl von Ärzten übrig ist, die zu klein ist, einen neuen Zusammenschluss zu gründen.

9. Neben den Bedingungen des Absatzes 4 kennzeichnet sich die Gruppenmedizin durch:
- a) den einzigen Sitz der Gruppe, gegliedert in mehrere Arztpraxen, unbeschadet der Möglichkeit, dass einzelne Ärzte in anderen Praxen desselben territorialen Einzugsgebietes tätig sein können, jedoch zu anderen und zusätzlichen Öffnungszeiten als jenen, die am Hauptsitz der Gruppenmedizin vorgesehen sind;
 - b) das Vorhandensein einer Anzahl von Arztpraxen am Sitz der Gruppe, die mindestens der Hälfte der Anzahl der Ärzte der Gruppe selbst entspricht, mit der Möglichkeit der gemischten Verwendung der Praxen, wenn auch zu anderen Uhrzeiten. Die Anzahl der vorgenannten Praxen wird auf die obere Einheit aufgerundet, falls die Berechnung eine Dezimalzahl ergibt;
 - c) die Verwendung von gemeinsamen technologischen und instrumentellen Ausrüstungen für die Betreuungstätigkeit, eventuell auch in gemeinsamen Räumlichkeiten;
 - d) der Einsatz von gemeinsamem Sekretariats- oder Krankenpflegepersonal seitens der Gruppenmitglieder auf der Grundlage einer internen Vereinbarung;
 - e) die informationstechnische Verwaltung des persönlichen Gesundheitsblattes und Vernetzung der einzelnen IT-Ausrüstungen;
 - f) die Verwendung von kompatiblen Softwareprogrammen für die Verwaltung des persönlichen Gesundheitsblattes;
 - g) die Verwendung von telematischen Informations- und Kommunikationssystemen seitens jeden Arztes für die Verbindung mit den Vormerkstellen des Betriebs und die eventuelle Übermittlung der epidemiologischen oder verschreibungstechnischen Daten, falls diese Leistungen von eigenen regionalen und/oder betrieblichen Vereinbarungen geregelt sind, sowie für die Durchführung von Qualitätsprüfungen und der Prüfungen der Angemessenheit der Verschreibungen innerhalb des Zusammenschlusses und für die Förderung von einheitlichen Verschreibungsverhaltensweisen, die mit den vom Zusammenschluss erklärten Zielen konsequent sind;
 - h) die Anzahl der zusammengeschlossenen Ärzte nicht über 8.

10. Die im Sinne des vorliegenden Vertrags vertraglich gebundenen Ärzte für die Grundversorgung können an Formen des Zusammenschlusses gemäß Absatz 3, Buchstaben b) teilnehmen, auch wenn sich alle Ärzte für die Grundversorgung desselben Betriebs an diesen Formen beteiligen sollten, vorbehaltlich der funktionalen Zugehörigkeit für die vertragsgebundenen Aufgaben zu den jeweiligen territorialen Wahleinzugsgebieten.

11. Um als Formen des Zusammenschlusses gemäß Absatz 3, Buchstaben b) der im Sinne des vorliegenden Vertrags vertragsgebundenen Allgemeinmedizin anerkannt zu werden, müssen diese auf den allgemeinen Kriterien des Absatzes 4, Buchstaben a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) fußen; ebenfalls müssen sie die Organisation der Tätigkeit der eigenen zusammengeschlossenen Ärzte gruppenweise für die jeweiligen territorialen Wahleinzugsgebiete und durch die Anpassung dieser Gruppen an die gesetzlichen Bedingungen der Buchstaben c), e), o) und an die vom Absatz 8 vorgesehenen Bedingungen vorsehen.

12. An den Formen des Zusammenschlusses gemäß Absatz 3, Buchstaben b) können Ärzte teilnehmen, die an den unter Buchstaben a) vorgesehenen Zusammenschlüssen teilnehmen; dabei bleiben die entsprechenden Organisationspflichten und wirtschaftlichen Rechte erhalten, vorbehaltlich der Bestimmungen von Buchstaben f) des Absatzes 4 und ohne weiteren Anreiz zur Bildung von Zusammenschlüssen.
13. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge, die mit den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen abgeschlossen werden, können Organisationsformen, zusätzliche Merkmale, ergänzende Tätigkeiten für die Formen des Zusammenschlusses des vorliegenden Artikels ermittelt werden und auch die entsprechenden Zusatzvergütungen definiert werden.
14. Die Ärzte für Allgemeinmedizin können sich - für die Abwicklung der Aufgaben und Erbringung der Leistungen, die vom vorliegenden Vertrag, von Regionalen oder Betrieblichen Verträgen vorgesehen sind, sowie der erlaubten freiberuflichen Tätigkeiten - der Strukturen und Dienstleistungen bedienen, die von den unter Buchstaben b) des Absatzes 3 des vorliegenden Vertrags definierten Unternehmen geliefert werden, insbesondere in Bezug auf:
- a) Sitze der Zusammenschlüsse, Arztpraxen, Polyambulatorien;
 - b) Investitionsgüter;
 - c) Informations-, Bildungs-, Organisations- und Verwaltungsdienste;
 - d) informationstechnische, telematische, EVD- und telemedizinische Dienste;
 - e) Qualitätsprüfungs- und Qualitätssicherungsdienste;
 - f) alle weiteren Güter oder Dienstleistungen, die zur Verfolgung der von der nationalen und regionalen Planung vorgesehenen Betreuungsziele als angemessen erachtet werden, und die im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge ermittelt werden. In jedem Fall ist die Erbringung von gesundheitlichen Leistungen ausgeschlossen.
15. Die einfache Zugehörigkeit zu einer Form des Zusammenschlusses gemäß Buchstaben b) des Absatzes 3 führt für den Arzt nicht zur Zuerkennung eines Anreizes, unbeschadet der Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge, die zum Datum der Veröffentlichung des vorliegenden Vertrags bereits bestehen und im Sinne des DPR Nr. 270/2000 abgeschlossen wurden.
16. Wenngleich die Formen des Zusammenschlusses gemäß vorhergehendem Absatz 3 kein Vertragssubjekt darstellen können, das zur Definition der Betreuungserfordernisse befugt ist, auch in Bezug auf die Art, Menge, Qualität und Modalität der Dienste, die den Betreuten und den Ärzten für Allgemeinmedizin bereit gestellt werden können, was im ausschließlichen Zuständigkeitsbereich der den GKV unterzeichnenden Gewerkschaften bleibt, werden sie als Subjekte anerkannt, die qualifiziert sind, Betreuungsinitiativen und -projekte vorzuschlagen und zu fördern, die der zwischenparteilichen Verhandlung im Rahmen der Regionalen und Betrieblichen Verträge gemäß vorliegendem Vertrag auch mittels des Subjektes gemäß Absatz 4, Buchstaben q) unterbreitet werden können.
17. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Artikels ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 55 - SOZIALE BETREUUNGSMASSNAHMEN.

1. Auf der Grundlage der Kenntnis der anamnestischen Gesamtbildes des Betreuten, das sich aus der langen Beobachtung - auch der familiären Situation - ergibt und sich neben den gesundheitlichen Bedingungen auch auf die sozialen und wirtschaftlichen Umstände bezieht, meldet der Hausarzt erforderlichenfalls den Bedarf an sozialen Betreuungsmaßnahmen bei den vom Betrieb ermittelten Sozialdiensten.

2. Die Natur und Typologie der Maßnahmen, die nach der Meldung gemäß vorhergehendem Absatz getroffen werden, werden bei Bedarf auf der Grundlage eines spezifischen Programms und im Einvernehmen mit dem Hausarzt des Betreuten ergriffen.

ART. 56 - VERBINDUNG MIT DEN DIENSTEN DER BETREUUNGSKONTINUITÄT.

1. Der Hausarzt bewertet nach bestem Wissen und Gewissen, ob es zweckmäßig ist, erläuternde Kurznotizen bei jenen Betreuten zu hinterlassen, deren physisch-pathologischen Bedingungen eventuelle Vorkehrungen bei der Durchführung von dringenden Eingriffen seitens der Ärzte für Betreuungskontinuität auferlegen.
2. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können für die Ärzte für die Grundversorgung eigene Leitlinien vereinbart werden, welche die Merkmale jener Betreuten definieren, für die man zu Hause die erforderliche Dokumentation für eine korrekte gesundheitliche Versorgung seitens der Ärzte für Betreuungskontinuität hinterlassen sollte.
3. Im Falle von Formen des Zusammenschlusses in Equipes oder Grundversorgungseinheiten haben die Ärzte für die Betreuungskontinuität Zugang zu allen betreuungstechnischen Informationen der Betreuten des gesamten Zusammenschlusses; dies gilt von den persönlichen Gesundheitsblättern bis hin zu allen Phasen der eventuellen Versorgungspfade im Bezugssanitätsbetrieb.
4. Alle Ärzte des Zusammenschlusses gemäß Absatz 3 haben die Pflicht, ihre Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen auf dem Gesundheitsblatt des Betreuten zu vermerken, unabhängig davon, ob es in Papierform oder computergestützt geführt wird.

ART. 57 - GELEGENTLICHE VISITEN.

1. Die in die Verzeichnisse eingetragenen Ärzte für die Grundversorgung sind verpflichtet, ihre Tätigkeit in der Form der direkten Betreuung nur für ihre eigenen Betreuten zu leisten, von denen sie zum Wahlarzt gewählt wurden.
2. Dennoch können die Ärzte ihre Tätigkeit auch zugunsten von Bürgern erbringen, welche ausnahmsweise außerhalb ihrer Wohnsitzgemeinde die Leistungen des Arztes in Anspruch nehmen müssen.
3. Die Visiten gemäß Absatz 2 werden direkt vom Betreuten zu den folgenden, allumfassenden Tarifen gezahlt:
 - Visite im Ambulatorium: 15,00 €
 - Hausvisite: 25,00 €
4. Dem Vertragsarzt, der Visiten im Ambulatorium und Hausvisiten zugunsten von ausländischen Bürgern erbringt, die sich vorübergehend in Italien aufhalten und das Pflichtdokument vorweisen, das ihnen das Recht auf gesundheitliche Betreuung zu Lasten des öffentlichen Gesundheitsdienstes verleiht, werden dieselben Vergütungen gemäß vorhergehendem Absatz zuerkannt. In diesem Fall stellt der Arzt dem Eintragungsbetrieb die erbrachten Leistungen in Rechnung; hierfür vermerkt er auf dem Vordruck des Anhangs „D“ die Daten der Gesundheitskarte, den vollen Namen des Anspruchsberechtigten und die Art der erbrachten Leistung.
5. Die Regionen legen unter Beachtung der geltenden Vorschriften und im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge die eventuellen Betreuungsmaßnahmen zugunsten der Personen fest, die gelegentliche Visiten in Anspruch nehmen; sie können die Zahlung der Leistungen an den betroffenen Arzt durch die Betriebe vorsehen. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können weitere und andere Modalitäten der Erbringung und der Vergütung der gelegentlichen Visiten gemäß vorliegendem Artikel ermittelt werden.
6. Bei der Durchführung der gelegentlichen Visiten gemäß vorliegendem Artikel ist der Arzt verpflichtet, den Verschreibungs-/Einweisungsvordruck des NGD gemäß den geltenden Bestimmungen unter Angabe des Wohnsitzes des Betreuten zu verwenden.

ART. 58 - FREIER BERUF.

1. Der freie Beruf wird gemäß den Vorschriften des vorliegenden Artikels ausgeübt.
2. Unbeschadet der Bestimmungen des Art. 19, Absatz 2 und der Regionalen und Betrieblichen Verträge sowie außerhalb des Rahmens der Pflichten, Aufgaben und Funktionen gemäß Art. 29 und 45 des vorliegenden Vertrags ist es dem in die Verzeichnisse eingetragenen Arzt gestattet, freiberufliche Tätigkeiten auch gegenüber den eigenen Betreuten und gegenüber den Betreuten der Ärzte, die eventuell in derselben Form des Zusammenschlusses tätig sind, auszuüben.
3. Als:
 - a) strukturierte freiberufliche Tätigkeit wird jene Tätigkeit definiert, die in organisierter Form und kontinuierlicher Form außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxis für die Vertragstätigkeit, welche einen festgelegten wöchentlichen Stundenaufwand erfordert, abgewickelt wird;
 - b) gelegentliche freiberufliche Tätigkeit wird jene Tätigkeit definiert, die gelegentlich zugunsten des Bürgers und auf dessen Anfrage erbracht wird, in der Regel außerhalb der Öffnungszeiten der Arztpraxis.
4. Zu den Zwecken der eventuellen Einschränkungen der maximalen Betreutenzahl und zur Beachtung der Bestimmungen dieses Vertrags ist der Arzt, der eine strukturierte freiberufliche Tätigkeit ausübt, verpflichtet, innerhalb von 30 Tagen nach dem Beginn die folgenden Modalitäten der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit mitzuteilen:
 - a) Datum des Beginns;
 - b) Standort der Arztpraxis und/oder des Betriebs, bei dem die arbeitsmedizinische Tätigkeit oder eine gleichgestellte Tätigkeit ausgeübt wird;
 - c) Tage und Zeiten der Tätigkeit;
 - d) Leistungen gemäß Absatz 9, die er erbringen wird;
 - e) Erklärung, dass die freiberufliche Tätigkeit in keinerlei Hinsicht die Abwicklung der vertraglichen Verpflichtungen beeinträchtigt.
5. Die strukturierte und gelegentliche freiberufliche Tätigkeit darf die korrekte und punktuelle Erfüllung der Pflichten des Arztes in der Praxis und zu Hause des Patienten nicht beeinträchtigen.
6. Sollte die strukturierte freiberufliche Tätigkeit einen Stundenaufwand von unter 5 Wochenstunden im Rahmen der vom Absatz 5 vorgesehenen Grenzen mit sich bringen, führt sie nicht zur Einschränkung der vom Absatz 4 des Art. 39 festgelegten maximal zulässigen Betreutenzahl.
7. Diese Einschränkung von 37,5 Betreuten pro Stunde wird wirksam, wenn der wöchentliche Stundenaufwand die Stundengrenze von Absatz 6 überschreitet.
8. Die gelegentliche freiberufliche Tätigkeit, die vom Vertragsarzt für die Grundversorgung verübt wird, trägt in keiner Weise zur Einschränkung der maximal zulässigen Betreutenzahl bei.
9. Unbeschadet der Bestimmungen des Art. 19, Absatz 2 können die in die Verzeichnisse eingetragenen Ärzte für die eigenen Betreuten in den nachstehend angeführten Leistungskategorien strukturierte freiberufliche Tätigkeiten abwickeln:
 - a) Leistungen, die nicht in den von den Art. 29 und 45 des vorliegenden Vertrags

- vorgesehenen Aufgaben und Tätigkeiten enthalten sind;
- b) berufliche Leistungen, auch wenn sie den Einsatz von technologischen und instrumentellen, diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln mit sich bringen, die nicht ausdrücklich in den zusätzlichen Leistungen von Anhang D vorgesehen sind und nicht unter die Leistungen fallen, die auf der Grundlage von Versorgungspfaden vergütet werden, welche von regionalen oder betrieblichen Vereinbarungen mit den repräsentativsten Gewerkschaften abgeschlossen werden;
 - c) Leistungen, die während der Nacht, an Vorfeiertagen und an Feiertagen beantragt und geleistet werden;
 - d) fachärztliche Leistungen im Bereich der eigenen fachärztlichen Spezialisierung;
 - e) vom Arzt im Voraus erklärte Leistungen in klinischen Fachbereichen und von denen der Betreute vorab in Kenntnis gesetzt wurde.

10. Der Arzt, der keine zusätzlichen, nicht-obligatorischen Leistungen zu erbringen gedenkt, die von regionalen oder betrieblichen Vereinbarungen auf der Grundlage der Bestimmungen des Art. 14 vorgesehen sind, kann dieselben Tätigkeiten auch nicht als freiberufliche Tätigkeiten für seine eigenen Betreuten ausüben, bei sonstiger Anwendung des Art. 19, Absatz 2 des vorliegenden Vertrags.

11. Zu den Zwecken der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 10 fordert der Betrieb vom Arzt beim Beginn der Projekte gemäß Art. 14 eine entsprechende Erklärung der Verfügbarkeit für die Abwicklung der zusätzlichen Tätigkeiten, die von den spezifisch eingeleiteten Betreuungsprojekten vorgesehen sind.

12. Die Ärzte, die gegenüber ihren Betreuten keine strukturierten freiberuflichen Tätigkeiten ausüben, haben Recht auf den präferenziellen Zugang in Bezug auf die vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Anreize.

13. Im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit kann der Arzt für die Grundversorgung Tätigkeiten zugunsten der integrativen Gesundheitsfonds gemäß Art. 9 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung erbringen.

14. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Artikels ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 59 - WIRTSCHAFTLICHE BEHANDLUNG.

1. In Umsetzung der Bestimmungen von Art. 9 des vorliegenden Vertrags und unter Berücksichtigung, dass der Sprengel die gesundheitlichen und sozio-sanitären Grundversorgungsdienste gewährleisten muss (Art. 3-quater des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung), einschließlich der Betreuungskontinuität anhand der Koordinierung und eines multidisziplinären Ansatzes im Ambulatorium und zu Hause zwischen dem Arzt für die Grundversorgung, den Wahlkinderärzten, den Diensten für die Betreuungskontinuität und den ambulanten fachärztlichen Einrichtungen sowie mit den Krankenhauseinrichtungen und den akkreditierten Einrichtungen außerhalb der Krankenhausebene (Art. 3-quinquies des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung), und dass das „Programm der Territorialen Tätigkeiten“ auch die allgemeinmedizinischen und fachmedizinischen Leistungen und Tätigkeiten gemäß vorliegendem Vertrag und gemäß den Regionalen und Betrieblichen Verträgen umfasst, wie es vom Art. 3-quater des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung vorgesehen ist, gliedert sich die wirtschaftliche Behandlung der Vertragsärzte für die Grundversorgung gemäß Art. 8, Absatz 1, Buchst. d) des vorgenannten Legislativdekret in:

- a) eine gewichtete Kopfquote pro Betreuten gemäß Bestimmungen des Art. 8, die auf gesamtstaatlicher Ebene verhandelt wird;
- b) eine variable Quote zur Erreichung der von der regionalen und/oder betrieblichen Planung vorgesehenen Erbringungs- und Organisationszielen und -standards, einschließlich der zusammengeschlossenen Medizin, der Zulage für die IT-Mitarbeit, der Zulage für den Arztpraxis-Mitarbeiter und der Zulage für das Krankenpflegepersonal;
- c) eine Quote für Dienstleistungen, berechnet auf der Grundlage der Art und des Volumens der Leistungen, die auf regionaler und/oder betrieblicher Ebene vereinbart wird; sie umfasst die zusätzlichen Leistungen, die programmierte Betreuung, die programmierte Hauspflege, die integrierte Hauspflege, die programmierte stationäre Betreuung in den geschützten Einrichtungen und Gemeinschaften, die zusätzlichen Maßnahmen bei begleiteter Entlassung, Leistungen und Tätigkeiten in Gemeinschaftskrankenhäusern oder Alternativeinrichtungen zu Krankenhäusern, informationstechnische Leistungen **ausgenommen jene gemäß Art. 59-bis und 59-ter**, den Besitz und die Verwendung von besonderen strukturellen und instrumentellen Standards, weitere von den Betrieben geforderte Tätigkeiten oder Leistungen.

2. Die Regionalen Zusatzverträge können eventuelle Quoten für Tätigkeiten und Aufgaben zur Ausübung von Funktionen der wesentlichen Betreuungsstandards, die andere sind als jene der Grundversorgung und der dazu gehörenden Leistungen, vorsehen.

3. Die Regionalen Zusatzverträge müssen unter Beachtung der Modalitäten und Zeiten abgeschlossen werden, die von den Art. 4 und 10 des vorliegenden Vertrags vorgesehen sind.

A - KOPFQUOTE.

1. Den Ärzten für Allgemeinmedizin, die mit den Aufgaben der Grundversorgung beauftragt sind, wird ab dem 1.1. **2008** für jeden übernommenen Betreuten eine Jahrespauschalvergütung von **40,05** Euro ausgezahlt.

2. Da die Erhöhung der an das Doktoralter des Arztes gebundenen Kopfquote endet, wird diese begrenzt auf die Ärzte, die beim Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags einen unbefristeten Auftrag innehatten, in eine persönliche, nicht resorbierbare Zulage umgewandelt, die dem Arzt ab dem 1. Januar 2005 als Doktoralter und Betreuungsbelastung zuerkannt wird. Der Betrag dieser persönlichen Zulage wird bestimmt, indem die Gesamtbetreuzahl des Arztes mit dem Tabellenwert multipliziert wird, welcher aus der Kreuzung des Doktoralter des Arztes und der Betreutenbestandsstufen der folgenden Tabelle hervorgeht:

	von 0 bis 13 JJ	von 13 bis 20 JJ	über 20	über 27
bis zu 500 Betreuten	13,73	15,56	17,26	18,46
bis 600	11,50	13,19	14,98	16,21
bis 700	9,10	10,82	12,61	13,83
bis 800	7,54	9,05	10,86	12,10
bis 900	5,96	7,75	9,50	10,75
bis 1000	4,94	6,75	8,53	9,74
bis 1100	4,10	5,91	7,67	8,91
bis 1200	3,42	5,20	6,99	8,23
bis 1300	2,84	4,63	6,43	7,65
bis 1400	2,35	4,15	5,93	7,14
über 1400 Betreute	1,91	3,70	5,49	6,73

3. Die Ärzte gemäß vorliegendem Absatz haben bis zur Beendigung des Vertragsverhältnisses auch im Falle der Versetzung Recht auf die persönliche Zulage, wie sie zum 31.12.2005 berechnet wurde.

4. Ab dem 1. Januar 2004 ist in jedem Sanitätsbetrieb der Fonds für die qualitative Gewichtung der nicht resorbierbaren Kopfquoten gleich 2,03 Euro im Jahr pro Betreuten eingerichtet. Dieser Fonds wird ab dem 31.12.2004 um jährlich 0,55 Euro und ab dem 31.12.2005 um jährlich 0,50 Euro erhöht; die Erhöhungen stammen aus den 50 % der vertraglichen Erhöhungen, die mit Art. 9 des ersten Teils des vorliegenden Vertrags festgelegt wurden.

5. In diesen Fonds fließen auch die persönlichen Zulagen ein, die mit der Zeit wegen Beendigung des Vertragsverhältnisses einzelner Ärzte verfügbar werden.

6. Ab dem 1.1.2004 nehmen alle unbefristet vertragsgebundenen Ärzte für die Grundversorgung im Sinne des vorliegenden Vertrags an der Aufteilung des Fonds für die qualitative Gewichtung der Kopfquoten mittels Zuweisung einer von den Regionalen Zusatzverträgen festgelegten Kopfquote teil.

7. Für das Jahr 2004 und bis zum Abschluss der neuen Regionalen Zusatzverträge wird jedem Arzt, der bereits Inhaber eines unbefristeten Vertragsverhältnisses ist, eine Gewichtungskopfquote von jährlich 2,03 Euro pro Betreuten bis zum 31. Dezember 2004 zu erkannt, von jährlich 2,58 Euro ab dem 1.1.2005 und von jährlich 3,08 Euro ab dem 1.1.2006.

8. Jedem Arzt für die Grundversorgung, der den vertragsgebundenen unbefristeten Auftrag nach dem Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags übernimmt, steht für die ersten 500 übernommenen Betreuten eine jährliche zusätzliche Startkopfquote von 13,46 Euro als Tätigkeitsbeihilfe zu. Keine Startquote ist ab der 500. Betreutenübernahme mehr vorgesehen. Die Ärzte mit einem Betreutenbestand unter 501, die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags Inhaber eines unbefristeten Vertragsverhältnisses sind, können zum Datum des 31.12.2005 für die Behandlung optimieren, die für die neu hinzugekommenen Ärzte vorgesehen ist, falls diese für sie vorteilhafter ist.

9. Für jeden Betreuten über 75 Jahre wird die jährliche Zusatzvergütung von 15,49 Euro, **ab dem 1.1.2008 erhöht um 4,80 Euro**, zuerkannt.

10. Für die minderjährigen Betreuten unter 14 Jahre, die nach dem 02.10.2000 übernommen wurden, wird mit Bezug auf den Betreutenbestand weiterhin die jährliche Zusatzvergütung von 18,08 Euro, **ab dem 1.1.2008 erhöht um 0,87 Euro**, zuerkannt.

B - VARIABLE QUOTE ZUR ERREICHUNG VON ERBRINGUNGS- UND ORGANISATIONSZIELEN UND -STANDARDS

1. Ab dem 01.01.2005 bilden die Quoten, die für die Ärzte für die Grundversorgung bereits zur Förderung:

- a) der Tätigkeit in Formen des Zusammenschlusses
- b) der informationstechnischen Zusammenarbeit
- c) des Arztpraxis-Mitarbeiters
- d) des Krankenpflegepersonals

vorgesehen waren, den Fonds gemäß Art. 46, der in jeder Region auf der Grundlage von 2,99 Euro pro Betreuten/Jahr quantifiziert wird.

2. In jeder Region muss der Fonds gemäß vorhergehendem Absatz um den Betrag der Ressourcen erhöht werden, die bereits zur Ergänzung der vom DPR 270/2000 vorgesehen Höchstgrenzen kraft der geltenden Regionalen Zusatzverträge eingesetzt waren, bezogen auf:

- a) Tätigkeiten in Form des Zusammenschlusses
- b) Arztpraxis-Mitarbeiter
- c) Krankenpflegepersonal.

3. Der Fonds gemäß Art. 46 ist um 2,00 Euro pro Betreuten/Jahr ab dem 1.1.2005 (ehemalige „volle Verfügbarkeit“) erhöht.

4. In Erwartung des Abschlusses der neuen Regionalen Zusatzverträge wird den Ärzten, welche ihre Tätigkeit in Form der Gruppenmedizin und in Form der vernetzten Medizin ausüben, ab dem 01.01.2005, **unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter**, mit den dem Fonds gemäß Art. 46 entnommenen Ressourcen, wie in den vorhergehenden Absätzen 2 und 3 ergänzt, eine jährliche Pauschalvergütung für jeden übernommenen Betreuten von 7,00 Euro bzw. 4,70 Euro zuerkannt; **unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter** wird den Ärzten für die Grundversorgung, welche ihre Tätigkeit in Form der zusammengeschlossenen Medizin ausüben, eine jährliche Pauschalvergütung pro übernommenen Betreuten von 2,58 Euro zuerkannt.

5. In Erwartung der Regionalen Zusatzverträge können in jenen Regionen, in denen die Höchstgrenze der zusammengeschlossenen Medizin, die vom DPR 270/2000 in Höhe von 40 % der Betreuten in der Region gewährleistet wird, überschritten wurde, keine weiteren Zusammenschlüsse in Form der zusammengeschlossenen Medizin mehr gegründet werden.

6. In Erwartung des Abschlusses der neuen Regionalen Zusatzverträge wird den von der Region ermittelten Ärzten für die Grundversorgung, welche einen Arztpraxis-Mitarbeiter beschäftigen, der gemäß Gesamtstaatlichem Vertrag der abhängigen Arbeitnehmer von Praxen eingestellt wurde und/oder von Gesellschaften, Genossenschaften und Dienstleistungsunternehmen bereitgestellt wird oder jedenfalls gemäß spezifischen betrieblichen Genehmigungen eingesetzt wird, mit den dem Fonds gemäß Art. 46

entnommenen Ressourcen, wie in den vorhergehenden Absätzen 2 und 3 ergänzt, ab dem 01.01.2005 **und unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter** eine jährliche Zulage von 3,50 Euro pro Betreuten zuerkannt.

7. In Erwartung des Abschlusses der neuen Regionalen Zusatzverträge wird den von der Region ermittelten Ärzten für die Grundversorgung, welche Krankenpflegepersonal beschäftigen, das gemäß Gesamtstaatlichem Arbeitsvertrag für die Kategorie eingestellt wird und/oder von Gesellschaften, Genossenschaften oder Dienstleistungsunternehmen bereitgestellt wurde oder jedenfalls gemäß spezifischen betrieblichen Genehmigungen eingesetzt wird, mit den dem Fonds gemäß Art. 46 entnommenen Ressourcen, wie in den vorhergehenden Absätzen 2 und 3 ergänzt, ab dem 01.01.2005 **und unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter** eine jährliche Zulage von 4,00 Euro pro Betreuten zuerkannt.

8. Die Vergütungen für die vernetzte Medizin, die Gruppenmedizin und die Zulagen für die Arztpraxis-Mitarbeiter und das Krankenpflegepersonal werden im Umfang und zu den Zeiten gemäß den Absätzen 4, 6 und 7 gezahlt, falls in der Region nicht die jeweiligen Prozentsätze überschritten wurden, die gemessen am gesamten Betreutenbestand der Region wie folgt berechnet werden:

- a) 12 % für die Gruppenmedizin;
- b) 9 % für die vernetzte Medizin;
- c) 40 % für den Arztpraxis-Mitarbeiter;
- d) 8 % für das Krankenpflegepersonal.

9. Sollte zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags der Prozentsatz einer oder mehrerer Ausgabenposten gemäß den Absätzen 4, 6 und 7 über dem im vorhergehenden Absatz 8 vorgesehenen Prozentsatz liegen, werden die insgesamt eingesetzten Ressourcen weiterhin gemäß den geltenden Regionalen Zusatzverträgen verwendet; den betroffenen Ärzten wird auch weiterhin das zuerkannt, was von den besagten Regionalen Zusatzverträgen oder vom DPR 270/2000 vorgesehen ist.

10. Die höheren Ausgaben, die sich aus dem Überschreiten eines oder mehrerer Prozentsätze gemäß Absatz 8 ergeben, werden durch die eventuelle Ressourcenverfügbarkeit infolge der Nichtausschöpfung in Bezug auf die Prozentsätze gemäß Absatz 8 der anderen Einrichtungen der vorhergehenden Absätze 4, 6 und 7 ausgeglichen. In diesem Fall werden die Vergütungen und Zulagen im Umfang und zu den Zeiten ausgezahlt, die von den Absätzen 4, 6 und 7 sowohl für die Einrichtungen, die Gegenstand des Ausgleichs sind, als auch für jene, welche die entsprechenden Prozentsätze überschritten haben, ausgezahlt.

11. Ab dem Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags sind alle Ärzte für die Grundversorgung verpflichtet, ab der Auftragsübernahme in der eigenen Praxis und anhand von informationstechnischer Ausstattung und Softwareprogrammen das persönliche Gesundheitsblatt zu verwalten sowie die Medikamentenverschreibungen (nicht unter 70 %) und die Anträge auf fachärztliche Leistungen zu drucken. Die vorgenannte IT-Ausstattung muss sich mit der Einheitlichen Vormerkstelle verbindbar sein und muss die Datenverarbeitung für epidemiologische Untersuchungen, die Überwachung des Verlaufs der Verschreibungen und die Qualitätsprüfung der Versorgung ermöglichen. Für dieses Zielvorhaben und bis zum Abschluss der Regionalen Zusatzverträge wird mit den dem Fonds gemäß Art. 46 entnommenen Ressourcen, die gemäß den vorhergehenden Absätzen 2, und 3 ergänzt werden, **unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter** eine monatliche Pauschalzulage von 77,47 Euro ausgezahlt.

12. **Unbeschadet der Bestimmungen des Art. 26-ter** wird die Zulage für den Arztpraxis-Mitarbeiter und/oder für das Krankenpflegepersonal jedem Arzt zuerkannt, auch wenn er in zusammengeschlossener

Form tätig ist. Die entsprechenden Arbeitsverträge werden außer bei anderweitigen regionalen Vereinbarungen im Verhältnis zu einem Mindeststundenaufwand für jeden einzelnen Arzt abgeschlossen, wie es die geltende Gesetzgebung vorsieht, und vorbehaltlich anderweitiger Bestimmungen im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge.

13. In Erwartung oder in Ermangelung des Abschlusses der Regionalen Zusatzverträge verfügt jede Region ab dem 1.1.2004 über zusätzliche Fonds in Höhe von 2,03 Euro pro Betreuten/Jahr, die aus den 50 % der vertraglich vereinbarten Erhöhungen gemäß Art. 9 des **GKV vom 23. März 2005** stammen; sie werden eventuell mit den Ressourcen gemäß den vorhergehenden Punkten ergänzt, die im Vorjahr nicht genutzt wurden, und dienen der Durchführung von spezifischen Tätigkeitsprogrammen der klinischen Governance unter Beachtung des programmierten Ausgabenniveaus. Dieser Fonds ist ab dem 31.12.2004 jährlich um 0,55 Euro und ab dem 31.12.2005 jährlich um 0,50 Euro erhöht.

14. In Erwartung oder in Ermangelung des Abschlusses der neuen Regionalen Zusatzverträge bilden diese Fonds eine regionale Kopfquote, die ab dem 1.1.2004 auf alle Ärzte monatlich in Höhe eines Zwölftels der im vorhergehenden Absatz vorgesehenen Quoten verteilt wird.

15. Nach dem Abschluss der neuen Regionalen Zusatzverträge und auf der Grundlage deren Bestimmungen wird diese Quote unter allen Ärzten und gemäß den persönlichen Beiträgen aufgeteilt.

16. Die von den Ärzten für die Grundversorgung zu erreichenden Ziele werden etappenweise und nach Pfaden festgelegt, die zwischen Betrieb und/oder Sprengel und den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen auf der Grundlage der Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge geteilt und vereinbart werden.

17. Die Projekte müssen unter Berücksichtigung des sozialen, epidemiologischen, wirtschaftlichen, finanziellen Bezugscontextes und der Verantwortungsebenen des Ressourcenverbrauchs realisiert werden.

18. Die Projekte müssen angemessene Peer-Reviews und Qualitätsprüfungen vorsehen, damit die einzelnen, von den teilnehmenden Ärzten geplanten Zielerreichungsfortschritte innerhalb der Gruppen bewertet werden können.

C - VARIABLE QUOTE FÜR DIENSTLEISTUNGEN, BERECHNET AUF DER GRUNDLAGE DER ART UND DES VOLUMENS DER LEISTUNGEN, DIE AUF REGIONALER UND/ODER BETRIEBLICHER EBENE VEREINBART WIRD

Sie umfasst zusätzliche Leistungen, die programmierte Betreuung, die programmierte Hauspflege, die integrierte Hauspflege, die programmierte stationäre Betreuung in den geschützten Einrichtungen und Gemeinschaften, die zusätzlichen Maßnahmen bei begleiteter Entlassung, Leistungen und Tätigkeiten in Gemeinschaftskrankenhäusern oder Alternativeinrichtungen zu Krankenhäusern, informationstechnische Leistungen **ausgenommen jene gemäß Art. 59-bis und 59-ter**, den Besitz und die Verwendung von besonderen strukturellen und instrumentellen Standards, weitere von den Betrieben geforderte Tätigkeiten oder Leistungen.

1. In Erwartung des Abschlusses der neuen Regionalen Zusatzverträge steht den Ärzten für die Grundversorgung die Vergütung für die zusätzlichen Leistungen gemäß Tarifverzeichnis des Anhanges D) zu.

2. In Erwartung der neuen Regionalen Zusatzverträge werden den Ärzten für die Grundversorgung die

Vergütungen, wie sie in den beiliegenden Protokollen G) und H) quantifiziert sind, und gemäß Art. 53, Buchst. c) für die programmierten Betreuungsleistungen für Betreute gemäß Art. 53, Buchstaben a) und b), die nicht im Ambulatorium versorgt werden können, auf der Grundlage der Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge ausgezahlt. Das Gesamtausmaß der Ausgaben für die Vergütungen für die vorgenannten Leistungen wird jährlich von den Regionen unter Berücksichtigung der zu erreichenden Ziele, die von den Regionalen Gesundheitsplänen festgelegt werden, und von den nach Abschluss der Regionalen Verträge effektiv erreichten Ziele bestimmt. Die Vergütungen, die dem Arzt für die Leistungen der programmierten Betreuung gemäß beiliegendem Protokoll G) gezahlt werden, können jedenfalls nicht 20 % der monatlichen Vergütungen überschreiten. Anderweitige Regionale Vereinbarungen sind vorbehalten.

D - REGIONALE UND BETRIEBLICHE ZUSATZVERTRÄGE

1. Den Ärzten für die Grundversorgung werden Vergütungen für die stationäre Betreuung gemäß Art. 53, Buchstaben c) ausgezahlt, die mit den im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festgelegten Modalitäten erbracht werden.
2. Für die Abwicklung der Tätigkeit in Zonen, die von den Regionen als sehr benachteiligt oder benachteiligt mit geringer Bevölkerungsdichte identifiziert werden, einschließlich der kleinen Inseln, steht den Ärzten für die Grundversorgung eine jährliche Vergütung im Umfang und mit den Modalitäten gemäß Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge zu.
3. Die Regionalen Zusatzverträge können die Abwicklung von weiteren Tätigkeiten, die Erbringung von spezifischen Leistungen einschließlich des Besitzes von spezifischen Qualitätsanforderungen und die entsprechenden Vergütungen vorsehen.

E - RÜCKSTÄNDE BIENNIUM 2006-2007.

1. Die Rückstände gemäß Tabelle A von Art. 9 werden innerhalb des Monats Juni 2009 ausgezahlt.
2. Die vertraglichen Anpassungen gemäß Tabelle B des Art. 9 müssen innerhalb Juni 2009 gemeinsam mit der Zahlung der entsprechenden Rückstände bezogen auf das Jahr 2009 gemacht werden.
3. Die Rückstände bezogen auf das Jahr 2008, und die sich aus der Anwendung der Tabelle B des Art. 9 ergeben, werden innerhalb Oktober 2009 ausgezahlt.
4. Alle Erhöhungen und die Rückstände gemäß vorliegendem Artikel werden bis zur maximal zulässigen Betreutenzahl des Arztes für die Grundversorgung und des abweichenden Betreutenbestandes, die gemäß Art. 40 des GKV vom 23. März 2005 übernommen werden können, gezahlt.

F - ZAHLUNGSMODALITÄTEN

1. Die Vergütungen gemäß Buchstaben A) werden monatlich in Zwölftel gezahlt, und zwar innerhalb Ende jeden Monats nach dem Monat, in dem die Tätigkeit erbracht wurde.
2. Die Vergütungen gemäß den Buchstaben B) und C) werden monatlich innerhalb des Endes des

zweiten Monats nach dem Monat, in dem die Tätigkeit erbracht wurde, gezahlt.

3. Zu den Zwecken der Korrektheit der Zahlung der Vergütungen an die Ärzte für Allgemeinmedizin werden die Bestimmungen angewandt, die für das von den Betrieben abhängige Personal vorgesehen sind.

4. Die Vergütungsvariationen in Bezug auf die Übergänge zu anderen Doktoraltersstufen des Arztes werden im Jahr 2005 ein Mal getätigt: am 1. Januar, falls die Variation bis zu 30. Juni anfällt, oder am 31. Dezember, falls die Variation zwischen dem 1. Juli und dem 31. Dezember stattfindet.

ART. 59-BIS - INFORMATIONSFLUSS.

1. Ab dem 1. Januar 2009 übermittelt der Arzt für die Grundversorgung seinem Sanitätsbetrieb die in der Folge angeführten Grundinformationen:

- Einweisung wegen festgestellter Diagnose, vermuteter Diagnose oder Probleme (im Feld des roten Rezeptes ist anzugeben, ob die Einweisung empfohlen wurde, dringend oder programmiert ist);
- Zugang zur Arztpraxis, mit oder ohne ärztliche Visite;
- Hausvisiten;
- PPIP (Leistungen mit besonderem medizinischen Aufwand) (auch die Berichte über die Gripeschutzimpfungen für ältere Menschen oder chronisch Kranke);
- Hauspflege (programmiert / integriert);

2. Die Informationen gemäß vorhergehendem Absatz müssen:

- sich auf den einzelnen Fall beziehen (Betreuter, Zugang, Verfahren);
- das Datum (Tag, Monat, Jahr) enthalten, an dem sich der Fall zugetragen hat;
- informatisiert und monatlich innerhalb des 10. (zehnten) Tages des darauffolgenden Monats übermittelt werden.

3. Diese Informationen werden von den Vertragsärzten über das Informationssystem der Betriebe und/oder der Regionen für die Governance-Zwecke des Regionalen Gesundheitsdienstes übermittelt. Diese vom Betrieb verarbeiteten Informationen, die regelmäßig in aufbereiteter Form an die Mitglieder der Betriebs- und Regionalbeiräte übermittelt werden, sind Eigentum des Betriebs und der Ärzte und werden für die Zwecke von gemeinsamen Interesse verwendet.

4. Der Informationsfluss gemäß den vorhergehenden Absätzen kann erst nach einer angemessenen Sicherheitsprüfung der Infrastrukturen sowie nach der Überprüfung der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen eingeleitet werden; seine Übermittlung darf keine technischen und wirtschaftlichen Aufwendungen zu Lasten der Vertragsärzte mit sich bringen.

ART. 59-TER - GESUNDHEITSKARTE UND ELEKTRONISCHES REZEPT.

1. Nach dem effektiven Start des Projektes „Gesundheitskarte - Vernetzung der Ärzte - Elektronisches Rezept“ seitens der Region oder der Autonomen Provinz, das von der nationalen Gesetzgebung und von den Abkommen zwischen dem Staat und der einzelnen Region formalisiert wird, ist der verschreibende Arzt, der ein Vertragsverhältnis mit dem NGD innehat, zur punktuellen Einhaltung der Verpflichtungen gemäß DPCM vom 26. März 2008 verpflichtet, wie es im Sinne von Art. 13-bis, Absatz 5 definiert ist.
2. Bei Nichterfüllung unterliegt der Arzt gemäß vorhergehendem Absatz einer Reduzierung der wirtschaftlichen Behandlung um 1,15 % auf Jahresbasis.
3. Die Nichterfüllung und die Dauer auf Monatsbasis werden anhand der Prüfungen des Systems der Gesundheitskarte dokumentiert.
4. Die Einbehaltung wird vom Sanitätsbetrieb auf die wirtschaftliche Behandlung im Monat nach dem Auftreten der Nichterfüllung angewandt.
5. Nicht angewandt wird die Reduzierung in jenen Fällen, in denen die Nichterfüllung auf technische Ursachen zurückzuführen sind, die nicht mit der Verantwortung des Arztes zusammenhängen und die anhand von Überprüfungen des Systems der Gesundheitskarte beurteilt werden können.
6. Eine eventuelle Berufung seitens des Arztes wird vom Schiedskollegium mit den von Art. 30 vorgesehenen Modalitäten bewertet.

ART. 60 - FÜRSORGE- UND KRANKENVERSICHERUNGSBEITRÄGE.

1. Für die in die Verzeichnisse der Grundversorgung eingetragenen Ärzte wird ein Fürsorgebeitrag zugunsten den zuständigen Fürsorgefonds gemäß Art. 9, Absatz 2, Punkt 6 des Gesetzes Nr. 349 vom 29. Juni 1977 in Höhe von **16,5 %** aller vom vorliegenden Vertrag vorgesehen Vergütungen eingezahlt, einschließlich jener, die sich aus den Regionalen oder Betrieblichen Verträgen ergeben. Davon sind **10,375 %** zu Lasten des Betriebs und **6,125 %** zu Lasten des Arztes.

2. Der Prozentsatz gemäß vorhergehendem Absatz ist ab dem **1.1.2008** wirksam.

2-bis. Unter Beibehaltung der Beitragsquote zu Lasten des Betriebs können die Ärzte gemäß Absatz 1 ab dem 1. Januar 2009 für die Erhöhung der Beitragsquote zu eigenen Lasten um einen gesamten Prozentpunkt bis zu maximal fünf Prozentpunkten optieren. Diese Entscheidung kann höchstens ein Mal im Jahr innerhalb des 31. Januar getroffen werden. Die Quote bleibt in den darauffolgenden Jahren bestätigt, wenn keine Mitteilung der Änderung innerhalb desselben Datums eingeht.

3. Die Beiträge müssen vierteljährlich an die Verwaltungskörperschaft des Fürsorgefonds eingezahlt werden. Dabei sind die Ärzte anzugeben, auf welche sie sich beziehen, sowie die Steuergrundlage, auf welcher sie berechnet werden. Dies hat innerhalb von 30 Tagen nach dem Ablauf des Vierteljahrs zu erfolgen.

4. **Um den wirtschaftlichen Nachteil aufgrund der Belastung durch eine Vertretung bei Krankheit oder Unfall bzw. bei Schwangerschaft und gemäß Bestimmungen des Legislativdekrets 151/2001 auszugleichen, ist zu Lasten des öffentlichen Dienstes eine Aufwendung von 0,36 % (Null Komma sechsunddreißig Prozent) der Vergütungen gemäß Art. 59, Buchstaben A, Absatz 1 für den Abschluss von eigenen Versicherungen vorgesehen. Zur Verbesserung der Versicherungsleistungen und um in die Reihe der versicherten Ereignisse auch die eventuellen wirtschaftlichen Langzeitfolgen einzuschließen, entspricht ab dem 31. Dezember 2009 der Betrag des Fonds gemäß vorhergehendem Absatz 0,72 % der Vergütungen gemäß Art. 59, Buchstaben A, Absatz 1.**

5. **Zu denselben Fälligkeiten, die für die Einzahlung des Fürsorgebeitrages vorgesehen sind, zahlen die Betriebe dem ENPAM den Beitrag gemäß vorhergehendem Absatz 4 für die Versicherungsleistungen.**

6. Die Belastung, die sich aus der gesamten Fürsorgebeitragszahlung und aus der Umsetzung des Absatzes 4 des vorliegenden Artikels ergibt, ist Bestandteil der Vertragskosten, wie es von den gesamtstaatlichen, regionalen und betrieblichen Verhandlungen festgelegt ist.

ART. 61 - BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEM VERTRAGSARZT UND DER SANITÄREN LEITUNG DES BETRIEBS.

1. Für eine korrekte Beziehung zwischen den Ärzten für die Grundversorgung und den lokalen Sanitätsbetrieben in Bezug auf die Kontrolle der korrekten Anwendung der Verträge im Hinblick auf die sanitären Aspekte und auf die Beachtung der vertraglichen Vorschriften ermitteln die Regionen gemäß regionaler Gesetzgebung über die Organisation des Betriebes die Dienste und leitenden Berufsbilder.
2. Die Vertragsärzte gemäß vorliegendem Abschnitt sind verpflichtet, mit den vorgenannten leitenden Strukturen in Bezug auf alles, was von diesem Vertrag vorgesehen ist und geregelt wird, zusammenzuarbeiten.

ABSCHNITT III

BETREUUNGSKONTINUITÄT

ART. 62 - ALLGEMEINE KRITERIEN.

1. Zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität rund um die Uhr und an allen Tagen in der Woche organisieren die Betriebe auf der Grundlage der Sprengelorganisation der Dienste und unter Beachtung der Leitlinien der regionalen Planung die gesundheitlichen Tätigkeiten so, dass die nicht aufschiebbaren Betreuungs- und Versorgungsleistungen auf dem Territorium von 10 Uhr des Vorfeiertages bis 8 Uhr am Tag nach dem Feiertag und von 20 Uhr bis 8 Uhr an allen Werktagen gewährleistet sind.
2. Der Dienst der Betreuungskontinuität richtet sich an die gesamte Bevölkerung jeder Altersklasse des Betriebs auf der Grundlage eines spezifischen Betreuungsstandards. Die Leistungen werden erbracht von:
 - a) Ärzten, deren Vertragsverhältnis wie in den nachstehenden Artikeln dieses Abschnittes beschrieben geregelt ist;
 - b) Ärzten gemäß Buchstaben a), die in Formen des Zusammenschlusses mit den Ärzten für die Grundversorgung für die Betreuten organisiert sind, welche die Arztwahlen in festgelegten territorialen Einzugsgebieten getätigt haben;
 - c) einem einzelnen Vertragsarzt für die Grundversorgung, der im territorialen Einzugsgebiet ansässig ist.

In Bezug auf die Bestimmungen der Buchstaben b) und c) können die Tätigkeiten der Betreuungskontinuität auch in Form eines aktiven Dienstes mit Erreichbarkeit zu Hause gewährleistet werden.

3. Im Rahmen der Tätigkeiten in Equipes, Grundversorgungseinheiten oder anderen Formen des Zusammenschlusses in der Grundversorgung sind den Ärzten für Betreuungskontinuität Funktionen zugewiesen, die mit den allgemeinmedizinischen Tätigkeiten im Rahmen der jeweiligen Funktionen für einen wirksameren Einsatz gegenüber den Gesundheitserfordernissen der Bevölkerung konsequent sind.
4. Die Tätigkeit der Betreuungskontinuität kann funktionell im Rahmen der territorialen Equipes nach einem System der Erreichbarkeit zu Hause oder strukturiert an entsprechend ausgerüsteten territorialen Sitzen auf der Grundlage von eigenen Bestimmungen im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge abgewickelt werden.
5. Im Rahmen der Regionalen Verträge können die Ärzte, die mit der Erbringung des Dienstes der Betreuungskontinuität in einem spezifischen territorialen Einzugsgebiet beauftragt sind, gemäß entsprechenden Modellen organisiert werden, um die institutionellen Tätigkeiten und die Integration zwischen den verschiedenen territorialen Funktionen zu erleichtern.
6. Die Vergütungen werden jedem Arzt, der die Tätigkeit in den Formen gemäß Absatz 2, Buchstaben b) und c) abwickelt, vom Betrieb gezahlt; dies kann auch durch die Zahlung einer auf regionaler Verhandlungsebene definierten zusätzlichen Kopfquote für die übernommenen Betreuten im Verhältnis zu jedem übernommenen Turnus stattfinden, unbeschadet der Bestimmungen der nachstehenden Artikel.

7. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können - zur Gewährleistung der maximalen Effizienz des territorialen Netzes und der Integration mit dem Krankenhaus und zur Beschränkung der Unterbrechung der Kontinuität in den Versorgungspfaden für die Bürger - Mechanismen der synergetischen Operativität zwischen dem Dienst für Betreuungskontinuität und der Notfallmedizin auf dem Territorium vorgesehen werden, um den Kreislauf der Notfallmedizin und der Allgemeinmedizin zu ergänzen.

ART. 63 - ZUTEILUNG DER AUFTRÄGE DER BETREUUNGSKONTINUITÄT.

1. Innerhalb Ende April und Ende Oktober jeden Jahres veröffentlicht jede Region im Amtsblatt gleichzeitig zur Veröffentlichung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete die offenen Aufträge der Betreuungskontinuität, die sich aus der formellen Ermittlung durch die Betriebe ergeben haben. Dies erfolgt nach der Mitteilung an den Betriebsbeirat gemäß Art. 23 zum Datum des 1. März bzw. des 1. September des laufenden Jahres im Rahmen der einzelnen Betriebe.
2. Um die veröffentlichten, offenen Aufträge gemäß Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 1 können sich bewerben:
 - a) die Ärzte, die Inhaber von unbefristeten Aufträgen für die Betreuungskontinuität in - auch verschiedenen - Betrieben der Region sind, welche die offenen Aufträge veröffentlicht hat, oder in - auch verschiedenen - Betrieben anderer Regionen, obgleich sie keine Eintragung in die regionale Rangordnung beantragt haben, sofern sie außerdem seit mindestens zwei Jahren bzw. mindestens drei Jahren ihren Herkunftsauftrag innehaben, und dass sie zum Zeitpunkt der Zuteilung des neuen Auftrags keine andere Tätigkeiten in jeglicher Eigenschaft im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes verüben, mit Ausnahme des unbefristeten Auftrags der Grundversorgung oder Basispädiatrie mit einem Betreutenbestand unter 650 bzw. unter 350. Die Versetzungen sind bis zur Hälfte der verfügbaren Stellen in jedem Betrieb möglich. Die Dezimalzahlen, die sich aus der obigen Berechnung ergeben, werden auf die untere Einheit abgerundet. Bei Verfügbarkeit von nur einer Stelle kann für diese das Recht auf Versetzung ausgeübt werden;
 - b) die Ärzte, die in der regionalen Rangordnung für das laufende Jahr eingetragen sind.
3. Die Anwärter reichen innerhalb von 15 Tagen nach der Veröffentlichung gemäß Absatz 1 bei der Region den Antrag auf Zuteilung eines oder mehrerer der veröffentlichten offenen Aufträge in Übereinstimmung mit dem Schema der Anhänge Q/1 oder Q/ein.
4. Für die Erteilung der offenen Aufträge werden die Ärzte gemäß Buchstaben b) des Absatzes 2 in der Reihung der folgenden Kriterien gestuft:
 - a) Zuweisung der Punktezahl der entsprechenden regionalen Rangordnung;
 - b) Zuweisung von 10 Punkten an jene, die im Betrieb, in dem der Auftrag offen ist, um den sie sich bewerben, zwei Jahre vor dem Ablauf des Einreichtermins des Antrags auf Eintragung in die regionale Rangordnung ansässig waren und dass diese Voraussetzung bis zur Zuteilung des Auftrags erfüllt bleibt;
 - c) Zuweisung von 10 Punkten an die Ärzte, die in der Region mindestens zwei Jahre vor dem Ablauf des Einreichtermins des Antrages auf Eintragung in die regionale Bereichsrangordnung ansässig waren und dass diese Voraussetzung bis zur Zuteilung des Auftrags erfüllt bleibt.
5. Die Rangordnungen gemäß vorhergehendem Absatz 4 werden auf der Grundlage der entsprechenden Punktezahlen formuliert. Neben dem Namen jedes sich bewerbenden Arztes werden der/die offenen Aufträge, um den /die er sich beworben hat, angeführt.
6. Die Region oder ein von ihr mit der Abwicklung der von diesem Artikel vorgesehen Aufgaben beauftragtes Subjekt beruft - per Einschreiben mit Empfangsbestätigung oder Telegramm - alle Ärzte ein, welche die Voraussetzungen für die Zuteilung der veröffentlichten, offenen Aufträge erfüllen. Die

Einberufung ist am vom Regionalassessorat für Gesundheitswesen bezeichneten Sitz vorgesehen und darf erst nach Verstreichen von mindestens 15 Tage nach der Sendung des Einberufungsschreibens stattfinden.

7. Die Region oder ein anderes beauftragtes Subjekt befragt vorzugsweise die Ärzte gemäß Buchstaben a) des vorhergehenden Absatzes 2 auf der Grundlage ihres effektiven Dienstaltes in der Eigenschaft als unbefristeter Beauftragter in der Tätigkeit der Betreuungskontinuität oder im ehemaligen ärztlichen Bereitschaftsdienst bis zum Erreichen der Hälfte der verfügbaren Stellen; erforderlichenfalls befragt sie in der Folge die Ärzte gemäß Buchstaben b) desselben Absatzes 2 auf der Grundlage der Reihung, die sich in Anwendung der Kriterien gemäß vorhergehendem Absatz 4 ergibt, und auf der Grundlage der Bestimmungen gemäß Absatz 7 und 8 des Art. 16 des vorliegenden Vertrags.

8. Das Dienstaltes für die Zuteilung der offenen Aufträge im Sinne des vorhergehenden Absatzes 2, Buchstaben a) wird bestimmt, indem folgende Elemente summiert werden:

- a) das gesamte effektive Dienstaltes in der Betreuungskontinuität oder im ehemaligen ärztlichen Bereitschaftsdienst als unbefristet Beauftragter;
- b) das effektive Dienstaltes in der Betreuungskontinuität oder im ehemaligen ärztlichen Bereitschaftsdienst im Herkunftsauftrag, obwohl dieses bereits im Sinne des Buchstaben a) bewertet ist;
- c) ein Dienstaltes von 18 Monaten wegen interregionaler Versetzungen mit Herkunft aus Betrieben gemäß Art. 64, Absatz 4.

9. Bei gleichem Dienstaltes für die Ärzte gemäß Absatz 2, Buchstaben a) und jener gemäß Absatz 5 des vorliegenden Artikels haben in der folgenden Reihung: das mindere Alter, die Universitätsabschlussnote und das Doktorataltes Vorrang.

10. Das Sich-Nicht-Einfinden gilt als Verzicht auf den Auftrag. Der Arzt, dem es unmöglich ist, sich einzufinden, kann seine Annahme per Telegramm oder Einschreiben mit Empfangsbestätigung erklären. Dabei hat er die prioritäre Reihenfolge für die Annahme der offenen Aufträge, um die er sich beworben hat, anzugeben. In diesem Fall wird ihm der erste verfügbare Auftrag unter den vom sich bewerbenden Arzt angegebenen offenen Aufträgen zugeteilt.

11. Nach der Erledigung der Formalitäten für die Annahme des Auftrags teilt die Region die Akten dem betroffenen Betrieb mit, welcher den unbefristeten Auftrag mit Verwaltungsakt des Generaldirektors endgültig erteilt. Dies wird dem betroffenen Arzt per Einschreiben mit Empfangsbestätigung unter Angabe des Termins des Tätigkeitsbeginns, ab dem die rechtlichen und wirtschaftlichen Wirkungen laufen, mitgeteilt.

12. Der Arzt, der den Auftrag angenommen hat, muss dem betroffenen Betrieb eine Ersatzerklärung der beeideten Bezeugungsurkunde übermitteln, die bestätigt, ob zum Datum der Einreichung des Antrags ein abhängiges Arbeitsverhältnis, auch prekärer Natur, Pensionsbezüge oder Unvereinbarkeitspositionen gemäß Schema des Anhanges „L“ bestanden haben. Die Unvereinbarkeitsituation muss jedenfalls mit der endgültigen Erteilung des Auftrags enden.

13. Stammt der beauftragte Arzt aus einer anderen Region, teilt der Betrieb dem Assessorat für Gesundheitswesen der Herkunftsregion und jenem der Wohnsitzregion, falls diese nicht übereinstimmen, die erfolgte Erteilung des Auftrags zwecks Überprüfung von eventuellen Unvereinbarkeiten und zu den Zwecken des nachstehenden Absatzes 16 mit.

14. Die Region kann nach Anhörung des Regionalbeirates gemäß Art. 24 und unter Beachtung der

vorhergehenden Absätze Verfahren zur Entbürokratisierung und zur Kürzung der für die Auftragserteilung nötigen Zeiten anwenden.

15. Der Arzt, der den Auftrag im Sinne des vorliegenden Artikels angenommen hat, ist aus der regionalen Rangordnung oder Bereichsrangordnung für die Betreuungskontinuität, falls vorhanden, für das laufende Jahr gelöscht.

16. Der Arzt, der bereits Auftragsinhaber ist und sich für die Erteilung eines offenen Auftrags in Versetzung bewirbt, wird im Falle der Zuteilung des Herkunftsauftrags enthoben.

ART. 64 - OPTIMALES VERHÄLTNIS.

1. Um den Dienst für Betreuungskontinuität in den einzelnen Betrieben korrekt und effizient zu programmieren, definieren die Regionen - auch auf der Grundlage ihrer eigenen oro-geographischen, wohntechnischen und organisatorischen Merkmale - den Bedarf an Ärzten für Betreuungskontinuität jedes einzelnen Sanitätsbetriebs. Dieser Bedarf wird nach einem optimalen Verhältnis zwischen den diensthabenden Ärzten und der Wohnbevölkerung bestimmt.
2. Zu den Zwecken der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 1 wird die Anzahl der Ärzte, die in die Dienste für Betreuungskontinuität jedes Sanitätsbetriebs aufgenommen werden können, aus dem Bezugsverhältnis von 1 Arzt pro 5.000 ansässige Einwohner errechnet.
3. Die Regionen können für spezifisch festgelegte Versorgungsbereiche ein anderes Arzt-/Bevölkerungs-Verhältnis bestimmen. Die ansteigende oder abfallende Variabilität dieses Verhältnisses muss im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge vereinbart werden. Diese Variabilität kann das im Absatz 2 vorgesehene Verhältnis jedenfalls nicht um 30 % übersteigen.
4. Die Betriebe, welche über mehr Ärzte im Dienst für Betreuungskontinuität im Vergleich zum optimalen Verhältnis verfügen, wie es unter Absatz 2 definiert ist (unter Berücksichtigung der Variationen gemäß Absatz 3), können keine weiteren Aufträge erteilen, bis dieses Verhältnis wieder erreicht ist.
5. Im Rahmen der Betrieblichen Durchführungsverträge werden innerbetriebliche Mobilitätskriterien festgelegt.

ART. 65 - STUNDENHÖCHSTGRENZEN.

1. Der unbefristete Auftrag der Betreuungskontinuität wird für einen Wochenstundenaufwand von 24 Stunden erteilt.
2. Den Ärzten für Betreuungskontinuität, die Inhaber eines 24-Stunden-Auftrags sind, welche die Tätigkeit in Formen des Funktionalen Zusammenschlusses und mit korrelierten Betreuungsprojekten, die im Rahmen der Regionalen und Betriebliche Verträge definiert werden, ausüben, werden weitere 4 Stunden für institutionelle, nicht-nächtliche Tätigkeiten zugewiesen, auch verbunden mit zusätzlichen Leistungen, die nicht zur Erreichung der Stundenhöchstgrenze beitragen. Davon unbeschadet sind die geltenden einschlägigen Regionalen Zusatzverträge.
3. Die Ärzte, die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags bereits für eine Anzahl von Wochenstunden gleich oder unter 12 beauftragt sind, behalten diesen Auftrag auch in Abweichung vom vorhergehenden Absatz 1 bei. Sie sind jedoch verpflichtet, sich um die Stundenerhöhung zu bewerben, falls im Betrieb offene Stundenaufträge entstehen sollten. Die Verweigerung, den Stundenaufwand auf mindestens 24 Wochenstunden zu ergänzen, führt zum Verlust des Auftrags.
4. Im Falle der Organisation des Dienstes im Form von strukturierten Zusammenschlüssen der Grundversorgung oder in Territoriale Grundversorgungseinheiten (UTAP) wird der Auftrag in der Regel für 38 Wochenstunden erteilt, davon 14 untertags an Werktagen.
5. Der 38-Wochenstunden-Auftrag führt zur Ausschließlichkeit des Verhältnisses. Er kann nicht einem Arzt erteilt werden, der unbefristet als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Wahlkinderarzt beauftragt ist, unabhängig seines Betreutenbestandes, falls er nicht gleichzeitig auf diese Aufträge verzichtet. Der 24-Wochenstunden-Auftrag kann nur erteilt werden, wenn der Betreutenbestand gleich oder weniger als 650 bzw. 350 beträgt.
6. Die Beendigung des Auftrags wegen Erreichen der Betreutengrenze von Absatz 5 für Ärzte, die einen Auftrag für Betreuungskontinuität innehaben, hat Wirkung ab dem sechsten Monat nach jenem, an dem die Betreutengrenze überschritten wird.
7. Zu den Zwecken des vorhergehenden Absatzes 6 ist der Betrieb verpflichtet, dem Arzt das Erreichen der vom Absatz 5 vorgesehenen Betreutengrenze im Monat mitzuteilen, in dem diese Situation eintritt, wie auch die Folgen des Erreichens dieser Grenze (Beendigung des Auftrags für Betreuungskontinuität).
8. Vor der Einleitung des Veröffentlichungsverfahrens für eventuell offene Aufträge werden die verfügbaren Stunden im Betrieb den Ärzten mitgeteilt, die bereits Inhaber eines unbefristeten Auftrags mit weniger als 24 Wochenstunden sind. Sie werden bis zum Erreichen der Stundenhöchstgrenze in der Reihenfolge des Beauftragungsalters im selben Betrieb, des Doktoralters und des jüngeren Lebensalters zugeteilt.
9. Der Gesamtstundenaufwand des unbefristeten Auftrags der Betreuungskontinuität, summiert mit dem Stundenaufwand aus anderen vereinbarten Tätigkeiten, darf 38 Wochenstunden nicht überschreiten.
10. Der Arzt, der Inhaber eines unbefristeten Auftrags der Betreuungskontinuität ist und auch ein Vertragsverhältnis der Grundversorgung oder Basispädiatrie mit bis zu 350 bzw. 150 Betreuten besitzt, kann strukturierte freiberufliche Tätigkeiten bis maximal 8 Wochenstunden ausüben.

11. Der Arzt verliert den Auftrag, wenn:
 - a) eine Unvereinbarkeitssituation auftritt;
 - b) er die Stundenerhöhung im Sinne des vorhergehenden Absatzes 3 verweigert;
 - c) er die Stunden der vereinbarten Tätigkeiten im Sachverhalt von Absatz 9 nicht verringert.
12. Zu den Zwecken der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 11 beanstandet der Betrieb dem Arzt die Unvereinbarkeitssituation innerhalb von 30 Tagen nach der Erfassung und legt auf der Grundlage der Verfahren von Art. 30 die Beendigung des Vertragsverhältnisses fest.
13. Die Bestimmungen von Absatz 11 werden ab dem ersten Tag des Monats nach dem Monat angewandt, an dem der Betrieb dem Arzt die Beendigung des Vertragsverhältnisses mitgeteilt hat.
14. Die Regionalen Zusatzverträge regeln die Modalitäten, mit denen die Betriebe - ausnahmsweise und aus außerordentlichen Erfordernissen zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität und zeitlich begrenzt - eventuelle Tätigkeitsstunden zuweisen können, die über den wöchentlichen Stundenaufwand des Auftrags hinausgehen, ausgenommen die Stunden gemäß Absatz 2.

ART. 66 - FREIER BERUF.

1. Der freie Beruf kann außerhalb der Dienststunden ausgeübt werden, und sofern er die korrekte und punktuelle Abwicklung der vertraglichen Aufgaben nicht beeinträchtigt.
2. Der Arzt, der freiberufliche Tätigkeiten ausübt, muss dem Betrieb eine eigene Erklärung in Übereinstimmung mit Absatz 1 ausstellen.
3. Im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit kann der Arzt für Betreuungskontinuität Tätigkeiten zugunsten der integrativen Gesundheitsfonds gemäß Art. 9 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung ausüben.
4. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Artikels sind gemäß Bestimmungen des Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 67 - AUFGABEN DES ARZTES.

1. Der Arzt für Betreuungskontinuität gewährleistet den ansässigen Bürgern die nicht aufschiebbaren gesundheitlichen Leistungen auf dem Territorium seiner Dienststelle. Bei strukturierten Formen des Zusammenschlusses für die Grundversorgung und bei in Equipes organisierten Tätigkeiten wird die Betreuungskontinuität für die Wohnbevölkerung erbracht, welche die Ärzte, die zum Zusammenschluss gehören, gewählt haben.
2. Der Arzt für Betreuungskontinuität muss ab seinem Turnusbeginn an dem vom Betrieb zugewiesenen Sitz oder anhand der anderen spezifischen Modalitäten, die für die Equipes, die Territorialen Grundversorgungseinheiten (UTAP) oder andere Formen des Zusammenschlusses in der Primärversorgung vorgesehen sind, aktiven Dienst leisten. Er muss bis zum Turnusende zur Verfügung bleiben, um die Maßnahmen zu Hause oder auf der Territorium zu erbringen.
3. In Bezug auf das Krankheitsbild, das vom Dienstnutzer oder von der Notrufzentrale beschrieben wird, führt der Arzt alle für angemessen erachteten Maßnahmen durch, die von nationalen oder regionalen Leitlinien als solche anerkannt sind. Den betrieblichen Anweisungen zufolge kann der Arzt bei besonderen Erfordernissen oder dort, wo es die strukturellen Bedingungen ermöglichen, die im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festgelegten ambulanten Leistungen erbringen.
4. Im Rahmen der Tätigkeiten in Equipes, in Territorialen Grundversorgungseinheiten (UTAP) oder anderen organisatorischen Formen der Primärversorgung können mit regionalen Vereinbarungen Triage-Formen erprobt werden, um die angemessensten Antworten der Betreuungskontinuität bereitzustellen.
5. Die Nachtturnusse und Feiertagsturnusse dauern 12 Stunden; die Turnusse an Vorfeiertagen 10 Stunden.
6. Auf Betriebsebene werden für die Organisation der Arbeitszeiten die Modalitäten der Tätigkeitsausübung festgelegt, auch zu den Zwecken der psychophysischen Erholung des Arztes, vor allem in den Sommermonaten.
7. Die Anrufe der Dienstnutzer müssen aufgezeichnet und zu den Akten genommen werden. Die Aufzeichnungen müssen folgende Daten enthalten:
 - a) Vorname, Zuname, Alter und Adresse des Betreuten;
 - b) Personalien des Anrufenden und eventuelle Beziehung zum Betreuten (falls es verschiedene Personen sind);
 - c) Uhrzeit des Anrufs und eventuelle verdächtige Symptome;
 - d) Uhrzeit der Maßnahme (oder Begründung der nicht durchgeführten Maßnahme) und Art der beantragten und durchgeführten Maßnahme.
8. Für die erbrachten Leistungen hat der diensthabende Arzt zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität durch den Wahlarzt das Informationsformular (Anhang „M“) in zweifacher Kopie auszufüllen. Eine Kopie ist für den Hausarzt bestimmt (oder für die gesundheitliche Einrichtung im Falle einer Einlieferung) und muss dem Betreuten ausgehändigt werden; die andere Kopie wird zu den Dienstakten gelegt.
9. Der Arzt verwendet - nur zugunsten der eingetragenen Betreuungsberechtigten, auch ohne Gesundheitsdokument - einen eigenen Rezeptblock mit der Aufschrift „Dienst für Betreuungskontinuität“.

Der Rezeptblock wird vom Betrieb für die Einweisungen, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für die Arbeitnehmer für maximal 3 Tage, für die Medikamentenverschreibungen für eine nicht aufschiebbare Therapie auf der Grundlage des Rezeptverzeichnisses gemäß Gesetz 326/2003 und gemäß den einschlägigen geltenden Bestimmungen verwendet.

10. Der Arzt im aktiven Dienst muss bis zur Ankunft des Arztes, der der Dienst übernimmt, anwesend sein. Dem Arzt, der gezwungen ist, über das Turnusende hinaus zu bleiben, auch aus Dienstverpflichtungen, stehen die normalen Vergütungen zu, ins Verhältnis gesetzt mit der verlängerten Dienstdauer, die im entsprechenden Maße zu Lasten des verspäteten Arztes einbehalten werden.

11. Sollte es der Arzt für Betreuungskontinuität für nötig erachten, alarmiert er direkt den Dienst für Notfallmedizin auf dem Territorium.

12. Der Arzt für Betreuungskontinuität kann bei der Durchführung der geforderten Maßnahme auch die zusätzlichen Leistungen gemäß Tarifverzeichnis des Anhanges D erbringen, die eine unmittelbare Angemessenheit der Betreuung und eine mindere Inanspruchnahme des fachärztlichen Einsatzes und/oder des Krankenhauses gewährleisten.

13. Die Leistungen gemäß vorhergehendem Absatz 12 werden zusätzlich zur geschuldeten Stundenvergütung entlohnt.

14. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge und auf der Grundlage der Bestimmungen des Art. 32 wird die Betreuungskontinuität für die nicht ansässigen Bürger in Ortschaften mit dem größten Touristenzustrom organisiert.

15. Bei der Abwicklung der Tätigkeiten gemäß vorhergehendem Absatz ist der Arzt verpflichtet, den Verschreibungs-Einweisungs-Vordruck des NGD gemäß den geltenden Bestimmungen unter Angabe des Wohnsitzes des Betreuten zu verwenden.

16. Außerdem gehören zu den Pflichten und Aufgaben des Arztes:

a) die Erstellung der Pflichtbescheinigungen wie: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Schichtarbeiter, Bescheinigung der Wiederzulassung zur Arbeit der Beschäftigten in der Lebensmittelindustrie, wo vorgesehen;

b1) die Teilnahme an den Funktionalen Zusammenschlüssen und Gesundheitszentren (UCCP) gemäß Art. 26-bis und 26-ter mit besonderem Verweis auf die Betreuungskontinuität in den geschützten Einrichtungen und in den Hauspflegeprogrammen;

b2) die Erfüllung der Bestimmungen des Art. 59-ter;

c) die Entwicklung und Verbreitung der Gesundheitskultur und der Kenntnis des Nationalen Gesundheitsdienstes in Bezug auf die Themen gemäß Art. 45, Absatz 4;

d) die persönliche direkte Benachrichtigung des Arztes für die Grundversorgung, zu dessen Betreutenbestand der Betreute gehört, über die besonders komplexen Fälle, die im Laufe der Maßnahmen erfasst wurden, zusätzlich zu den Bestimmungen des Art. 69;

e) die Feststellung des eingetretenen Todes.

17. Der Arzt für Betreuungskontinuität nimmt an den von den Regionalen und Betrieblichen Verträgen vorgesehenen Tätigkeiten teil. Für diese Tätigkeiten werden zusätzliche variable Vergütungsquoten vorgesehen, analog zu jenen der anderen, daran teilnehmenden Ärzten für Allgemeinmedizin. Diese Tätigkeiten dienen - in Übereinstimmung mit dem allgemeinen Rahmen des vorliegenden Vertrags - vorwiegend der Förderung der Integration der verschiedenen, in der Allgemeinmedizin tätigen

Berufsbilder, auch durch die Regelung eventueller ambulanter Tätigkeiten.

18. Mit den Regionalen und Betrieblichen Verträgen werden die zusätzlichen Aufgaben und die Teilnahmemodalitäten des Arztes für Betreuungskontinuität an den Tätigkeiten ermittelt, die in den territorialen Equipes, in den Grundversorgungseinheiten und in den anderen Organisationsformen der Grundversorgung vorgesehen sind.

ART. 68 - ZUSTÄNDIGKEITEN DER BETRIEBE.

1. Der Betrieb hat dem Arzt für Betreuungskontinuität die Medikamente und das Material für die Ausführung des Dienstes auf der Grundlage des entsprechenden, im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge definierten Protokolls bereitzustellen.
2. Der Betrieb garantiert auch, dass die Dienststellen mit geeigneten Räumlichkeiten und angemessenen Sicherheitsmaßnahmen für die Pause und Rast der Ärzte sowie mit Sanitäreinrichtungen ausgestattet ist.
3. Der Betrieb organisiert nach Anhörung der betroffenen Ärzte die Turnusse und weist nach Anhörung der Provinzialkomitees für öffentliche Ordnung und Sicherheit in Bezug auf die Anwendung des Lgs.D. 626/94 die Dienststellen sowie erforderlichenfalls die Turnusverstärkung zu.
4. Der Betrieb sorgt auf der Grundlage einer regionalen Vereinbarung auch:
 - a) für die Verfügbarkeit der Dienstfahrzeuge, wenn möglich mit Mobiltelefon und Kennzeichen für die Erkennbarmachung als Rettungsfahrzeuge;
 - b) für die Gewährleistung einer angemessenen Anrufaufzeichnung auf magnetischen oder digitalen Datenträgern in den Dienststellen;
 - c) für die Gewährleistung der angemessenen Führung und Aufbewahrung der Register der Ein- und Ausgänge der Medikamente, der sanitären Hilfsmittel und der anderen Materialien, die den Ärzten für Betreuungskontinuität zur Verfügung gestellt werden.
5. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge werden die Zuständigkeitsbereiche der Betriebe im Falle der Aktivierung der Betreuungskontinuität innerhalb der Territorialen Grundversorgungseinheiten (UTAP), der territorialen Equipes und der anderen strukturierten Organisationsformen der Primärversorgung festgelegt.

ART. 69 - BEZIEHUNGEN MIT DEM VERTRAUENSARZT UND DEN GESUNDHEITLICHEN EINRICHTUNGEN.

1. Für eine korrekte Beziehung zwischen den Ärzten für Betreuungskontinuität und den lokalen Sanitätsbetrieben in Bezug auf die Kontrolle der korrekten Durchführung der Verträge hinsichtlich der gesundheitlichen Aspekte und der Einhaltung der darin enthaltenen Vorschriften ermitteln die Regionen - abhängig von der regionalen Gesetzgebung in Bezug auf die Betriebsorganisation - die Dienste und die diesen vorstehenden leitenden Berufsbilder.
2. Die Vertragsärzte gemäß vorliegendem Abschnitt sind verpflichtet, mit den vorgenannten leitenden Einrichtungen in Bezug auf alles, was von diesem Vertrag vorgesehen und geregelt wird, zusammenzuarbeiten.
3. Der diensthabende Arzt interagiert zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität und für eine effiziente Integration der auf dem Territorium tätigen Gesundheitsberufe mit dem Vertrauensarzt und mit den betrieblichen Einrichtungen auf der Grundlage der im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge festzulegenden Modalitäten.
4. In Erwartung der Festlegung der Verfahren gemäß den vorhergehenden Absätzen dieses Artikels durch die Regionen sowie der Modelle der beruflichen Interaktion hat der diensthabende Arzt - zur Gewährleistung der Betreuungskontinuität für den Wahlarzt - das Informationsformular (Anhang „M“) in zweifacher Kopie auszufüllen. Eine Kopie ist für den Hausarzt bestimmt (oder für die gesundheitliche Einrichtung im Falle einer Einlieferung) und muss dem Betreuten ausgehändigt werden; die andere Kopie wird zu den Dienstakten gelegt.
5. Auf der für den Dienst bestimmten Kopie muss bei Möglichkeit vermerkt werden, ob der Dienstanutzer aus einer anderen Region oder aus einem ausländischen Staat stammt.
6. Auf dem Formular müssen kurz die folgenden Informationen angegeben werden: die Symptomatik der betroffenen Person, die eventuell vermutete oder festgestellte Diagnose, die verschriebene oder durchgeführte Therapie und - gegebenenfalls - die Begründung der Einweisung und jede weitere erforderliche Beobachtung.
7. Ebenfalls werden die Maßnahmen gemeldet, die keine Merkmale der Unaufschiebbarkeit aufweisen.

ART. 70 - VERTRETUNGEN UND PROVISORISCHE AUFTRÄGE.

1. Der Arzt, der den Dienst nicht verüben kann, muss den vom Betrieb angegebenen Verantwortlichen davon informieren. Dieser sorgt für die Vertretung gemäß den in den nachfolgenden Absätzen beschriebenen Verfahren.
2. Die Regionalen Verträge können - in der Erwartung der Aktivierung der komplexen Formen des Zusammenschlusses wie Equipes, Gesundheitszentren oder Territoriale Grundversorgungseinheiten (UTAP) - Koordinatoren der Ärzte der Betreuungskontinuität in einem spezifischen territorialen Einzugsgebiet und mit Schnittstellenfunktionen mit dem Betriebsleiter vorsehen, auch zu den Zwecken der Bestimmungen des vorliegenden Artikels und des Absatzes 5 des Artikels 62.
3. Bis zur Abwicklung der Verfahren für die Erteilung der unbefristeten Aufträge gemäß Art. 63 kann der Betrieb provisorische Aufträge unter Beachtung der Fristen und Verfahren gemäß den nachstehenden Absätzen erteilen.
4. Für Vertretungen über 9 Tage erteilt der Betrieb den Vertretungsauftrag gemäß der Reihenfolge in der betrieblichen Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15, Absatz 12 oder, in Ermangelung, in der geltenden regionalen Bereichsrangordnung mit Vorrang für die im Territorium des Betriebs ansässigen Ärzte.
5. Sollte es nicht möglich sein, den Dienst gemäß den Verfahren des vorhergehenden Absatzes zu gewährleisten, kann der Betrieb im Sinne des Absatzes 14 des Art. 65 mit den beauftragten Ärzten eine Erhöhung des Stundenwochenaufwandes über die 24-Stunden-Höchstgrenze hinaus und bis zur maximal zulässigen Grenze von 38 Stunden vereinbaren.
6. Sollte die Anwendung der Verfahren gemäß Absatz 4 und Absatz 5 nicht möglich sein, können im Sinne des Gesetzes 448/2001, Art. 19, Absatz 11 - zum alleinigen Zweck der Gewährleistung des Dienstes in den Fällen der mangelnden Verfügbarkeit - für nicht länger als drei Monate im Jahr Ärzte beauftragt werden, die nicht in der geltenden regionalen Rangordnung eingetragen sind.
7. Unter mangelnder Verfügbarkeit gemäß vorhergehendem Absatz versteht sich der Mangel an Ärzten aufgrund von:
 - a) Verzicht seitens der in die geltende Bereichsrangordnung eingetragenen Ärzte;
 - b) Erreichen der maximal zulässigen Grenze von 38 Wochenstunden durch die bereits beauftragten Ärzte des Dienstes.
8. Der Vertretungsauftrag kann für einen Zeitraum bis zwölf Monaten auf der Grundlage der Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge zugewiesen werden. Ein weiterer Auftrag kann demselben Arzt auf der Grundlage der Bestimmungen des Absatzes 11 des vorliegenden Artikels erteilt werden.
9. Der provisorische Auftrag endet beim Ablauf oder bei der - auch vorzeitigen - Rückkehr des den unbefristeten Auftrag innehabenden Arztes oder infolge der Erteilung eines unbefristeten Auftrags an den betroffenen Arzt.
10. Sollte es erforderlich sein, einen provisorischen Auftrag fortzusetzen, werden die nachfolgenden Aufträge dem nächsten Arzt in der Verfügbarkeitsrangordnung oder, falls vorhanden, in der regionalen Bereichsrangordnung zugewiesen.

11. Nach Erschöpfung der Verfahren gemäß Absatz 10 kann der Sanitätsbetrieb - falls der offene provisorische Auftrag immer noch nicht zugewiesen wurde - die Verfügbarkeits- und Bereichsrangordnungen vollständig nach verfügbaren Ärzten ablaufen.
12. Für Vertretungen gleich oder unter 9 Tagen verwendet der Betrieb Ärzte, die an der besagten Stelle in stündlicher Erreichbarkeit anwesend sind.
13. Außer in den Fällen gemäß Artikel 18 und wegen politischen Mandats, Verwaltungsmandats, wegen Mandats der Ärztekammer und Mandats der Gewerkschaft spricht sich der Betrieb - im Falle einer Vertretung über 6 - auch nicht aufeinanderfolgende - Monate im Jahr - nach Anhörung des Beirates gemäß Art. 23 über die Fortsetzung der Vertretung selbst aus und kann den Fall auf eine eventuelle Auflösung des Vertragsverhältnisses untersuchen.
14. Für die Vertretung des wegen einer Maßnahme gemäß Art. 30 des Auftrags enthobenen Arztes sorgt der Betrieb mit den Modalitäten von Absatz 4.
15. Die Definition der weiteren Inhalte und der entsprechenden Umsetzungsmodalitäten ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 71 - ORGANISATION DER ERREICHBARKEIT.

1. Der Betrieb organisiert Erreichbarkeitsturnusse zu Hause zu den folgenden Zeiten:
 - von 19:00 Uhr bis 20:30 Uhr an allen Werk- und Feiertagen;
 - von 9:00 Uhr bis 10:30 Uhr an Vorfeiertagen;
 - von 7:00 Uhr bis 8:30 Uhr an Feiertagen.
2. Der im Sinne der Art. 63 und 70 des vorliegenden Vertrags beauftragte Arzt für Betreuungskontinuität ist verpflichtet, die Erreichbarkeitsturnusse gemäß Bestimmungen des Absatzes 1 zu erbringen.
3. Die Definition der weiteren Inhalte und der entsprechenden Umsetzungs- und Vergütungsmodalitäten ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

ART. 72 - WIRTSCHAFTLICHE BEHANDLUNG.

1. **Ab dem 1. Januar 2008 ist das Berufshonorar gemäß Art. 72, Absatz 1 des GKV vom 23. März 2005 neu auf 22,03 Euro für jede im Sinne des vorliegenden Abschnittes erbrachte Tätigkeitsstunde festgelegt.**

2. Sollte der Betrieb nicht imstande sein, dem beauftragten Arzt ein Dienstfahrzeug zur Verfügung zu stellen, ist diesem - falls er auf Anforderung des Betriebs sein eigenes Fahrzeug verwenden sollte - ein Pauschalspesenersatz gleich dem Preis eines Liters bleifreien Benzins für jede Tätigkeitsstunde sowie eine angemessene Kraftfahrzeugversicherung geschuldet.

3. Auf alle Vergütungen gemäß vorliegendem Artikel abzüglich der Regionalen und Betrieblichen Verträge zahlt der Betrieb vierteljährlich und mit Modalitäten, welche die Höhe der ausgezahlten Summen und den betreffenden Arzt feststellen lassen, einen Fürsorgebeitrag zugunsten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministers für Arbeit und Sozialfürsorge vom 15. Oktober 1976 in geltender Fassung in Höhe von **16,5 %**. Davon sind **10,375 %** zu Lasten des Betriebs und **6,125 %** zu Lasten des Arztes. Dieser Prozentsatz ist ab dem **1.1.2008** wirksam.

3 bis) Unter Beibehaltung der Beitragsquote zu Lasten des Betriebs können die Ärzte gemäß vorliegendem Artikel ab dem 1. Januar 2009 für die Erhöhung der Beitragsquote zu eigenen Lasten um einen gesamten Prozentpunkt bis zu maximal fünf Prozentpunkten optieren. Diese Entscheidung kann höchstens ein Mal im Jahr innerhalb des 31. Januar getroffen werden. Die Quote bleibt in den darauffolgenden Jahren bestätigt, falls keine Mitteilung der Änderung innerhalb desselben Datums eingeht.

4. **Um den Verdienstaufschlag für den Arzt gemäß vorliegendem Artikel aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft, Wochenbett, auch im Zusammenhang mit den Bestimmungen des Lgs.D. 151/2001 auszugleichen, zahlt der Betrieb dem ENPAM zu denselben Fälligkeiten, die für die Einzahlung des Fürsorgebeitrages gemäß Absatz 3 vorgesehen sind, für die Versicherungsleistungen einen Beitrag von 0,36 % auf den Betrag des Berufshonorars gemäß Absatz 1, der für den Abschluss von entsprechenden Versicherungen zu verwenden ist. Zur Verbesserung der Versicherungsleistungen und um in die Reihe der versicherten Ereignisse auch die eventuellen wirtschaftlichen Langzeitfolgen einzuschließen, entspricht ab dem 31. Dezember 2009 der Betrag des Fonds gemäß vorhergehendem Absatz 0,72 % der Vergütungen gemäß Absatz 1.**

4-bis) Die Belastung, die sich aus der gesamten Fürsorgebeitragszahlung und aus der Umsetzung des vorhergehenden Absatzes 4 ergibt, ist Bestandteil der Vertragskosten, wie es von den gesamtstaatlichen, regionalen und betrieblichen Verhandlungen festgelegt ist.

5. Die Vergütungen werden dem Arzt, der die Tätigkeit ausführt, direkt vom Betrieb ausgezahlt, unabhängig von den Modalitäten, mit denen die Betreuungskontinuität gewährleistet wird.

6. **Die Rückstände gemäß Tabelle C des Art. 9 werden innerhalb des Monats Juni 2009 ausgezahlt. Die vertraglichen Anpassungen gemäß Tabelle D des Art. 9 müssen innerhalb Juni 2009 zusammen mit der Auszahlung der jeweiligen Rückstände, bezogen auf das Jahr 2009, getätigt werden. Die Rückstände, die sich auf das Jahr 2008 beziehen und sich aus der Anwendung des Absatzes 1 ergeben, werden innerhalb Oktober 2009 ausgezahlt.**

ART. 73 - VERSICHERUNG GEGEN DIE SICH AUS DEM AUFTRAG ERGEBENDEN RISIKEN.

1. Nach eventueller Koordinierung der Materie auf regionaler Ebene hat der Betrieb die Ärzte, welche den Dienst für Betreuungskontinuität erbringen, gegen die Unfälle zu versichern, welche sie aufgrund oder bei der Abwicklung der beruflichen Tätigkeit im Sinne des vorliegenden Vertrags erleiden können. Darin eingeschlossen sind, sofern die Tätigkeit in einer anderen Gemeinde als der Wohnsitzgemeinde erbracht wird, auch die Unfälle, die sich eventuell auf dem Hin- und Rückweg zur/von der Dienststelle ergeben, wie auch die erlittenen Schäden zur Erreichung oder bei der Rückkehr von den Sitzen der Beiräte und der von diesem Vertrag vorgesehenen Kommissionen.
2. Der Vertrag wird ohne Selbstbeteiligung für die folgenden höchsten Entschädigungssummen abgeschlossen:
 - a) 775.000 Euro bei Tod oder dauernder Invalidität;
 - b) 52 Euro pro Tag für die zeitweilige Vollinvalidität für maximal 300 Tage im Jahr, unbeschadet anderweitiger regionaler Vereinbarungen.
3. Der entsprechende Versicherungsvertrag wird abgeschlossen und den unterzeichnenden Gewerkschaften innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags zur Kenntnis gebracht.
4. Im Rahmen der regionalen Verträge kann der Arzt, der unfähig ist, die Aufgaben gemäß vorliegendem Abschnitt auszuführen, für andere spezifische Tätigkeiten im Zusammenhang mit seinem Auftrag bestimmt werden.

ABSCHNITT IV

MEDIZINISCHE DIENSTE AUF DEM TERRITORIUM

ART. 74 - ANWENDUNGSBEREICH.

1. Der vorliegende Abschnitt regelt die Arbeitsverhältnisse zwischen dem Nationalen Gesundheitsdienst und den Ärzten für die medizinischen Dienste auf der Territorium im Sinne des Art. 13 des vorliegenden Vertrags in Übereinstimmung mit den Angaben der Regional-, Betriebs- und Sprengelplanung für die Organisation der gesundheitlichen Tätigkeiten auf der Territorium mit Stundenverpflichtung, für die keine Spezialisierung erforderlich ist und die nicht von anderen Kollektivverträgen geregelt sind, welche im Sinne des Artikels 48 des Gesetzes 833 vom 23. Dezember 1978 abgeschlossen wurden.

2. Im Sinne von Art. 8, Absatz 1-bis des Lgs.D. Nr. 502/92, wie durch das Lgs.D. Nr. 517/93 in geltender Fassung abgeändert, setzen die Sanitätsbetriebe - bis zur Umsetzung der Bestimmungen des genannten Artikels - die unbefristet für die medizinischen Dienste auf dem Territorium beauftragten Ärzte, wie es bereits vom Abschnitt II des DPR Nr. 218/92 geregelt ist, sowie die unbefristet beauftragten Ärzte im Sinne des Art. 5, Absatz 4 des Anhanges „N“ zum DPR Nr. 484/1996 bis zu deren vollständigen Ausschöpfung ein. Für diese gilt der vorliegende Vertrag.

ART. 75 - STUNDENHÖCHSTGRENZE UND EINSCHRÄNKUNGEN.

1. Den unbefristet beauftragten Ärzten können Stundenerhöhungen bis zu einer maximal zulässigen Grenze von 38 Wochenstunden auf der Grundlage der Regionalen Zusatzverträge zugeteilt werden.
2. Die Summe der Tätigkeit für den vom vorliegenden Abschnitt geregelten Auftrag und anderer vereinbarter Tätigkeiten kann nicht den maximalen Wochenstundenaufwand von 38 Stunden überschreiten.
3. Der Auftrag der medizinischen Dienste auf dem Territorium bis zu 24 Wochenstunden endet für den Arzt mit unbefristetem Auftrag in der Grundversorgung oder Wahlpädiatrie bei Erreichen und Überschreiten einer Betreuzahl von 600 bzw. 320 Betreuten.
4. Der Auftrag von 38 Stunden führt zur Ausschließlichkeit des Verhältnisses, unbeschadet des freien Berufes.
5. Der Vertragsarzt für die Grundversorgung oder die Wahlpädiatrie kann auch einen Auftrag für medizinische Dienste auf dem Territorium innehaben; dies gilt nur bis zu 24 Wochenstunden.
6. Anderweitige, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags bestehende Situationen bleiben bis zum Abschluss der Regionalen Zusatzverträge unverändert.

ART. 76 - STUNDENERHÖHUNG.

1. Sollten Tätigkeitsstunden wegen Beendung der unbefristeten Aufträge verfügbar werden, ausgeschlossen der freigewordenen Stunden infolge der unbefristeten Einstufung in die ärztliche Leitung des Dienstes für Abhängigkeit, befragt der Betrieb die Ärzte, die bereits einen unbefristeten Auftrag beim Betrieb selbst innehaben und ihre Verfügbarkeit erklärt haben. Er weist die Stundenerhöhung dem Anspruchsberechtigten des Betriebs unter den Ärzten nach dem Auftragsalter zu.
2. Bei gleichem Auftragsalter haben in dieser Reihung: das geringere Alter, die Universitätsabschlussnote und das Doktoralter Vorrang.
3. Sollten nach der Abwicklung des Verfahrens gemäß den Absätzen 1 und 2 freie Turnusse verfügbar sein, kann der Betrieb dem Beirat gemäß Art. 23 die Verfügbarkeit für die eventuelle Versetzung von Ärzten mitteilen, welche bereits auf unbefristete Zeit in anderen Betrieben beauftragt sind.

ART. 77- STUNDENREDUZIERUNG DER AUFTRÄGE UND ABBAU DER DIENSTE.

1. Aufgrund von festgestellten anderen Diensterfordernissen kann der Betrieb nach Anhörung der den vorliegenden Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaften die Stunden des Auftrags vermindern. Er hat dies dem Betroffenen einen Monat vorher per Einschreibung mit Empfangsbestätigung mitzuteilen. Die Stundenreduzierung findet im Rahmen desselben Dienstes auf den Arzt mit dem geringsten Auftragsalter Anwendung.
2. Die Maßnahmen, mit denen die Stunden reduziert werden und mit denen jedenfalls Änderungen in den von diesem Vertrag geregelten Verhältnissen eingeführt werden, müssen innerhalb von 10 Tagen dem Beirat gemäß Art. 23 mitgeteilt werden.
3. Eventuelle erneute Stundenerhöhungen von Diensten, deren Stunden reduziert worden waren, werden bei Möglichkeit jenem Arzt zugeteilt, dessen Stundenaufwand gekürzt worden war, oder jedenfalls dem unbefristet beauftragten Arzt mit den niedrigsten Stundenzahl für den Auftrag.
4. Im Falle der vorübergehenden Unzugänglichkeit der Dienststellen aus Gründen, die nicht dem Arzt zuzuschreiben sind, gewährleistet der Betrieb dem Arzt die vorübergehende Nutzung einer anderen geeigneten Struktur und jedenfalls ohne Unterbrechung des Auftrags.

ART. 78 - AUFGABEN UND PFLICHTEN DES ARZTES - FREIER BERUF.

1. Der unbefristet beauftragte Arzt:
 - a) hat sich an die im vorliegenden Vertrag enthaltenen Bestimmungen und an jene Bestimmungen zu halten, welche der Betrieb für das gute Funktionieren des Dienstes und die Verfolgung der institutionellen Zwecke erlässt;
 - b) ist verpflichtet, die im Auftragschreiben angeführten Dienstzeiten einzuhalten.
2. Die Betriebe sorgen für die Kontrolle der Einhaltung der Stunden mit Verfahren, die jenen für das abhängige Personal entsprechen.
3. Bei Nichteinhaltung sind nach Erfassung der nicht geleisteten Arbeitsstunden in jedem Fall monatliche Einbehaltungen von der Vergütung des betroffenen Arztes vorgesehen.
4. Wiederholte und nicht gelegentliche Verstöße in Bezug auf die Arbeitsstunden und die Einhaltung der vom vorliegenden Abschnitt vorgesehenen Aufgaben können dem Arzt gemäß Verfahren von Art. 30 des vorliegenden Vertrags beanstandet werden.
5. Die Nichtübermittlung des Anhanges „L“ oder nicht wahrheitsgetreue Erklärungen stellen einen Grund für die Anwendung des Sanktionsverfahrens gemäß Art. 30 auf den betroffenen Arzt dar.
6. Der Arzt ist verpflichtet, alle ihm vom Betrieb übertragenen Aufgaben auszuführen, einschließlich eventueller Änderungen in Bezug auf die Dienststellen und die Art der Tätigkeit.
7. Zu den Pflichten und Aufgaben des Arztes gehören außerdem:
 - a1) die Teilnahme an den Funktionalen Zusammenschlüssen (AFT) und an den Gesundheitszentren (UCCP) gemäß Art. 26-bis und 26-ter;**
 - a2) die Erfüllung der Bestimmungen des Art. 59-ter;**
 - a) die Entwicklung und Verbreitung der Gesundheitskultur und der Kenntnis des Nationalen Gesundheitsdienstes in Bezug auf die Bestimmungen des Art. 29;
 - b) die funktionale Zusammenarbeit mit der sanitären Leitung des Betriebs für die Realisierung der institutionellen Aufgaben des Nationalen Gesundheitsdienstes.
8. Die unbefristet beauftragten Ärzte nehmen an den Betreuungsprojekten gemäß Bestimmungen der Regionalen und Betrieblichen Verträge teil.
9. Der mit den medizinischen Diensten auf dem Territorium beauftragte Arzt kann den freien Beruf außerhalb der Dienstzeiten ausüben, sofern dies nicht die korrekte und punktuelle Abwicklung der vertraglichen Aufgaben beeinträchtigt.
10. Der Arzt, der freiberufliche Tätigkeiten ausübt, muss dem Betrieb eine entsprechende Erklärung in Übereinstimmung mit dem Bestimmungen des Absatzes 1 ausstellen.
11. Im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit kann der Arzt für die medizinischen Dienste auf dem Territorium Tätigkeiten zugunsten der integrativen Gesundheitsfonds gemäß Art. 9 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung erbringen.
12. Für die vom vorliegenden Abschnitt geregelten Tätigkeiten gehören zu den unerlässlichen Leistungen im Sinne des Gesetzes 146/1990 und des Gesetzes 83/2000 jene, die im Rahmen der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen, für Hygiene und öffentliche Hygiene und für die geistige Gesundheit und

die Rechts- und Steuermedizin erbracht werden.

13. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Artikels ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

14. Die Sanitätsbetriebe können auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen und organisatorischen Erfordernissen den Ärzten dieses Abschnittes Aufträge für spezifische Verantwortungsbereiche übertragen.

ART. 79 - VERSETZUNGEN.

1. Die Versetzung der Ärzte zwischen Betrieben derselben Region oder verschiedenen Regionen kann auf Antrag des Arztes nach Genehmigung durch die Generaldirektoren der betroffenen Betriebe erfolgen.
2. Für die Versetzung auf Antrag muss der Betroffene den Antrag gleichzeitig beim Herkunfts- und Zielbetrieb einreichen.
3. Der Zielbetrieb muss dem Zonenbeirat die Verfügbarkeit der Stelle, die durch Annahme des Versetzungsantrages gedeckt werden soll, mitteilen. Sollten mehrere Ärzte daran interessiert sein, hat die Position des Arztes, der die Tätigkeit gemäß vorliegendem Vertrag ausschließlich verübt, Vorrang, gefolgt von untergeordneten Kriterien in der Reihung: Auftragsalter, jüngeres Alter, Universitätsabschlussnote und Doktoratalter.
4. Wo es im Zusammenhang mit der Stundenverfügbarkeit möglich ist, wird der Arzt in den Zielbetrieb mit derselben Stundenanzahl versetzt, die er im Herkunftsbetrieb hatte.
5. Die Versetzung des Arztes im Rahmen der Sprengeldienste des Betriebes kann auch auf Antrag des Betroffenen erfolgen.
6. Vorbehaltlich der Bestimmungen in Bezug auf die Stundenreduzierung gemäß Art. 77 können die Betriebe - im Einvernehmen mit den diesen Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaften - Änderungen an den Dienststellen der Ärzte unter Beibehaltung des Gesamtstundenaufwandes innerhalb des Betriebs im Rahmen der Zusammenlegung von Dienststellen einleiten, um die medizinischen Dienste auf dem Territorium besser zu organisieren.
7. Die Versetzungen von Amts wegen müssen entweder durch die Möglichkeit, die Leistungen des Arztes in einer einzigen Zone zu vereinen, oder durch die Konzentrierung oder Abschaffung der Dienste gerechtfertigt werden; dabei sind die allgemeinen Mobilitätskriterien einzuhalten, die auf Betriebsebene mit den diesen Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaften vereinbart wurden.
8. Im Falle der Versetzung von Amt wegen wird dem Arzt jedenfalls die Beibehaltung des ihm bereits zugewiesenen Stundenaufwandes gesichert; die Dienstzeit bei der Zieldienststelle wird vom Betrieb nach Anhörung des Arztes bestimmt.
9. Der versetzte Arzt behält auf Antrag oder von Amts wegen das im Herkunftsdienst angereifte Dienstalter bei.
10. Im Falle der vorübergehenden Unzugänglichkeit der Dienststellen aus Gründen, die nicht dem Arzt zuzuschreiben sind, gewährleistet der Betrieb dem Arzt die vorübergehende Nutzung einer anderen geeigneten Struktur und jedenfalls ohne wirtschaftlichen Schaden für den Betroffenen.
11. Dem Arzt, der die Versetzung in einen anderen Betrieb annimmt, wird jedenfalls bei Dienstkontinuität die Gleichzeitigkeit der Beendigung des alten Auftrags und des Beginns des neuen garantiert.

ART. 80 - VERFÜGBARKEIT.

1. Die Regionalen Zusatzverträge regeln die Verfügbarkeit des Arztes für die medizinischen Dienste auf dem Territorium in Einrichtungen oder Körperschaften des Nationalen oder Regionalen Gesundheitsdienstes bei erteilter Einwilligung des betroffenen Arztes.

ART. 81 - VERTRETUNGEN.

1. Für die Vertretungen der unbefristet beauftragten Ärzte, die aus gerechtfertigten Beweggründen dem Dienst fernbleiben, sorgt der Betrieb, indem er provisorische Aufträge in der Reihenfolge der betrieblichen Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15, Absatz 12 oder, in Ermangelung, der regionalen Bereichsrangordnung gemäß vorliegendem Vertrag zuweist. Den Vorrang haben dabei die im Betrieb ansässigen Ärzte.
2. Der Vertretungsauftrag kann nicht länger als drei Monate währen.
3. Der Vertretungsauftrag endet beim Ablauf oder bei der - auch vorzeitigen - Rückkehr des den unbefristeten Auftrag innehabenden Arztes.
4. Beim Ablauf kann der Betrieb dem nächsten Arzt in der betrieblichen Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15, Absatz 12 oder, in Ermangelung, in der regionalen Bereichsrangordnung gemäß vorliegendem Vertrag einen weiteren Auftrag zuweisen.
5. Außer in den Fällen gemäß Artikel 18 und wegen politischen Mandats, Verwaltungsmandats, wegen Mandats der Ärztekammer oder Mandats der Gewerkschaft spricht sich der Betrieb - im Falle einer Vertretung über 6 - auch nicht aufeinanderfolgende - Monate im Jahr aus Gründen, die nicht im Art. 18 vorgesehen sind, nach Anhörung des Beirates gemäß Art. 23 über die Fortsetzung der Vertretung selbst aus und kann den Fall auf eine eventuelle Auflösung des Vertragsverhältnisses untersuchen.
6. Für die Vertretung des wegen einer Maßnahme gemäß Art. 30 des Auftrags enthobenen Arztes sorgt der Betrieb mit den Modalitäten gemäß den Absätzen 2 und 4.
7. Dem vertretenden Arzt steht die wirtschaftliche Behandlung gemäß Art. 85 zu.

ART. 82 - JÄHRLICHE BEZAHLTE FREISTELLUNG VOM DIENST - HEIRATSURLAUB.

1. Für jedes effektive Dienstjahr steht dem unbefristet beauftragten Arzt ein Pflichtzeitraum der bezahlten Freistellung vom Dienst von dreißig Werktagen zu, sofern die Abwesenheit vom Dienst nicht eine Gesamtarbeitsstundenhöhe eines fünffachen Wochenstundenaufwandes überschreitet.
2. Die Freistellung kann in einem oder in mehreren Zeiträume auf Antrag des Betroffenen mit einer Vorankündigung von fünfundvierzig Tagen genutzt werden.
3. Wird die Freistellung außerhalb der Vorankündigungszeiten beantragt, wird sie gewährt, falls der Betrieb den Dienst gewährleisten kann.
4. Bei der Berechnung der bezahlten Freistellung zählen die unbezahlten Abwesenheitszeiträume gemäß Art. 84 nicht zu den Dienstätigkeiten.
5. Der Freistellungszeitraum muss während des Kalenderjahres genutzt werden, auf den er sich bezieht, und jedenfalls nicht über das erste Halbjahr des darauffolgenden Jahres hinaus.
6. Für Dienstzeiträume, die kürzer als ein Jahr sind, stehen so viele Zwölftel der bezahlten Freistellung zu wie Monate Dienst geleistet wurden.
7. Dem bestätigten Arzt steht ein bezahlter Heiratsurlaub von fünfzehn aufeinanderfolgenden Werktagen zu, sofern die Abwesenheit vom Dienst nicht die Gesamtarbeitsstundenhöhe eines zweieinhalbfachen Wochenstundenaufwandes überschreitet, mit Beginn nicht vor drei Tagen vor dem Datum der Eheschließung.
8. Während der bezahlten Freistellung und des Heiratsurlaubes wird die normale wirtschaftliche Behandlung des Dienstes gezahlt.

ART. 83 - KRANKHEIT - SCHWANGERSCHAFT.

1. Dem unbefristet beauftragten Arzt, der aufgrund einer belegten Krankheit oder eines Arbeitsunfalles im Laufe von dreißig auch nicht aufeinanderfolgenden Monaten wegen Arbeitsunfähigkeit dem Dienst fernbleibt, zahlt der Betrieb die gesamte wirtschaftliche Behandlung für die ersten sechs Monate und in Höhe von 50 % für die nachfolgenden drei Monate. Er behält den Auftrag für weitere fünfzehn Monate ohne Bezüge bei.
2. Der Betrieb kann gesundheitliche Kontrollen in Bezug auf den gemeldeten Krankheitszustand oder Unfall verfügen.
3. Bei Schwangerschaft oder Wochenbett erhält der Betrieb den Auftrag für sechs aufeinanderfolgende Monate aufrecht.
4. Während der Schwangerschaft und des Wochenbettes zahlt der Betrieb die gesamte wirtschaftliche Behandlung für eine maximale Gesamtzeit von vierzehn Wochen.

ART. 84 - UNBEZAHLTE ABWESENHEITEN.

1. Der Arzt wird vom Auftrag mit den Modalitäten und aus den Gründen gemäß Art. 18 des vorliegenden Vertrags suspendiert (bleibt aber Inhaber des Auftrags).
2. Außerdem im Fall der unaufschiebbaren Dringlichkeit muss der Arzt die Abwesenheiten gemäß vorliegendem Artikel mit einer Vorankündigung von mindestens sieben Tagen beantragen.
3. Wiederkehrende unbezahlte Abwesenheiten werden auf eine eventuelle Maßnahme gemäß Art. 30 des vorliegenden Vertrags bewertet.
4. Sollte der Arzt Aufträge im Sinne des vorliegenden Abschnittes an mehreren Dienststellen oder in mehreren Betrieben abwickeln, muss der unbezahlte Abwesenheitszeitraum gleichzeitig für alle Dienststellen genutzt werden.
5. Für die Abwesenheitszeiträume gemäß vorliegendem Artikel ist dem Arzt keinerlei Vergütung geschuldet. Die Abwesenheitszeiträume tragen auch nicht zur Berechnung des Auftragsalters bei.

ART. 85 - WIRTSCHAFTLICHE BEHANDLUNG.

- 1. Ab dem 1. Januar 2008 beträgt die Erhöhung des Berufshonorars gemäß Art. 85, Absatz 1 des GKV vom 23. März 2005 0,99 Euro.**
2. Auf alle Vergütungen gemäß vorliegendem Artikel abzüglich der Regionalen und Betrieblichen Verträge zahlt der Betrieb vierteljährlich und mit Modalitäten, welche die Höhe der ausgezahlten Summen und den betreffenden Arzt feststellen lassen, einen Fürsorgebeitrag zugunsten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministers für Arbeit und Sozialfürsorge vom 15. Oktober 1976 in geltender Fassung in Höhe von 24,5 %. Davon sind 14,16 % zu Lasten der Betriebe und 10,34 % zu Lasten des Arztes. Dieser Prozentsatz ist ab dem 1.1.2004 wirksam.
- 3. Die Rückstände gemäß Tabelle E des Art. 9 werden innerhalb des Monats Juni 2009 gezahlt. Die vertraglichen Anpassungen gemäß Tabelle F des Art. 9 müssen innerhalb Juni 2009 zusammen mit der Zahlung der jeweiligen Rückstände, bezogen auf das Jahr 2009, getätigt werden. Die auf das Jahr 2008 bezogenen Rückstände und die sich aus der Anwendung des Absatzes 1 ergeben, werden innerhalb Oktober 2009 gezahlt.**

ART. 86 - FAHRTSPESENERSATZ.

1. Für Aufträge, die in einer anderen Gemeinde als der Wohnsitzgemeinde, aber in derselben Provinz abgewickelt werden, wird für jede Fahrt ein Kilometergeld gleich jenem, der für das abhängige Personal vorgesehen ist, gezahlt.
2. Der Spesenersatz steht nicht in den Fällen zu, in denen der Arzt in der Gemeinde, welche Sitz der Dienststelle ist, eine eigene Praxis hat. Bei Abschaffung dieser Praxis wird der Fahrtspesenersatz nach drei Monaten nach der Mitteilung der erfolgten Abschaffung an den Betrieb wieder gezahlt.
3. Die Höhe des Spesenersatzes wird im Fall, in dem der Betroffene seinen Wohnsitz an die Gemeinde, in der sich die Dienststelle befindet, annähert, proportional reduziert. Der Spesenersatz bleibt dagegen unverändert, wenn der Arzt seinen Wohnsitz in eine gleich oder weiter entfernte Gemeinde von der Dienststelle verlegt.

ART. 87 - MITARBEITSPRÄMIE.

1. Den unbefristet beauftragten Ärzten wird eine jährliche Arbeitsprämie gleich eines Zwölftels der Vergütung gemäß Art. 85, Absatz 1 des **GKV vom 23. März 2005** gezahlt.
2. Diese Prämie wird innerhalb 31. Dezember desselben Jahres ausgezahlt.
3. Dem Arzt, der vor dem 31. Dezember seinen Dienst beendet, wird die Prämie zum Zeitpunkt der Beendigung des Dienstes ausgezahlt.
4. Die Arbeitsprämie steht den Ärzten, denen gegenüber die Maßnahme der Enthebung oder der Aufhebung des Vertragsverhältnisses aus Disziplinar Gründen ergriffen wurde, nicht zu.

ART. 88 - LEISTUNGSZULAGE.

1. Den unbefristet beauftragten Ärzten steht bei der Beendung des Auftrags eine Leistungszulage in der Höhe eines Monatsgehaltes für jedes geleistete Dienstjahr zu. Die unbezahlten Abwesenheitszeiträume werden für die Zwecke des vorliegenden Absatzes nicht berechnet.
2. Für Zeiträume unter einem Jahr wird die Zulage an die Anzahl der Dienstmonate angeglichen. Zu diesem Zweck werden Zeiträume von über 15 Tagen als ein voller Monat gerechnet, Zeiträume unter oder gleich 15 Tagen werden nicht gerechnet.
3. Die Leistungszulage wird an der Stundenvergütung gemäß Art. 85, **Absatz 1 des GKV vom 23. März 2005**, an der Mitarbeitsprämie, an der Zulage für volle **Verfügbarkeit im Rahmen der bereits im Sinne des GKV vom 23. März 2005 ausgezahlten Summe** und an der Personenpauschalzulage gemäß Art. 14, Absatz 1, Buchst. a2) des Anhanges N des DPR Nr. 270/2000 sowie auf der Grundlage der Kriterien des Anhanges E des DPR Nr. 884/84, auf die hier zur Gänze verwiesen wird, berechnet.
4. Folglich kann jeder Monatsbetrag der Leistungszulage in Zwölftel geteilt werden. Zeiträume über 15 Tage werden als voller Monat gerechnet, Zeiträume gleich oder unter 15 Tagen werden nicht gerechnet.

ART. 89 - VERSICHERUNG GEGEN DIE SICH AUS DEM AUFTRAG ERGEBENDEN RISIKEN.

1. Nach eventueller Koordinierung der Materie auf regionaler Ebene hat der Betrieb die Ärzte, welche die medizinischen Dienste auf dem Territorium erbringen, gegen die Schäden aus Berufsrisiken gegenüber Dritten und gegen die Unfälle, die sie aufgrund oder bei der Abwicklung der beruflichen Tätigkeiten im Sinne des vorliegenden Abschnittes erleiden, zu versichern. Darin eingeschlossen sind, sofern die Tätigkeit in einer anderen Gemeinde als der Wohnsitzgemeinde erbracht wird, auch die Unfälle, die sich eventuell auf dem Hin- und Rückweg zur/von der Dienststelle ergeben, wie auch die erlittenen Schäden zur Erreichung oder bei der Rückkehr von den Sitzen der Beiräte und der vom vorliegenden Vertrag vorgesehenen Kommissionen.
2. Der Vertrag wird ohne Selbstbeteiligung für die folgenden höchsten Entschädigungssummen abgeschlossen:
 - a) 775.000 Euro bei Tod oder dauernder Invalidität;
 - b) 52 Euro pro Tag für die zeitweilige Vollinvalidität für maximal 300 Tage im Jahr.
3. Der entsprechende Versicherungsvertrag wird abgeschlossen und den unterzeichnenden Gewerkschaften innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags zur Kenntnis gebracht.

ART. 90 - BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEM VERTRAGSARZT UND DER SANITÄREN LEITUNG DES BETRIEBS.

1. Für eine korrekte Beziehung zwischen den Ärzten für die medizinischen Dienste auf dem Territorium und den lokalen Sanitätsbetrieben in Bezug auf die Kontrolle der korrekten Durchführung der Verträge hinsichtlich der gesundheitlichen Aspekte und der Beachtung der darin enthaltenen Vorschriften ermitteln die Regionen gemäß regionaler Gesetzgebung über die Organisation des Betriebes die Dienste und deren leitenden Berufsbilder.
2. Die Vertragsärzte gemäß vorliegendem Abschnitt sind verpflichtet, mit den vorgenannten leitenden Einrichtungen in Bezug auf alles, was von diesem Vertrag vorgesehen ist und geregelt wird, zusammenzuarbeiten.

ABSCHNITT V

NOTFALLMEDIZIN AUF DEM TERRITORIUM

ART. 91 - ALLGEMEINE KRITERIEN UND ANWENDUNGSBEREICH.

1. Bis zur Umsetzung der Bestimmungen gemäß Art. 8, Absatz 1-bis des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung erfolgt die Organisation der Notfallmedizin auf dem Territorium unter Beachtung der bestehenden regionalen Planung und in Übereinstimmung mit den Vorschriften des DPR vom 27. März 1992 und mit Schlussvereinbarung zwischen dem Staat und den Regionen über die Anwendung der Leitlinien zum im Amtsblatt vom 17.5.96 veröffentlichten System der Notfallmedizin.
2. Die Region bedient sich des ärztlichen Vertragspersonals für die Erbringung des Dienstes. Sie setzt Ärzte ein, die auf der Grundlage einer regionalen Bereichsrangordnung gemäß den Bestimmungen des Art. 15 des vorliegenden Vertrags beauftragt wurden.
3. Die Regionalen Zusatzverträge definieren die Organisationsmodalitäten des vertraglichen Dienstes für die medizinischen Notfälle gemäß vorliegendem Vertrag auf der Grundlage der Bestimmungen in den nachstehenden Artikeln dieses Abschnittes.

ART. 92 - ERMITTLUNG UND ERTEILUNG DER AUFTRÄGE.

1. Der Betrieb überprüft jedes Jahr zum 1. März und zum 1. September den Personalbestand der Dienste für Notfallmedizin auf dem Territorium, um eventuell offene Aufträge zu ermitteln und diese zwecks Deckung zu veröffentlichen.
2. Nach der Ermittlung eines offenen Auftrags setzt der Betrieb die Region zur Einleitung des Verfahrens der Veröffentlichung im Amtsblatt der Region in Kenntnis.
3. Innerhalb Ende April und Ende Oktober jeden Jahres veröffentlicht jede Region im Amtsblatt - gleichzeitig zur Veröffentlichung der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete - die offenen Aufträge für die Notfallmedizin auf dem Territorium, die gemäß vorhergehendem Absatz 1 ermittelt wurden.
4. Um die veröffentlichten offenen Aufträge können sich die Ärzte bewerben, die im Besitz der Eignungsbefähigung sind, die nach der Absolvierung des entsprechenden Ausbildungskurses im Sinne des Art. 66 des DPR Nr. 270/2000 und des Art. 96 des vorliegenden Vertrags ausgestellt wurde.
5. Um die gemäß den vorhergehenden Absätzen veröffentlichten offenen Aufträge können sich bewerben:
 - a) die Ärzte, die bereits einen unbefristeten Auftrag für die Notfallmedizin auf dem Territorium in den - auch unterschiedlichen - Betrieben der Region, welche die offenen Aufträge veröffentlicht hat, bzw. in den - auch unterschiedlichen - Betrieben anderer Regionen innehaben, obwohl sie keinen Antrag auf Eintragung in die regionalen Bereichsrangordnung eingereicht haben, sofern sie ihren bisherigen Auftrag seit mindestens einem Jahr bzw. seit mindestens zwei Jahren innehaben. Die Versetzungen sind bis zu einem Drittel der verfügbaren Stellen in jedem Betrieb möglich; die Dezimalzahlen, die aus der Berechnung dieses Drittels hervorgehen, werden auf die nächste Einheit auf- oder abgerundet. Im Falle der Verfügbarkeit einer einzigen Stelle kann für diese das Recht auf Versetzung ausgeübt werden;
 - b) die Ärzte, die in die regionale Bereichsrangordnung für das laufende Jahr eingetragen sind und die die Voraussetzungen für die Notfallmedizin auf dem Territorium erfüllen, mit Vorrang für die:
 - b1) Ärzte, die bereits unbefristet beim selben Betrieb im Dienst für Betreuungskontinuität gemäß Abschnitt III beauftragt sind;
 - b2) Ärzte, die unbefristet in der Betreuungskontinuität in derselben Region beauftragt sind, mit Vorrang für die Ärzte, die im Betrieb seit mindestens einem Jahr vor der Veröffentlichung des offenen Auftrags ansässig waren;
 - b3) Ärzte, die in der regionalen Rangordnung eingetragen sind, mit Vorrang für die Ärzte, die im Betrieb seit mindestens einem Jahr vor dem Datum der Veröffentlichung des offenen Auftrags ansässig waren.
6. Bei gleicher Position werden die Ärzte gemäß Absatz 5, Buchstaben a) zusätzlich in der Reihung: jüngeres Alter, Universitätsabschlussnote und Doktoratalter gestuft.
7. Für die Erteilung der offenen Aufträge gemäß Absatz 5, Buchstaben b) werden die Ärzte auf der Grundlage der Punktezahl in der geltenden regionalen Bereichsrangordnung gestuft.

8. Der Betrieb befragt vorrangig die Ärzte gemäß Buchstaben a) des vorhergehenden Absatzes 5 auf der Grundlage des Dienstalters; erforderlichenfalls befragt er anschließend die Ärzte gemäß Buchstaben b) desselben Absatzes 5.
9. Das Dienstalter für die Zuweisung der offenen Aufträge im Sinne des vorhergehenden Absatzes 5, Buchstaben a) wird errechnet durch die Summierung:
 - a) des gesamten effektiven Dienstalters in der Notfallmedizin auf dem Territorium;
 - b) des gesamten effektiven Dienstalters im Herkunftsauftrag, obgleich dies schon im Dienstalter von Buchstaben a) inbegriffen ist.
10. Aus der geltenden regionalen Bereichsrangordnung wird der Arzt gestrichen, der den Auftrag im Sinne des vorliegenden Artikels annimmt. Der Arzt, der sich um einen offenen Auftrag gemäß vorhergehendem Absatz 5, Buchstaben a) beworben hat und den Auftrag im Sinne des vorliegenden Artikels annimmt, verliert den Herkunftsauftrag ab dem Datum des Beginns des neuen Auftrags.
11. Die in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragten Ärzte, denen von der zuständigen Ärztekommision des Betriebs, die bereits für das abhängige Personal ermittelt wurde, die Nichteignung für die Tätigkeiten in Rettungsfahrzeugen bescheinigt wurde (auch bei Schwangerschaft ab dem Schwangerschaftsbeginn), werden in den Notrufzentralen, in ortsfesten Notfalleinrichtungen und in den Departements für Notfälle und dringende Einsätze / Erste Hilfe-Einrichtungen eingesetzt.
12. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
13. Die Anwärter haben innerhalb von 15 Tagen nach der Veröffentlichung beim Betrieb den Antrag auf die Zuweisung eines oder mehrerer der veröffentlichten offenen Aufträge in Übereinstimmung mit den Anhängen Q/2 oder Q/5 einzureichen.
14. Die Anwärter haben dem Antrag eine Ersatzerklärung der beeideten Bezeugungsurkunde beizulegen, die bestätigt, ob zum Datum der Einreichung des Antrages ein abhängiges Arbeitsverhältnis, auch prekärer Natur, Pensionsbezüge oder Unvereinbarkeitspositionen gemäß Schema im Anhang „L“ bestehen. Eventuelle Situationen der Unvereinbarkeit müssen bei der Zuweisung des Auftrags enden.
15. Die Rangordnungen für die Zuweisung der Aufträge werden auf der Grundlage der entsprechenden Position der Bewerber formuliert. Neben dem Namen jedes Arztes werden der/die offenen Auftrag/Aufträge angegeben, für welche/n er den Antrag eingereicht hat.
16. Der Betrieb beruft - per Einschreiben mit Empfangsbestätigung oder Telegramm - alle Ärzte ein, die Anspruch auf die Zuweisung der als offen erklärten, veröffentlichten Aufträge haben. Die Einberufung ist am vom Assessorat für Gesundheitswesen bezeichneten Sitz vorgesehen und darf erst nach Verstreichen von mindestens 15 Tagen nach der Sendung des Einberufungsschreibens stattfinden.
17. Das Sich-Nicht-Einfinden gilt als Verzicht auf den Auftrag.
18. Der Arzt, dem es nicht möglich ist, sich einzufinden, kann seine Annahme per Telegramm erklären. Im Telegramm hat er die Vorzugsreihenfolge bei der Annahme der offenen Aufträge, um die er sich beworben hat, anzugeben. In diesem Fall wird ihm der erste verfügbare Auftrag unter den offenen Aufträgen, die vom sich bewerbenden Arzt angegeben wurden und auf die er auf der Grundlage des Vorranges Anrecht hat, zugewiesen.
19. Der Betrieb erteilt den unbefristeten Auftrag endgültig mit Verwaltungsakt des Generaldirektors.

Dies wird dem Betroffenen per Einschreiben mit Empfangsbestätigung unter Angabe des Termins des Tätigkeitsbeginns, ab welchem die rechtlichen und wirtschaftlichen Wirkungen laufen, mitgeteilt.

20. Die Region kann nach Anhörung des Beirates gemäß Art. 24 und unter Beachtung der vorhergehenden Absätze Verfahren zur Entbürokratisierung und zur Kürzung der für die Auftragserteilung nötigen Zeiten anwenden.

21. Die Regionen organisieren nach der Ermittlung des Bedarfs an Einsatzkräften ein Mal im Jahr die spezifischen Eignungsbefähigungskurse für die Notfallmedizin und legen die entsprechenden Zugangskriterien und Modalitäten fest.

22. Im Rahmen der Betrieblichen Durchführungsverträge werden die zwischenbetrieblichen Mobilitätskriterien festgelegt.

ART. 93 - STUNDENHÖCHSTGRENZE.

1. Die unbefristeten Aufträge werden für 38 Wochenstunden bei einem einzigen Betrieb erteilt. Sie führen zur Ausschließlichkeit des Vertragsverhältnisses.
2. Der Betrieb kann provisorische Aufträge auf der Grundlage der geltenden Bereichsrangordnung oder, falls vorhanden, der betrieblichen Verfügbarkeitsrangordnung erteilen.
3. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
4. Der Betrieb kann für maximal zwölf Monate provisorische Aufträge im Sinne des Art. 97, Absatz 4 für 38 Wochenstunden erteilen. Ausnahmsweise und jedenfalls nicht über den 31. Dezember 2005 hinaus können solche provisorischen Aufträge auch in Teilzeit für 24 Wochenstunden erteilt werden. In diesem Fall führt die Abwicklung von anderen vereinbarten Tätigkeiten zur Reduzierung besagter Tätigkeiten im Verhältnis zum Überschuss. Vorübergehende und spezifische andere regionalen Vereinbarungen in Bezug auf objektive Schwierigkeiten bei der Organisation des Dienstes bleiben davon unbeschadet, um die Qualitätsebene des Dienstes für Notfallmedizin auf dem Territorium zu wahren.
5. Der Gesamtstundenaufwand des Zeitauftrags gemäß vorhergehendem Absatz und jener aus anderen vereinbarten Tätigkeiten darf 38 Wochenstunden nicht überschreiten.
6. Die durchgehende Dienstätigkeit darf nicht länger als 12 Stunden anhalten. Ein weiterer Dienstturnus darf nicht begonnen werden, bevor nicht 12 Stunden nach dem letzten Turnus verstrichen sind.
7. Aus außerordentlichen und unvorhergesehenen tätigkeitsspezifischen Gründen kann die durchgehende Dienstätigkeit - falls der Dienst über den festgelegten Turnus hinaus verlängert werden muss - 12 Stunden überschreiten, darf jedoch nicht länger als 15 Stunden anhalten.
8. Die Dienstturnusse der in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragten Ärzte müssen auf der Grundlage des Prinzips der gerechten Verteilung der Turnusse bei Tag, bei Nacht und an Feiertagen unter allen beauftragten Ärzten angeordnet werden.
9. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können die Organisations- und Arbeitsmodalitäten der Ärzte der Notrufzentrale 118 bei den intramuralen betrieblichen Notfalleinrichtungen, in denen sie arbeiten, ermittelt werden.

ART. 94 - ANWENDUNGSBEREICH UND BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEIT.

1. Die von diesen Bestimmungen betroffenen Tätigkeiten werden im Laufe von 24 Stunden für Erste-Hilfe-Einsätze, für die Tätigkeiten der operativen Koordinierung und medizinischen Antwort in der Notrufzentrale 118, für Rettungsmaßnahmen bei Großeinsätzen oder Katastrophen und, ergänzend dazu, in den Tätigkeiten der Departements für Notfälle und dringende Einsätze / Erste Hilfe und in den zugehörigen Bereichen mit der Zusammenarbeit gemäß Absatz 3 des Artikels 95 ausgeübt.
2. Der in der Notfallmedizin beauftragte Arzt ist in der Regel an den nachstehenden Dienststellen tätig:
 - a) Notrufzentralen;
 - b) ortsfeste oder ortsveränderliche fortschrittliche Rettungsstandorte und Soforthilfestellen;
 - c) Erste Hilfe / Departements für Notfälle und dringende Einsätze.
3. Der beauftragte Arzt erbringt seine Tätigkeit im Rahmen des Notfallsystems, das gemäß der nationalen Gesetzgebung im Bereich der Notfallmedizin organisiert ist.
4. Die Regionen legen die Informationskanäle, die Verfahren und die Modalitäten der ständigen Fortbildung der Ärzte für Notfallmedizin in Bezug auf die Protokolle und nationalen und regionalen Leitlinien des Notfallsystems fest.
5. Die Regionen definieren die Modalitäten der Teilnahme der Ärzte der Notfallmedizin an der Dienstplanung, auch durch periodische technische Treffen zwischen den leitenden Ärzten, den Leitern der Notrufzentralen und den regionalen Leitern.

ART. 95 - AUFGABEN DES ARZTES - FREIER BERUF.

1. Der beauftragte Arzt verübt die folgenden Aufgaben mit fester Stundenvergütung:
 - a) Versorgung- und fortschrittliche Rettungseinsätze außerhalb der Krankeneinrichtung mit gemäß geltender Gesetzgebung ambulanzenmobilem Rettungsfahrzeug;
 - b) Versorgungs- und Organisationstätigkeiten bei Großeinsätzen und NBCR-Gefahren nach Absolvierung eines spezifischen Ausbildungskurses auf regionaler oder betrieblicher Ebene;
 - c) Transportbegleitung in ambulanzmobilen Rettungsfahrzeugen;
 - d) Tätigkeit bei Notrufzentralen auch im Rahmen der Departements für Notfälle und dringende Einsätze.
2. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
3. Die Ärzte gemäß vorhergehendem Absatz können außerdem auf der Grundlage von eigenen regionalen und betrieblichen Vereinbarungen:
 - a) für die Zeit, für die sie nicht mit den Aufgaben des eigenen Auftrags beschäftigt sind, in der Soforthilfe der territorialen Einrichtungen der Sanitätsbetriebe und in der Ersten Hilfe der Betriebskrankenhäuser des Betriebs, die zu den Departements für Notfälle und dringende Einsätze gehören, mitarbeiten;
 - b) für Tätigkeiten an ortsfesten oder ortsveränderlichen Rettungsstandorten anlässlich von Sportveranstaltungen, Messen und kulturellen Events etc. eingesetzt werden;
 - c) in den Notrufzentralen Tätigkeiten der Koordinierung und der dienstinternen und -externen Bezugnahme erbringen;
 - d) Versorgungs- und fortschrittliche Rettungseinsätze in ambulanzmobilen Rettungs-Statflügelluftfahrzeugen, Rettungshubschraubern, Rettungsautos und Notarzteinsetzmotorrädern und in anderen ambulanzmobilen Transportfahrzeugen erbringen.
4. Den unbefristet in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragten Ärzten werden auch zusätzliche Aufgaben zugeteilt, die von den Regionalen Zusatzverträgen vorgesehen sind, einschließlich jene für die Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals.
5. Den unbefristet in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragten Ärzten können Aus- und Weiterbildungsaufgaben des ärztlichen Personals auf der Grundlage von eigenen, im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge getroffenen Bestimmungen zugewiesen werden.
6. Auf der Grundlage einer entsprechenden regionalen und betrieblichen Planung können die Ärzte für Notfallmedizin gemäß regionalen und betrieblichen Vereinbarungen an Bildungs- und Gesundheitserziehungsprojekten für die Bürger zum Thema „Notfallmedizin auf dem Territorium und medizinische Soforthilfe“ teilnehmen.
7. Der in der Notrufzentrale tätige Arzt muss während des Dienstoffturnus physisch an seinem Arbeitsplatz anwesend sein.
8. Der diensthabende Arzt des Versorgungsdienstes muss bis zur Ankunft des Arztes des nächsten Turnus anwesend sein. Dem Arzt, der seinen Turnus aufgrund des verspäteten Turnusantritts des nächsten Arztes verlängern muss, steht eine zusätzliche Vergütung in der Höhe der zusätzlich geleisteten

Arbeitszeiten zu. Diese Vergütung wird dem verspäteten Arzt entsprechend abgezogen.

9. Der diensthabende Arzt hat die während des Turnus beantragten Einsätze auszuführen und muss den Einsatz, der eventuell über das Turnusende hinausgeht, zu Ende bringen. Diese zusätzlichen Arbeitszeiten werden gemäß Bestimmungen des Art. 98 vergütet.

10. Der in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragte Arzt kann den freien Beruf außerhalb der Dienstzeiten ausüben, sofern dies die korrekte und punktuelle Abwicklung der vertraglichen Aufgaben nicht beeinträchtigt.

11. Der Arzt, der eine freiberufliche Tätigkeit ausübt, muss dem Betrieb eine entsprechende Erklärung in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Absatzes 10 ausstellen.

12. Im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit kann der Arzt für Notfallmedizin auf dem Territorium Tätigkeiten zugunsten der integrativen Gesundheitsfonds gemäß Art. 9 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung verüben.

ART. 96 - EIGNUNGSBEFÄHIGUNG FÜR DIE NOTFALLMEDIZIN.

1. Für die Ausübung der im vorhergehenden Artikel genannten Tätigkeiten müssen die Ärzte eine entsprechende Eignungsbefähigung für die Notfallmedizin auf dem Territorium besitzen, die von den Betrieben auf der Grundlage der Bestimmungen der nachstehenden Absätze ausgestellt wird.
2. Die Regionen formulieren auf der Grundlage der geltenden Gesetzgebung das Programm für einen Ausbildungskurs von mindestens 4 Monaten Dauer für einen Gesamtstundenaufwand von nicht unter 300 Stunden, der vor allem in Form von Übungen und Praktika gemäß den geltenden Vorschriften abgehalten wird.
3. Die Betriebe quantifizieren innerhalb 30. Juni jeden Jahres ihren Bedarf an Ärztepersonal für das darauffolgende Jahr für die komplexen Erfordernisse (Aufträge, Vertretungen und Erreichbarkeit) der Notfallmedizin auf dem Territorium. Sie organisieren innerhalb 31. Dezember einen oder mehrere Kurse, die vorher im Amtsblatt der Region veröffentlicht werden müssen.
4. An den Kursen nehmen die bereits in den Diensten für Betreuungskontinuität beauftragten Ärzte, die im selben Betrieb ansässig sind, nach Auftragsalter teil. In Ermangelung von verfügbaren Ärzten können an den Kursen jene Ärzte nach Auftragsalter teilnehmen, die in der Betreuungskontinuität beauftragt sind und in den angrenzenden Betrieben ansässig sind.
5. Bei Mangel an verfügbaren Ärzten für die Absolvierung des Kurses für die Eignungsbefähigung in der Notfallmedizin auf dem Territorium im Sinne des Absatzes 4 kann der Betrieb eine Anzahl von Ärzten, die auf regionaler Ebene im Dienst der Betreuungskontinuität beauftragt sind, gleich der freien Stellen gemäß Auftragsalter zulassen. Herrscht immer noch Mangel, können an den Kursen die im Betrieb ansässigen Ärzte gemäß regionaler Rangordnung teilnehmen.
6. Sollten nach der Ermittlung der Anspruchsberechtigten im Sinne der vorhergehenden Absätze weitere Stellen verfügbar sein, werden diese gemäß regionaler Rangordnung zugewiesen.
7. Der Kurs wird mit einer Eignungsbeurteilung oder nicht der Teilnehmer abgeschlossen. Der Betrieb stellt eine Eignungsbefähigung für die Notfallmedizin auf dem Territorium aus, das in allen lokalen Sanitätsbetrieben Gültigkeit hat.
8. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge werden die Zugangskriterien und die Teilnahmemodalitäten für den Kurs festgelegt.

ART. 97 - VERTRETUNGEN, PROVISORISCHE AUFTRÄGE - ERREICHBARKEIT.

1. Unbeschadet der Pflicht für den Arzt, dem Leiter des Dienstes des Betriebes die Unmöglichkeit mitzuteilen, die Tätigkeit während des vorgesehenen Turnus gewährleisten zu können, kontaktiert er, falls er hierzu nicht rechtzeitig imstande sein sollte, den Leiter der Notrufzentrale, damit dieser in Verwendung der Liste gemäß Absatz 13 für die Vertretung sorgen kann.
2. Der Arzt, dem es nicht möglich ist, seinen Dienst aufgrund der im Art. 18 vorgesehenen Bedingungen zu leisten, muss durch einen vom Betrieb mit provisorischem Auftrag ernannten Arzt vertreten werden.
3. Die Definition der Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten der nachstehenden Absätze ist gemäß Bestimmungen des Art. 14 des vorliegenden Vertrags der regionalen Verhandlungsebene übertragen.
4. Bis zur Abwicklung der Verfahren für die Erteilung der unbefristeten Aufträge gemäß Art. 92 kann der Betrieb provisorische Aufträge gemäß den Bestimmungen des nachstehenden Absatzes 7 erteilen. Der provisorische Auftrag kann nicht länger als zwölf Monate dauern. Der provisorische Auftrag endet beim Ablauf oder infolge der Erteilung des unbefristeten Auftrags.
5. Beim Ablauf des Auftrags gemäß Absatz 4 kann der Betrieb den nächsten Arzt in der betrieblichen Verfügbarkeitsrangordnung (Absatz 12, Art. 15) oder, in Ermangelung, in der gültigen regionalen Bereichsrankordnung des vorliegenden Vertrags beauftragen. Nach der Erschöpfung der Rangordnung kann der Auftrag dem vorher bereits beauftragten Arzt zugewiesen werden.
6. Für Erfordernisse im Zusammenhang mit großen Touristenströmen oder anderer Art oder für spezifische Erprobungserfordernisse können die Betriebe medizinische Notfallstandorte auf dem Territorium einrichten. Sie können provisorische Aufträge von maximal sechs Monaten Dauer an Ärzte aus der regionalen Rangordnung erteilen, die im Besitz der Eignungsbefähigung gemäß Art. 94, Absatz 4 sind.
7. Die vom Betrieb im Sinne der vorhergehenden Absätze 4 und 6 erteilten Aufträge werden vorrangig an die Ärzte erteilt, die in die geltende Rangordnung eingetragen sind und im Besitz der Befähigung gemäß Art. 92, Absatz 4 sind. Dabei werden in Rangordnungsreihenfolge vorrangig die Ärzte befragt, die im Betrieb selbst ansässig sind.
8. Für die Vertretung des kraft einer Maßnahme gemäß Art. 30 des Dienstes enthobenen Arztes sorgt der Betrieb mit den Modalitäten des vorhergehenden Absatzes 7.
9. Aufgrund der Besonderheit des Dienstes für Notfallmedizin, der erforderlichen Berufskompetenz und der dem Dienst innewohnenden Verantwortung organisiert der Betrieb bei unvorhergesehenen oder plötzlichen Abwesenheiten auf der Grundlage von eigenen, von den Regionalen Verträgen vorgesehenen Bestimmungen die Erreichbarkeitsturnusse der Ärzte, die in der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragt sind.
10. Der Betrieb organisiert in Verwendung der Ärzte, die im Dienst der Notfallmedizin auf dem Territorium beauftragt sind, Erreichbarkeitsturnusse zu Hause von 12 Stunden, um plötzliche Abwesenheiten der diensthabenden Ärzte in Angriff nehmen zu können. Mehr als 4 Erreichbarkeitsturnusse im Monat werden auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen vergütet.

11. Eine zusätzliche Erreichbarkeit, einschließlich jener für Großeinsätze, kann im Zusammenhang mit spezifischen Diensterfordernissen vorgesehen werden. Hierfür sind vorherige Vorabvereinbarungen mit den repräsentativsten Gewerkschaftsorganisationen zu treffen.
12. Die Anzahl der in jedem Turnus eingesetzten erreichbaren Ärzte kann nicht unter dem Verhältnis 1 erreichbarer Arzt pro 6 aktiv im Turnus diensthabende Ärzte liegen. Davon unbeschadet sind eventuelle anderweitige regionale Vereinbarungen, die beim Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags bereits bestehen.
13. Der lokale Sanitätsbetrieb stellt der Notrufzentrale eine Kopie der erreichbaren Ärzte mit deren Adressen und Telefonnummern, unter denen jeder erreichbar ist, sowie mit den zugewiesenen Turnussen bereit.

ART. 98 - WIRTSCHAFTLICHE BEHANDLUNG - JÄHRLICHE ARBEITSRUHE.

1. **Ab dem 1. Januar 2008 ist das Berufshonorar gemäß Art. 98, Absatz 1 des GKV vom 23. März 2005 neu auf 22,03 Euro für jede im Sinne des vorliegenden Abschnittes erbrachte Tätigkeitsstunde festgelegt.**
2. Die Regionalen und Betrieblichen Verträge sehen für die Abwicklung der Aufgaben gemäß Art. 95, Absätze 3, 4, 5, 6 und der weiteren von der Verhandlung vorgesehenen Aufgaben die Vergütungen vor, die den Ärzten, welche an den Vertragstätigkeiten teilnehmen, zu zahlen sind.
3. Unbeschadet der bestehenden Regionalen Zusatzverträge steht dem Arzt des Dienstes für Notfallmedizin auf dem Territorium eine jährliche entlohnte Pflichtarbeitsruhe von 21 Arbeitstagen zu, Feiertage ausgeschlossen; 11 Tage davon können vom Arzt gewählt werden, die restlichen 10 werden vom Betrieb auf der Grundlage der Diensterfordernisse bestimmt, sofern die Abwesenheit vom Dienst nicht über einer Gesamtarbeitsstundenzahl gleich dem dreifachen Wochenstundenaufwand liegt. Sollten Ausnahmearbeitsaufträge von unter 38 Wochenstunden bestehen, ist der Arbeitsruhezeitraum im Verhältnis dazu reduziert. Der jährliche Arbeitsruhezeitraum ist an der Dauer des Auftrags bemessen.
4. Die eventuellen Dienststunden über 38 Wochenstunden hinaus, die vom Betrieb vorübergehend und zur Gewährleistung der Deckung des Dienstes zugewiesen werden, werden zusätzlich gemäß den Bestimmungen der Regionalen Zusatzverträge entlohnt.
5. **Die Rückstände gemäß Tabelle C des Art. 9 werden innerhalb des Monats Juni 2009 ausgezahlt. Die vertraglichen Anpassungen gemäß Tabelle D des Art. 9 müssen innerhalb Juni 2009 zusammen mit der Auszahlung der jeweiligen Rückstände, bezogen auf das Jahr 2009, getätigt werden. Die Rückstände, die sich auf das Jahr 2008 beziehen und sich aus der Anwendung des Absatzes 1 ergeben, werden innerhalb Oktober 2009 ausgezahlt.**

ART. 99 - FÜRSORGEBEITRÄGE UND VERSICHERUNG GEGEN DIE SICH AUS DEM AUFTRAG ERGEBENDEN RISIKEN.

1. Auf alle Vergütungen gemäß Art. 98, Absatz 1 zahlt der Betrieb - mit Modalitäten, welche den Betrag der eingezahlten Summen sowie den betreffenden Arzt ermitteln lassen - vierteljährlich einen Fürsorgebeitrag zugunsten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministers für Arbeit und Sozialfürsorge vom 15. Oktober 1976 in geltender Fassung in Höhe von **16,5 %**. Davon sind **10,375 %** zu Lasten des Betriebs und **6,125 %** zu Lasten des Arztes. Dieser Prozentsatz ist ab dem **1.1.2008** wirksam.

1.bis. Unter Beibehaltung der Beitragsquote zu Lasten des Betriebs können die Ärzte gemäß dem vorliegenden Artikel ab dem 1. Januar 2009 für die Erhöhung der Beitragsquote zu eigenen Lasten um einen gesamten Prozentpunkt bis zu maximal fünf Prozentpunkten optieren. Diese Entscheidung kann höchstens ein Mal im Jahr innerhalb des 31. Januar getroffen werden. Die Quote bleibt in den darauffolgenden Jahren bestätigt, falls keine Mitteilung der Änderung innerhalb desselben Datums eingeht.

2. Um den Verdienstaufschlag für den Arzt gemäß vorliegendem Artikel aufgrund von Krankheit, Schwangerschaft, Wochenbett, auch im Zusammenhang mit den Bestimmungen des Lgs.D. 151/2001 auszugleichen, zahlt der Betrieb dem ENPAM zu denselben Fälligkeiten, die für die Einzahlung des Fürsorgebeitrages gemäß Absatz 1 vorgesehen sind, für die Versicherungsleistungen einen Beitrag von **0,36 %** auf den Betrag des Berufshonorars gemäß Art. 98, Absatz 1, der für den Abschluss von entsprechenden Versicherungen zu verwenden ist. Zur Verbesserung der Versicherungsleistungen und um in die Reihe der versicherten Ereignisse auch die eventuellen wirtschaftlichen Langzeitfolgen einzuschließen, entspricht ab dem **31. Dezember 2009** der Betrag des Fonds gemäß vorhergehendem Absatz **0,72 %** der Vergütungen gemäß Art. 98, Absatz 1.

2.bis. Die Belastung, die sich aus der gesamten Fürsorgebeitragszahlung und aus der Umsetzung des vorhergehenden Absatzes 2 ergibt, ist Bestandteil der Vertragskosten, wie es von den gesamtstaatlichen, regionalen und betrieblichen Verhandlungen festgelegt ist.

3. Nach eventueller Koordinierung der Materie auf regionaler Ebene hat der Betrieb die Ärzte, welche den Dienst für Notfallmedizin auf dem Territorium erbringen, gegen die Unfälle zu versichern, welche sie aufgrund oder bei der Abwicklung der beruflichen Tätigkeit im Sinne des vorliegenden Vertrags erleiden können. Darin eingeschlossen sind, sofern die Tätigkeit in einer anderen Gemeinde als der Wohnsitzgemeinde erbracht wird, auch die Unfälle, die sich eventuell auf dem Hin- und Rückweg zur/von der Dienststelle ergeben, wie auch bei der Abwicklung von intramuralen Tätigkeiten im Sinne des Art. 95 des vorliegenden Vertrags.

4. Die Versicherungsdeckung gemäß Absatz 3 ist auch auf die Schäden erweitert, welche zwecks Erreichung oder bei der Rückkehr von den Sitzen der Beiräte und der von diesem Vertrag vorgesehenen Kommissionen erlitten werden.

5. Der Vertrag wird ohne Selbstbeteiligung für die folgenden höchsten Entschädigungssummen abgeschlossen:

- a) 775.000 Euro bei Tod oder dauernder Invalidität;
- b) 52 Euro pro Tag für die zeitweilige Vollinvalidität für maximal 300 Tage im Jahr, unbeschadet anderweitiger regionaler Vereinbarungen.

6. Der entsprechende Versicherungsvertrag wird abgeschlossen und den unterzeichnenden

Gewerkschaften innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags zur Kenntnis gebracht.

7. Der Betrieb sorgt außerdem für die Versicherung der Ärzte gegen Schäden, die Dritte während der beruflichen Auftragsausführung erleiden.

8. Die Regionalen Zusatzverträge regeln die Haftpflichtversicherung des Arztes für Notfallmedizin auf dem Territorium durch die Betriebe. Die eventuelle Erweiterung der Versicherungsdeckung für grobe Fahrlässigkeit ist zu Lasten des Arztes.

ART. 100 - EINSTUFUNG IN DEN STELLENPLAN.

1. Die Regionen können die Mechanismen für die Einstufung der ärztlichen Leitung der unbefristet beauftragten Ärzte in den Sanitätsstellenplan im Sinne des Art. 92 des vorliegenden Vertrags und auf der Grundlage der Bestimmung von Art. 8, Absatz 1-bis des Lgs.D. Nr. 502 vom 30.12.92 in geltender Fassung sowie des DPCM vom 8. März 2001 aktivieren.

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 1

1. Die Ärzte, die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags in die Verzeichnisse der Grundversorgung eingetragen sind oder Inhaber eines unbefristeten Vertragsverhältnisses mit Stundenverpflichtung mit den Betrieben sind, sind in ihrem Vertragsverhältnis - vorbehaltlich des Besitzes der verlangten Voraussetzungen und der Anwendung der Bestimmungen über die Unvereinbarkeit - bestätigt.
2. Die Ärzte, die im Sinne des DPR Nr. 41/91 beauftragt und kraft Art. 8, Absatz 1-bis des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung bestätigt sind sowie die Ärzte, die auf der Grundlage der Zuweisung zu den in der Betreuungskontinuität unterversorgten Zonen unbefristet beauftragt sind, sind im Rahmen der Funktionen der Betreuungskontinuität und der Notfallmedizin auf dem Territorium gemäß den Abschnitten III und V bestätigt und werden integriert eingesetzt.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 2

1. Den Ärzten, die bereits in die regionale Randordnung gemäß Art. 15 eingetragen sind, die nicht im Besitz der Bescheinigung der Fachausbildung in Allgemeinmedizin sind und die diese Bescheinigung nach dem Datum des Ablaufs des Einreichtermins für den Antrag auf Eintragung in die Rangleiste erlangen, ist es gestattet, an der Zuweisung der offenen Aufträge und der unterversorgten territorialen Einzugsgebiete im Rahmen der Zuweisungsreserve gemäß Art. 16, Absatz 7, Buchstaben a) mit Zuweisung der entsprechenden Punktezahl teilzunehmen. Hierfür müssen sie zusammen mit dem Antrag auf die Zuweisung des Auftrags den Titel der Fachausbildung mit der entsprechenden Punktezahl eingereicht haben.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 3

1. Zu den Zwecken der Berechnung des optimalen Verhältnisses tragen die ehemals zusammengeschlossenen Ärzte in jeder Hinsicht und nicht überzählig zur Bestimmung der Anzahl der Ärzte bei, die in die Verzeichnisse der Grundversorgung eingetragen werden können, wie es vom Art. 33, Absatz 7 und gemäß Anhang B des vorliegenden Vertrags definiert ist.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 4

1. Die Regionalen Verträge regeln die Modalitäten, mit denen die zusammengeschlossenen Grundversorgungs-Arztpraxen mit Rechtspersönlichkeit mit dem Betrieb die Zuweisung eines Teils der vertraglichen Vergütung der eigenen Ärzte an die Gemeinschaftspraxis vereinbaren können, unbeschadet der ENPAM-Beitragspflichten in Bezug auf die Gesamtvergütungen jedes einzelnen Berufsbildes.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 5

1. Den Ärzten, welche die Berufsbefähigung nach dem Datum des 31.12.94 erlangt haben, können - um keine Diskontinuität in der Betreuung der Bürger zu erzeugen - Vertretungsaufträge und provisorische Aufträge für die Allgemeinmedizin seitens der Betriebs erteilt werden, falls diese nicht den Ärzten, die in der regionalen Rangordnung gemäß Art. 15 und in der Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Absatz 12 desselben Artikels des vorliegenden Vertrags eingetragen sind, bzw. den Ärzten gemäß Übergangsbestimmungen Nr. 4 und Nr. 7 des vorliegenden Vertrags wegen Mangels an für diese Auftragsannahme verfügbaren Ärzten zugewiesen werden können.
2. Hierzu übermitteln die interessierten Ärzte den Betrieben einen eigenen Antrag auf Eintragung in ein getrenntes Verzeichnis, in dem sie den Besitz der Voraussetzungen für die Position im Verzeichnis im Sinne des nachstehenden Absatzes 3 spezifizieren.
3. Die Ärzte gemäß vorhergehendem Absatz - mit Vorrang für die Ärzte, die kein abhängiges öffentliches oder privates Arbeitsverhältnis innehaben und die keine Studienstipendien auch im Zusammenhang mit Spezialisierungskursen beziehen - werden in der Reihung: jüngeres Alter beim Universitätsabschluss, Universitätsabschlussnote und Doktoralter gestuft.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 6

1. Die Ärzte für Betreuungskontinuität, die Inhaber eines unbefristeten Vertragsverhältnisses sind und die auch mit zusätzlichen Sprengeltätigkeiten mit Stundenverpflichtung beauftragt sind, behalten diese Tätigkeit in Abweichung von den Bestimmungen des Art. 63, Absatz 2 bei, solange die einzelnen subjektiven Situationen unverändert bleiben und/oder keine eventuellen neuen Organisationsgefüge auftreten.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 7

1. Gegenüber den Injektionen und Entnahmen vornehmenden Ärzten gemäß dem Gesamtstaatlichen Kollektivvertrag vom 22. Dezember 1978, die zum Datum des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags einen Auftrag innehaben, ist das Dienstalter, das ohne Unterbrechung vor dem Datum des 22. November 1979 bei den aufgelösten Krankenfürsorgekörperschaften angereift ist, zur Gänze anerkannt.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 8

1. Zu den Aufgaben, die der vorliegende Vertrag den Ärzten für Grundversorgung, für Betreuungskontinuität und für Notfallmedizin überträgt, gehören nicht die Funktionen des Leichenbeschauers und des Gesundheitsordnungsamtes.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 9

1. Die in Form der Erreichbarkeit zu Hause getätigten Stunden zählen bis zum Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags für die regionalen Rangordnungen mit Punktezahl gemäß Art. 16, Absatz 1, Dienstitel, Buchstaben d).

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 10

1. Die Ärzte für medizinische Dienste auf dem Territorium, die zum Datum des Inkrafttretens **des GKV vom 23. März 2005** auch einen Vertrag mit Stundenverpflichtung im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Betreuung **innehatten**, behalten den doppelten Auftrag bis zu maximal 38 kumulativen Gesamtwochenstunden bei.
2. Die Vereinbarkeit gemäß vorhergehendem Absatz endet bei sich geänderten subjektiven Bedingungen in Bezug auf die vertraglichen Aufträge.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 11

1. In Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Art. 5, Buchstaben g) und des Art. 6, Buchstaben g) des vorliegenden Vertrags ist die Ausbildung der Praxismitarbeiter eine Priorität von hohem Mehrwert für die Qualität der allgemeinmedizinischen Leistungen sowie eine strategische Investition, um innovative Formen der Erbringung der allgemeinmedizinischen Dienste für die Bürger zu fördern und zu unterstützen.

2. Im Rahmen der Regionalen Zusatzverträge können Initiativen vorgesehen werden, die auf Tätigkeiten gemäß Absatz 1 - auch durch die Definition von inhaltlichen Leitlinien auf nationaler oder regionaler Ebene - zur Realisierung einer Fachausbildung des Praxispersonals abzielen, um die Mitarbeiter qualifizierter und funktionaler auf die Tätigkeitsentwicklung der Hausärzte des Nationalen Gesundheitsdienstes abzustimmen.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 12

1. Die Parteien vereinbaren, dass die Überprüfung der Vergütungsstruktur zwecks Neuformulierung, wie vom Ausrichtungsakt der Ärzte gemäß Abschnitt IV des vorliegenden Vertrags vorgesehen, innerhalb 31.12.2005 abgeschlossen sein muss.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 15

1. Unter Beachtung der regionalen Planung können die Betriebe die Vertragsverhältnisse mit den mit programmierten territorialen Tätigkeiten beauftragten Ärzte gemäß Abschnitt IV des DPR 270/2000 bestätigen oder erneuern, wobei die Vereinbarkeitsbestimmungen des vorliegenden Vertrags berücksichtigt werden müssen.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 16

1. In Erfüllung des Art. 46, Absatz 1 des Lgs.D. Nr. 165 vom 30. März 2001 in Verbindung mit Art. 52, Absatz 27 des Gesetzes Nr. 289 vom 27. Dezember 2002 unterstützt die SISAC die Verwaltungen in Bezug auf die einheitliche Auslegung der Vertragsklauseln nach Anhörung der den vorliegenden Vertrag unterzeichnenden Gewerkschaftsorganisationen.

1. Der Inhalt des vorliegenden Artikels umfasst Verpflichtungen, die die Parteien mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertrags übernehmen und im nächsten Vertrag des Bienniums 2008/2009 umzusetzen entscheiden. Insbesondere wird vereinbart, bereits im vorliegenden Vertrag zu vereinbaren, dass die Zwecke, für welche die Ressourcen des nächsten wirtschaftlichen Bienniums bestimmt werden müssen, jenen der Absätze 2, 3 und 4 des vorliegenden Artikels entsprechen.
2. Alle für die Erneuerung des zweiten wirtschaftlichen Bienniums 2008/2009 verfügbaren Ressourcen müssen dem Ausbau und den Neuorganisations- und Integrationsprozessen dienen. Zu diesem Zweck werden die Ressourcen für 2008 erst ab 1. Januar 2009, zusammen mit jenen des Jahres 2009, ausgezahlt. Die Ressourcen werden verwendet, um Folgendes zu gewährleisten:
 - a) den Abschluss der Regionalen Zusatzverträge; dabei sind Sicherungsmechanismen vorzusehen, welche die nationale Vertretung der öffentlichen Hand und der Gewerkschaften mit einbeziehen;
 - b) die Definition von normativen Einrichtungen, welche die Anerkennung des beruflichen Einsatzes, gestuft nach Komplexitätsebene im Hinblick auf eine Vereinheitlichung der Betreuung zwischen den Regionen, gewährleisten.
3. Die mit dem nächsten Vertrag zu verfolgenden Ziele sind insbesondere Folgende:
 - a) In Bezug auf die allgemeinen Ziele wird die Erfordernis hervorgehoben, Formen der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten für Allgemeinmedizin, den Wahlkinderärzten und den ambulanten Fachärzten einschließlich der Krankenhausärzte zu ermitteln und die jeweiligen Unvereinbarkeitselemente zu definieren.
 - b) Die spezifischen Ziele umfassen:
 - Verbesserung des Zuganges zu den Ambulatorien der Allgemeinmedizin und der Wahlpädiatrie und zu den öffentlichen fachärztlichen Polyambulatorien, ausgehend von der Ausdehnung der täglichen Öffnungszeiten, auch um den missbräuchlichen Zugang zur Ersten Hilfe zu reduzieren;
 - Ausbau der Programme der Betreuungskontinuität zur Gewährleistung einer Versorgung und Betreuung rund um die Uhr und an 7 Tagen in der Woche, angefangen bei den chronischen Patienten, für welche der Krankenhauszugang der Vertragsärzte vorgesehen werden muss;
 - Ausbau der Hausbetreuung sowohl zugunsten der erwachsenen Bevölkerung als auch jener im Kindesalter;
 - programmierte Miteinbeziehung der ambulanten Fachärzte sowohl zugunsten der zu Hause oder in stationären Einrichtungen Betreuten als auch zur Ausdehnung der Diagnoseleistungen der ersten Stufe in den Ambulatorien der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Wahlkinderärzte.
4. Neben den im vorhergehenden Absatz 3 erklärten Ziele vereinbaren die Parteien, dass im nächsten Vertrag auch die folgenden Aspekte berücksichtigt werden müssen:
 - die Revision der Modalitäten und der Vergütungsstruktur des Arztes, auch im Zusammenhang mit den neuen Gesundheitszentren (UCCP);
 - die Teilnahme der ambulanten fachärztlichen Versorgung an den Arbeitsprotokollen der 24-

h-Betreuungskontinuität;

- die Definition von nationalen Standards hinsichtlich des Informationssystems mit besonderem Bezug auf das Gesundheitsblatt;
- die Vertiefung des Informationsflusses, der die Vertragsärzte mit den Sanitätsbetrieben verbindet;
- die Revision des geltenden Vertragsrechtes bis zu dessen Übereinstimmung mit den neuen Organisationsgefügen;
- die Revision der Schaffung und des Betriebs der regionalen und betrieblichen Organismen, in denen die Anwesenheit der Gewerkschaftsorganisationen vorgesehen ist;
- die Anpassung der Bescheinigungsmechanismen der Repräsentativität und der Gewerkschaftsrechte.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 18

1. Die Bestimmungen der Art. 26 und 54 des GKV vom 23. März 2005, wie im letzten Abschnitt des Absatzes 2 des Art. 26-ter des vorliegenden Vertrags vorgesehen, laufen aus und finden keine Anwendung auf die Ärzte, die den Gesundheitszentren (Unità complesse delle Cure primarie - UCCP) beitreten.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 19

1. Sollten die Regionalen Zusatzverträge gemäß Art. 26-ter die Inanspruchnahme von Dienstleistungsunternehmen, auch Genossenschaften seitens der in die Gesundheitszentren (Unità complesse delle Cure primarie - UCCP) mit einbezogenen Ärzte vorsehen, können diese - wie vom Buchstaben b) des Absatzes 3 des Art. 54 festgelegt - in keinem Fall gesundheitliche Leistungen erbringen und stellen ausschließlich Güter und Dienstleistungen für die Ärzte bereit.

SCHLUSSBESTIMMUNG NR. 20

- 1. Unter den Gewerkschaftsorganisationen oder den im vorliegenden Vertrag genannten Parteien - auch dort, wo sie anders benannt werden - verstehen sich ausschließlich die unterzeichnenden Parteien.**

ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 1

1. Die Minderjährigen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, können dem Arzt für Allgemeinmedizin zugeteilt werden.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 4

1. Den Ärzten, welche die Bescheinigung der Fachausbildung in Allgemeinmedizin gemäß Lgs.D. 256/91 in der betreffenden Region nach dem Ablauf der Einreichfrist für den Antrag auf Eintragung in die regionale Rangordnung erlangt haben, können - um keine Diskontinuität in der Betreuung der Bürger zu erzeugen - Vertretungsaufträge und provisorische Aufträge für Allgemeinmedizin erteilt werden, falls diese nicht den Ärzten, die in der regionalen Rangordnung und in der Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15 des vorliegenden Vertrags eingetragen sind, wegen Mangels an für diese Auftragsannahme verfügbaren Ärzten zugewiesen werden können.
2. Hierzu übermitteln die interessierten Ärzte nach Erlangung des Titels der Fachausbildung den Betrieben eigene Anträge auf Eintragung in ein getrenntes Verzeichnis, in denen sie den Besitz der Voraussetzungen für die Eintragung und die Position im Verzeichnis im Sinne des nachstehenden Absatzes 3 spezifizieren.
3. Die Ärzte gemäß vorhergehendem Absatz - mit Vorrang für die Ärzte, welche kein abhängiges öffentliches oder privates Arbeitsverhältnis innehaben und die keine Studienstipendien auch im Zusammenhang mit Spezialisierungskursen beziehen - werden in der Reihung: jüngeres Alter beim Universitätsabschluss, Universitätsabschlussnote und Doktoralter gestuft.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 5

1. Die **geltenden** Regionalen und Betrieblichen Verträge wahren ihre rechtlichen und wirtschaftlichen Wirkungen bis zur darin vorgesehen Dauer oder bis zum Inkrafttreten der nächsten Verträge.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 6

- 1. Für die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags Dienst leistenden Ärzte, die nicht mindestens 300 Betreute haben, ist die Frist der drei Jahre gemäß Art. 19, Absatz 3 auf fünf Jahre angehoben.**

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 7

1. Den Ärzten, welche die Eignungsbefähigung für die Notfallmedizin auf dem Territorium in der betroffenen Region nach dem Ablauf der Einreichfrist für den Antrag auf Eintragung in die regionale Rangordnung und/oder in die Bereichsrangordnung erlangt haben, können - um die volle Operativität des Netzes der Notfallbediensteten zu gewährleisten - die provisorischen Aufträge in der Notfallmedizin erteilt werden, falls sie im Besitz der vorgesehenen Befähigung sind und falls die Aufträge nicht den Ärzten, die in der regionalen Rangordnung und in der Verfügbarkeitsrangordnung gemäß Art. 15 des vorliegenden Vertrags eingetragen sind, wegen Mangels an für diese Auftragsannahme verfügbaren Ärzten zugewiesen werden können.
2. Hierzu übermitteln die interessierten Ärzte nach Erlangung des vorgesehenen Eignungstitels den Betrieben eigene Anträge auf Eintragung in ein getrenntes Verzeichnis, in denen sie den Besitz der Voraussetzungen für die Eintragung und die Position im Verzeichnis im Sinne des nachstehenden Absatzes 3 spezifizieren.
3. Die Ärzte gemäß vorhergehendem Absatz - mit Vorrang für die Ärzte, welche kein abhängiges öffentliches oder privates Arbeitsverhältnis innehaben und die keine Studienstipendien auch im Zusammenhang mit Spezialisierungskursen beziehen - werden in der Reihung: jüngeres Alter beim Universitätsabschluss, Universitätsabschlussnote und Doktoralter gestuft.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 8

1. Vorausgeschickt, dass der Art. 15-nonies, Absatz 3 des Lgs.D. Nr. 502/92 in geltender Fassung vorsieht, dass im Zuge der Erneuerung der Gesamtstaatlichen Verträge die Umsetzungszeiten und -modalitäten für die Anwendung der Bestimmungen von Absatz 1 desselben Artikels festgelegt werden, und dass das Legislativdekret Nr. 254 vom 28. Juli 2000 im Art. 6 die Wirkung dieser Bestimmungen bis zur Umsetzung der Maßnahmen im Zusammenhang mit den Entscheidungen der Kommission, die mit Dekret des Gesundheitsministeriums eingerichtet werden muss, bis zum Inkrafttreten der Altersgrenze gemäß Art. 19, Absatz 1, Buchstaben a) des vorliegenden Gesamtstaatlichen Kollektivvertrags aussetzt, findet weiterhin der Art. 6, Absatz 1, Buchstaben a) des DPR Nr. 484/96 unter Ausschluss jedes weiteren Vorteils gemäß Art. 16 des Lgs.D. Nr. 503 vom 30.12.1992 Anwendung.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 10

1. Die Bestimmungen gemäß Art. 33, Absatz 12 und Art. 34, Absatz 11 finden nach erfolgter Ermittlung der benachteiligten Zonen seitens der Betriebe auf der Grundlage der in den Regionalen Zusatzverträgen definierten Kriterien Umsetzung.

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 11

- 1. Die gewählten Vertreter der Ärzte gemäß Art. 25, Absatz 4 bleiben mit den Verfahren des Anhanges O des vorliegenden GKV bis zur wirtschaftlich-rechtlichen Definition des Bienniums 2008-2009 und dessen Inkrafttretens im Amt.**

ÜBERGANGSBESTIMMUNG NR. 12

1. In Erwartung der Änderung des Prozentsatzes bezogen auf die Krankenversicherung zugunsten der Ärzte für die Grundversorgung, die Betreuungskontinuität und die Notfallmedizin auf dem Territorium für jedes der beiden Jahre 2008 und 2009 wird eine einmalige Quote für jeden Betreuten/für jede geleistete Tätigkeitsstunde abzüglich der Fürsorge- und Steuerlasten zu Lasten des Betriebs nach folgender Tabelle gezahlt:

	2008	2009
Grundversorgung	€ 0,13/Betreuten	€ 0,13/ Betreuten
Betreuungskontinuität	€ 0,06/Stunde	€ 0,06/ Stunde
Notfallmedizin auf dem Territorium	€ 0,06/ Stunde	€ 0,06/ Stunde

Der im Sinne des vorliegenden Absatzes geschuldete Betrag wird innerhalb des Monats Oktober 2009 für die auf das Jahr 2008 bezogene einmalige Quote und innerhalb Juni 2010 für die auf das Jahr 2009 bezogene einmalige Quote gezahlt.

ZU PROTOKOLL GEGEBENE ERKLÄRUNGEN

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Die Parteien bezeugen ihren Willen, die Allgemeinmedizin unter Beachtung der Grundwerte, welche das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Betreuten sowie das persönliche Vertragsverhältnis kennzeichnen, graduell zu reorganisieren.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Die SISAC verpflichtet sich, mit dem ENPAM zwecks Neubestimmung der Modalitäten und der Fristen der geschuldeten Beitragszahlungen und der Übermittlung der Rechenschaftsberichte, wie es die korrekte Zurechnung zur Fürsorgeposition der Mitglieder verlangt, zusammenzuarbeiten.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Die Regionen und die unterzeichnenden Gewerkschaftsorganisationen verpflichten sich zur unmittelbaren Fortsetzung der Verhandlungen für das zweite wirtschaftliche Biennium 2008-2009 unter Nutzung aller für das besagte Biennium verfügbaren wirtschaftlichen Ressourcen zur Weiterführung der Reorganisation der Allgemeinmedizin ausgehend von dem, was in der Schlussbestimmung 17 vereinbart wurde.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Mit dem Übergang der Verwaltungs- und Organisationszuständigkeit vom Justizministerium an den Nationalen Gesundheitsdienst und somit an die Regionen und die Sanitätsbetriebe wurde die Grundversorgung von Häftlingen in den Bereich der auf dem Territorium erbrachten Allgemeinmedizin integriert. Die Parteien nehmen zur Kenntnis, dass die Probleme im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis des ärztlichen Personals, das in den Strafanstalten tätig ist, im Laufe der Verhandlung in Angriff genommen werden, welche auf die Unterzeichnung des vorliegenden GKV folgen wird. Dies wird einen neuen Abschnitt über die medizinische Versorgung in den Strafanstalten einführen.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Die Anwendung der Bestimmungen des Art. 59-bis, Absätze 1 und 2 ist der vollständigen Operativität des Informationssystems gemäß Absatz 3 und den im Absatz 4 desselben Artikels festgelegten Bedingungen untergeordnet.

GEMEINSAME ERKLÄRUNG

Wenngleich für die Tätigkeit des Arztes für die Grundversorgung die Leistungen eines Praxismitarbeiters in Anspruch genommen werden, besitzt die Tätigkeit nicht die Merkmale einer selbstständigen Organisation, weil sie einer Reihe von vertraglich vorgesehenen Auflagen unterliegt:

- Pflicht der täglichen Mindest-Öffnungsstundenanzahl der eigenen Praxis;
- vorgeschriebene Voraussetzungen und Kontrollen der Voraussetzungen der der Tätigkeitsausübung dienenden Räumlichkeiten und der Instrumentalausstattung;
- Altersgrenzen für die Tätigkeitsausübung;
- Überwachung und ständige Überprüfungen der vertraglichen Tätigkeit;
- Kontrollen der Verschreibungen mit Pflicht, sich nach den regionalen und betrieblichen Beschlüssen über die Tätigkeitsausrichtung zu richten.

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

TECHNISCHE VERFAHREN FÜR DIE ANWENDUNG DES OPTIMALEN VERHÄLTNISES

1. Nach der Festlegung des territorialen Einzugsgebiets durch die Region muss im besagten Einzugsgebiet zum Zwecke der Erfassung der Arztwahlen das sogenannte optimale Verhältnis angewandt werden.
2. Unbeschadet der Bestimmungen des Art. 33, Absatz 5 muss dieses territoriale Einzugsgebiet eine Mindestwohnbevölkerung von 7.000 Einwohnern aufweisen und kann gleichzeitig auch nicht kleiner als das Gemeindegebiet sein, auch wenn die Gemeinde mehrere Sanitätsbetriebe umfasst.
3. Die Vorgangsweisen sind nachstehend beschrieben.
4. Es wird die meldeamtliche Wohnbevölkerung zum 31. Dezember des Vorjahres berechnet.
5. Von dieser Zahl wird jener Teil der Wohnbevölkerung abgezogen, der zum 31. Dezember des Vorjahres zwar im territorialen Einzugsgebiet meldeamtlich ansässig war, jedoch den eigenen Wahlarzt in einem anderen territorialen Einzugsgebiet hatte; dagegen wird die nicht-ansässige Bevölkerung hinzugerechnet, die ihren Wahlarzt im besagten territorialen Einzugsgebiet gewählt hat.
6. Von dieser so errechneten Zahl wird die Wohnbevölkerung im Kindesalter (0-14 Jahre) abgezogen. Daraus ergibt sich die Einwohnerzahl, auf welche das optimale Verhältnis angewandt werden kann.
7. Daneben wird das Verzeichnis der im Einzugsgebiet in der Allgemeinmedizin bereits tätigen Ärzte, einschließlich der ehemals zusammengeschlossenen Ärzte, verwendet.
8. Jeder des besagten Ärzte hat eine eigene maximale Betreuzahl, die sich auch aus der Anwendung der Einschränkungen oder der Selbsteinschränkungen ergibt.
9. Jedem Arzt wird ein Wert entsprechend dem optimalen Verhältnis zugewiesen, das in der Region angewandt wird.
10. Nach der Summierung dieser Werte wird die Summe von der für die Anwendung des optimalen Verhältnisses gültigen Einwohnerzahl auf der Grundlage der Bestimmungen der Absätze 9 und 15 des Art. 33 abgezogen.
11. Die Zone ist unterversorgt, falls das Ergebnis der Berechnung gemäß Absatz 10 über 500 liegt.

REGELUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEM WAHLARZT FÜR DIE GRUNDVERSORGUNG UND SEINEM VERTRETER IN DEN FÄLLEN DER FREIWILLIGEN VERTRETUNG

1. Unbeschadet der Pflichten zu Lasten der Betriebe, die im Art. 37 festgelegt sind, werden die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Vertreter und dem vertretenen Arzt, unabhängig davon, welcher der beiden die Vergütungen des Betriebes bezieht, unter Berücksichtigung der Nutzung der Strukturen und der beruflichen Instrumente, die Eigentum des vertretenen Arztes sind, der Nichtverfügbarkeit der Karrierebedingungen des vertretenen Arztes und der höheren oder minderen saisonabhängigen Morbidität geregelt. Dem Vertreter ist es nicht gestattet, während der Vertretung neue Betreute in seinen Betreutenbestand aufzunehmen.
2. Das dem Vertreter zustehende Honorar wird auf der Grundlage der Bestimmungen des vorhergehenden Absatzes 1 in Höhe von 70 % der Vergütung gemäß Buchstaben A, Absatz 1 des Artikels 59 des vorliegenden Vertrags berechnet. Dem vertretenen Arzt wird der restliche Teil der geschuldeten Monatsvergütungen ausgezahlt.
3. Die Schwankungen in Bezug auf die höhere oder mindere Morbidität werden vertraglich auf 20 % festgelegt. Damit werden die dem Vertreter gemäß Absatz 2 geschuldeten Vergütungen zur Gänze gezahlt, falls sie sich auf Vertretungen in den Monaten April, Mai, Oktober und November beziehen. Falls sie sich auf die Monate Dezember, Januar, Februar und März beziehen, sind sie um 20 % erhöht, wobei die Belastungen zu Lasten des den Auftrag innehabenden Arztes sind, bzw. sind um 20 % reduziert, falls sie sich auf die Monate Juni, Juli, August und September beziehen.
4. Den Vertretern stehen die Vergütungen zu, die vom Art. 59, Buchst. C, Absätze 1 und 2 für die entsprechenden, während der Vertretung erbrachten Leistungen vorgesehen sind.
5. Der Vertreter hat bei der Annahme des Vertretungsauftrags eine Erklärung zu unterzeichnen,:
 - a) Kenntnis von den Vorschriften zu haben, welche das Arbeitsverhältnis des Arztes für die Grundversorgung regeln, und insbesondere Kenntnis von den Artikeln 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 zu haben und deren punktuelle Anwendung zu gewährleisten;
 - b) Kenntnis von den Datenschutzbestimmungen zu haben und sich zur rechtmäßigen Verwendung der sensiblen Daten der seiner Obhut übergebenen Betreuten zu verpflichten;
 - c) das Verwaltungsprogramm des informatisierten Krankenblattes zu kennen, das vom vertretenen Arzt verwendet wird, und imstande zu sein, es korrekt zu verwenden;
 - d) vom Organisationsgefüge der Tätigkeit des Arztpraxis Kenntnis genommen zu haben und sich zur punktuellen Tätigkeitsabwicklung zu verpflichten.

ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN

1. Die von den Ärzten für die Grundversorgung erbringbaren zusätzlichen Leistungen sind jene, die am Ende dieses Anhanges D im Tarifverzeichnis aufgelistet sind.
2. Außer bei anderweitigen Bestimmungen des Tarifverzeichnisses werden die medizinisch besonderen aufwendigen Leistungen zu Hause des Betreuten oder in der vertragsgebundenen Arztpraxis des Hausarztes in Abhängigkeit der gesundheitlichen Verfassung des Patienten erbracht.
3. Für die Erbringung der Leistungen gemäß Absatz 1 muss die Arztpraxis angemessen ausgestattet sein. Unbeschadet des Rechtes bzw. der Pflicht des Betriebs, die vorgesehenen Kontrollen hinsichtlich der Eignung der Arztpraxis durchzuführen, ist der Arzt verpflichtet, eine schriftliche Erklärung unter Angabe der Leistungen, für deren Erbringung die Praxis mit den nötigen Ausrüstungen und Geräten ausgestattet ist, auszustellen.
4. Für die Zahlung der Vergütungen für die zusätzlichen Leistungen hat der Arzt innerhalb des 15. Tages jeden Monats eine Aufstellung der im Laufe des Vormonats erbrachten Leistungen zu übermitteln. Für jede Leistung muss die Aufstellung das Datum der Erbringung, den Vor- und Zunamen, die Adresse und die regionale Codenummer des Betreuten enthalten.
5. Im Falle von Mehrfach- oder Einzelleistungen, die eine Genehmigung seitens des Dienstes erfordern, hat der Arzt zusammen mit der Aufstellung der zusätzlichen Leistungen die Genehmigung und das Übersichtsformular der genehmigten Mehrfachleistungen gemäß Anhang S des vorliegenden Vertrags, die vom Betreuten oder dessen Beauftragten zur Bestätigung der erfolgten Leistungserbringung gegengezeichnet wurden, zu übermitteln.
6. Eine Nichtübermittlung der Aufstellung der Leistungen innerhalb der festgelegten Frist entzieht der leistungserbringenden Körperschaft die Möglichkeit, ihre Kontrollbefugnisse auszuüben.
7. Sollte die Verspätung auf höhere Gewalt zurückzuführen sein, wird der Fall zu den Zwecken der Zahlung von den Subjekten gemäß Art. 25, Absatz 4 untersucht.
8. Für die erbrachten Leistungen stehen dem Arzt die im Tarifverzeichnis enthaltenen allumfassenden Vergütungen zu, unter Ausschluss der unter Buchstaben „C“ vorgesehenen. Vorbehaltlich der Bestimmungen des Art. 33, Absatz 2 können dem Betreuten keinerlei Kosten angelastet werden. Die Vergütungen für die Zusatzleistungen werden innerhalb des zweiten Monats nach dem Monat der Übermittlung der Aufstellung gemäß Punkt 4 gezahlt.
9. Die Ärzte für die Betreuungskontinuität können während der Ausübung ihrer Vertragstätigkeit die zusätzlichen Leistungen erbringen, die unter Buchstaben A des Tarifverzeichnisses gemäß vorliegendem Anhang vorgesehen sind.

TARIFVERZEICHNIS DER ZUSÄTZLICHEN LEISTUNGEN

A - Ohne Genehmigung erbringbare Leistungen:

Leistungen	1.1.2001
1. Erste Wundbehandlung (*)	12,32
2. Wundbehandlung und Nähen einer Oberflächenwunde	3,32
3. Nachfolgende Wundbehandlungen	6,16
4. Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	12,32
5. Blasenkatheterisierung bei Männern	9,66
6. Blasenkatheterisierung bei Frauen	3,59
7. Vordere Nasentamponade	5,62
8. Infusion (bei Dringlichkeit die einzig durchführbare)	12,32
9. Magenspülung	12,32
10. Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanuspritzen	6,16
11. Subkutanspritzen zur Desensibilisierung (**)	9,21
12. Pharynxtamponade für bakteriologischen Test (nur bei Patienten, die nicht das Ambulatorium aufsuchen können)	0,64

B - Mit sanitärer Genehmigung erbringbare Leistungen:

Leistungen	1.1.2001
1. Infusionszyklen	9,21
2. Behandlungszyklus mit endovenösen Spritzen (pro Injektion)	6,16
3. Aerosolzyklus oder feucht-warme-Inhalationen in der Arztpraxis (pro Leistung) (***)	1,23
4. Impfungen, die keine Pflichtimpfungen sind (****)	6,16

C - Arten von Leistungen, die allgemein im Rahmen der Regionalen und Betrieblichen Zusatzverträge erbracht werden können

1. Die Regionalen Zusatzverträge können die Erbringung von vergüteten zusätzlichen Leistungen durch den Arzt oder den Ärztezusammenschluss vorsehen. Dabei kann es sich sowohl um Einzelleistungen für die Abklärung einer diagnostischen Fragestellung oder die Überwachung von Pathologien als auch um programmierte Leistungen im Rahmen eines Projektes zur Umsetzung von Leitlinien oder von Betreuungsprozessen oder von Vereinbarungen im Zusammenhang mit den im Art. 25 vorgesehenen Tätigkeiten handeln.

2. Als Beispiele seien einige Leistungen im Zusammenhang mit den Tätigkeiten gemäß Art. 14, Absatz 4 angeführt:

Ältere Menschen:

- Eignungstests
- Tests zur Beurteilung von Fähigkeiten und der Sozialisierung
- mündliche und nicht-mündliche Tests zur kognitiven Bewertung

Prävention, Frühdiagnose, Therapie und Folgebehandlung von:

- Infektionskrankheiten: Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanuspritzen, individuelle Impfungen und Teilnahme an Prophylaxe-Impfkampagnen

- sozialen chronischen Pathologien (Diabetes Mellitus, arterielle Hypertonie, ischämische Kardiopathie, Dyslipämien): EKG, Fundusuntersuchung, Laboruntersuchung (Glykämie, 24-Stunden-Glykosurie, Dosierung der Plasmalipide, etc.)
- Neoplasien: Vaginalabstrich für onkozytologische Untersuchung, Kolposkopie mit Entnahme für Zytologie, Untersuchung auf Blut im Stuhl, Parazentose, Blasenkatheterisierung, Harnblasenspülung, einzelne intravenöse Injektion oder Injektionszyklus (z. B. antiblastische Präparate), Einzelinfusionen oder Infusionszyklus und alles Nötige für die Vorbeugung oder Therapie
- rheumatischen oder osteoartikulären Pathologien: Gelenkpunktion, intraartikuläre Injektionen, Iontophorese
- Atempathologien (Asthma, chronische Bronchitis, Allergien): Spirometrie, Subkutanspritzen zur Desensibilisierung, Aerosolzyklen (***)
- urogenitalen Pathologien und Störungen bei Harnentleerung: Katheterisierung, Prostatamassage, Harnflussbestimmung, Vaginalabstrich für Hormonspiegelbestimmung
- Patienten, die kleinen chirurgischen Eingriffen zu unterziehen sind, oder die jedenfalls Eingriffe der ambulanten kleinen Chirurgie benötigen: Inzision eines Abszesses, Reposition nach Luxation.

(*) Unter erster Wundbehandlung versteht sich die Behandlung einer noch nicht verarzten Wunde. Im Falle des Nähens wird der entsprechende Tarif hinzugefügt.

(**) Durchführbar nur in Arztpraxen, die mit einem Kühltank ausgestattet sind.

(***) Für die Durchführung dieser Leistung muss die Arztpraxis mit geeigneten, fest eingebauten Anlagen ausgestattet sein.

(****) Durchführbar mit Gesamtgenehmigung im Rahmen von Impfprogrammen, die auf regionaler oder betrieblicher Ebene angeordnet wurden. Für die Aufbewahrung des vom Betrieb gelieferten Impfstoffes muss die Arztpraxis mit einem geeigneten Kühltank ausgestattet sein. Über die Ergebnisse der Mitarbeit an der Impfkampagne übermittelt der Arzt dem Betrieb einen eigenen Bericht. Die Vergütungen für die Impfungen, die keine Pflichtimpfungen sind, werden bei der Berechnung gemäß Absatz 6 des vorliegenden Anhangs nicht mitgerechnet. Die Gripeschutzimpfung wird mit dem Tarif gemäß vorliegendem Anhang auch im Falle von Art. 45, Absatz 4, Buchst. C) vergütet.

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

**PROGRAMMIERTE HAUSPFLEGE ZUGUNSTEN VON
NICHT IM AMBULATORIUM VERSORGBAREN PATIENTEN**

Art. 1 - Hauspflegeleistungen

1. Die programmierte Hauspflege gemäß Art. 53, Absatz 1, Buchstaben b) wird am persönlichen Wohnsitz des nicht im Ambulatorium versorgbaren Patienten durch den effektiven periodischen wöchentlichen, zweiwöchentlichen oder monatlichen Besuch des Arztes in Bezug auf eventuelle folgende Erfordernisse des Patienten gewährleistet:

- Überwachung des Gesundheitszustandes des Betreuten;
- Kontrolle der hygienischen Bedingungen und des Umgebungskomforts und diesbezügliche Empfehlungen an den Kranken und an die Familienangehörigen;
- Anweisungen an das Krankenpflegepersonal für die Durchführung der Therapien, die im klinischen Tagebuch zu vermerken sind;
- Anweisungen an die Familienangehörigen oder an das für die Betreuung tagsüber zuständige Personal mit besonderem Augenmerk auf die physischen oder psychischen Besonderheiten des einzelnen Patienten;
- Angaben zur Nahrungsaufnahme, die auf dem vom Betrieb über die Zugänge gelieferten Blatt zu vermerken sind;
- Zusammenarbeit mit dem Personal der Sozialdienste des Betriebs in Bezug auf die Bedürfnisse des Patienten in den Beziehungen mit der Familie und dem Umfeld;
- Erstellung und Aktivierung „individueller Programme“ für die Vorbeugung oder Rehabilitation und deren periodische Überprüfung;
- Aktivierung der Rehabilitationsmaßnahmen;
- Führung eines vom Betrieb zur Verfügung gestellten Blatts über die Zugänge, auf welchem die eventuellen klinischen Überlegungen, die Therapie, die diagnostischen Untersuchungen, die fachärztlichen Leistungen, die zusätzlichen Leistungen, die Angaben des beratenden Facharztes und alles Nützliche und Zweckmäßige vermerkt werden.

Art. 2 - Einleitung der Hauspflege

1. Die Hauspflege betrifft Personen, denen es unmöglich ist, die Arztpraxis zu erreichen, zum Beispiel:

- a) bei permanenter Gehunfähigkeit (z. B. sehr alte, gehbehinderte Menschen, Träger von Prothesen an unteren Gliedmaßen mit großen Gehschwierigkeiten);
- b) bei Unmöglichkeit des Transportes in die Arztpraxis mit normalen Transportmitteln (pflegebedürftiger Patient oder Wohnung auf höheren Etagen ohne Aufzug);

- c) bei Unmöglichkeit des Transportes aufgrund von schweren Krankheiten, die Kontrollen sowohl bezüglich des sozialen Umfeldes als auch des Krankheitsbildes in kurzen Zeitabständen erfordern wie:
- Herzinsuffizienz im fortgeschrittenen Stadium;
 - Ateminsuffizienz mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung;
 - verödende Arterienerkrankung der unteren Gliedmaße im fortschrittlichen Stadium;
 - schwere Arthropathien der unteren Gliedmaße mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung;
 - Enzephalopathien und Gehirnschädigungen schwerer Formen;
 - Paraplegiker und Tetraplegiker.

Art. 3 - Verfahren für die Einleitung der Hauspflege

1. Die Meldung des Hauspflegefalls kann vom Arzt für die Grundversorgung, von den zuständigen Gesundheits- oder Sozialdiensten oder von den Familien an den Betrieb erfolgen.
2. Unbeschadet der Hausbesuchspflichten muss der begründete Vorschlag der Einleitung der Programmierter Hauspflege in jedem Fall vom Arzt für die Grundversorgung unter Angabe der Zugänge formuliert und beim Sprengel eingereicht werden.
3. Im selben Vorschlag sind auch die (wesentlichen) sozio-sanitären Betreuungserfordernisse sowie der eventuelle Personalbedarf anzugeben.
4. Um dem Arzt des Betriebs die Möglichkeit zu geben, das vorgeschlagene Betreuungsprogramm unverzüglich zu vereinbaren, muss aus dem Antrag des Hausarztes klar und deutlich - neben der begründeten Diagnose - jede weitere eventuelle nützliche Angabe zur Bestätigung der objektiven Unmöglichkeit des Zuganges des Patienten zur Arztpraxis hervorgehen.
5. Das Programm muss vom Arzt des Betriebs innerhalb von 15 Tagen nach der erfolgten Meldung gemäß vorgenannten Modalitäten beim Wohnsitzsprengel des Patienten geprüft werden. Geht keine Bestätigung/Antwort innerhalb des im Programm angegebenen Termins ein, gilt es - vorbehaltlich eventueller nachfolgender Kontrollen - in jeder Hinsicht als genehmigt.
6. Ist der Arzt des Betriebs nicht mit dem Programm einverstanden, hat er dies innerhalb von 15 Tagen nach der erfolgten Meldung dem Wahlarzt begründet mitzuteilen, damit das Programm entsprechend bearbeitet werden kann. Nach der Anbringung der Änderungen wird das Programm innerhalb von 7 Tagen wieder zur Genehmigung vorgelegt.
7. Eventuelle Streitigkeiten in Bezug auf die Programmierter Hauspflege werden gemeinsam vom Sprengeldirektor und vom Arzt für Allgemeinmedizin, welcher von Rechts wegen Mitglied des Koordinierungsamtes für Sprengeltätigkeiten ist, bewertet.
8. Bei besonderen lokalen Schwierigkeiten kann das Koordinierungsamt für Sprengeltätigkeiten spezifische Verfahrensmodalitäten zur Überwindung der Schwierigkeiten festlegen.

Art. 4 - Beziehungen zum Sprengel

1. In Bezug auf den Gesundheitszustand jeder Person und auf die sich daraus ergebenden sanitären,

sozialen und betreuungsbezogenen Erfordernisse, welche die Hauspflegemaßnahmen mit sich bringen, vereinbaren der Arzt für Allgemeinmedizin und der auf Sprengelebene für die gesundheitlichen Tätigkeiten verantwortliche Arzt auf der Grundlage des Programms und der Verfahren gemäß vorhergehendem Art. 3:

- A) die Dauer mit dem Beginn der programmierten Hauspflege, welche jedenfalls nicht länger als ein Jahr dauern kann (mit der Möglichkeit der Verlängerung);
- B) die wöchentliche oder zweiwöchentliche oder monatliche Periodizität der Zugänge des Arztes für Allgemeinmedizin, die sich abhängig von der Intensität der Maßnahme und von der Entwicklung des Gesundheitszustandes des Patienten ändern kann;
- C) die Zeitpunkte der gemeinsamen Überprüfung während des Einleitungszeitraumes für eine bessere individuelle Anpassung der Maßnahme in Abhängigkeit der krankenpflegerischen, sozialen, fachärztlichen, diagnostischen Leistungen, die der Patient benötigt.

Art. 5 - Wirtschaftliche Vergütung

1. Dem Arzt für Allgemeinmedizin wird neben der ordentlichen wirtschaftlichen Behandlung eine allumfassende Vergütung in der Höhe von 18,90 Euro pro Zugang ab dem 01.01.2000 zuerkannt.
2. Die Zugänge müssen effektiv durchgeführt werden und müssen die vom vereinbarten Programm vorgesehenen Fälligkeiten einhalten.
3. Die wirtschaftliche Behandlung endet unmittelbar bei Einlieferung in gesundheitliche oder soziale Einrichtungen, bei Arztwechsel oder falls die ursprünglich beurteilten klinischen Bedingung nicht mehr bestehen.

Art. 6 - Zahlungsmodalitäten

1. Für die Zahlung der Vergütungen meldet der Arzt dem Sprengel innerhalb von 10 Tagen des Monats nach dem Monat der Leistungserbringung in einer eigenen Aufstellung den Vor- und Zunamen des Betreuten und die Anzahl der auf der Grundlage des vereinbarten Programms effektiv durchgeführten Zugänge.
2. Die Anzahl der vom Arzt gemeldeten Zugänge muss mit der Menge der Zugänge, die der Arzt auf dem Blatt der Zugänge zu Hause des Patienten vermerkt hat, übereinstimmen.
3. Im Falle einer Nichtübereinstimmung gilt die auf dem Blatt der Zugänge aufscheinende Anzahl.
4. Die Zahlung muss im zweiten Monat nach der Erbringung der Leistung erfolgen. Die Leistungen müssen dem Betrieb innerhalb der vorgesehenen Zeiten in der Aufstellung dokumentiert übermittelt werden.

Art. 7 - Unterlagensammlung des Sprengels

1. In jedem Sprengel wird eine Unterlagensammlung zu jedem Arzt für Allgemeinmedizin, der die Pflege- und Betreuungsleistungen gemäß den vorhergehenden Artikeln erbringt, geführt.

2. Die Unterlagensammlung enthält die Verzeichnisse der betreuten Personen mit den monatlichen Änderungen und die Hauspflege-Vordrucke.
3. Auf der Grundlage einer Regionalen Vereinbarung werden die von den Betrieben für die Aufgaben gemäß vorliegendem Anhang zu verwendenden Vordrucke festgelegt.

Art. 8 - Überprüfungen

1. Der leitende Arzt des zuständigen Dienstes des Betriebs und die Sprengelverantwortlichen für die gesundheitlichen Tätigkeiten können zu Hause der Betreuten jederzeit die Notwendigkeit der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen.
2. Eventuelle sich daraus ergebende Initiativen werden vorgeschlagen und im Einvernehmen mit dem Arzt für Allgemeinmedizin durchgeführt.

Art. 9 - Dezentrale Vereinbarungen

1. Die Definition anderweitiger Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Vertrags ist der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

INTEGRIERTE HAUSPFLEGE

Art. 1 - Leistungen

1. Bei der Integrierten Hauspflege gemäß Art. 53, Absatz 1, Buchstaben a) werden zu Hause des Patienten die folgenden Leistungen gewährleistet:
 - a) allgemeinmedizinische Leistungen;
 - b) fachärztliche Leistungen;
 - c) Krankenpflege- und Rehabilitationsleistungen;
 - d) Haushaltshilfe durch die Familienangehörigen oder die zuständigen Dienste der Betriebe;
 - e) Sozialleistungen.
2. Die Integrierte Hauspflege wird durch die berufsübergreifende Integration der verschiedenen Berufsbilder des vorliegenden Vertrags und zwischen diesen und anderen Berufsbildern in der territorialen Betreuung in einem integrierten Leistungssystem erbracht, das eine globale Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der pflegebedürftigen Personen bieten kann.
3. Die Leistungserbringung kennzeichnet sich durch die integrierten Maßnahmen der erforderlichen Gesundheits- und Sozialdienste je nach den spezifischen Erfordernissen der Person und soll deren Einlieferung in eine Einrichtung vermeiden.

Art. 2 - Betreuungsberechtigte

1. Die Pathologien, welche die Einleitung der Integrierten Hauspflege ermöglichen, sind jene, für welche die Integrierte Hauspflege - aus sozialen oder gesundheitlich-organisatorischen Gründen - eine Alternative zur Einlieferung darstellt.
2. Außer bei anderweitigen Vereinbarungen zwischen dem verantwortlichen Arzt für die gesundheitlichen Tätigkeiten auf Sprengelzebene und dem Arzt für Allgemeinmedizin in Bezug auf die soziale und klinische Situation beziehen sich die Fälle der Aktivierung der Integrierten Hauspflege auf:
 - Kranke im Endstadium;
 - fortschreitende invalidierende Krankheiten, die komplexe Maßnahmen erfordern;
 - akute zerebrale Ischämien;
 - schwere Frakturen bei Senioren;
 - schwere akute Psychosen;
 - Rehabilitation bei Vaskulopathien;
 - Rehabilitation bei Nervenschädigung;
 - vorübergehend invalidierende Krankheiten bei Senioren (Respirationsformen und andere);
 - begleitete Entlassungen aus Krankenhauseinrichtungen.

Art. 3 - Verfahren für die Einleitung

1. Der Dienst wird mit dem Einverständnis des Arztes für die Grundversorgung infolge der Meldung durch:

- a) den Arzt für die Grundversorgung;
- b) den Verantwortlichen der Krankenhausabteilung bei der Entlassung;
- c) die Sozialdienste;
- d) die Familienangehörigen des Patienten

an den Verantwortlichen für die gesundheitlichen Tätigkeiten im Sprengel, in dem der betroffene Patient ansässig ist, eingeleitet.

2. Innerhalb 48 Stunden nach der eingegangenen Meldung leitet der Sprengelarzt das Verfahren ein und nimmt mit dem Arzt für Allgemeinmedizin Kontakt auf, um die Integrierte Hauspflege nach Einholung der Einwilligung des Patienten oder dessen Familienangehörigen zu aktivieren.

3. Sollte der Sprengelarzt die Einleitung der Integrierten Hauspflege für den vom Hausarzt vorgeschlagenen Fall nicht für erforderlich halten, hat er dies dem Arzt für die Grundversorgung und den Familienangehörigen des betroffenen Betreuten innerhalb von 24 Stunden nach dem Einleitungsantrag begründet mitzuteilen.

4. Sollte der Antrag auf Integrierte Hauspflege genehmigt werden, vereinbaren der Sprengelverantwortliche für die gesundheitlichen Tätigkeiten und der Arzt für die Grundversorgung:

- a) die vermutliche Dauer der Erbringung der Integrierten Hauspflege;
- b) die Art der anderen mit einbezogenen Gesundheitsberufe;
- c) die Anträge auf Maßnahmen der Sozialdienstmitarbeiter, die dem Sprengelverantwortlichen für die entsprechenden Tätigkeiten zu unterbreiten sind;
- d) die Fälligkeiten der Zugänge des Arztes für Allgemeinmedizin zu Hause des Patienten in Abhängigkeit der Spezifität des laufenden Krankheitsprozesses und der erforderlichen sanitären und sozialen Maßnahmen unter Berücksichtigung der klinischen Variabilität jedes Falles;
- e) die Zeitpunkte der gemeinsamen Überprüfung während der Diensterbringung.

5. Der Arzt für die Grundversorgung:

- trägt im Rahmen des Maßnahmenplans die alleinige und vollständige Verantwortung für den Patienten;
- führt das vom Betrieb gelieferte Blatt der Zugänge zu Hause des Patienten, auf dem die Gesundheitsberufe ihre Maßnahmen vermerken;
- aktiviert die fachärztlichen Beratungen, die programmierten Krankenpflege- und Sozialmaßnahmen;
- koordiniert die Mitarbeiter, um den Bedürfnissen des Patienten Rechnung zu tragen.

Art. 4 - Unterbrechung

1. Die Integrierte Hauspflege kann jederzeit sowohl vom Arzt für die Grundversorgung als auch vom Betrieb mit begründeter Entscheidung und mit Vorankündigung von mindestens 7 Tagen unterbrochen werden. Dabei werden in jedem Fall die sozio-sanitären Erfordernisse des Patienten geschützt.

Art. 5 - Wirtschaftliche Behandlung

1. Dem Arzt für Allgemeinmedizin wird - neben der ordentlichen wirtschaftlichen Behandlung gemäß Art. 59 - eine allumfassende Vergütung in Höhe von 18,90 Euro pro Zugang ab dem 01.01.2000 gezahlt.
2. Die Zugänge des Arztes zu Hause des Patienten müssen effektiv durchgeführt werden und müssen die vereinbarten Fälligkeiten beachten.
3. Die wirtschaftliche Behandlung endet im Falle der Einlieferung des Patienten in eine Gesundheitseinrichtung oder falls die anfänglich bewerteten klinischen Bedingungen nicht mehr bestehen.
4. Im Falle der Einlieferung in eine Sozialeinrichtung wird das Programm der Integrierten Hauspflege auf der Grundlage der neuen Betreuungslage neu formuliert. Es endet, wenn die Betreuung gemäß Art. 53, Absatz 1, Buchstaben c) der regionalen Vereinbarung erbracht wird.

Art. 6 - Zahlungsmodalitäten

1. Für die Zahlung der Vergütung meldet der Arzt dem Sprengel innerhalb von 10 Tagen des Monats nach dem Monat der Leistungserbringung in einer eigenen Aufstellung den Vor- und Zunamen des Betreuten und die Anzahl der auf der Grundlage des vereinbarten Programms effektiv durchgeführten Zugänge.
2. Nach der Überprüfung der Übereinstimmung zwischen dem vereinbarten Programm und den vom Arzt getätigten Zugängen werden die Unterlagen dem zuständigen Dienst des Betriebs zwecks Zahlung übermittelt.
3. Die Anzahl der vom Arzt gemeldeten Zugänge muss mit der Menge der Zugänge, die der Arzt auf dem Blatt der Zugänge zu Hause des Patienten vermerkt hat, übereinstimmen.
4. Im Falle einer Nichtübereinstimmung gilt die auf dem Blatt der Zugänge aufscheinende Anzahl.
5. Die Zahlung muss im zweiten Monat nach der Erbringung der Leistung erfolgen. Die Leistungen müssen dem Betrieb innerhalb der vorgesehenen Zeiten in der Aufstellung dokumentiert übermittelt werden.

Art. 7 - Unterlagensammlung des Sprengels

1. In jedem Sprengel wird eine Unterlagensammlung zu jedem Arzt für Allgemeinmedizin, der die Integrierte Hauspflege erbringt, geführt.
2. Die Unterlagensammlung enthält die Verzeichnisse der betreuten Personen mit den entsprechenden Änderungen und eine Kopie des für die Integrierte Hauspflege vereinbarten Programms.

Art. 8 - Periodische Versammlungen

1. Der für den Dienst verantwortliche ärztliche Leiter fördert periodische Versammlungen mit den Verantwortlichen für die gesundheitlichen Tätigkeiten auf Sprengelzebene und mit den Mitgliedern des Betriebsbeirates zur Gewährleistung der Einheitlichkeit der Kriterien der Zulassung zu den Behandlungen, zur gemeinsamen Überprüfung des Verlaufs des Leistungserbringungsprozesses in Bezug auf Effizienz und

Effektivität, zur Lösung der eventuellen Probleme bei der Programmdurchführung.

2. Zur Versammlung können die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin eingeladen werden, um die einzelnen Betreuungsprobleme zu besprechen.
3. Der termingerecht eingeladene Arzt für Allgemeinmedizin ist zur Teilnahme verpflichtet und vereinbart Modalitäten und Zeiten.

Art. 9 - Überprüfungen

1. Der für den Dienst verantwortliche leitende Arzt und die Verantwortlichen für die gesundheitlichen Tätigkeiten auf Sprengel Ebene können jederzeit zu Hause des Patienten die Notwendigkeit der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen.
2. Eventuelle sich daraus ergebende Initiativen werden im Einverständnis mit dem Arzt für Allgemeinmedizin vorgeschlagen und getroffen.

Art. 10 - Streitigkeiten

1. Eventuelle Streitigkeiten in Bezug auf die Integrierte Hauspflege werden gemeinsam vom Sprengeldirektor und vom Arzt für Allgemeinmedizin, welcher von Rechts wegen Mitglied des Koordinierungsamtes für Sprengeltätigkeiten ist, bewertet.
2. Bei besonderen lokalen Schwierigkeiten kann das Koordinierungsamt für Sprengeltätigkeiten spezifische Verfahrensmodalitäten zur Überwindung der Schwierigkeiten festlegen.

Art. 11 - Dezentrale Vereinbarungen

1. Die Definition anderweitiger Inhalte und der Umsetzungsmodalitäten des vorliegenden Vertrags ist der regionalen Verhandlungsebene übertragen.

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

Der vorliegende Anhang ist auf der Website der SISAC veröffentlicht (<http://www.sisac.info>).

**WAHLORDNUNG FÜR DIE WAHL DER MITGLIEDER IN VERTRETUNG DER ALLGEMEINMEDIZIN DES
KOORDINIERUNGSAMTES FÜR SPRENGELTÄTIGKEITEN**

1. Die vorliegende Ordnung regelt die Modalitäten für die Wahl der Mitglieder in Vertretung der Allgemeinmedizin des Koordinierungsamtes für Sprengeltätigkeiten.
2. Die Wahl der Mitglieder gemäß vorhergehendem Absatz findet in allen Betrieben der Region und in allen Sprengeln innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags statt.
3. Der Regionalassessor für das Gesundheitswesen gibt nach Anhörung der Generaldirektoren der Betriebe das Datum für die Abhaltung der Wahl gemäß vorliegendem Artikel an.
4. Hierzu richtet der Generaldirektor in jedem Sprengel einen Wahlausschuss ein und sendet dem Präsidenten die Liste aller Wahlberechtigten jedes Wahlsitzes. Jeder Arzt wählt in seinem Zugehörigkeitswahlsitz.
5. Die Betriebe teilen den Wahlberechtigten mit den vom Betriebsbeirat gemäß Art. 23 festgelegten Modalitäten das Datum, die Uhrzeit, den Wahlsitz sowie die Wahlmodalitäten mit.
6. Wahlberechtigt sind alle zum Datum der Durchführung der Wahlen unbefristet beauftragten Ärzte für Allgemeinmedizin. Falls der Arzt nicht in das Verzeichnis eingetragen sein sollte, kann er das Wahlrecht am Wahlsitz durch Vorlegen der Bescheinigung seines unbefristeten Auftrags beanspruchen.
7. Der Wahlausschuss besteht aus einem Beamten des Betriebs, der vom Generaldirektor zum Präsidenten ernannt wird, und aus zwei vom Betriebsbeirat gemäß Art. 23 angegebenen Stimmzählern.
8. Der Wähler hat sich beim Wahlsitz mit einem gültigen Ausweis einzufinden oder muss dem Präsidenten bekannt sein. Jeder Wähler kann Vorzugsstimmen gleich der Anzahl der wählbaren Mitglieder geben.
9. Die Wahlsitzpräsidenten kümmern sich um die Abwicklung der Wahlen, die Stimmzählung (die unmittelbar nach Wahlabschluss erfolgt) und um die Übermittlung der ausgezählten Stimmzettel an den Betrieb. Der Betrieb ist verpflichtet, die Stimmzettel für mindestens 30 Tage nach der Stimmzählung aufzubewahren. Nach Verstreichen dieser Frist müssen die Stimmzettel zerstört werden.
10. Die Betriebe übermitteln die Wahlergebnisse an den Regionalbeirat gemäß Art. 24.
11. Für jeden Organismus werden die Ärzte ernannt, die insgesamt die meisten Vorzugsstimmen erlangt haben.
12. Der Generaldirektor des Betriebs verkündet die Gewählten den Koordinierungsämtern für die Sprengeltätigkeiten.
13. Die Vergütungen für die Mitglieder des Wahlausschusses werden mit Verwaltungsakt der Region festgelegt und sind zu Lasten der Bezugsbetriebe.
14. Die Wahlen finden in allen Sprengeln zum selben Datum und allgemein an einem Samstag zu Uhrzeiten statt, die vom Beirat gemäß Art. 24 bestimmt werden.

15. Die im Sinne der vorliegenden Ordnung gewählten Mitglieder werden des Amtes enthoben wegen:
- a) Abwesenheiten für insgesamt über 50 % der im Laufe des Jahres getätigten Versammlungen;
 - b) Entlassung aus dem Amt;
 - c) Beendung des oder der vertraglichen Aufträge in der Allgemeinmedizin.
16. Das gemäß vorhergehendem Absatz seines Amtes enthobene Mitglied wird durch den nächsten aus der Reihe der Nichtgewählten ersetzt.

LEITLINIEN FÜR DIE EIGNUNGSKURSE DER NOTFALLMEDIZIN

PROGRAMM

Da für die beiden klinischen Extremnotfallsituationen - Herz-Kreislaufstillstand und schweres Polytrauma - ein qualifizierter Einsatz des Rettungspersonals garantiert werden muss, werden in das Kursprogramm für die Notfallmediziner die Basismaßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung (BLS - Basic Life Support) und die Richtlinien für die Reanimationsmaßnahmen (ACLS - Advanced Cardiac Life Support) für die Fälle des Herzstillstandes gemäß der Organisation American Heart Association und dem European Resuscitation Council sowie die Leitlinien des ATLS (Advanced Trauma Life Support) der Fachgesellschaft American College of Surgeons in den Fällen der polytraumatisierten Patienten eingefügt (diese internationalen und maßgebenden wissenschaftlichen Einrichtungen nehmen periodisch eine kritische Revision und Aktualisierung der Protokolle auf der Grundlage der Wissensrevolution vor).

Der Kurs verfolgt die Erreichung der folgenden Ziele seitens der Kursteilnehmer:

1. Versorgung eines Patienten:
 - zu Hause;
 - im Freien;
 - in einem Rettungsfahrzeug;
 - in der Arztpraxis.

2. Diagnose und Behandlung eines Patienten:
 - bei Herzstillstand (Reanimation mit Wiederherstellung der offenen Atemwege, Beatmung, Herzdruckmassage, Defibrillation, Gabe der vom ACLS-Protokoll empfohlenen Medikamente)
 - mit akuter Ateminsuffizienz (durch Gabe von Medikamenten, endotracheale Intubation, Koniotomie)
 - mit Polytraumata oder schweren Traumata (Thoraxdrainage, Dekompression bei Pneumothorax, Zentralvenenkatheter, Prävention von neurologischen Schäden etc.)
 - mit schweren Verbrennungen (durch chemische Faktoren oder Wärme)
 - im Schockzustand
 - im Koma oder mit anderen neurologischen Pathologien
 - mit Thoraxschmerzen (von Angina bis Myokardinfarkt mit Komplikationen)
 - mit Herzrhythmusstörungen
 - mit akutem Lungenödem
 - mit internen und externen Blutungen (Hämoptyse, Hämatemesis, Darmblutung, Aneurysmaruptur)
 - bei Blitzschlag/Stromschlag oder Ertrinken
 - bei Vergiftung oder akuter exogener Vergiftung
 - bei Entbindungs-gynäkologischen Notfällen (Entbindungsbeistand)
 - bei pädiatrischen Notfällen (von Krampfanfällen bis Herz-Atem-Stillstand bei Neugeborenen)
 - bei psychiatrischen Notfällen (gewalttätiger Kranker oder im Zustand der

psychomotorischen Agitation)

3. Kenntnis der Rettung und Ruhigstellung eines traumatisierten Patienten.
4. Kenntnis und Durchführung der kleinen Chirurgie, bezogen auf die korrekte Behandlung der „minderen“ Traumatologie (Wunden Verbrennungen, Kontusionen, Luxationen, Brüche).
5. Kenntnis der rechtsmedizinischen Implikationen in der notfallmedizinischen Tätigkeit (Verantwortung bei verschiedenen Handlungen).
6. Kenntnis der Probleme bei der Planung der Dringlichkeiten/Notfälle bei Makro- und Maxi-Noteinsätzen (Triage, Koordinierung der Rettungseinsätze auch mit dem Zivilschutz, etc.).
7. Verwendung der mit der Notfallmedizin auf dem Territorium zusammenhängenden Technologie (Kommunikationssysteme, Informationssysteme, elektronische Geräte).
8. Kenntnis der Organisation der in die Notfallmedizin auf dem Territorium mit einbezogenen Dienste.
9. „Dispatch Emergency Medical“-Ausbildung.

Der praktische Teil des Kurses muss in Krankenhäusern abgelegt werden, welche die folgende Mindestausstattung aufweisen:

1. Erste Hilfe - Notfallmedizin und -chirurgie
2. Reanimation
3. Kardiologie und Intensivtherapie
4. Orthopädie
5. Aktive Einsatzzentrale mit Rettungsfahrzeugen

Außerdem müssen die als Lehrmaterial zu verwendenden Materialien und Instrumente ermittelt werden (anatomisches Trainingsmodell zum Üben der äußeren Herzdruckmassage, der endotrachealen Intubation, des Zentralvenenkatheters, Seminare zur Falldiskussion aus der Realität oder simulierter Fälle, Übungen in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr etc.).

Die Schlussbewertung der „Eignung“ oder „Nicht-Eignung“ erfolgt mittels schriftlicher und mündlicher/praktischer Prüfung vor einer Prüfungskommission, die vom Generaldirektor jedes Sanitätsbetriebs mit formellem Verwaltungsakt ernannt wird.

Den Kandidaten, welche die Prüfungen bestehen, wird die Eignungsbescheinigung für die Ausübung der notfallmedizinischen Tätigkeiten auf dem Territorium ausgestellt.

