

RICHTLINIE FÜR DIE SONDERGEBÜHRENAUFTEILUNG

PRÄAMBEL:

Diese Richtlinie dient als Grundlage für Entscheidungen der Schiedsstelle bei der Aufteilung der Sondergebühren. Im Einvernehmen der Ärzte der Abteilung (ausgenommen Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw Ärzte in Basisausbildung) bzw der Abteilungsleiter und des Turnusärztereverters für den Turnusärztepool können von der Richtlinie abweichende Regelungen jederzeit und in beliebiger Weise getroffen werden.

Anmerkung: Festzuhalten ist, dass die Sondergebührenverteilung grundsätzlich in der Autonomie der Ärzte (der jeweiligen Abteilung) verbleiben soll. Nur wenn kein Einvernehmen an der Abteilung erzielbar ist, hat die Schiedsstelle nach den Grundsätzen dieser Richtlinie die Aufteilung festzusetzen.

Artikel I

Gem. § 54 O.Ö KAG sind die Sondergebühren (Ärztehonore) auf die Ärzte des ärztlichen Dienstes unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikation und der konkreten Leistung aufzuteilen. Gastärzte gem. § 35 ÄrzteG sowie nachgeordnete Ärzte, die insbesondere aufgrund ihrer anderweitigen dienstrechtlichen Verpflichtung nicht an der Patientenversorgung im Sinne des Versorgungsauftrages der Abteilung mitwirken, gelten nicht als Ärzte des ärztlichen Dienstes und haben keinen Anspruch auf Ärztehonore. Wird ein solcher Arzt auch zur Patientenversorgung an der Abteilung eingesetzt, besteht der Anspruch auf Ärztehonore zu Anteilen. Übernimmt ein Arzt, der im Rahmen des Versorgungsauftrages an der Abteilung tätig ist, für nicht mehr als ein Drittel seiner Arbeitszeit Aufgaben in Lehre und Forschung im Sinne des UG, bleibt sein Anspruch auf Ärztehonore davon gänzlich unberührt, bei Übersteigen dieses Ausmaßes besteht der Anspruch zu Anteilen.

Die Aufteilung erfolgt innerhalb der Ärzte einer Abteilung, sofern nicht in dieser Richtlinie davon abweichende Regelungen vorgesehen sind.

Anmerkung: Gem § 54 OÖKAG sind neben den Abteilungsleitern, sonstigen leitenden Ärzten und Konsiliarärzten, nur die sonstigen Ärzte des ärztlichen Dienstes liquidationsberechtigt. Als Arzt des ärztlichen Dienstes sind Ärzte zu verstehen, die aufgrund ihres Dienstvertrages am Versorgungsauftrag der Abteilung mitarbeiten. und nicht davon unabhängig "patientenferne" Tätigkeiten erbringen. Ist der Aufgabenbereich „gemischt“ stehen die Ärztehonore im Ausmaß der Mitarbeit an der Versorgungstätigkeit zu. Drittmittelfinanzierung wird ein Indiz dafür darstellen, dass Ärzte nicht am Versorgungsauftrag der Abteilung mitarbeiten, dies ist aber widerleglich. Drittmittelfinanzierung liegt dann vor, wenn die Gehälter der nachgeordneten Ärzte in wirtschaftlicher Hinsicht nicht vom Rechtsträger oder (der medizinischen Fakultät) der JKU getragen werden. Abgestellt wird bei der Feststellung der Drittmittelfinanzierung daher nicht auf die Frage, ob die Gehälter vom Rechtsträger oder direkt von einem Dritten an den Arzt ausbezahlt werden, sondern wer letztlich in wirtschaftlicher Hinsicht diese Kosten endgültig trägt. Es soll klargestellt werden, dass die Übernahme von Lehr- und Forschungsaufgaben (im Rahmen von Universitäten bzw med. Fakultäten), die das in Österreich für derartige Zwecke übliche Ausmaß von einem Drittel der Gesamtarbeitszeit nicht übersteigt, wie unmittelbare Mitarbeit am Versorgungsauftrag angesehen wird und damit der volle Anspruch auf Sondergebühren gewährleistet bleibt. Übernimmt der Arzt daher bspw zu zwei Dritteln seiner Arbeitszeit Lehraufgaben an der med. Fakultät, dann ist sein Anspruch auf Ärztehonore zu halbieren.

Eine abweichende Regelung vom Grundsatz der Aufteilung an einer Abteilung, stellen bspw die Vorgaben hinsichtlich der sog Doppelprimariate (vgl zB Art IVa) oder des Turnusärztepools dar.

Artikel II

- (1) Die Aufteilung der Sondergebühren erfolgt grundsätzlich durch die Ärzte einer Abteilung im Einvernehmen. Bei behördlich genehmigten Departments, die am selben Standort wie die Stammabteilung eingerichtet sind, wird die Gebührenverteilung vollständig zwischen Stammabteilung und Department getrennt. Auf den Departmentleiter und die nachgeordneten Ärzte des Departments sind die nachfolgenden Regelungen sinngemäß derart anzuwenden, dass das Department als eigene Abteilung gilt. Werden Ärzte sowohl in der Stammabteilung als auch im Department eingesetzt, so sind diese entsprechend ihres jeweiligen Tätigkeitsumfanges an beiden Versorgungseinheiten mit zu berücksichtigen.
- (2) Sollte eine einvernehmliche Regelung gem. Abs. 1 nicht erzielt werden können, hat auf Antrag die Schiedsstelle für die Sondergebührenaufteilung der Ärztekammer für O.Ö. die Aufteilung entsprechend den Grundsätzen des Art. I im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen festzulegen.

Anmerkung: Wie bereits in den Anmerkungen zur Präambel festgehalten, ist eine Festlegung der Anteile durch die Schiedsstelle nur möglich, wenn an der Abteilung kein Einvernehmen erreicht, und die Schiedsstelle angerufen wird. Eine einvernehmliche abteilungsinterne Lösung kann in jeder Hinsicht und beliebigen Höhe von der Richtlinie abweichen. Auch ein eventuell gefällter Schiedsspruch ist durch eine einvernehmliche Lösung an der Abteilung jederzeit außer Kraft setzbar.

Da bei Departments die fachlich-medizinische und damit honorarbegründende Verantwortung gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften beim Departmentleiter liegt, soll das Department hinsichtlich der Gebührenverteilung vollständig getrennt von der Stammabteilung berücksichtigt werden. Wenn ein Arzt zB zu 20% Tätigkeiten (zB Dienste) an der Stammabteilung und zu 80% am Department erbringt, dann ist er in der jeweiligen Einheit mit dem jeweiligen Tätigkeitsumfang zu berücksichtigen.

Artikel III

- (1) Die auf den Primarius und auf die nachgeordneten Fachärzte und Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt entfallenden Anteile sind von der Anzahl der nachgeordneten Fachärzte abhängig und ergeben sich anhand der folgenden Bestimmungen:
 - a) Die gesamten Sondergebühren je Abteilung werden zwischen Primarius - Fachärzten - Turnusärzten in Ausbildung zum Facharzt im Verhältnis
 - b) 1 (Teil für den Primarius) : $\frac{1}{3}$ (Teil x Anzahl der Fachärzte der Abteilung) : $\frac{1}{9}$ (Teil x Anzahl TÄ in Ausb. zum FA), bei Abteilungen mit einem FA

1 : 1/3,5 : 1/12,25 bei Abteilungen mit 2 FÄ

1: 1/4 : 1/16 bei Abteilungen mit 3 FÄ

1 : 1/4,5 : 1/18 bei Abteilungen mit 4 FÄ

1 : 1/4,75 : 1/19 bei Abteilungen mit 5 FÄ

1 : 1/5 : 1/20 bei Abteilungen mit 6 bis 10 FÄ

1 . 1/5,125 : 1/23,063 bei Abteilungen mit 11 bis 15 FÄ

1 : 1/5,188 : 1/25,94 bei Abteilungen mit 16 bis 20 FÄ

1: 1/5,219 : 1/28,704 bei Abteilungen mit 21 bis 25 FÄ

1 : 1/5,234 : 1/31,404 bei Abteilungen mit 26 bis 30 FÄ

1 (Teil für den Primarius): 1/6 (Teil x Anzahl TÄ in Ausbildung zum FA) bei Abteilungen mit keinem FA aufgeteilt.

- c) Für die Vertretung des Abteilungsleiters gebührt eine fixe Gebühr (Chefvertretungsgebühr) in Höhe von 10% des auf den Abteilungsleiter gem. lit.b entfallenden Anteils. Diese Chefvertretungsgebühr wird im Gesamtanteil der nachgeordneten Fachärzte gem. lit.b integriert. Zum Ausgleich dafür wird der Anteil der nachgeordneten Fachärzte gem. lit.b wie folgt erhöht:

Zunächst wird ein Wert in Höhe von 10 % des Anteiles, der auf den Abteilungsleiter gem. lit.b entfällt, gebildet. Von diesem Wert wird nochmals jener prozentuelle Anteil ermittelt, der aufgrund der Aufteilung gem. lit.b auf den Primarius entfällt. Der sich daraus ergebende Betrag wird mit folgendem Faktor multipliziert:

Liegt der Anteil des Primarius gem. lit.b zwischen 61 % und 70 % beträgt der Faktor 1,4, zwischen 51 % und 60 % beträgt der Faktor 1,0, zwischen 41 % und 50% beträgt der Faktor 0,6 und ab 40 % und darunter beträgt der Faktor 0,2.

Der sich nach der Multiplikation mit diesem Faktor ergebende Betrag ist von dem sich nach lit.b errechnenden Anteil des Primarius abzuziehen und dem Anteil der nachgeordneten Fachärzte zuzuschlagen.

Der dem Chefvertreter zustehende Anteil (10% des Primarärzteanteils gem. lit.b) ist bei der Aufteilung innerhalb der nachgeordneten Fachärzte der Abteilung beim flexiblen Anteil gem. Art. V (2) zugunsten des Chefvertreters zu berücksichtigen. Erfolgt die Vertretung durch mehrere oder alle nachgeordneten Fachärzte der Abteilung, so ist die Chefvertretungsgebühr entsprechend auf diese aufzuteilen.

- d) Lit.c ist nicht anzuwenden, wenn an der Abteilung kein Facharzt tätig ist. Ebenso ist lit.c nicht anzuwenden, wenn anstelle der fixen Chefvertretungsgebühr vereinbart wird, dass dem Vertreter je konkretem Vertretungsfall (Urlaubs- bzw. Krankheitsfall) 50 % der für den Vertretungszeitraum dem Abteilungsleiter zustehenden Gebühren zukommt.

- e) Die Bestimmungen des Art. IV bleiben durch Art. III unberührt.

- 2) Von der Aufteilung gem. Abs.1 kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere bei außergewöhnlicher Abteilungsstruktur bzw. bei besonderer Qualifikation des Abteilungsleiters oder der FÄ, die maßgeblichen Einfluß auf die Anzahl der Sonderklassepatienten hat, abgewichen werden. Eine Abweichung ist jedoch nur um jene %-Punkte nach oben bzw. unten vom Primarärzteanteil aus möglich, die der Differenz zwischen dem gem. Abs. 1 lit.c errechneten Primararztanteil und der Untergrenze von 29 % entspricht, wobei die Abweichung max. 5 %-Punkte betragen darf. Liegt der Anteil des Primarius gem. Abs. 1 lit. c bei 29 % oder darunter ist keine Abweichung nach oben oder unten möglich.

- 3) Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei allen Berechnungen nach dieser Richtlinie im aliquoten Ausmaß zu einem vollbeschäftigten Arzt zu berücksichtigen. Als Teilzeitbeschäftigung gilt jede Normalarbeitszeit von weniger als 40 Stunden. Mehrere Teilzeitbeschäftigte sind in Vollzeitäquivalente umzurechnen.
- 4) Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt sind für Zeiten der Ausbildung, im jeweiligen Gegenfach bzw während Ausbildungs-Rotationszeiten, als Assistenten jener/jenen Abteilung/en und in dem Verhältnis zuzurechnen, an der/denen konkrete Arbeitsleistungen erbracht werden.

Anmerkung: Es bestand immer Einvernehmen darüber, dass der insgesamt auf die nachgeordneten Ärzte entfallende Anteil wesentlich von deren Anzahl (Kopfzahl) abhängig sein muß. Gleichzeitig galt es zu verhindern, dass der Anteil des Primarius an größeren Abteilungen dadurch zu gering wird. Es wurde daher obiger, mit der Größe der Abteilung degressiv werdender Schlüssel festgelegt, der den Interessen sowohl des Abteilungsleiters als auch der nachgeordneten Ärzte gerecht wird.

Von den gesamten Sondergebühren je Abteilung werden die Anteile für den TÄ-Pool vorweg abgezogen und der verbleibende Rest als 100% angesetzt und entsprechend der Größe der Abteilung nach dem obig angegebenen Schlüssel verteilt.

Da die Handhabung der Vertretungsregelungen an den einzelnen Abteilungen sehr unterschiedlich ist, galt es auch hier, ein System zu finden, das allen verschiedenen Anforderungen gerecht wird. Es wurde daher von der bisherigen Konzeption einer eigenen Vertretungsgebühr abgegangen und stattdessen diese Abgeltung unmittelbar in die Aufteilung miteingearbeitet. Zur Berechnung werden 10% des Anteils des Primarius herangezogen. Davon wird derselbe Prozentsatz berechnet, wie er dem Primarius aufgrund des Schlüssels gebührt. Zur Verfeinerung dieses Systems wurden zusätzlich die Multiplikationsfaktoren eingezogen.

Darüber hinaus wurde als zusätzlich flexibilisierendes Element die Möglichkeit geschaffen, von dem "errechneten" prozentuellen Anteil bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Gründe abweichen zu können. Trotz der ausgewogenen und detaillierten Aufteilungsgrundsätze ergibt sich in der Praxis oft die Notwendigkeit, spezielle Umstände an der Abteilung mit in die Aufteilung der Sondergebühren einfließen zu lassen, die ein Abweichen von der regelmäßigen Verteilung erforderlich machen. Spezielle Umstände, die ein Abweichen möglich machen, sind bspw dann gegeben, wenn der Abteilungsleiter (oder ein sonstiger Arzt der Abteilung) aufgrund seiner Reputation besonders viele Sonderklassepatienten an die Abteilung bringt. Die Möglichkeit zur Abweichung besteht jedoch nicht in jeder beliebigen Höhe, sondern ist mit +/- 5%-Punkten nach oben bzw. nach unten begrenzt, um auch der Schiedskommission nicht völlig freie Hand zu lassen, sondern an vorgegebene Grenzen zu binden. Liegt der Anteil des Primarius bei 29 % oder darunter ist kein Spielraum gegeben. Liegt der Anteil des Primarius z.B. bei 31% beträgt der Spielraum nach oben oder unten nur die Differenz zu 29 %, damit in diesem Beispiel +/- 2 Prozentpunkte.

Beispiel: An einer (fiktiven) Abteilung sind neben dem Primarius noch 2 Fachärzte und 2 Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt tätig. Nach dem Verteilungsschlüssel (1:1/3,5:1/12,25) ergibt sich daher folgende Aufteilung:

Primarius: 58%, Mittelbau gesamt: 33%, Turnusärzte in Ausbildung zum FA gesamt: 9%.

Im ersten Schritt werden 10% vom Anteil des Primarius herangezogen (= 5,8%). Von diesen 5,8% werden 58% (= prozentueller Anteil des Primarius) berechnet; ergibt 3,4%. Da der Anteil des Primarius zwischen 51 und 60% liegt, werden die 3,4% mit dem Faktor 1 multipliziert, dies ergibt wiederum 3,4%. Dieser Anteil wird vom Primaranteil abgezogen und dem Facharztanteil zugeschlagen.

Die Anteile stellen sich daher wie folgt dar:

Primarius 54,6%, Mittelbau gesamt: 36,4%, TÄ in Ausb. z.FA: 9%.

Von diesem Ergebnis kann nun um +/- 5%-Punkte ausgehend vom Anteil des Primarius aus berücksichtigungswürdigen Gründen abgewichen werden. Die endgültige Aufteilung stellt sich daher wie folgt dar:

Primarius: 59,6% bis 49,4% und je nach dem variieren die Anteile der Nachgeordneten zwischen 40,3% bis 32,5% beim Mittelbau und 10,1% bis 7,9% bei TÄ in Ausb. z. FA.

Keine Vertretungsgebühr fällt an, wenn kein nachgeordneter Facharzt an der Abteilung tätig ist. Dies führt zu einem relativ großen Sprung zwischen dem Anteil des Primarius bei keinem Facharzt (bis zu 80%) und dem Anteil bei einem Facharzt (69%). Wird zur Vertretung aber ein anderer Facharzt herangezogen, ist das Vertretungshonorar mit diesem zu vereinbaren und abzuführen.

Mit Abs 4 wird klargestellt, dass Ärzten in Fachausbildung, unabhängig zu welcher Krankenanstalt ihr (ursprüngliches) Dienstverhältnis besteht („Mutterabteilung“), auch Anspruch auf Sondergebühren an jenen Abteilungen gebührt, an denen bspw während einer Ausbildungsrotation Ausbildungszeit verbracht und daher dort Leistungen erbracht werden. Dies gilt auch für Zeiten der Gegenfachausbildung nach der Ausbildungsordnung 2006. Ist der Ausbildungsarzt in diesen Zeiten sowohl auf der Mutterabteilung als auch in der Rotationsabteilung tätig, besteht der Anspruch auf Sondergebühren gegenüber beiden Abteilungen, naturgemäß jedoch nur je zu Anteilen.

Art III a Bringerlösung

Für Bringerlösungen an der Abteilung gelten folgende Grundsätze:

- Der Abteilungsleiter hat ein Vorschlagsrecht über die Ausgestaltung der Bringerlösung. Er hat seinen Vorschlag rechtzeitig vor geplanter Einführung den Fachärzten der Abteilung zur Kenntnis zu bringen und zur Diskussion zu stellen.
- Der Abteilungsleiter hat ein Vetorecht gegen die Einführung von Bringerlösungen an seiner Abteilung.
- Die Einführung einer Bringerlösung setzt die Zustimmung aller direkt davon betroffenen Fachärzte voraus. Nicht direkt betroffen sind Fachärzte an der Abteilung dann, wenn die Umsetzung der Bringerlösung nur zu Gebührenverschiebungen zwischen den jeweiligen Bringer-Ärzten führt, auf die Gebühren der übrigen Ärzte aber keinen Einfluss haben.
- Die Einführung einer Bringerlösung ist nur für Abteilungsleiter und nachgeordnete Fachärzte möglich, die eine aufrechte gemeldete Privatordination haben.
- Die Bringerlösung ist so auszugestalten, dass eine Kündigung derselben die sonstigen Aufteilungsregelungen an der Abteilung unberührt lässt bzw für den Fall der Kündigung eine gesonderte Aufteilungsregelung für die Gesamtabteilung in Kraft tritt und daher auch nach Kündigung der Bringerlösung eine Gebührenverteilung an der Abteilung gegeben ist.

Anmerkung: Bereits jetzt bestehen auf einigen Abteilungen einvernehmlich vereinbarte Bringerlösungen, die für die Akquisition von Sonderklassepatienten bzw deren Behandlung einen Benefit bei der Aufteilungsvereinbarung an der Abteilung vorsehen. Die vorliegenden Modelle weichen in ihrer Ausgestaltung allerdings in vielfacher Hinsicht voneinander ab, sodass die Schaffung eines einzigen verbindlichen „Zentralmodelles“ durch diese Richtlinie dem Detailreichtum der vorliegenden Regelungen nicht gerecht werden könnte. Die Richtlinie schreibt daher nur wenige Grundsätze vor, die bei Einführung einer Bringerlösung zu beachten sind. Im Einvernehmen aller Fachärzte und des Abteilungsleiters kann – wie bei jeder Bestimmung dieser Richtlinie - an der Abteilung auch davon abgewichen werden.

Das Vorschlagsrecht des Abteilungsleiters ist keine zwingende Voraussetzung für die Einführung einer Bringerlösung, der Vorschlag kann alternativ auch aus der nachgeordneten Fachärzteschaft kommen, muss aber aufgrund des Vetorechts des Abteilungsleiters jedenfalls dessen Zustimmung finden.

Hinsichtlich des Zustimmungsquorums ist vorgesehen, dass grundsätzlich alle von der Regelung direkt betroffenen Fachärzte zustimmen müssen (Einstimmigkeitsprinzip). Direkt betroffen sind alle Fachärzte auf deren prozentuellen Gebührenanspruch die Bringerlösung Auswirkung hätte. Wenn daher bspw der Abteilungsleiter und mehrere – nicht alle – Fachärzte vereinbaren, dass es bei einem Bringerpatienten zu einer Umkehrung ihrer gegenseitigen Anteile kommt (Primar erhält den prozentuellen Facharztanteil, der bringende Facharzt den Primaranteil bei diesem Patienten), dann sind die anderen Fachärzte in ihrem Gebührenanspruch nicht betroffen, denn deren Anspruch bleibt unverändert. Wird hingegen vereinbart, dass der Bringer immer seinen üblichen %-Anteil um einen gewissen Bringeranteil erhöht bekommt und daher die Anteile aller Fachärzte um diesen Erhöhungsanteil geschmälert werden, dann wären alle Fachärzte an der Abteilung davon betroffen und müssten daher zustimmen.

Die Bringerlösung ist entweder so zu gestalten, dass diese eine Sonderregelung zur allgemeinem Gebührenverteilung an der Abteilung darstellt und bei Kündigung der Bringerlösung die allgemeine Regelung automatisch wieder in Kraft tritt oder es wird in der Vereinbarung über die Bringerlösung gleich mitvereinbart, welche Aufteilungsregelung nach einer allfälligen Kündigung der Bringerlösung zu gelten hat.

Art. IV

- (1) Der Anteil des Primarius muß bis 10 Fachärzte jedenfalls mindestens 29%, zwischen 11 und 13 Fachärzten jedenfalls mindestens 27,5%, zwischen 14 und 16 Fachärzten jedenfalls mindestens 24% und ab 17 und mehr Fachärzten jedenfalls mindestens 21% der gesamten Sondergebühren der Abteilung betragen, ein Absenken unter diese Grenzen ist – auch bei Anwendung der Bestimmungen des Art IVa - nicht möglich.
- (2) Der Anteil des Primarius darf höchstens 80% der gesamten Sondergebühren der Abteilung betragen. Ein Übersteigen dieser Grenze ist nicht möglich. Allfällige darüberhinausgehende Anteile sind dem Solidaritätsfond, mangels eines solchen, dem TÄ-Pool zuzuweisen.
- (3) Kommt es im Rahmen der Zwei-Topf-Lösung gem Art IVa Abs 2 zu einer Konstellation, dass der Primarius bei Berücksichtigung an beiden Standorten aufgrund des Abschlages gem Art IVa Abs 2 insgesamt weniger Sondergebühren erhält, als bei Führung der größeren Abteilung/des größeren Standorts alleine, so ist der Abschlag an beiden Standorten so weit zu reduzieren, dass die Gebühren des Abteilungsleiters in Summe die selbe Höhe wie bei Führung der größeren Abteilung alleine betragen.

Anmerkung: Würde man den Verteilungsmodus des Art. III auch auf den großen Abteilungen voll anwenden, so würde damit der Abteilungsleiter auf einen unakzeptabel niedrigen Anteil verwiesen. Dem wird durch einen fixen Mindestanteil, der dem Abteilungsleiter jedenfalls zusteht, und nach der Anzahl der nachgeordneten Fachärzte gestaffelt ist, entgegengewirkt. Dazu kommt, dass eine Größe der Abteilung, bei der das Limit zu greifen beginnt, nur von wenigen OÖ. Abteilungen erreicht wird. Andererseits erhält der Primarius auch nicht die vollen 100%, sondern höchstens 80%, wenn es an der Abteilung keinen nachgeordneten Arzt bzw. nur einen Assistenten gibt.

Bei extremen Gebührenunterschieden zwischen den beiden Standorten einer Abteilung wäre es möglich, dass im Rahmen der Zwei-Topf-Lösung sich für den Abteilungsleiter eine Konstellation ergeben könnte, bei der er trotz zusätzlicher Übernahme der Tätigkeiten am zweiten Standort, insgesamt geringere Sondergebühreneinnahmen hätte, als bei Führung nur einer Standortes. Dies soll durch die Regelung in Abs 3 ausgeschlossen werden.

Art IVa Dislozierte Versorgungsformen

- (1) Dislozierte Versorgungsformen im Sinne dieser Richtlinie sind:

- a) Abteilungen und Institute, die über zwei oder mehrere krankenanstaltenrechtlich bewilligte Standorte an unterschiedlichen Krankenanstalten verfügen und unter der Leitung eines Abteilungsleiters stehen oder eine Abteilung/Institut mit mehreren Standorten
 - b) Abteilungen und Institute, die als sog. Mutterabteilung mit einer dislozierten reduzierten Organisationsform oder einer dislozierten fachrichtungsbezogenen Organisationsform (insbesondere Departments, Fachschwerpunkte, dislozierte Tages- und Wochenkliniken und Satellitendepartments) krankenanstaltenrechtlich verbunden sind (§§ 3, 3a OÖKAG).
- (2) In dislozierten Versorgungsformen gem lit a ist im ersten Schritt der Anteil des Abteilungsleiters für jeden Standort der Gesamtabteilung getrennt gem Art III und IV zu ermitteln. Von den sich solcherart ergebenden Primararztanteilen werden an jedem Standort 20 % in Abzug gebracht und der sich daraus errechnete Betrag zur Gänze dem Gesamtanteil der nachgeordneten Fachärzte bzw Ärzte in Ausbildung zum Facharzt bzw Sekundärärzte gem Art V am betreffenden Standort in der jeweiligen Relation zueinander zugeschlagen („Zwei-Topf-Regelung“). Falls ein Standortleiter besteht, soll diesem der Chefvertretungsanteil gem Art III Abs 1 lit c am jeweiligen Standort zukommen. Diese Zwei-Topf-Regelung gilt nur, wenn und solange an jedem der beiden Standorte regelmäßig über den Großteil eines Jahres dort das selbe Team zum Einsatz kommt („standortgebundenes Team“). Liegt jedoch beim ärztlichen Mitarbeiterteam eine Rotation zwischen den beiden Standorten vor, sodass jeder Mitarbeiter regelmäßig an beiden Standorten zum Einsatz kommt und erfolgt eine explizite, eindeutig abgestufte Leistungsplanung zwischen den beiden Standorten dergestalt, dass eine abgestufte Gesamtplanung vorliegt, sind die Gebühren beider Standorte zusammenzuzählen und erfolgt die Verteilung nach den Regelungen der Art III und IV dergestalt, als ob es sich um eine Abteilung am selben Standort handeln würde („Ein-Topf-Regelung“). Werden nur einzelne Mitarbeiter an beiden Standorten eingesetzt, sind diese bei der Aufteilung an beiden Standort im Ausmaß ihrer jeweiligen Tätigkeiten zu berücksichtigen. Für die Anteile der Ärzte in Ausbildung zum Facharzt kann ein standortübergreifender Sondergebührenpool geschaffen werden, wenn eine Rotation derselben zwischen beiden Standorten erfolgt.
- (3) Für Versorgungsformen gem. lit b erfolgt grundsätzlich die Aufteilung der Gebühren dergestalt, dass die Abteilung und die verbundene Organisationsform als eigenständige Abteilungen im Sinne dieser Richtlinie gelten und die Gebührenverteilung völlig getrennt voneinander erfolgt. Der Leiter der verbundenen Organisationsform wird in dieser bei der Gebührenverteilung als Abteilungsleiter angesehen. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn eine weitergehende Zusammenarbeit zwischen Abteilung und verbundenen Organisationsform in der Form erfolgt, dass der Abteilungsleiter an beiden Standorten tätig wird, es zu Rotationen der Mitarbeiter kommt, sodass diese regelmäßig an beiden Standorten zum Einsatz kommen und eine explizite, eindeutig abgestufte Leistungsplanung zwischen den beiden Standorten in Form einer abgestuften Gesamtplanung vorliegt. Ist eine derartige Organisation gegeben, ist die Ein-Topf-Regelung gem Abs 2 anzuwenden.
- (4) Hinsichtlich der Institute für Mikrobiologie sind die Regelungen der Abs 2 und 3 nicht anzuwenden, vielmehr sind auch bei Zusammenschlüssen die bisherigen Aufteilungsverhältnisse getrennt weiterzuführen, solange sich für die jeweiligen Ärzte

keine grundsätzlichen Veränderungen ihres Tätigkeits- und Leistungsspektrums ergeben. In jedem Fall ist die bisherige Gebührensituation bei einer Neuregelung zu berücksichtigen.

- (5) Für den Fall der Einrichtung von Laborverbänden sind die Regelungen der Abs 2 und 3 nicht anzuwenden, sondern sollen grundsätzlich die bisherigen Aufteilungsverhältnisse unverändert beibehalten werden.

Anmerkung: Durch die Schaffung von dislozierten Abteilungseinheiten sind die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gebührenverteilung zu regeln. Die Regelung baut auf den bestehenden Grundsätzen und der mathematischen Berechnung der sonstigen Verteilungsansätze auf. Im Rahmen der Zwei-Topf-Lösung ist jeder dislozierte Abteilungsteil iSd Richtlinie als „Abteilung“ anzusehen ist, daher kommt es zu keiner Gesamtzusammenführung von Gebühren in einen Gesamtabteilungstopf. Die Aufteilung ist nach den sonst auch geltenden Verteilungsregelungen für jeden Standort extra zu berechnen. Das im Vergleich mit zwei Primärärzten aber in Kauf zu nehmenden Zeitdefizit des Abteilungsleiters an jedem Standort wird an allen Abteilungsstandorten als gleich hoch angesetzt und ist durch den Abschlag berücksichtigt. Die dadurch frei werdenden Anteile sind dem an jedem Standort befindlichen nachgeordneten Ärzteteam zuzuschlagen. Die Aufteilung dieses Abschlags erfolgt in der Relation der jeweiligen Gesamtanteile zueinander. Beträgt der Gesamtanteil der Fachärzte an einem Standort vor Berücksichtigung des Abschlags 50 % und der Anteil der Assistenten/Sekundärärzte 25 %, so wird der Abschlag von zB 6 % im Verhältnis 2:1 dem jeweiligen Gesamtanteil zugeschlagen, sodass der Facharztgesamtanteil in der Folge 54%, der der Ass/Sek 27 % beträgt.

Ob bei Abteilungen an zwei Standorten oder bei einer Abteilung mit zwei Standorten ein Standortleiter besteht oder nicht, kann und soll nicht durch die Richtlinie vorgegeben werden. Besteht ein solcher jedoch, nimmt die Richtlinie auf dessen Situation Rücksicht und teilt diesem den Chefvertreteranteil am Standort zu. Wenn der Standortleiter gleichzeitig Chefvertreter ist, steht dieser Anteil naturgemäß nur einmal zu.

Die Abgrenzung zwischen Zwei- und Ein-Topf-Regelung kann im Einzelfall schwierig sein. Die Richtlinie geht davon aus, dass die Ein-Topf-Regelung dann zur Anwendung gelangen soll, wenn zwar zwei Standorte vorhanden sind, ansonsten die Organisation aber derart miteinander verwoben ist, dass von einem gemeinsamen Team auszugehen ist. Dazu gehört die regelmäßige „Mischung“ der ärztlichen Mitarbeiter an beiden Standorten, und eine gemeinsame Leistungsplanung derart, dass es zu einer kompletten Abstimmung der Leistungspalette zwischen den beiden Standorten kommt und zB Leistungsüberschneidungen nur mehr geplant erfolgen. Rotationen nur infolge von Urlaubsvertretungen oder krankheitsbedingten oder sonstigen gerechtfertigten Abwesenheiten sind kein Abgrenzungskriterium. Auch die Rotation einzelner Ärzte stellt keine regelmäßige Durchmischung iSd Richtlinie dar, sodass zwar der einzelne Mitarbeiter bei der Aufteilung an beiden Standorten zu berücksichtigen ist, nicht jedoch die Ein-Topf-Lösung dadurch begründet werden kann.

Von einer Präsenz und Mitarbeit des Abteilungsleiters geht die Richtlinie bei beiden Lösungen aus, dies kann daher nicht als Abgrenzungskriterium herangezogen werden.

Auch das Tätigwerden der Ärzte in Ausbildung zum Facharzt an beiden Organisationseinheiten begründet für sich nicht die Ein-Topf-Lösung, schafft aber die Möglichkeit einen eigenen standortübergreifenden Pool zur Abgeltung der Sondergebühren einzurichten.

Bei den reduzierten und oder fachrichtungsbezogenen Organisationsform, die mit einer Mutterabteilung verbunden sind, geht die Richtlinie davon aus, dass es zu keiner wesentlichen Zusammenarbeitsform zwischen den beiden Einheiten kommt und daher eine völlig getrennte Vorgehensweise hinsichtlich Leistungserbringung und Leistungsplanung kommt und auch die med. Verantwortlichkeit in der Zweiteinheit beim dortigen Leiter verbleibt und daher eine völlige Trennung bei der Gebührenverteilung geboten ist. Sollte jedoch eine intensive Zusammenarbeit mit Vermischung der Teams, regelmäßigem Einsatz an beiden Einheiten und Mitarbeit des Abteilungsleiters an beiden Abteilungen kommen, dann ist es sachgerecht die Gebühren beider Einheiten in einen Topf zu werfen und eine Gesamtverteilung vorzunehmen.

Die besondere Situation bei den Instituten für Mikrobiologie und Labor erfordert eine eigenständige Regelung. Insbesondere auch deshalb, da eine Richtlinie eine generelle Norm ist und daher nicht eine Einzelfallentscheidung detailliert vorherbestimmen soll. Vor allem lassen die Vorgaben der Spitalsreform für die konkrete Umsetzung in diesen Bereichen einen so großen Spielraum, dass eine detaillierte Regelung, wie für die

sonstigen Abteilungen, derzeit noch nicht möglich erscheint, sondern mit allgemeinen Regelungen nur ein grober Rahmen vorgegeben werden kann.

Art. V

- (1) 60% des aufgrund der Verteilung gem. Art. III, Art IV und IV a auf die Fachärzte der jeweiligen Abteilung insgesamt entfallenden Anteiles wird entsprechend der Anzahl der Fachärzte unter diesen zu gleichen Teilen aufgeteilt (Kopfanteil).
- (2) Die von Abs. 1 nicht erfaßten 40 % des gesamten auf die Fachärzte entfallenden Anteiles sind wie folgt aufzuteilen:
 - a) Vorweg ist die Chefvertretungsgebühr in Höhe von 10 % des Primaranteiles gem. Art. III (1) lit. b in Abzug zu bringen und dem/den Chefvertreter/n zuzuweisen. Der Rest (Leistungsanteil) wird durch die Gesamtpunkteanzahl aller Fachärzte der Abteilung dividiert, die nach dem Punkteraster gem. lit. b vergeben werden, und damit der %-Wert eines Punktes ermittelt. Dieser ist dann für jeden Facharzt mit seiner ermittelten Punkteanzahl zu multiplizieren und ergibt den jeweiligen Leistungsanteil jedes Facharztes.
 - b) Bei der Bepunktung für die Aufteilung des Leistungsanteiles ist nach folgendem Punkteraster vorzugehen, das eine Punktevergabe für die Leistungskomponenten „Dienstalter, Spezialisierung und Engagement“ vorsieht:

Dienstalter:

Jeder Facharzt, der seit mehr als vier Jahren als Facharzt tätig ist, erhält einen Punkt, bei vier oder weniger Jahren keinen Punkt.

Spezialisierung:

Jeder Facharzt, der über eine besondere Spezialisierung verfügt erhält zwei Punkte, bei Vorliegen einer überragenden Spezialisierung oder mehrerer Spezialisierungen sind dem Facharzt drei Punkte zuzuteilen.

Unter Spezialisierung im Sinne dieser Richtlinie sind Kenntnisse und Fertigkeiten zu verstehen, die über die von jedem Facharzt der Abteilung prästierten hinausgehen (z.B. Additivfächer, Spezialausbildungen etc.) und für die Abteilung von Bedeutung sind, also an einer ins Gewicht fallenden Anzahl von Patienten erbracht werden. Eine überragende Bedeutung ist gegeben, wenn die Spezialisierung von besonderer Bedeutung für die Abteilung ist oder die Reputation der Abteilung durch die Ausübung dieser Kenntnisse und Fertigkeiten eine überregionale Bedeutung erlangt. Als Spezialisierung gilt ebenso, wenn ärztliche Verwaltungstätigkeiten (z.B. Leistungscodierung, Dienstplangestaltung,.....) oder Ausbildungsangelegenheiten auf bestimmte Ärzte konzentriert werden.

Engagement:

Jedem Facharzt ist bei Vorliegen eines durchschnittlichen Engagements (Regelfall) ein Punkt zuzuteilen, bei Vorliegen eines unterdurchschnittlichen Engagements kein Punkt (Ausnahmefall) und bei Vorliegen eines herausragenden Engagements zwei Punkte. Die Belastung mit Nacht- und Sonn/Feiertagsdiensten ist dabei zu berücksichtigen.

Unter Engagement im Sinne der Richtlinie sind einerseits eine besondere Reputation (z.B. durch ein besonderes Ausmaß an medizinischen Publikationen insbesondere auch auf internationaler Ebene), ein regelmäßig über den Durchschnitt an der Abteilung hinausragender quantitativer Arbeitseinsatz sowie sonstige besondere Belastungen bei der Leistungserbringung (z.B. Durchführung invasiver Eingriffe mit hohem Risiko) zu verstehen.

Die Vergabe von Teilen von Punkten ist zulässig. Nach diesem Punkteraster können daher max. 6 Punkte je Facharzt vergeben werden.

- c) Jeder Facharzt erhält in Summe den sich gem. Abs. 1 errechneten Kopffanteil sowie den sich gem. Abs. 2 lit a und lit b errechneten Leistungsanteil sowie der/die Chefvertreter zusätzlich den Chefvertretungsanteil.
 - d) Der höchste gem. lit c errechnete Anteil eines Facharztes darf maximal das Dreifache des niedrigsten gem. lit c errechneten Anteil eines Facharztes betragen. Liegt die Relation über 3:1 so ist der niedrigste Anteil soweit aufzuwerten, dass die Relation 3:1 erreicht wird, wobei zur Aufbringung dieser Prozentpunkte die Anteile aller Fachärzte aliquot nach ihrem jeweiligen Anteil zu kürzen sind.
- (3) Die Punktevergabe für Spezialisierung und Engagement erfolgt auf Vorschlag des Abteilungsleiters, der, sofern dem Vorschlag von allen Fachärzten der Abteilung zugestimmt wird, bindend ist. Wird dem Vorschlag des Abteilungsleiters nicht von allen Fachärzten aber von der Mehrheit der Fachärzte an der Abteilung zugestimmt, wird die vorgeschlagene Punkteverteilung für die Aufteilung herangezogen. Jeder Facharzt, der mit dem Vorschlag nicht einverstanden ist, kann unter Anführung eines eigenen Vorschlages einen Antrag auf Überprüfung der Vorschläge bzw. Neufestlegung an ein hauseigenes Gremium bestehend aus Ärztlichem Leiter, Primarärztevertreter des Hauses und Mittelbauvertreter des Hauses stellen. Dieses Gremium kann den Vorschlag des Abteilungsleiters bestätigen oder für den Zeitraum ab seiner Entscheidung nach den Vorgaben gem. lit b abändern. Ist der Antragsteller auch mit der Entscheidung dieses Gremiums nicht einverstanden, kann die Schiedsstelle der Ärztekammer angerufen werden. Wird der Vorschlag des Primarius von der Mehrheit der Fachärzte abgelehnt, liegt keine gültige Punktevergabe vor und ist vom Abteilungsleiter mit Vorlage der jeweiligen Vorschläge jedenfalls das hauseigene Gremium mit dieser Angelegenheit zu befassen und hat dieses Gremium die vorgeschlagene Punktevergabe zu überprüfen und rückwirkend neu festzulegen bzw. zu bestätigen. Gegen diese Entscheidung kann von jedem Facharzt, der damit nicht einverstanden ist, die Schiedsstelle der Ärztekammer angerufen werden.
- (4) Für Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt und den auf sie entfallenden Anteil an den Sondergebühren nach der Aufteilung gem. Art. III gelten die Absätze 1 bis 3 sinngemäß, mit der Maßgabe, dass bei der Punktevergabe für das Dienstalter gem. lit. b ein Punkt dann zu vergeben ist, wenn der Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt mehr als zwei Ausbildungsjahre zurückgelegt hat, bei zwei oder weniger Jahren kein Punkt.
- (5) Ärzte dürfen wegen der Nichtabgabe oder des Widerrufs einer Erklärung gem. § 11 Abs 2 KA-AZG bei der Gebührenverteilung nicht benachteiligt werden.

Anmerkung: Der Anteil der auf die FÄ und TÄ in Ausbildung zum Facharzt entfällt, wird zu 60 % auf die FÄ bzw. TÄ nach Köpfen aufgeteilt. Der Rest soll nach besonderen (Leistungs-) Kriterien aufgeteilt werden, um auch bei der Sondergebührenaufteilung einen Leistungsanreiz zu schaffen.

Beispiel: Eine fiktive Abteilung besteht aus dem Primarius, 2 FÄ und 2 Ass. Nach der Regelaufteilung steht den Fachärzten insgesamt ein Anteil von 36,26%, den Assistenten ein Anteil von 9,41% zu. 60 % des Facharztanteiles (=21,76 %) wird daher auf die beiden FÄ fix nach Köpfen verteilt, d.h. jeder Facharzt erhält daher jedenfalls 10,88%; das selbe gilt auch für die Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt, jeder Assistent erhält daher 2,82%. Dann ist vom Facharztanteil die Chefvertretungsgebühr in Höhe von 5,76%-Punkten in Abzug zu bringen und dem Chefvertreter (z.B. Facharzt A) zuzuteilen. Die restlichen Anteile (=Leistungsanteil) (8,74 % bei den FÄ und 3,77% bei den TÄ) werden nach obgenanntem Punkteraster auf die Fach- bzw. Turnusärzte aufgeteilt. Dabei ist wie folgt vorzugehen:

Im ersten Schritt sind jedem Facharzt Punkte für die Leistungskomponenten Dienstalter, Spezialisierung und Engagement zuzuteilen; angenommen der Facharzt A ist Chefvertreter, seit 8 Jahren als Facharzt tätig, verfügt über eine besondere Spezialisierung, die für die Abteilung von Bedeutung ist, und zeigt durchschnittliches Engagement. Der Facharzt B ist nicht Chefvertreter, seit fünf Jahren als Facharzt tätig, verfügt über keine Spezialisierungen, zeigt aber herausragendes Engagement (z.B. regelmäßig überdurchschnittliche quantitative Belastung);

Nach dem Punkteraster würde sich daher ergeben:

Facharzt A:

1 Punkt für Dienstalter, 2 Punkte für Spezialisierung und 1 Punkt für Engagement, in Summe daher 4 Punkte;

Facharzt B:

1 Punkte Dienstalter, 0 Punkte für Spezialisierung und 2 Punkte für Engagement, in Summe daher 3 Punkte.

Die Gesamtpunkteanzahl beträgt daher 7 Punkte. Der Leistungsanteil der Fachärzte von 8,74 % ist nun durch 7 Punkte zu dividieren, d.h. ein Punkt sind 1,25 %-Punkte.

Facharzt A hat 4 Punkte x 1,25 %, ergibt daher einen Leistungsanteil von 5 %;

Facharzt B hat 3 Punkte x 1,25 %, ergibt daher einen Leistungsanteil von 3,75 %;

Die Gesamtaufteilung stellt sich daher wie folgt dar:

Facharzt A:

Kopfanteil 10,88 % + Chefvertretungsgebühr 5,76 % + Leistungsanteil 5 %, ergibt in Summe 21,64 %;

Facharzt B:

Kopfanteil 10,88 % + Leistungsanteil 3,75 %, ergibt in Summe 14,63 %;

Die Relation zwischen 14,63 % und 21,64 % beträgt 1:1,48 ist daher jedenfalls innerhalb der Maximalgrenze von 1:3;

Die Aufteilung für die Assistenten würde analog erfolgen;

Abs 5 enthält einen Diskriminierungsschutz für jene Ärzte, die aufgrund der Bestimmungen des KA-AZG keine Optionserklärung zur Verlängerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit oder einen Widerruf derselben abgegeben haben.

Art. VI

- (1) In jeder Krankenanstalt ist ein TÄ-Pool einzurichten, in den alle Abteilungen und Institute der betreffenden Krankenanstalt prozentuelle Anteile der auf sie insgesamt entfallenden Sondergebühren einzuzahlen haben. Die Regelungen über den Turnusärztepool und dessen Dotierung aus den einzelnen Abteilungen sind in der Primärärztesitzung des Hauses im Einvernehmen aller Abteilungsleiter festzulegen und bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des/der Turnusärztevertreter/s. Sollte dieses Einvernehmen nicht herstellbar sein, die Mehrheit der Abteilungsleiter aber einer vorgeschlagenen Regelung zustimmen, wird diese wirksam. Jeder Abteilungsleiter, der mit diesem Vorschlag nicht einverstanden ist bzw der Turnusärztevertreter bei

Verweigerung der Zustimmung zur vorgeschlagenen Aufteilung, kann unter Anführung eines eigenen Vorschlages einen Antrag einem Hausgremium bestehend aus Ärztlichem Direktor, Primärärztevertreter und Turnusärztevertreter vorlegen. Das Hausgremium kann dem ursprünglichen Vorschlag oder dem neuen Vorschlag zustimmen, oder eine eigene Lösung festlegen. Jeder Abteilungsleiter, der mit dem Vorschlag des Hausgremiums nicht einverstanden ist sowie der Turnusärztevertreter, kann zur endgültigen Klärung die Schiedsstelle der Ärztekammer für OÖ anrufen. Dies gilt auch, wenn das Hausgremium keine Entscheidung trifft.

Zur Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Turnusärztevertreter insbesondere das Recht Einschau in die gesamte Gebarung des Turnusärztee pools zu halten, die prozentuelle Dotierung und die Einzahlungen aus den Abteilungen zu überprüfen, festzustellen, wer aller aus dem Turnusärztee pool Auszahlungen erhält, und in alle sonst zur Wahrnehmung dieser Aufgabe notwendigen Daten Einblick zu nehmen bzw dazu notwendige Informationen einzuholen. Der Turnusärztevertreter verpflichtet sich hinsichtlich all dieser Daten und Informationen zur Verschwiegenheit. Dieses Einschaurecht samt Verschwiegenheitsverpflichtung haben auch der Primärärzte- und der Mittelbauvertreter, soweit für ihre Aufgaben notwendig.

- (2) Die Anteile an den Sondergebühren, die an den TÄ-Pool abzuführen sind, werden vor der Aufteilung gem. Art. III berechnet und abgezogen.
- (3) Die Anteile für den Turnusärztee pool sind mindestens so hoch anzusetzen, dass gegenüber dem Stand 1.1.2012, des im jeweiligen TÄ-Pool insgesamt befindlichen Betrages, im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Sondergebühreneinnahmen unter Berücksichtigung der Anzahl der TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin keine Reduktion eintritt. Konkret ist daher die Relation zwischen dem Anteil eines Turnusarztes und den Gesamteinnahmen an Sondergebühren des gesamten Hauses zum Stichtag 1.1.2012 festzuschreiben. Diese Relation ist in jedem Folgejahr einmal jährlich unter Berücksichtigung des jeweiligen aktuellen Gesamtbetrages an Sondergebühreneinnahmen des Hauses innerhalb der letzten zwölf Monate anzuwenden und der sich daraus ergebende Betrag ist mit der aktuellen Anzahl der Turnusärzte zu multiplizieren und ergibt den Mindestbetrag für den Turnusärztee pool. Sollten die bisherigen Einzahlungen der einzelnen Abteilungen diesen Betrag überschreiten, ist deren Einzahlung linear zu senken, im umgekehrten Fall sind diese linear bis zum Erreichen des Fehlbetrages anzuheben.
- (4) Technische Fächer haben jedenfalls mindestens 1,5%, klinische Fächer mindestens 3% der auf sie entfallenden Sondergebühren abzugeben; Abs. 3 bleibt davon unberührt. Stehen einem klinischen Fach keine Turnusärzte zur Verfügung, kann der Anteil dieses Faches bis 1,5 % gesenkt werden. Abs 3 bleibt davon unberührt.
- (5) Der TÄ-Pool ist zur Gänze und zu gleichen Teilen auf alle Ärzte in Basisausbildung und TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin der jeweiligen Krankenanstalt aufzuteilen. Für die Zeit der Lehrpraxis besteht kein Anspruch auf Sondergebühren, auch dann nicht, wenn der Dienstvertrag während der Dauer der Lehrpraxis weiterhin mit dem Rechtsträger des Krankenhauses besteht. Werden jedoch während der Zeit in der Lehrpraxis auch Leistungen im Spital erbracht, dann stehen für diese Spitalszeiten Gebühren gegenüber dem Pool anteilig zu.

Anmerkung: Für den TÄ-Pool (für TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und Ärzte in Basisausbildung) haben alle Abteilungen und Institute der betreffenden Krankenanstalt prozentuelle Teile ihre Sondergebühren abzugeben.

Die Richtlinie sieht vor, dass sowohl die Änderung der Gesamteinnahmen als auch die Anzahl der Turnusärzte Auswirkung auf die Höhe des Turnusärztepools haben soll.

Die Anteile für den TÄ-Pool werden vor Aufteilung innerhalb der Abteilung berechnet und abgeführt.

Alle TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Ärzte in Basisausbildung erhalten aus dem TÄ-Pool den gleichen Betrag.

Die Festlegung aller Vorgänge rund um den Turnusärztepool bedarf grundsätzlich der Zustimmung aller Abteilungsleiter und des Turnusärztevertreters. Dabei ist die Höhe des Pools anhand der Vorgaben der Richtlinie genauso festzulegen, wie die entsprechende Dotierung jeder Abteilung. Um eine rechtswirksame Zustimmung des Turnusärztevertreters erreichen zu können, ist dieser mit entsprechenden Mitwirkungs- und Überprüfungsmöglichkeiten auszustatten.

Spricht sich die Mehrheit der Abteilungsleiter für einen bestimmten Aufteilungsvorschlag aus, wird dieser vorerst auch dann wirksam, wenn einzelne Abteilungsleiter oder der Turnusärztevertreter die Zustimmung verweigern, um keine Möglichkeit zu schaffen, die Zustimmung als unüberwindbares „Druckmittel“ einsetzen zu können. Zur Absicherung des Rechtsschutzes ist es jedoch notwendig, die Position des/der Ablehnenden durch ein effektives Rechtsschutzverfahren zu sichern. Dabei soll auf die mittlerweile bewährte Vorgehensweise mit einer „Doppelschichtung“ durch ein Hausgremium und die Schiedsstelle – wie in Art V bereits vorgesehen – zurückgegriffen werden.

Berechnungsbeispiel zu Abs 3 mit fiktiven Angaben:

Mit Stichtag 1.1.2012 waren im Haus X Gesamteinnahmen von 1 Mill. Euro an Sondergebühren zu verzeichnen, der Turnusärztepool betrug 50.000 Euro und die Turnusärzteanzahl war 20. Jeder Turnusarzt hat daher Euro 2500 Euro Gebühren aus dem Pool erhalten. Die Relation zwischen der Auszahlung an den einzelnen Turnusarzt und den Gesamteinnahmen lag daher bei 0,25%. Wenn nun die Gesamteinnahmen mit Stichtag 1.1.2013 aufgrund von Valorierungen oder größerem Leistungsspektrum um zB 6 % auf 1.060.000 gestiegen sind, steht jedem Turnusarzt ein Anteil von 0,25 % dessen zu, also 2.650 Euro. Mit Stichtag 1.1.2013 waren nur mehr 18 Turnusärzte im Haus X tätig, daher ist der Turnusärztepool mit $2.650 \times 18 = 47.700$ Euro zu dotieren. Gegenüber dem Jahr 2012 können daher die Prozentsätze der Zahlungen der einzelnen Abteilungen an den Pool linear so gesenkt werden, dass insgesamt der Betrag von 47.700 Euro erreicht wird.

Die Richtlinie geht davon aus, dass bei Abteilungen, die zwar eine geringere Anzahl von Turnusärzten gegenüber den Vorjahren beschäftigen, aber noch mind. ein Turnusarzt gegeben ist, die Einzahlung für den Pool unverändert bleibt.

Generell gilt es festzuhalten, dass auch von der hier vorgesehenen Regelung des Turnusärztepools in jeder beliebigen Richtung abgewichen werden kann, wenn ein Einvernehmen aller Abteilungsleiter und des Turnusärztevertreters vorliegt (vgl. Art I).

Die nach der Ausbildungsordnung 2015 verpflichtend zu erbringende Lehrpraxis für Ärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wird in OÖ in der Form erbracht, dass während der Zeit der Lehrpraxis zwar formal ein Dienstverhältnis mit dem bisherigen Rechtsträger besteht, dies aber nur aus abrechnungstechnischen Gründen, damit die Förderleistungen, die mit dem Ministerium, dem Land und der Kasse vereinbart sind, auf einfachem Weg verrechnet werden können. Der Turnusarzt wird in dieser Zeit dem Lehrpraxisinhaber zur konkreten Leistungserbringung zugeteilt. In dieser Zeit soll daher kein Gebührenanspruch gegeben sein. Erbringt der einzelne Turnusarzt aber neben der Tätigkeit in der Lehrpraxis auch noch Leistungen im Spital (zB Nachtdienste), dann sollen ihm für diese Spitalszeiten naturgemäß Anteile aus dem Turnusärztepool im jeweiligen Ausmaß zustehen.

Art. VII

- (1) Bei Bedarf soll an jeder Krankenanstalt ein Solidaritätsfond geführt werden, der unabhängig vom TÄ-Pool einzurichten ist und an dessen Finanzierung alle Abteilungen eines Hauses angemessen beizutragen haben.
- (2) Bedarf im Sinne des Abs. 1 liegt insbesondere vor, wenn es Abteilungen mit niedrigen Sondergebühreneinnahmen gibt. Es kann zur Finanzierung von Ärztehonoren ein

Fond für jene Ärzte gebildet werden, die vom Dienstgeber suspendiert bzw. dienstfrei gestellt wurden

- (3) Durch Vereinbarungen aller Abteilungen eines Hauses ist die Bestellung und Zusammensetzung eines Gremiums festzulegen, das für Verwaltung und Administration des Solidaritätsfonds zuständig ist.

Anmerkung: Mit dem Solidaritätsfond könnten insbesondere jene Abteilungen bzw. Fächer, die auch bei intensiver Arbeitsbelastung kaum Sondergebühren lukrieren können (z.B. pädiatrische, psychiatrische Abteilungen, ...) unterstützt werden.

Ob darüberhinaus mit einem eventuellen Solidaritätsfond noch andere Zielsetzungen angestrebt werden könnten, soll der Regelung der Ärzte des jeweiligen Hauses überlassen werden.

Die Anforderungen an den Solidaritätsfond und die damit verbundenen Aufgaben und Ziele werden von Haus zu Haus so verschieden sein, dass es nicht sinnvoll erscheint, detailliertere Regelungen vorzugeben, die dann dem Einzelfall gar nicht gerecht werden könnten. Es erscheint daher am sinnvollsten, auch das genaue "handling" des Fond durch ein hauseigenes Gremium festzulegen.

Jedenfalls festgehalten ist jedoch, dass sich alle Abteilungen des Hauses an der Finanzierung beteiligen sollen.

Art.VIII

Sekundärärzte, die eine Sekundararztstelle besetzen, sind in allen Bestimmungen dieser Richtlinie den Turnusärzten in Ausbildung zum Facharzt gleichzuhalten. Sekundärärzte, die eine mindestens zehnjährige krankenhausspezifische Tätigkeit (= Einreihung im Gehaltsschema in LD 11) aufweisen **und** an der jeweiligen Abteilung eine den Fachärzten gleichwertige Tätigkeit ausüben, sind in allen Bestimmungen dieser Richtlinie den Fachärzten gleichzusetzen. Alle übrigen Sekundärärzte sind den Turnusärzten in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin gleichgestellt.

Anmerkung: Sekundärärzte stellen auf vielen Abteilungen oft einen wichtigen und dauerhaften Bestandteil des "Teams" dar, sind also als Stammpersonal anzusehen. Da ihr Aufgabengebiet in vielerlei Hinsicht dem eines Assistenten gleichzuhalten ist, sollten diese Sekundärärzte bei der Sondergebührenaufteilung den TÄ in Ausbildung zum FA gleichgestellt werden. Den Fachärzten gleichzustellen sind nur jene Sekundärärzte, die zwei Voraussetzungen kumulativ erfüllen: zum einen müssen diese eine mind. zehnjährige krankenhausspezifische Tätigkeit erfüllt haben (was regelmäßig durch die Einstufung LD 11 im Gehaltsschema dokumentiert wird) und zusätzlich müssen diese Sekundärärzte eine den Fachärzten an der Abteilung gleichzuhaltende Tätigkeit ausüben. Falls die Tätigkeit zwar gleichwertig ist, der Sekundararzt jedoch keine Dienste absolviert, soll dies – wie auch bei Fachärzten ohne Dienstverrichtung – durch einen geringeren Leistungsanteil berücksichtigt werden. Dient die Position eines Sekundararztes jedoch lediglich der Überbrückung der Wartezeit bis Erhalt einer Facharztausbildungsstelle (sog. Assistentoiden), so ist eine Gleichstellung mit den TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin gerechtfertigt, da diese Ärzte ohnehin bei Erhalt der Ausbildungsstelle den Assistentenanteil bekommen und andernfalls die Aufteilungsvereinbarung innerhalb kurzer Zeit mehrmals zu ändern wäre.

Art. IX

- (1) Zwischen den Ärzten einer Abteilung ist eine schriftliche Vereinbarung abzuschließen, die jedenfalls die genaue Aufteilung der Sondergebühren zwischen den Ärzten der Abteilung sowie insbesondere auch die Festlegung des genauen Anfangs- und Endzeitpunktes des Anspruches auf Sondergebühren sowie eine Regelung für Abwesenheitszeiten (z.B. Urlaub, Krankheit, Suspendierung) eines Arztes enthält. Diese Vereinbarung ist von allen Ärzten - ausgenommen Turnusärzten in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw Ärzten in Basisausbildung - einer Abteilung zu unterfertigen. Als Zustimmung zur Aufteilung gilt auch, wenn der betreffende Arzt von einem schriftlichen Aufteilungsvorschlag, dem von

Abteilungsleiter und der Mehrheit der betreffenden Ärzte der Abteilung zugestimmt wurde, nachweislich Kenntnis erlangt hat, diesen aber nicht unterfertigt hat und in der Folge für 6 Monate Auszahlungen nach dieser Aufteilungsvereinbarung entgegengenommen hat und weder einen Antrag gem Art V Abs 3 noch einen solchen gem Art II Abs 2 in dieser Zeit gestellt hat und damit zum Ausdruck gebracht hätte, dass er mit dieser Aufteilungsvereinbarung nicht einverstanden wäre. In diesen Fällen ist eine rückwirkende Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Mangel der Zustimmung zu dieser Aufteilungsvereinbarung nicht mehr möglich.

Sofern und solange die Ärzte an der Abteilung nicht ausdrücklich gegenteiliges festlegen, hat die Schiedsstelle für die Aufteilung der Sonder- und Ambulanzgebühren ihrer Entscheidung folgende Grundsätze zu unterlegen:

Jeder nachgeordnete Arzt der Abteilung hat Anspruch auf jene Honorare, die während seines aufrechten Dienstverhältnisses eingehen. Der Abteilungsleiter hat Anspruch auf jene Ärztehonorare, die für die Leistungen an Sonderklassepatienten eingehen, die während seines aufrechten Dienstverhältnisses erbracht wurden.

Im Falle der gerechtfertigten Abwesenheit eines Vertragsarztes stehen diesem für den Abwesenheitszeitraum die Ärztehonorare ungeschmälert zu (zB Erholungsurlaub). Als gerechtfertigt gilt jede Abwesenheit, die den Grundsätzen des § 8 (3) AngG entspricht.

Im Falle der Krankheit bzw. Unglücksfall stehen dem Arzt die Ärztehonorare für drei Monate ab Beginn der Krankheit ungeschmälert zu. Nach Ablauf des dritten Monats bis zum Ablauf des sechsten Monats ab Krankheitsbeginn stehen dem Arzt 30 v. H. seines bisherigen Anspruches zu. Dies gilt auch für Ärztinnen während der Zeit des Mutterschutzes, sofern dieser vor dem 1.1.2019 begonnen hat. Zur Feststellung des Fortzahlungszeitraumes werden alle Krankenstände innerhalb eines Jahres ab Beginn der aktuellen Krankheit, die länger als eine Woche ununterbrochen gedauert haben sowie die Dauer der aktuellen Krankheit zusammengezählt.

Hat der Mutterschutz nach dem 1.1.2019 begonnen, so besteht für Mutterschutzzeiten kein Anspruch auf Gebührenausszahlung im Rahmen der Aufteilung an der Abteilung, dafür jedoch die Möglichkeit einen Antrag auf Auszahlung des Mutterschutzgeldes aus dem Solidaritätsfond bei der Ärztekammer zu stellen, wobei die Anspruchsvoraussetzungen und alle weiteren Regelungen hierfür in den Bestimmungen der Richtlinie über die Gewährung eines Zuschusses aus dem Solidaritätsfond der Ärztekammer für OÖ geregelt werden. Erhält die Ärztin während des Mutterschutzes zusätzlich zum Mutterschutzgeld auch noch Gebührenzahlungen im Rahmen der Aufteilung an der Abteilung, ist dies nur solange möglich und zulässig, als durch diese Zahlungen nicht Ansprüche anderer Ärzte der Abteilung auf Leistungen aus dem Solidaritätsfond erhöht bzw überhaupt erst ermöglicht werden.

Nimmt ein Arzt Altersteilzeit in Anspruch stehen ihm die Gebühren nur in der Zeit und in dem Ausmaß zu, in dem tatsächlich ärztliche Leistungen an der Abteilung erbracht werden; dies gilt auch für vergleichbare Zeiten bei Verbrauch eines Zeitwertkontos, Sabbaticals oder gleichartig standardisierter und strukturierter Arbeits- und Freizeitformen, sofern nicht in der Anspannphase auf Gebühren im entsprechenden Ausmaß verzichtet wurde.

Im Falle der Suspendierung bzw. vom Dienstgeber erzwungenen Dienstfreistellung eines Arztes steht diesem ab Wirksamkeit der Suspendierung nur mehr ein Anspruch auf jene Ärztehonorare zu, die vor seiner Suspendierung/Dienstfreistellung behandelt wurden. Stellt

sich die Suspendierung als ungerechtfertigt heraus, ist der Arzt bezüglich der entfallenen Ärztehonorare auf Schadenersatzansprüche gegenüber dem Rechtsträger verwiesen.

In allen anderen Abwesenheitsfällen besteht kein Anspruch auf Sondergebühren für die Dauer der Abwesenheit.

Diese Vereinbarung kann nur gekündigt werden von:

- a) dem Abteilungsleiter
 - b) mindestens 1 FA der Abteilung
 - c) mindestens 2 TÄ in Ausbildung zum FA der Abteilung
 - d) einem TA in Ausbildung zum FA, wenn es an der Abteilung keinen weiteren TA in Ausbildung zum FA gibt.
 - e) einem TA in Ausbildung zum FA und dem TÄ-Vertreter der betreffenden Krankenanstalt
 - f) dem TÄ-Vertreter für den TÄ-Pool
- (2) Eine Kündigung ist grundsätzlich nur mit Ablauf des Kalenderjahres wirksam. Außerordentliche Kündigungen während des Kalenderjahres sind nur dann möglich und wirksam, wenn sich die Voraussetzungen, unter denen die bisherige Aufteilungsvereinbarung geschlossen wurde, wesentlich geändert haben (z.B. Änderung der Anzahl der Ärzte an der Abteilung...).
- (3) a) Jener Prozentsatz, der sich aus der Differenz der zwischen dem vor der Kündigung vereinbarten und dem nach der Kündigung begehrten prozentuellen Aufteilungsanteil ergibt, unterliegt ab Wirksamkeit der Kündigung bis zum Abschluß einer neuen Vereinbarung bzw. Entscheidung der Schiedsstelle nicht mehr der Aufteilung gem. Art. III, sondern ist zwischenzeitig zinsbringend anzulegen und wird rückwirkend bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung nach der neu vereinbarten oder durch Schiedsspruch festgelegten Aufteilung verteilt.
- b) Die unstrittigen Anteile (=jene Prozentsätze, die nicht von Abs. 3 lit. a erfaßt sind) werden auch nach Wirksamwerden der Kündigung unverändert in vollem Umfang ausbezahlt.
- (4) Im Falle einer Kündigung gem. Abs. 1 und Abs.2 verpflichten sich die Vertragsparteien ohne unnötigen Aufschub Verhandlungen über eine erneute Aufteilungsvereinbarung zu führen.
- (5) Jeder Arzt der Abteilung, ausgenommen TÄ in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Ärzte in Basisausbildung, hat das Recht auf jederzeitige Einsichtnahme in die Aufteilungsvereinbarung gem. Abs. 1. Der TÄ-Vertreter des Hauses kann jederzeit Einsicht in die Vereinbarung über den TÄ-Pool verlangen.

Anmerkung: Es bestand immer Einvernehmen darüber, dass eine größtmögliche Transparenz der Sondergebührenaufteilung an der Abteilung anzustreben ist. Dies bedeutet, dass jeder Arzt der Abteilung das Recht auf jederzeitige Einsichtnahme in die Aufteilungsvereinbarung seiner Abteilung (nicht jedoch einer anderen Abteilung!) haben soll. Von diesem Recht kann jedoch nur Gebrauch gemacht werden, wenn es darüber schriftliche Unterlagen gibt. Daher ist die Aufteilungsvereinbarung an den Abteilungen schriftlich abzuschließen und von den Ärzten zu unterfertigen.

Um eine Kontinuität der Aufteilungsvereinbarung an der Abteilung erreichen zu können, erscheint es nicht sinnvoll, dass jeder Arzt jederzeit die Vereinbarung aufkündigen kann. Die Kündigungsmöglichkeit wurde daher

entsprechend eingeeignet und soll wie bisher grundsätzlich nur zu Jahresende möglich sein. Außerordentliche Umstände sollen aber eine Kündigung auch während des Jahres rechtfertigen.

Festgehalten wird, dass der "unbestrittene Anteil" auch bei Kündigung der Vereinbarung zur Auszahlung gelangen soll. Der streitige Anteil ist zwischenzeitig zinsbringend anzulegen.

Beispiel: Wird derzeit auf einer Abteilung im Verhältnis 70:30 zwischen Primarius und Nachgeordneten geteilt und wird von den Nachgeordneten eine 60:40 Regelung angeregt, so erhält der Primarius bis zur neuen Vereinbarung bzw. Entscheidung der Schiedsstelle jedenfalls 60 %, die Nachgeordneten jedenfalls 30 %. Die strittigen 10 % sind zwischenzeitig zinsbringend anzulegen.

Für die Frage ob und in welchem Ausmaß Anspruch auf Gebühren gegenüber der Abteilung während des Mutterschutzes zustehen, ist zu differenzieren. Für Ärztinnen, die vor dem 1.1.2019 in Mutterschutz sind, besteht dieser Anspruch – im gleichen Ausmaß wie bei Krankheit – gegenüber der Abteilung. Für Mutterschutzzeiten ab dem 1.1.2019 oder später besteht kein Anspruch auf Gebührenanteile gegenüber der Abteilung mehr, dafür kann beim Solidaritätsfond der Ärztekammer für OÖ die Auszahlung von gebühreneretzenden Geldleistungen (Mutterschutzgeld) in Anspruch genommen werden. Dies richtet sich nach den in der Richtlinie über den Solidaritätsfond der Ärztekammer normierten Bestimmungen.

Wird Altersteilzeit in Anspruch genommen, stehen die Gebühren nur während der Präsenzzeit, also der Zeit der tatsächlichen Dienstverrichtung zu. Wird daher die Altersteilzeit in der Form erbracht, dass diese geblockt wird, es daher eine Phase der vollen Dienstverrichtung und eine Phase ohne Dienstverrichtung gibt, dann stehen die Gebühren nur während der Phase der vollen Dienstverrichtung – dann aber im vollen Ausmaß – und nicht in der Phase ohne Dienstverrichtung zu. Dies gilt unabhängig vom Lauf des Dienstverhältnisses. Wird die Altersteilzeit in der Form erbracht, dass durchgehend eine geringere Wochenstundenanzahl geleistet wird, dann stehen die Gebühren während dieser gesamten Zeit zu, aber entsprechend dem geringeren Beschäftigungsausmaß, wie bei einem Teilzeitbeschäftigten.

Gleiches gilt für die inaktiven Phasen während eines Sabbaticals oder dem Verbrauch von Zeiten aus einem sog Zeitwertkonto des Landes OÖ oder gleichgelagerter Zeiten, also Zeiten, bei denen in einer gewissen Zeitspanne der aktiven Tätigkeit (Ansparphase) ökonomische oder zeitliche Benefits für spätere inaktive Zeiten (ohne aktive Tätigkeit) erarbeitet werden. Für die dabei in Anspruch genommen inaktiven Zeiten (ohne konkrete oder Arbeitsleistung) steht kein Anspruch auf Sondergebühren zu. Anderes würde nur gelten, wenn der betreffende Arzt schon während der Ansparphase auf Teile seines Sondergebührenanspruches verzichten würde um diese in der inaktiven Phase zu konsumieren.

In allen Fällen von Abwesenheiten, die nicht ausdrücklich in Art IX genannt werden, besteht somit kein Anspruch auf Sondergebühren.

Art. X

- (1) Für die nachgeordneten Ärzte günstigere Regelungen als in dieser Richtlinie bestimmt, bleiben unberührt und gelten so lange weiter, als nicht wesentlich geänderte Bedingungen (z.B. Änderung der Anzahl der Ärzte) eintreten.
- (2) Die Aufteilungsgrundsätze einer gekündigten Regelung sind bei der Neufestsetzung, soweit sich die Verhältnisse nicht wesentlich geändert haben, entsprechend zu berücksichtigen.

Anmerkung: Bereits jetzt bestehen an vielen Abteilungen für die nachgeordneten Ärzte bessere Regelungen als im bisherigen Erlaß des Landes mindestens gefordert (70:30). Haben sich diese Aufteilungsgrundsätze an der jeweiligen Abteilung bewährt, erscheint es nicht sinnvoll, davon abzugehen. Diese Regelungen zugunsten der nachgeordneten Ärzte sollten daher aufrecht bleiben.

Art. XI

Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die gewählte Formulierung beide Geschlechter, auch wenn aus Gründen der leichteren Lesbarkeit die männliche Form verwendet wird.

Diese Richtlinie tritt mit 1.2.2019 in Kraft.