

## TEILNAHMEERKLÄRUNG / VEREINBARUNG: „Bereitschaftsdienst“

Ich ..... erkläre, ab dem heutigen Tage den Bereitschaftsdienst selbstständig, eigenverantwortlich und im Rahmen meiner Tätigkeit als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin auszuüben. Mit dem ärztlichen Bereitschaftsmodell (Visitendienst, Ordinationsdienst am Wochenende und an Feiertagen) ist **grundsätzlich eine freiwillige Teilnahme am System möglich, ich bin aber zur Leistung der von mir angemeldeten Dienste, entsprechend den jeweils vorgegebenen bzw. aktualisierten Teilnahmebedingungen, verpflichtet.**

Bei wiederholter Missachtung der Vorgaben und Abläufe ist die GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH als organisierende Institution berechtigt, meine Teilnahme am Bereitschaftsdienst zeitlich zu befristen, örtlich zu beschränken oder vollends zu widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das gegenständliche ärztliche Bereitschaftsmodell bei Bedarf Anforderungen angepasst wird und verpflichte mich, mich über Änderungen und Anpassungen am Bereitschaftsmodell auf der Homepage: <http://www.gesundheitsversorgung-steiermark.at/> laufend zu informieren und dies beim Einbuchen von Diensten zu bestätigen.

Ich erkläre ausdrücklich, unwiderruflich und vorbehaltlos, dass es weder jetzt noch künftig mein Wille ist, durch diese Tätigkeit in ein wie immer geartetes Vertragsverhältnis zur GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH oder zum Land Steiermark oder zu einer an diese Stelle tretende Organisationseinheit zu treten.

Ich verfüge eigenverantwortlich über die im Rahmen meiner selbstständigen Berufsausübung der Tätigkeit als Visiten/Ordinationsärztin bzw. Visiten/Ordinationsarzt notwendigen Versicherungen (z.B. berufsberechtigt geführt in einer Ärztekammer, Berufshaftpflichtversicherung lt. Ärztegesetz).

Ich verpflichte mich hiermit jedwede Einschränkung, den Wegfall bzw. sonstige Änderungen meiner Daten der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH umgehend zu melden, sowie meine Daten zur Erreichbarkeit entsprechend zu warten.

Ich bin zur Erteilung von Auskünften im Zusammenhang mit dem Bereitschaftsdienst, insbesondere zur Bekanntgabe von Daten, die für die Abrechnung erforderlich sind, gegenüber der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH, dem Roten Kreuz Steiermark und den Krankenversicherungsträgern verpflichtet. Diese haben entsprechend der Datenschutz-Grundverordnung ausreichende Sicherheitsmaßnahmen im Sinne der Art. 24, 25, 32 DSGVO (Datensicherheitsmaßnahmen) durchzuführen, um zu verhindern, dass Daten zweckwidrig verwendet werden.

Der Bereitschaftsdienst wird mir von der GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH, als auszahlende Organisation, pauschal gemäß dem aktuell gültigen Tarifsystem für diesen Bereitschaftsdienst abgegolten.

Im Visiten- und Ordinationsdienst sind mit den gewährten Pauschalbeträgen alle meine Leistungen abgegolten und es ist untersagt von Patient/inn/en Zuzahlungen jeglicher Art (Honorarnoten) zu verlangen.

Ich verpflichte mich zur vollständigen Durchführung der Online-Dokumentation aller mit dem Bereitschaftsdienst in Zusammenhang stehenden Visiten- und Ordinationsbesuche bzw. dem zeitgerechten Einloggen (Anmeldung) zu Dienstbeginn und Ausloggen (Abmeldung) bei Dienstende in der jeweils letztgültigen (Android/iOS) Handy-App-Version inkl. korrekter GPS-Datenübertragung. Anhand dieser Vorgaben als Basis und Grundlage dieser Vereinbarung erfolgt die entsprechende zeitnahe Abrechnung, wobei die verpflichtende Dokumentation nach dem Ärztegesetz davon unberührt aufrecht bleibt.

Gebuchte Dienste sind grundsätzlich persönlich und unmittelbar zu leisten. Im Falle einer Verhinderung obliegt es mir selbst, für eine entsprechende Vertretung zu sorgen.

Es besteht für mich Behandlungspflicht gemäß dem Ärztegesetz. Im Visitedienst sind Krankenbesuche (Visiten) innerhalb der Bereitschaftsdienstregionen von mir persönlich und unmittelbar durchzuführen. Den Berufungen zu Krankenbesuchen ist entsprechend der Dringlichkeit so rasch wie möglich Folge zu leisten. Während der Bereitschaftszeiten ist der Aufenthalt so zu wählen, dass das Zuständigkeitsgebiet (mögliche Einsatzadressen in der Region) rasch erreichbar ist (max. 90 Minuten) und es ist besonders auf die permanente Erreichbarkeit via Mobiltelefon zu achten sowie das GPS samt Zugriff auf die APP einzuschalten. Die Zuteilungen der Visiten-Einsätze werden laufend monitorisiert und evaluiert.

Gemäß der Novelle zum Stmk. Leichenbestattungsgesetz, LGBl. Nr. 54/2019, sind alle Ärztinnen/Ärzte mit ius practicandi befugt, neben der Todesfeststellung, zu welcher ich im Anlassfall im Rahmen des Bereitschaftsdienstes verpflichtet bin, die vorläufige Beurteilung der Todesursache und die Zustimmung zur Entfernung der Leiche vom Sterbeort, wenn kein Verdacht auf Fremdverschulden vorliegt, vorzunehmen.

Betreffend die Verordnung von Heilmitteln und Drucksorten erkläre ich die einschlägigen Regelungen und Bestimmungen einzuhalten. Ich verpflichte mich die zur Verfügung gestellten Drucksorten, Rezeptformulare und notwendige Notfallmedikation ausschließlich in Ausübung meines Bereitschaftsdienstes zu verwenden bzw. verwende ich als Kassenvertragspartner/in meine mir in der Ordination vorliegenden Materialien.

Die GVG Gesundheitsversorgungs-GmbH kann erst nach vollständiger und korrekter Online-Dokumentation sowie bei zeitgerechtem Einloggen (Anmeldung) zu Dienstbeginn und Ausloggen (Abmeldung) bei Dienstende ihre Zahlungspflicht, für die von mir gemäß dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen wahrnehmen.

### Angabe meiner Daten:

Eine **Kopie meines Reisepasses/Personalausweises** lege ich zu der von Ihnen verpflichtend durchzuführenden Identitätsprüfung bei. Ich werde meine Daten entsprechend online warten, Änderungen sind schriftlich einzubringen.

**Titel:**

---

**Nachname:**

---

**Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Wohnadresse:  
(inkl. Ort und PLZ)**

---

---

**Mobiltelefon:**

---

**E-Mail:**

---

**Ärztelkammer für:**

---

**ÖÄK-Arztelkammer:**

---

**ÖGK-Vertragspartnernr.:  
(wenn vorhanden)**

---

**Ordinationsadresse:**

---

**Kassenverträge:**

- ÖGK    BVAEB    SVS    KFA-G    KFA-W  
 Wahlarzt/Wahlärztin ohne jeglichen Kassenvertrag

---

**Die Überweisung der Honorare soll auf folgendes Konto erfolgen:**

**IBAN:**

---

**BIC:**

---

**Kontoinhaber/in  
(Kontowortlaut):**

---

**bei der Bank:**

---

**Ich beabsichtige Visitendienste/Ordinationsdienste in den folgenden Regionen zu leisten:**

- Die Auswahl der Regionen ist auf **maximal 5** limitiert
- Die Übersicht der Regionen entnehmen Sie der Anlage

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin bekommen für den **Bereitschafts-Ordinationsdienst** an Wochenenden und an Feiertagen jene Region zur Auswahl, in welcher sie einen nach dem Ärztegesetz gemeldeten **Berufssitz (Ordination)** in der Steiermark besitzen. Die sodann geöffneten Ordinationen (Name, Adresse, Ordinations-Tel. Nr., Zeit) werden im Internet veröffentlicht.

<input type="checkbox"/> <b>Region 01</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 02</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 03</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 04</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 05</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 06</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 07</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 08</b>	<b>Region 09</b> <i>(derzeit keine Buchung möglich)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Region 10</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 11</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 12</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 13</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 14</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 15</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 16</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 17</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 18</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 19</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 20</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 21</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 22</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 23</b>	<input type="checkbox"/> <b>Region 24</b>
<input type="checkbox"/> <b>Region 25</b>		

**Datenschutz: Ich habe die Datenschutzerklärung in der Anlage gelesen.**

Diese Vereinbarung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann unter Einhaltung einer vierwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....

**Anlagen:**

- Datenschutzerklärung
- Übersicht Regionen