

Gesamtvertragliche Honorarvereinbarung gemäß § 342b Abs. 4 ASVG für Primärversorgungseinrichtungen in Vorarlberg

Abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Vorarlberg, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden ÄKV) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger mit Zustimmung und Wirksamkeit für die

Österreichische Gesundheitskasse (in der Folge „Kasse“),

Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (in der Folge „SVS“) und

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB).

In Umsetzung des zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages zur Primärversorgung vom 24 April 2019 (im Folgenden PVE-GV) wird Folgendes vereinbart:

Präambel

Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz; G-ZG) definiert Primärversorgung als eine allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.

Ein wesentlicher Bestandteil von Primärversorgung ist auch die Versorgung mit nichtärztlichen Leistungserbringern.

Nutzen und Ziele von PVE sind unter anderem:

- ein attraktiveres Tätigkeitsfeld,
- die Arbeit des Arztes mit einem multiprofessionellen Team, das gemeinsam die beste Betreuung für den Patienten abstimmt,
- mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten,
- Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe,
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen (z.B: flexible Arbeitszeitmodelle und Entlastung des Arztes von nichtärztlichen Tätigkeiten durch Teamarbeit),
- Entlastung der Spitalsambulanzen durch Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe,
- Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Aufbauorganisation einer PVE kann je nach regionalen Anforderungen als PVE an einem Standort (Zentrum) oder als Primärversorgungs-Netzwerk strukturiert sein.

Die PVE werden im Rahmen des zwischen ÄKV und Kasse vereinbarten Stellenplanes errichtet. Die Primärversorgungsstandorte sollen aus bestehenden Strukturen entwickelt werden um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden.

ÄKV und Kasse haben zur Umsetzung eines neuen Abrechnungsmodells für Primärversorgungseinheiten vereinbart, die Honorierung in eine kontaktunabhängige Grundpauschale, eine Fallpauschale sowie die Vergütung von Einzelleistungen zu gliedern.

Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1 Organisation- und Rechtsform der PVE

- (1) Der Inhalt der einschlägigen Gesetzesbestimmungen und des Gesamtvertrages für Primärversorgungseinheiten (PVE-GV) bildet die rechtliche Grundlage dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung. Diese gesamtvertragliche Vereinbarung und der PVE-GV sind auch Inhalt des zwischen der Kasse und der Primärversorgungseinheit abzuschließenden Primärversorgungsvertrags sowie allfälliger Primärversorgungs-Einzelverträge.
- (2) Die PVE können in der Organisationsform eines Zentrums oder eines Netzwerks zur Erbringung allgemeinmedizinischer Leistungen betrieben werden.
- (3) Die PVE in der Organisationsform eines Zentrums ist als Gruppenpraxis an einem Standort zu führen. Die Abrechnung eines PVE-Zentrums erfolgt einheitlich auf einer Vertragspartnernummer.
- (4) Die PVE in der Organisationsform eines Netzwerks besteht aus mehreren Standorten. Diese Standorte können von freiberuflich tätigen Ärzten mit Kassenvertrag bzw. Gruppenpraxen mit Kassenvertrag geführt werden.
- (5) Ein PVE-Netzwerk hat, sofern es nicht in der Betriebsform einer dislozierten Gruppenpraxis geführt wird, die Möglichkeit, dass jeder Arzt seine Leistungen separat abrechnet. Welche Variante gewählt wird, ist im Rahmen des Primärversorgungsvertrages mit dem jeweiligen PVE-Netzwerk zu vereinbaren.
- (6) Nicht-ärztliche, dem PVE zugehörige Berufsgruppen können gegebenenfalls mit ihren bestehenden Berufssitzen ins PVE (Netzwerk bzw. Zentrum) eingebunden werden.
- (7) Das einheitliche Auftreten der PVE gegenüber den Versicherten, der Sozialversicherung und sonstiger Partner ist sicherzustellen.

§ 2 Zusammensetzung des Teams

- (1) Die PVE besteht aus einem Kernteam, einem erweiterten Team und ggf. einem Primärversorgungsmanager (im Folgenden: PV-Manager).
- (2) Das Kernteam wird in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) dargestellt.
 1. 1 ärztliches VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden Mindestordinationszeit in der PVE.
 2. 1 VZÄ bei einem diplomierten Gesundheits- oder Krankenpfleger entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 40 Wochenstunden für die PVE.
 3. Als Mindeststandards für die Zusammensetzung des Kernteams gelten:
 - 3 VZÄ Ärzte für Allgemeinmedizin mit zumindest 1 Lehrpraxis-Bewilligung bzw. der Bereitschaft, eine solche zu beantragen, sobald die Voraussetzungen vorliegen und dauerhaft 1 Lehrpraktikantenstelle anzubieten;
 - 0,5 VZÄ DGKP;
 - Ordinationsassistenz im erforderlichen Ausmaß
 4. Als Mindeststandards für die Zusammensetzung des erweiterten Teams gelten:
Das erweiterte Team muss grundsätzlich zumindest 3 Berufsgruppen umfassen. Als Mitglieder des erweiterten Teams kommen unter anderem folgende Berufsgruppen in Betracht:
 - Logopäden
 - Physiotherapeuten
 - Psychotherapeuten
 - Ergotherapeuten
 - Sozialarbeiter
 - Diätologen
 - Klinische Psychologen
 - Hebammen
 - Mobile Dienste (exklusive im Kernteam mitarbeitende DGKP)
- (3) Die Einbindung der Leistungserbringer ins erweiterte Team erfolgt in der Regel über strukturelle und systematische Kooperationen mit bereits vorhanden Leistungserbringern der bestehenden Sachleistungssysteme des Landes und der Sozialversicherung, wie bspw. IFS in Bezug auf Sozialarbeit, klinische Psychologie, Psychotherapie oder AKS betreffend Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Diätologie, etc. Die Kasse wird dafür Sorge tragen, dass die erforderlichen Personalressourcen im Rahmen der bestehenden Sachleistungssysteme finanziert und bereitgestellt werden; sollte dies nicht gelingen, dann erfolgt

die Bereitstellung durch die PVE (der Bedarf wird vorab zwischen Kasse und jeweiligem PVE vereinbart), die (Durch-)Finanzierung erfolgt durch die Sozialversicherung bzw. deren Zielsteuerungspartner derart, dass der PVE die anfallenden Personalkosten (Löhne/Gehälter – orientiert an den im Landesdienst üblichen Schemen, lohnabhängige Abgaben) ersetzt werden.

- (4) Die personelle Ausstattung (Anzahl der Köpfe/VZÄ) sowie die organisatorische Umsetzung im Einzelfall sind abhängig von den lokalen Bedingungen der jeweiligen Bewerber. Die konkrete organisatorische Umsetzung ist mit der PVE im Rahmen des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens individuell zu vereinbaren.
- (5) Die Tätigkeit eines PV-Managers besteht darin, die PVE in der Phase der Errichtung und nach dem Start im laufenden Betrieb zu unterstützen sowie die Koordination und Kontinuität der Betreuung durch ein funktionales Management sicherzustellen. Ob und in welchem Ausmaß ein PV-Manager tatsächlich benötigt wird und daher auch finanziert wird, ist im konkreten Einzelfall im Vorfeld des Vertragsabschlusses von Kasse und ÄKV mit der PVE zu vereinbaren. Eine Mitfinanzierung während der Gründungsphase aus Mitteln der Gesamtvergütung ist maximal in Höhe von 15.000 € (insbesondere in der Projektphase) möglich.
- (6) Im PVE ist dafür Sorge zu tragen, dass dem Kernteam, dem erweiterten Kernteam und den sonst eingebundenen Behandlern die für die jeweilige Behandlung notwendigen Informationen der Krankengeschichte zur Verfügung stehen; dies unter Berücksichtigung bestehender Verschwiegenheitsverpflichtungen (z.B. § 54 ÄrzteG), der Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2021 und der DSGVO.

§ 3 Öffnungszeiten/Erreichbarkeit

- (1) Grundsätzlich gelten betreffend Öffnungszeiten und Erreichbarkeit die Bestimmungen des PVE-GV.
- (2) Für eine PVE mit 3 Ärzten gilt grundsätzlich eine Mindestöffnungszeit gemäß § 10 PVE-GV in Höhe von 40 Wochenstunden (Montag bis Freitag, Vormittag und Nachmittag, ganzjährig; Kasse und ÄKV können unter Berücksichtigung von § 10 Abs 1 Z 7 PVE-GV hiervon abweichende Regeln treffen).
- (3) Die Konkretisierung der Vorgaben für Mindestöffnungszeiten für jede PVE erfolgt unter Berücksichtigung der regionalen Bedürfnisse und Gegebenheiten im Rahmen der jeweiligen Ausschreibung gemäß § 6 PVE-GV.
- (4) Während der Mindestöffnungszeiten ist die telefonische Erreichbarkeit der PVE (Arzt oder Assistenz) sicherzustellen. Außerhalb der Ordinationszeiten verweist die PVE via Anrufbeantworter auf die Gesundheitsnummer 1450.

§ 4 Besonderheiten Netzwerke

- (1) Das Netzwerk umfasst mindestens 3 ärztliche Ordinationen in einem von ÄKV und Kasse vor der Ausschreibung definierten räumlichen Zusammenhang.
- (2) Das Netzwerk hat sich insbesondere gegenüber den Versicherten und der Sozialversicherung als Einheit zu präsentieren (z.B. einheitliche Homepage, Erreichbarkeit, etc.).
- (3) Die einzusetzenden Berufsgruppen des Kernteams und des erweiterten Teams sind vom PVE-Netzwerk patientenfreundlich und versorgungstauglich zwischen den einzelnen Standorten einzusetzen. Dies ist im Versorgungskonzept (§ 5 PVE-GV) zu definieren.
- (4) Zwischen den Netzwerkstandorten ist ein elektronischer Austausch der für die Behandlungen erforderlichen Patientendokumentation zu gewährleisten. Die durch diese EDV-Vernetzung der PVE entstehenden Kosten sind dieser nach vorheriger Abstimmung zwischen ÄKV und Kasse aus den Mitteln des Innovationstopfes der ärztlichen Gesamtvergütung abzugelten; allfällige von anderer Stelle gewährte Förderungen (z.B. RRF, ELER) bzw. Unterstützungen sind gegenzurechnen, die PVE ist zur Antragstellung entsprechender Förderanträge verpflichtet.

§ 5 Qualitative und quantitative Grundvoraussetzungen der PVE

- (1) Das qualitative Leistungsangebot einer PVE richtet sich nach dem PVE-GV, und dem entsprechend vorzulegenden und von der Kasse zu akzeptierenden Versorgungskonzept.
- (2) Die Erbringung und Umsetzung von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz ist mit der PVE im Rahmen des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens aufgrund regionaler Bedürfnisse individuell zu vereinbaren.

§ 6 Versorgungsauftrag

- (1) Der verpflichtend zu erbringende Leistungsumfang ergibt sich aus den im PVE-GV in Anhang 1 angeführten Basisaufgaben. Die Einbindung der darin mit * bzw. **gekennzeichneten Aufgaben sowie der speziellen Aufgaben werden für jede PVE im Vorfeld des Auswahlverfahrens im Einvernehmen von ÄKV und Kasse und (hinsichtlich der gemeinsamen Finanzierung – insbesondere hinsichtlich nichtärztlicher Gesundheitsberufe) im Einvernehmen mit dem Land festgelegt.

§ 7 Auswahl

- (1) PVE Standorte werden grundsätzlich aus bestehenden Strukturen (Einzel-/Gruppenpraxen) entwickelt, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden.

Vor der Ausschreibung einer konkreten PVE ist es erforderlich, dass die Kasse mit dem Land Vorarlberg als Zielsteuerungs-Partner jeweils im Vorfeld eine gemeinsame Finanzierung der Gesamtkosten der PVE vereinbart, wobei der Anteil des Landes primär in der Finanzierung der Personalressourcen im nichtärztlichen Team und im PVE-Management bestehen sollte. Allfällige Kostenbeteiligungen des Landes an den ärztlichen Honoraren (Grundpauschale, Fallpauschale, Einzelleistungen) werden der Gesamtvergütung ersetzt.

- (2) Die Kasse lädt im Einvernehmen mit der ÄKV gemäß § 14 Abs 2 Z 1 PrimVG zur Schaffung einer PVE in einer konkret definierten Region primär aus dem Kreis der dort bestehenden Vertragsärzte oder Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin ein, sich unter Vorlage des Versorgungskonzepts für die Invertragnahme als PVE (Zentrum oder Netzwerk) zu bewerben.

Das Versorgungskonzept hat jedenfalls zu beinhalten:

- Standort(e) und Räumlichkeiten der PVE
- Umsetzung des Versorgungsauftrages gemäß § 6
- Konkrete Zusammensetzung des Kernteams (Anzahl Ärzte, DGKP, Ordinationsassistenten, wenn möglich mit konkreten Namen) – s. § 2
- Vorgesehene Zusammenarbeit mit Mitgliedern des erweiterten Teams
- Vorstellungen zur Erbringung der vorgegebenen Mindestordinationszeiten und zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (z.B. Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln)
- Allenfalls geplante Beschäftigung eines PV-Managers
- Regelungen zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität
- Maßnahmen und Angebote der PVE in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention
- Zeitpunkt des geplanten Starts der PVE

Bei Netzwerken sind folgende zusätzlichen Informationen im Konzept aufzunehmen:

- Information zum örtlichen Zusammenhang sowie zur Erreichbarkeit der einzelnen Netzwerkstandorte
- Regelungen zum abgestimmten Ordinationsmanagement (Patientendokumentation, Vorgehensweise bei Terminvergabe etc)
- Informationen über einen gemeinsamen Außenauftritt des Netzwerks (Homepage, Patienteninformation, etc)

- Informationsweitergabe über den Behandlungsablauf des Patienten innerhalb des Netzwerks (§ 4 Abs 4)
- (3) In der Einladung zu einem PVE-Vertrag werden zwingende Eckpfeiler gemäß § 6 Abs. 1 PVE-GV festgelegt, deren Nichterfüllung zur Nichtberücksichtigung der Bewerbung führt.
 - (4) Die Einladung für einen PVE-Vertrag nach Abs. 3 wird auf den Homepages der ÄKV und der Kasse kundgemacht. Die Bewerbungen sind bei der ÄKV einzubringen. Die ÄKV prüft binnen drei Wochen das Vorliegen der formalen Voraussetzungen und übermittelt die Unterlagen mit ihrer Stellungnahme der Kasse.
 - (5) Bewerbungen, die den Vorgaben des Abs 3 nicht entsprechen, werden im Einvernehmen zwischen ÄKV und Kasse aus dem Auswahlverfahren ausgeschieden.
 - (6) Sofern mehrere Ansuchen auf Invertragnahme gestellt werden, erfolgt die Vergabe eines Primärversorgungsvertrages aufgrund einer Punktereihung. Diese basiert auf der Bewertung entsprechend der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzten (und Vertrags-Gruppenpraxen) vom 14.12.2021 in der jeweils geltenden Fassung abgeschlossen zwischen der ÄK und der Kasse (die Punktesumme des Bewerbungsteams wird berechnet) sowie den in § 8 festgesetzten zusätzlichen Reihungskriterien für PVE.
 - (7) Für die Nachbesetzung eines ausgeschiedenen Gesellschafters gelten die bestehenden Regelungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages.
 - (8) Die Invertragnahme kann nur im Einvernehmen zwischen der ÄKV und der Kasse erfolgen. Kommt das Einvernehmen nicht zustande entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien. In einem allfälligen Streit zwischen der Kasse und der PVE über die Nachbesetzung eines Gesellschafters bzw. eines Netzwerkarztes entscheidet die Paritätische Schiedskommission, ob die Einwände der Kasse gegen die Person des Bewerbers sachlich gerechtfertigt sind.

§ 8 Zusätzliche Reihungskriterien

- (1) Langen innerhalb der Ausschreibungsfrist mehrerer Bewerbungen für eine PVE ein, sind neben den Punkten der in § 7 Abs.6 genannten Reihungsrichtlinie, zusätzlich maximal 40 Punkte für die Patienten- und Serviceorientierung zu vergeben.
- (2) Im Zusammenhang mit der Patienten- und Serviceorientierung werden zusätzliche Punkte vergeben. Die Kriterien sind in vier Teilbereiche mit je 10 Punkten aufgeteilt. Dies sind
 - Standort und Räumlichkeiten (z.B: Erreichbarkeit mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, Parksituation, technische und apparative Ausstattung)
 - Öffnungszeiten und telefonische Erreichbarkeit (z.B. regionale Verteilung der Öffnungszeiten, Rufbereitschaften, Wochenenddienste, Onlineterminmanagement)

- Zusammensetzung und Zusammenarbeit des Teams/Kooperationen (z.B. vertretene Berufsgruppen, Beschäftigungsausmaß diplomiert Pflegekräfte, zusätzliche Angebote im Bereich Gesundheitsförderung (Workshops, Vorträge, Beratungen, Konzept für Hausbesuche))
- erweiterter Leistungsumfang und Zusatzkompetenz sowie Behandlungskontinuität und Qualitätsmanagement (z.B. Sicherstellung der Behandlungskontinuität, Qualitäts- und Fehlermanagementsystem, Beschwerdemanagement, Teilnahme an Qualitätszirkel, regelmäßige Fortbildungen).

Die Punktevergabe erfolgt im Einvernehmen zwischen ÄKV und Kasse. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien

- (3) Die höhere Punktesumme aus den Reihungskriterien sowie den zusätzlichen Punkten für Patienten- und Serviceorientierung entscheidet über die Reihung. Bei Punktegleichstand entscheidet die höhere Punktesumme im Bereich Patienten- und Serviceorientierung. Sollte auch dann noch Gleichstand bestehen, entscheidet die höhere Punktezahl bei den Kriterien V.2.1. und V 2.2 (fachliche Qualifikation) der genannten Reihungsrichtlinie. Liegt nach wie vor ein Punktegleichstand vor, dann ist das Verfahren gemäß Punkt VI 2 (Hearing) der genannten Reihungsrichtlinie anzuwenden.

§ 9 Ausscheiden von /Änderungen bei den Ärzten

- (1) Das Ausscheiden von Gesellschaftern/Netzwerkpartnern in einer PVE ist ÄKV und Kasse rechtzeitig, gemäß den in § 343 Abs 4 ASVG vorgegeben Kündigungsbestimmungen, schriftlich bekanntzugeben.
- (2) Die Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter/Netzwerkpartner in die PVE bedarf einer rechtzeitigen Antragstellung bei ÄKV und Kasse und muss ausreichend begründet sein.
- (3) Über die Ausschreibung freierwerdender bzw. zusätzlicher Gesellschafterstellen/Netzwerkpartner wird im Einvernehmen zwischen ÄKV und Kasse nach Anhörung der PVE und unter Berücksichtigung der Versorgungssituation entschieden. Im Rahmen des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens für die Gesellschafterstellen/Netzwerkpartner kommen die geltenden Reihungsrichtlinien zur Anwendung (bei der Auswahl findet die Bandbreitenregelung des Gruppenpraxengesamtvertrages auch für Netzwerkpartner Anwendung). Dies gilt auch für bestehende Vertragspartner der Kasse.
- (4) Scheidet ein Gesellschafter einer Gruppenpraxis aus, die Betreiber einer PVE in der Organisationsform eines Zentrums oder Netzwerkpartner einer PVE ist und deren Einzelvertrag

aufgrund der Ausstellung eines Primärversorgungsvertrages ruht, und soll die frei werdende Gesellschafterstelle im PVE nachbesetzt werden (Gesellschafterwechsel), so hat der scheidende Gesellschafter zusätzlich zur Beendigung seiner Tätigkeit in der PVE seine Gesellschafterstellung im Rahmen des ruhend gestellten Gruppenpraxen-Einzelvertrags zu beenden. Bei Zustimmung von ÄKV und Kasse erhält dieser ausscheidende Gesellschafter einen kurativen Einzelvertrag.

- (5) Sofern sich Änderungen innerhalb der Netzwerkstruktur (Anzahl und Person der Netzwerkpartner, Anzahl und Person der Gesellschafter, Standorte) ergeben, muss von ÄKV und Kasse vorab eine Genehmigung eingeholt werden. Beim Ausstieg einzelner Netzwerkpartner aus der PVE leben ruhend gestellte Einzelverträge der ausscheidenden Partner wieder auf (§ 7 Abs 4 PVE-GV).

§ 10 Diagnose- und Leistungsdokumentation

- (1) Für die Diagnose- und Leistungsdokumentation gilt § 15 des PVE-Gesamtvertrages.
- (2) Diese Datenübermittlung ist keine Abrechnung, löst keine Rechtsansprüche aus und dient nur zu Zwecken der Evaluierung.

§ 11 Honorierung

- (1) Die Abrechnung hat im PVE-Zentrum einheitlich auf einer Vertragspartnernummer zu erfolgen. Im PVE-Netzwerk besteht, sofern es nicht in der Betriebsform einer dislozierten Gruppenpraxis geführt wird, alternativ die Möglichkeit, dass jeder Arzt seine Leistungen separat auf Basis eines Primärversorgungs-Einzelvertrags verrechnet – welche Variante gewählt wird, ist im Rahmen des Primärversorgungsvertrags der jeweiligen Netzwerk-PVE zu regeln.
- (2) Die ärztlichen Honorare (Grundpauschale, Fallpauschale, Einzelleistungen) werden aus Mitteln der Gesamtvergütung gemäß Punkt I.1. der Honorarordnung finanziert. Die Sach- und Personalkosten des Kernteams sind damit ebenfalls abgegolten – Ordinationsbedarf gebührt im selben Ausmaß wie Einzelvertragsordinationen.

§ 12 Grundpauschale

- (1) Die Grundpauschale pro ärztlichem VZÄ und Quartal beträgt 25.000 Euro.
- (2) Die Grundpauschale stellt eine kontaktunabhängige Grundvergütung zur Abgeltung PVE-spezifischer Personal- und Sachmehrkosten im Zusammenhang mit folgenden Leistungen dar:

- **Übergreifende Aufgaben und „Patientenservice“:**
 - **Zugänglichkeit – Längere Öffnungszeiten**
 - **Administrative Aufgaben**
 - **Unterstützung der Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung und Koordinierung des Versorgungsprozesses innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur**
 - **Qualitätsmanagement**
 - **Aus-, Fort- und Weiterbildung**
 - **Gesundheitsförderung und Prävention**
 - **Mit übergreifenden Aufgaben verbundener administrativer Mehraufwand und Evaluierung**
- (3) Bei vorübergehendem Ausfall (z.B: Krankenstand) eines Gesellschafters/Netzwerkpartners gebührt die Grundpauschale weiterhin zur Gänze, da der Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum und die Mindestordinationszeiten grundsätzlich weiterhin einzuhalten sind. Die Vertretung erfolgt gemäß den Regelungen des § 37 Primärversorgungs-Gesamtvertrag. Bleibt ein Netzwerkstandort länger als 3 Monate geschlossen, dann können ÄKV und Kasse einvernehmlich Reduzierungen der Grundpauschale vornehmen.
- (4) Sollte die PVE die vereinbarten Aufgaben nicht erfüllen, ist die Kasse berechtigt, eine Schlichtung zwischen der PVE, der ÄKV und der Kasse selbst einzuberufen. Sollte die PVE (bei Einigung von ÄKV und Kasse auf eine Lösung im Rahmen dieser Schlichtung) weiterhin trotz Mahnung und angemessener Fristsetzung den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, berechtigt dies die Kasse, die Vorauszahlung der Grundpauschalen einzubehalten. Sollte die PVE dennoch weiterhin oder erneut den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, ist die Kasse zur Kündigung des Primärversorgungsvertrages berechtigt.

§ 13 Fallpauschale

- (1) Die Fallpauschale beträgt 41 Punkte pro Patient und Quartal.
- (2) Die Honorierung der Punkte erfolgt für Versicherte der ÖGK, Landesstelle Vorarlberg, mit dem Punktwert gemäß Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel Pkt. 2 der jeweils geltenden Honorarordnung. Die dort vorgesehenen Punktstaffelungen werden je nach Anzahl der ärztlichen VZÄ entsprechend aliquot erhöht. Die Punktequoten laut jeweils geltender Honorarordnung kommen nicht zur Anwendung. Für Versicherte und Anspruchsberechtigte gemäß Anlage F der geltenden Honorarordnung erfolgt die Honorierung der Punkte entsprechend den in Anlage F vorgesehenen Punktwerten ebenfalls ohne Punktequoten. Zusätzlich gebührt der PVE für Versicherte und Anspruchsberechtigte gemäß Anlage F

ein Zuschlag zum Fallpauschale von 4 Punkten (zum Ausgleich für die in der Einzelordination unlimitierte Verrechenbarkeit in diesen Fällen).

§ 14 Einzelleistungen

Nachstehend angeführte Leistungspositionen können weiterhin zusätzlich zur Fallpauschale als Einzelleistungen gemäß Tarifen bzw. Punkten (Punktwert siehe § 13 Abs 2) und Positionsnummern der geltenden Honorarordnung abgerechnet werden:

a. Leistungen Trauma, Wundversorgung, Kleinchirurgie (Naevus etc) inclusive Röntgen, Verband, Gips, Heilbehelfe:

- 1) Trauma klein (OP Gruppe I – Honorierung entsprechend HO-Pos. 2100 bis 2114, 2300 bis 2311, 2500 bis 2517 und 2700 bis 2717) + notwendiges Röntgen lt. HO (Teilradiologie - Anlage A, erster Teil, zweites Kapitel, Pkt. VI.)
- 2) Trauma mittel (OP Gruppe II – Honorierung entsprechend HO-Pos. 2120 bis 2138, 2320 bis 2325, 2520 bis 2536, 2720 bis 2741) + notwendiges Röntgen lt. HO (Teilradiologie - Anlage A, erster Teil, zweites Kapitel, Pkt. VI.)
- 3) Trauma groß (OP Gruppe III - Honorierung entsprechend HO-Pos. 2140 bis 2160, 2330 bis 2337, 2540 bis 2558, 2750 bis 2779) + notwendiges Röntgen lt. HO (Teilradiologie - Anlage A, erster Teil, zweites Kapitel, Pkt. VI.)
- 4) Verbandstoffe, Gipsmaterial, Heilbehelfe/Hilfsmittel werden im Rahmen des Ordinationsbedarfs wie für Einzelpraxen zur Verfügung gestellt.

Assistenzen und Narkosen für Operationen können laut jeweils geltender Honorarordnung (Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel, Pkt. VIII verrechnet werden).

b. Manuelle Medizin:

- 1) Gelenke – Manuelle Therapie (Untersuchung, Manipulation nach den Richtlinien der Gesellschaft für manuelle Medizin), (entsprechend HO-Pos 334)
- 2) Wirbelsäule – gezieltes manuelles Wirbelsäulenredressement (entsprechend HO-Pos. 333)

c. Akupunktur:

Nadelakupunktur (nach den Kriterien des Obersten Sanitätsrates)
entsprechend HO-Pos. 237

d. Weitere verrechenbare Sonderleistungen

- 1) Sonographie (entsprechend HO- Pos. 232, 233, 234 Pos. 850, 860 , 870 , 880 , 890, 892, 900, 940, 950
- 2) Röntgenleistungen entsprechend HO – Anlage A, Erster Teil, Zweites Kapitel, Pkt. VI.
- 3) 24 h Blutdruckmonitoring (entsprechend Pos. 415 HO)
- 4) Ergometrie (entsprechend Pos. 403)
- 5) Drogensubstitutionsbehandlung.– (entsprechend HO-Pos. 238)
- 6) Wegegebühren (entsprechend HO – Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel Pkt. 4.1)
- 7) VU, MUKI, DMP – wie in Einzelordination laut bestehenden Vereinbarungen
- 8) eKOS (entsprechend HO-Pos. 45, Wartungskosten)
- 9) Schmerzboard (entsprechend HO-Pos. 44)
- 10) Zuschläge für Krankenbesuche, Ordinationen bei Nacht und am Wochenende sowie für dringliche Fälle (entsprechend HO – Anlage A, Erster Teil, Erstes Kapitel, Pkt. 4.2)

§ 15 Abrechnung und Honorierung der Leistungen eines Netzwerkes (ausgenommen in der Betriebsform einer Gruppenpraxis)

- (1) Die Honorierung und Abrechnung der Grundpauschale, Fallpauschalen und Einzelleistungen (sowie gegebenenfalls der bewilligten Hausapotheke) erfolgen je nach Regelung im Primärversorgungsvertrag pro leistungserbringendem Netzwerkpartner oder einheitlich an den Rechtsträger der PVE.
- (2) Die Honorierung und Abrechnung allfälliger Leistungen des PVE-erweiterten Teams und des PVE-Managers erfolgt an den Rechtsträger des PVE-Netzwerks.

§ 16 Valorisierung und Aktualisierung

Die jährliche Valorisierung und Aktualisierung der Grundpauschalen, Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen erfolgt gemäß den bei den jährlichen Kassenverhandlungen erzielten Ergebnisse analog zu den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin. Insbesondere ist eine etwaige Erweiterung des Versorgungsauftrags/Leistungsspektrums von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (z.B.: durch Schaffung neuer Leistungen) dabei zu berücksichtigen. Bei Verhandlungen im Nachhinein sind entsprechende Nachzahlungsbeträge analog zur Anweisung zu bringen. Die valorisierten Tarife werden im Anhang zu dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung veröffentlicht.

§ 17 GSBG-Vorsteuerausgleich

Die Regelung im Gesundheits- und Sozial-Beihilfengesetz GSBG ist für sämtliche an die Gruppenpraxis bzw. Netzwerkpartner ausbezahlten Honorare anzuwenden, es kommt daher der für Allgemeinmedizin festgelegte Prozentsatz in Höhe von 3,4 % zum Tragen.

§ 18 Inhaltliche und technische Anforderungen an die EDV-Abrechnung

Die Abrechnung der in der PVE erbrachten ärztlichen Leistungen hat bei der Kasse im Wege der kassenärztlichen Verrechnungsstelle analog den anderen Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen in elektronischer Form zu erfolgen.

§ 19 Honorierung und Abrechnung von Leistungen für Anspruchsberechtigte der SVS und der BVAEB

Für die Sondersversicherungsträger wird eine gesonderte (insbesondere Honorierungs-) Vereinbarung abgeschlossen. Bis dahin erfolgt die Honorierung und Abrechnung von kurativen Leistungen sowie Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass Leistungen auf Basis der jeweiligen Gesamtverträge.

§ 20 Evaluierung und Monitoring

- (1) Kammer und Kasse werden gemeinsam eine Evaluierung der PVE durchführen.
- (2) Über die in § 10 dargestellten Dokumentationsanforderungen hinaus erklärt sich die PVE zur Mitarbeit und Bereitstellung entsprechender Daten und Auskunftserteilung für das Monitoring und die Evaluierung der PVE bereit.
- (3) Unter Monitoring wird vor allem die Beobachtung der laufenden (quartalsweisen) Entwicklung von Fallzahlen und Kosten sowie des Leistungsangebots der PVE verstanden. Ein wesentliches Ziel ist die Abgrenzung des wirtschaftlichen Risikos für die PVE-Betreiber.
- (4) Das Monitoring umfasst jedenfalls auch regelmäßige Befragungen von Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit (Wartezeiten, Kommunikation, Organisation, Leistungsangebot, Information etc).
- (5) Unter Evaluierung wird die Erreichung der Zielsetzung der Primärversorgung nach den ersten 3 Jahren Laufzeit des Primärversorgungsvertrages der PVE verstanden.
- (6) Die detaillierte Ausgestaltung des Monitorings und der Evaluierung (Kennzahlen und Dimensionen) sowie die methodische Vorgehensweise wird von ÄKV und Kasse im Einvernehmen mit den ausgewählten PVE-Betreibern festgelegt. Dabei ist auch über die etwaige Beiziehung einer externen Begleitung zu entscheiden.

- (7) In die Evaluierung werden die Auswirkungen auf umliegende Vertragsarztstellen einbezogen. Sollten während dem Betrieb einer PVE regional erhebliche Veränderungen der Patientenströme auftreten, werden die Vertragsparteien Gespräche über entsprechende Maßnahmen aufnehmen.
- (8) Die Vertragsparteien kommen überein, aufgrund der Ergebnisse der Evaluierung über eine mögliche Adaptierung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung Gespräche zu führen.

§ 21 Inkrafttreten, Verlautbarung, Beendigung

- (1) Die Bestimmungen dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung treten mit Wirksamkeit ab 01.01.2022 in Kraft.
- (2) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung wird auf www.ris.bka.gv.at/avsv sowie den Homepages der ÄKV sowie der ÖGK verlautbart.
- (3) Die Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres aufgekündigt werden.

Dornbirn, Wien, am 14.12.2021

Ärztammer für Vorarlberg

Kurie der niedergelassenen Ärzte


MR Dr. Burkhard Walla
Kurienobmann


OMR Dr. Michael Jonas
Präsident

Dachverband der Sozialversicherungsträger









Für die und mit Zustimmung der folgenden Sozialversicherungsträger:

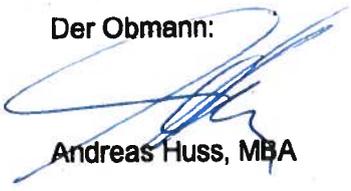
Österreichische Gesundheitskasse

Für den leitenden Angestellten:


Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



Der Obmann:


Andreas Huss, MBA

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Hans Aubauer

(Generaldirektor DI Dr. Hans Aubauer)

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Der Generaldirektor

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' with a vertical line through it, and a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

Dr. Gerhard Vogel

