

## **Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG zur Primärversorgung im Bundesland Salzburg,**

abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Salzburg, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden ÄKS) und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung von und Wirksamkeit für die:

- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK, im Folgenden Kasse),
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB),
- Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS).

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

### **Präambel**

- (1) 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.
- (2) Ein wesentlicher Bestandteil von Primärversorgung ist auch die Versorgung mit nichtärztlichen Leistungserbringern.
- (3) Nutzen und Ziele von Primärversorgungseinheiten (im Folgenden kurz PVE) sind unter anderem:
  - die Arbeit der Ärzte mit einem multiprofessionellen Team, das gemeinsam die beste Betreuung für die Patienten abstimmt,
  - mehr Zeit für das Gespräch mit den Patienten,
  - Zusammenarbeit und Kommunikation verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe,
  - Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen (zB flexible Arbeitszeitmodelle und Entlastung der Ärzte von nichtärztlichen Tätigkeiten durch Teamarbeit),
  - Entlastung der Spitalsambulanzen durch Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe,
  - Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention.
- (4) Der Inhalt der einschlägigen Gesetzesbestimmungen in der jeweils geltenden Fassung und des PVE-GV bilden die rechtliche Grundlage dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung. Diese gesamtvertragliche Vereinbarung und der PVE-GV sind auch Inhalt des zwischen

der Kasse und PVE abzuschließenden Primärversorgungsvertrages sowie allfälliger Primärversorgungs-Einzelverträge.

- (5) Die Gesamtvertragsparteien stellen klar, dass diese gesamtvertragliche Vereinbarung zu keiner Einschränkung der derzeit bestehenden oder zukünftig in Kraft tretenden einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (ASVG, PrimVG etc.), insbesondere hinsichtlich der Anzahl und Zusammensetzung des Kernteams sowie des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens führt (gilt insbesondere für §§ 2 und 6).
- (6) Sofern die nachfolgenden Bestimmungen keine abweichenden Regelungen treffen, gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen (ausgenommen technische Fächer) für Salzburg vom 01.10.2013.
- (7) Unter kurativem Gesamtvertrag im Sinne gegenständlicher gesamtvertraglicher Vereinbarung ist der kurative Ärzte-Gesamtvertrag für Salzburg vom 14.12.2010 zu verstehen, unter Honorartarif jener, welcher Bestandteil des kurativen Gesamtvertrages ist.
- (8) 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) Die PVE werden im Rahmen des zwischen ÄKS und Kasse vereinbarten Stellenplanes errichtet. Die Primärversorgungsstandorte sollen aus bestehenden Strukturen entwickelt werden, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden.
- (2) Je PVE wird im Rahmen der im Stellenplan insgesamt für PVE vorgesehenen zusätzlichen Vollzeitäquivalente (im Folgenden kurz VZÄ) bei Bedarf die Option einer Erweiterung der bestehenden VZÄ eingebrachter Einzelverträge um 0,5 VZÄ eingeräumt. Bedarf besteht bei Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahlen pro VZÄ. Auch bei Nichtvorliegen eines solchen zusätzlichen Bedarfs bleibt das Recht unberührt, gemäß dem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag bzw. der gesamtvertraglichen Vereinbarung gemäß § 342e ASVG einen weiteren Gesellschafter in die Gruppenpraxis aufzunehmen bzw. einen Arzt anzustellen.
- (3) Die PVE können in der Organisationsform eines Zentrums oder eines Netzwerks zur Erbringung allgemeinmedizinischer Leistungen betrieben werden.
- (4) Die PVE in der Organisationsform eines Zentrums ist grundsätzlich als Gruppenpraxis an einem Standort zu führen. Die PVE in der Organisationsform eines Netzwerks besteht aus mehreren Standorten. Diese Standorte können von freiberuflich tätigen Ärzten mit Kassenvertrag oder Gruppenpraxen mit Kassenvertrag geführt werden.
- (5) Nichtärztliche, der PVE zugehörige Berufsgruppen, können gegebenenfalls mit ihren bestehenden Berufssitzen ins PVE (Netzwerk bzw. Zentrum) eingebunden werden.
- (6) Das einheitliche Auftreten der PVE (Netzwerk bzw. Zentrum) gegenüber den Versicherten, der Sozialversicherung und sonstiger Partnern ist sicherzustellen (zB einheitliche Homepage, Erreichbarkeit, Ausschilderung).

## § 2 Zusammensetzung der Teams

- (1) Die PVE besteht aus einem Kernteam, einem erweiterten Team und ggf. einem Primärversorgungsmanagement.
- (2) Das Kernteam wird in VZÄ dargestellt:
  - a) 1 ärztliches VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden Mindestordinationszeit in der PVE;
  - b) 1 VZÄ einer diplomierten Gesundheits- oder Krankenpflegekraft (DGKP) entspricht einer Vollzeitbeschäftigung gemäß dem Kollektivvertrag für die Angestellten bei Ärztinnen und Ärzten und in Labors Salzburg in der jeweils geltenden Fassung.
- (3) Als Mindeststandards für die Zusammensetzung des Kernteams gelten:
  - a) grundsätzlich 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;
  - b) 0,5 VZÄ DGKP bei einer PVE mit weniger als 3 ärztlichen VZÄ, ab 3 ärztlichen VZÄ mindestens 1 VZÄ DGKP;
  - c) Ordinationsassistenz im erforderlichen Ausmaß.Orts- und bedarfsanhängig können Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde als Teil des Kernteams in die PVE eingebunden werden.
- (4) Als Mindeststandards für die Zusammensetzung des erweiterten Teams gelten: Das erweiterte Team umfasst grundsätzlich zumindest 2 Berufsgruppen (drei Berufsgruppen, sofern eine Vereinbarung bezüglich Sozialarbeit zwischen dem Land Salzburg, der Kasse und ÄKS abgeschlossen wird) im Ausmaß von mindestens insgesamt 1 VZÄ (dies entspricht einer Vollzeitbeschäftigung).
- (5) Als Mitglieder des erweiterten Teams kommen unter anderem folgende Berufsgruppen in Betracht:
  - a) Logopäden
  - b) Physiotherapeuten
  - c) Psychotherapeuten
  - d) Ergotherapeuten
  - e) Sozialarbeiter
  - f) Diätologen
  - g) Klinische Psychologen
  - h) Hebammen
  - i) Mobile Dienste (exklusive im Kernteam mitarbeitende DGKP)
- (6) Die Einbindung der Leistungserbringer ins erweiterte Team kann nach Wahl der PVE erfolgen wie folgt:
  - a) über Kooperationen mit bereits vorhandenen Leistungserbringern der bestehenden Sachleistungssysteme der Kasse und des Landes (hinsichtlich der Sozialarbeit jedoch nur, wenn eine Vereinbarung im Sinne des Abs 4 darüber zustande kommt); die Abrechnung erfolgt dabei über die Leistungserbringer.

- b) über Anstellung oder freiberufliche Tätigkeit (Werkvertrag) und Abrechnung durch die PVE über Einzelleistungen. Es können dabei jene Einzelleistungen und Tarife mit der Kasse verrechnet werden, welche zwischen Kasse und PVE im Primärversorgungsvertrag vereinbart werden (gegebenenfalls sind Sonderverrechnungsbefugnisse abzuschließen).
  - c) Bereitstellung durch die PVE (der Bedarf wird vorab zwischen Kasse und jeweiliger PVE vereinbart). Die (Durch-)Finanzierung erfolgt durch die Kasse bzw. deren Zielsteuerungspartner derart, dass der PVE die anfallenden Personalkosten (Löhne/Gehälter - orientiert an den im Landesdienst üblichen Schemen, lohnabhängige Abgaben) ersetzt werden. Es ist dabei sicherzustellen, dass den Lohnkosten/Gehaltskosten, welche der PVE durch die Kasse zu ersetzen sind, eine dementsprechende Leistungserbringung gegenübersteht. Zur Überprüfung sind die erbrachten Leistungen zu dokumentieren und der Kasse im Rahmen der Abrechnung zu übermitteln. Die von den Berufsgruppen erbrachten Leistungen sind Teil der Evaluierung gemäß § 16. Das Ausmaß der Leistungserbringung ist mit der PVE im Primärversorgungsvertrag zu vereinbaren.
- (7) Jede Veränderung bei Teammitgliedern, die berufsrechtlich eigenberechtigt am Patienten tätig sind und deren Leistungen über die PVE verrechnet werden, ist zwischen der PVE und der Kasse in der Form zu vereinbaren, dass die betreffende Person vor Aufnahme der Kasse bekanntgegeben und eine Kopie des (geänderten) Dienst-/Kooperationsvertrages zur Verfügung gestellt wird.
  - (8) 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.
  - (9) Die Tätigkeit des PVE-Managements 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.
  - (10) In der PVE ist dafür Sorge zu tragen, dass dem Kernteam, dem erweiterten Team und den sonst eingebundenen Behandlern, die für die jeweilige Behandlung notwendigen Informationen der Krankengeschichte zur Verfügung stehen; dies unter Berücksichtigung bestehender Verschwiegenheitsverpflichtungen (zB § 54 ÄrzteG), der Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 und der DSGVO. Die PVE hat dafür Vorsorge zu treffen, dass für die Patienten ersichtlich ist, dass eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandler erfolgt.

### **§ 3 Öffnungszeiten/Erreichbarkeit**

- (1) Grundsätzlich gelten betreffend Öffnungszeiten und Erreichbarkeit die Bestimmungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages, wobei mit der einzelnen PVE für bestimmte (insbeson-

- dere Urlaubs-) Zeiten abweichende Regelungen getroffen werden können. Die interne Planung und das Versorgungskonzept haben vorzusehen, dass während der gesamten Öffnungszeit zumindest ein Arzt des Kernteams anwesend ist, wobei in Ausnahmefällen (wie Krankheit, Fortbildung und längeren Urlauben) mit Zustimmung der Kasse davon abgegangen werden kann.
- (2) Die PVE hat der Kasse jene konkrete(n) Person(en) bekanntzugeben, die als Ansprechpartner für Angelegenheiten im Zusammenhang mit diesem Vertrag (medizinische, administrative oder Abrechnungsbelange) zur Verfügung stehen.

#### **§ 4**

##### **Besondere Voraussetzungen für PVE-Netzwerke**

- (1) Das Netzwerk umfasst grundsätzlich drei ärztliche Ordinationen in einem von ÄKS und Kasse vor der Ausschreibung definierten räumlichen Zusammenhang. Dabei ist zu gewährleisten, dass zwischen den einzelnen Standorten der Netzwerkpartner ein örtlicher Zusammenhang erkennbar ist. Die räumliche Verteilung der Netzwerk-Standorte ist im Sinne einer angemessenen Entfernung und patientenfreundlichen Erreichbarkeit aller Standorte zu gestalten.
- (2) Das Netzwerk hat sich insbesondere gegenüber den Versicherten und der Kasse als Einheit zu präsentieren (zB 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 zu definieren.
- (4) Zwischen den Netzwerkstandorten ist ein elektronischer Austausch der für die Behandlungen erforderlichen Patientendokumentation zu gewährleisten. Für die durch diese EDV-Vernetzung der PVE entstehenden Kosten sind von der PVE entsprechende Förderanträge (zB RRF) zu stellen. Nach vorheriger Abstimmung zwischen ÄKS und Kasse können subsidiär allenfalls auch Mittel aus dem Struktur- und Innovationstopf zur Verfügung gestellt werden, worauf allfällige von anderer Stelle gewährte Förderungen (zB RRF) bzw. Unterstützungen gegenzurechnen sind.
- (5) In der Stadt Salzburg ist ein PVE-Netzwerk nur im Einvernehmen zwischen ÄKS und Kasse möglich.

#### **§ 5**

##### **Qualitative und quantitative Grundvoraussetzungen der PVE**

- (1) Das qualitative Leistungsangebot einer PVE sowie der verpflichtend zu erbringende Leistungsumfang einer PVE richten sich nach dem PVE-GV (siehe insb. Basisaufgaben des Anhangs 1 zum PVE-GV), dem Aufgabenprofil für (teambasierte) PVE im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und dem entsprechend vorzulegenden und von der Kasse akzeptierten Versorgungskonzept (zu verwenden ist das Muster-Versorgungskonzept der Gesundheit Österreich GmbH in der jeweils aktuellen Fassung). Dabei sind insbesondere

epidemiologische und morbiditätsbasierte Erfordernisse in der jeweiligen Region zu berücksichtigen.

- (2) 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 der Patienten innerhalb des Netzwerks (§ 4 Abs 4).
- (3) Die Erbringung und Umsetzung von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz sind mit der PVE im Rahmen des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens aufgrund regionaler Bedürfnisse individuell zu vereinbaren.
- (4) Zudem ist die PVE verpflichtet, am DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ teilzunehmen. Nach Ablauf von drei Jahren soll eine Mindesteinschreibungsquote von 55 % der Diabetiker (gemessen an jenen „Stammpatienten“, die orale Antidiabetika nehmen) erreicht werden.
- (5) Tätigkeiten des erweiterten Teams, die gemäß § 2 Abs 6 lit b und c über die PVE abgerechnet werden können, dürfen grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen der PVE ausgeübt werden. Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, welche die PVE aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privatpatienten gegenüber Kassenpatienten sind unzulässig. Ist eine Leistung des erweiterten Teams nicht im verrechenbaren Leistungskatalog der Kasse enthalten, ist der Gesundheitsdienstleister diesbezüglich zur Privathonorierung berechtigt. Der Patient muss vorab nachweislich über die private Honorierungspflicht aufgeklärt werden. Im Übrigen gilt § 17 Abs 4 des kurativen Gesamtvertrages analog.

## **§ 6**

### **Auswahl und Invertragnahme**

- (1) PVE-Standorte werden grundsätzlich aus bestehenden Strukturen (§ 2-Einzel-/Gruppenpraxen) entwickelt, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden, wobei im Stellenplan vorgesehene VZÄ im Einvernehmen zwischen ÄKS und Kasse bedarfsorientiert für die Erweiterung bestehender Einzel- und Gruppenpraxen verwendet werden.
- (2) Die Kasse lädt im Einvernehmen mit der ÄKS zur Schaffung der in § 1 Abs 1 vereinbarten PVE einer konkret definierten Region bzw. Gemeinde die dort bestehenden § 2-Einzelvertragsärzte oder § 2-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin ein, sich unter Vorlage des Versorgungskonzepts für die Invertragnahme als PVE (Gruppenpraxis als Zentrum oder Netzwerk) zu bewerben.

- (3) Weiters können mindestens zwei § 2-Einzelvertragsärzte für Allgemeinmedizin einer Gemeinde oder definierten Region (mehrerer benachbarter Gemeinden) gemeinsam oder eine bestehende § 2-Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin unter Vorlage eines schriftlichen Versorgungskonzepts um eine Invertragnahme als PVE ansuchen („Initiativbewerbung“).
- (4) In der Einladung und in der Information über die Möglichkeit des Ansuchens für einen PVE-Vertrag gemäß Abs 2 werden im Einvernehmen mit der ÄKS zwingende Kriterien festgelegt, deren Nichterfüllung zur Nichtberücksichtigung der Bewerbung führt. Letzteres gilt auch, wenn dem Team Personen angehören, die nicht vertrauenswürdig sind (zB weil sie von einem Versicherungsträger wegen einer schweren Vertragsverletzung gekündigt wurden) und trotz Hinweises der Kasse nicht unverzüglich ausgetauscht werden.
- (5) Einladungen und die Information über die Möglichkeit des Ansuchens für einen Primärversorgungsvertrag gemäß Abs 2 sowie das Bewertungsschema (Anlage 1) werden jedenfalls auf der Homepage der ÄKS kundgemacht. Die Bewerbungen bzw. Ansuchen sind bei der ÄKS einzubringen. Die ÄKS hat binnen 3 Wochen das Vorliegen der formalen Voraussetzungen zu prüfen und die Unterlagen mit ihrer Beurteilung der Kasse zur Auswahl zu übermitteln.
- (6) Sofern mehrere Ansuchen auf Invertragnahme gestellt werden, erfolgt die Vergabe eines Primärversorgungsvertrages aufgrund einer Punktereihung gemäß den in Cluster zugeordneten Kriterien der Anlage 1. Die Anlage 1 in der jeweils aktuellen Fassung bildet einen Bestandteil der gegenständlichen gesamtvertraglichen Vereinbarung. Die Punktesumme der Cluster entscheidet über die Reihung; bei Gleichstand entscheidet die höhere Punktesumme der einzelnen Kriterien. Sollte auch dann noch Gleichstand bestehen, entscheidet die von der ÄKS für alle Ärzte der Werberteams ermittelte Punktesumme gemäß § 3 Abs 6 Z 4, 5 und 8 (fachliche Qualifikation) der Reihungsrichtlinien des kurativen Gesamtvertrages, geteilt durch die Anzahl der VZÄ.
- (7) Eine Invertragnahme kann nur im Einvernehmen zwischen Kasse und ÄKS erfolgen. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, entscheidet den Streit über die Auswahl der PVE (die Anwendung des Gesamtvertrages) die Landesschiedskommission und im Streit zwischen Kasse und PVE über die Nachbesetzung eines Gesellschafters bzw. Netzwerk- arztes die Paritätische Schiedskommission, ob die Einwände der Kasse gegen die Person des Bewerbers sachlich gerechtfertigt sind.
- (8) Die Primärversorgungsverträge werden für eine Mindestdauer von 5 Jahren (für Netzwerke 7 Jahre) abgeschlossen. Erfolgt danach eine Auflösung, lebt der bzw. leben die unmittelbar vor ihrer Gründung bestandene(n) Einzelverträge der Gruppenpraxen bzw. Einzelpraxen der PVE-Ärzte wieder auf. Hinsichtlich der PVE-Ärzte, die keinen Einzelvertrag hatten, wird ergänzend zu § 7 Abs 3 PVE-GV vereinbart, dass diese im Einvernehmen von ÄKS und Kasse von einem Einzelvertragsinhaber nach Wiederaufleben dessen Einzelvertrages gemäß den Bestimmungen des Gesamtvertrages über die Anstellung von Ärzten (§ 342e ASVG) beschäftigt werden können.

## **§ 7 Diagnose- und Leistungsdokumentation**

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

## **§ 8 Abrechnung und Honorierung**

- (1) Die Abrechnung eines PVE-Zentrums erfolgt einheitlich auf einer Vertragspartnernummer. 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-Einzelvertrages verrechnet. Welche Variante gewählt wird, ist im Rahmen des Primärversorgungsvertrages der jeweiligen Netzwerk-PVE zu regeln.
- (2) Die Honorierung der vom Versorgungsauftrag und Versorgungskonzept umfassten Leistungen (exklusive öffentliche Gesundheitsaufgaben und Leistungen des erweiterten Teams) erfolgt durch eine kontaktunabhängige Grundpauschale (PVGP), eine kontaktabhängige Fallpauschale (FP) sowie Einzelleistungen. Ordinationsbedarf gebührt im selben Ausmaß wie Einzelvertragsordinationen.
- (3) ÄKS und Kasse vereinbaren, gemeinsam mit dem Land Salzburg in Verhandlungen zu treten, um die Mitfinanzierung der PVE (analog anderer Bundesländer) sicherzustellen. Dies vor dem Hintergrund, dass mit den PVE eine Spitalsentlastung zu erwarten ist und im PVE auch Leistungen erbracht werden sollen, die nicht in die Zuständigkeit der Sozialversicherung fallen (zB Sozialarbeit).

## **§ 9 Grundpauschale**

- (1) Die PVE erhält unabhängig von ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme pro Quartal eine Grundpauschale (PVGP) in Höhe von EUR 18.000,00 je VZÄ (2024 EUR 18.684,00), die bis 31.12.2025 aus dem Struktur- und Innovationstopf um EUR 7.000,00 erhöht wird. Die Grundpauschale stellt eine kontaktunabhängige Grundvergütung, insbesondere 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.
- (2) Mit der Grundpauschale sind auch die Sach- und Personalkosten des Kernteams gemäß § 2 Abs 3 abgegolten.
  - (3) Bei vorübergehendem Ausfall (zB Krankenstand) eines Gesellschafters bzw. Netzwerkpartners gebührt die Grundpauschale weiterhin zur Gänze, da der Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum und die Mindestordinationszeiten weiterhin einzuhalten sind. Die Vertretung erfolgt gemäß den Regelungen des § 37 PVE-GV. Bleibt ein Netzwerkstandort länger als 3 Monate geschlossen, reduziert sich die für diesen Standort ausbezahlte Grundpauschale um den auf den jeweiligen Zeitraum aliquotierten Betrag.
  - (4) Sollte die PVE die vereinbarten Aufgaben nicht erfüllen, ist die Kasse berechtigt, eine Schlichtung zwischen der PVE, der ÄKS und der Kasse selbst einzuberufen. Sollte die PVE (bei Einigung von ÄKS und Kasse auf eine Lösung im Rahmen dieser Schlichtung) weiterhin trotz Mahnung und angemessener Fristsetzung den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, ist die Kasse berechtigt, 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.

## **§ 10 Fallpauschale**

- (1) Die Fallpauschale (FP) entspricht der kontaktabhängigen Vergütung pro Patient und Quartal für Leistungen des Kernteams laut Versorgungsauftrag/Leistungsspektrum (exklusive öffentliche Gesundheitsaufgaben). Fälle mit Fallpauschalen sind Pauschalfällen des kurativen Gesamtvertrages gleichzuhalten. Für die Honorierung anderer Fälle gilt § 14 iVm § 26 des kurativen Gesamtvertrages.
- (2) Die Fallpauschale beträgt EUR 35,50 (2024 EUR 36,85) und inkludiert die Positionen 001, 050, 055, 059, 080 und 081 des Honorartarifs.

## **§ 11 Einzelleistungen**

- (1) Es können zusätzlich zur Fallpauschale gemäß § 10 alle Einzelleistungen des Honorartarifs zu den dort geltenden Bedingungen mit Ausnahme folgender Positionen verrechnet werden:
  - 001: Grundvergütung pro Pauschalfall
  - 050: Folgeordination
  - 055: Zuschlag für die hausärztliche Koordination
  - 059: Zuschlag für dringende Ordination außerhalb der Sprechstunde
  - 080: Ausführliche therapeutische Aussprache (ärztliches Gespräch)
  - 081: Heilmittelberatungsgespräch

- (2) Für die Verrechnung der Pos.Nr. 051 des Honorartarifs gilt die Regelung des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages Punkt V Abs 7 iVm dem dortigen Anhang A.
- (3) Die Pos.Nr. 048 des Honorartarifs ist nicht verrechenbar für Patienten, für die ein Gesellschafter in den zurückliegenden 3 Jahren diese Position bereits abgerechnet hat, sowie für Patienten, die sich in laufender Behandlung in der PVE befinden.
- (4) An Stelle einer Folgeordination (Pos.Nr. 050) ist im PVE die Pos.Nr. 052 – Folgekontakt im Quartal in der PVE zu verzeichnen. Diese mit EUR 0,00 bewertete Position dient statistischen Zwecken (Zählung der Folgekontakte).
- (5) § 25 Abs 6 und § 27 des kurativen Gesamtvertrages gelten für die PVE entsprechend.

## **§ 12**

### **Besonderheiten der Honorierung von Netzwerken (Ausgenommen in der Betriebsform einer Gruppenpraxis)**

Sofern in einem Netzwerk jeder Arzt seine Leistungen separat verrechnet, wird für den Fall, dass ein Patient in einem Quartal mehrere Ärzte des Netzwerks konsultiert, die Fallpauschale nur ein Mal ausbezahlt.

## **§ 13**

### **Valorisierung und Aktualisierung**

Die jährliche Valorisierung und Aktualisierung der Grundpauschale und Fallpauschale erfolgt ab 01.01.2025 gemäß den bei den Honorarverhandlungen erzielten Ergebnissen analog zu den Vertragsärzten für Allgemeinmedizin. Die jährliche Valorisierung und Aktualisierung der Einzelleistungen erfolgt entsprechend der Valorisierung der jeweiligen Positionen des Honorartarifs. Eine etwaige Erweiterung des Versorgungsauftrags/Leistungsspektrums von Vertragsärzten für Allgemeinmedizin (zB durch Schaffung neuer Leistungen) ist dabei zu berücksichtigen. Bei Verhandlungen im Nachhinein sind entsprechende Nachzahlungsbeträge analog zur Anweisung zu bringen.

## **§ 14**

### **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.

## **§ 15**

### **SVS und BVAEB**

Für die Sonderversicherungsträger wird eine gesonderte Vereinbarung (insbesondere zur Honorierung) abgeschlossen. Bis dahin erfolgt die Honorierung und Abrechnung von kurativen Leistungen sowie Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Leistungen auf Basis der jeweiligen Gesamtverträge (unter Berücksichtigung von bestehenden Sondervereinbarungen).

## **§ 16 Evaluierung und Monitoring**

- (1) ÄKS und Kasse werden gemeinsam eine Evaluierung und ein zeitlich befristetes Monitoring der PVE durchführen.
- (2) Unter Monitoring wird vor allem die Beobachtung der laufenden (quartalsweisen) Entwicklung von Fallzahlen, Honoraren sowie des Leistungsangebots der PVE verstanden. Ein wesentliches Ziel ist die Abgrenzung des wirtschaftlichen Risikos für die PVE-Betreiber auf der einen und der Kasse auf der anderen Seite.
- (3) Das Monitoring umfasst eine Befragung des Kernteams, des erweiterten Teams und der Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit (Wartezeiten, Kommunikation, Organisation, Leistungsangebot, Information etc).
- (4) Unter Evaluierung wird die Erreichung der Zielsetzung der PVE nach den ersten 3 Jahren Laufzeit des Primärversorgungsvertrages der jeweiligen PVE verstanden. Hierbei soll zusätzlich zu den Ergebnissen des Monitorings das Wirken der PVE im Salzburger Gesundheitssystem (zB Folgekosten, Überweisungen, Entlastungen der Krankenhausambulanz, Zuweisungen sowie Selbstzuweisungen, Polypharmazie, Qualitätsindikatoren etc.) betrachtet werden.
- (5) Die PVE erklärt sich zur Mitarbeit und Bereitstellung entsprechender Daten und Auskunftserteilung für das Monitoring und die Evaluierung der PVE bereit. Eine entsprechende Dokumentation gemäß § 7 ist daher sicherzustellen.
- (6) Die detaillierte Ausgestaltung des Monitorings und der Evaluierung (Kennzahlen und Dimensionen) sowie die methodische Vorgehensweise wird von ÄKS und Kasse im Einvernehmen mit den ausgewählten PVE-Betreibern festgelegt. Dabei ist auch über die etwaige Beiziehung einer externen Begleitung und deren Finanzierung zu entscheiden.
- (7) In die Evaluierung werden die Auswirkungen auf umliegende Stellen von Vertragsärzten einbezogen. Sollten während des Betriebes einer PVE regional erhebliche Veränderungen der Patientenströme auftreten, werden die Vertragsparteien Gespräche über entsprechende Maßnahmen aufnehmen.

## **§ 17 Inkrafttreten, Verlautbarung, Beendigung**

- (1) Die Bestimmungen dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung treten mit Wirksamkeit ab 01.07.2023 in Kraft. Sie wird auf [www.ris.bka.gv.at/Avsv/](http://www.ris.bka.gv.at/Avsv/) sowie der Homepage der ÄKS verlautbart.
- (2) Bestehende PVE unterliegen ab Inkrafttreten gegenständlicher gesamtvertraglicher Vereinbarung dieser, sofern die jeweilige PVE nicht ausdrücklich wünscht, weiterhin der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 16.01.2020 bzw. dem für die jeweilige PVE zuletzt gültigen Primärversorgungsvertrages unterliegen zu wollen.

- (3) Die gesamtvertragliche Vereinbarung kann mit eingeschriebenem Brief unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Kalenderhalbjahr, frühestens aber zum 31.12.2025 aufgekündigt werden.

Salzburg - Wien, am 26. APR. 2023

Für die Ärztekammer für Salzburg Kurie  
der niedergelassenen Ärzte

Der Präsident



Dr. Karl Forstner

Der Obmann der Kurie  
der niedergelassenen Ärzte



VP MR Dr. Christoph Fürthauer

Für den Dachverband der  
österreichischen Sozialversicherungsträger



Für die  
Österreichische Gesundheitskasse

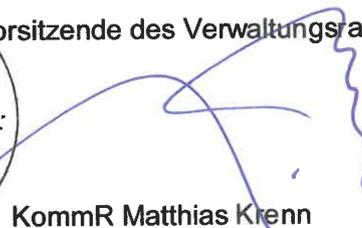
Für den Leitenden Angestellten



Dr. Rainer Thomas  
Generaldirektor-Stellvertreter



Der Vorsitzende des Verwaltungsrates



KommR Matthias Krenn

Für die  
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Der Leitende Angestellte

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

DI Mag. Dr. Hans Aubauer, CFA  
Generaldirektor

Peter Lehner

Für die  
Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten,  
Eisenbahnen und Bergbau

Der Leitende Angestellte

Der Vorsitzende des Verwaltungsrates

Dr. Gerhard Vogel  
Generaldirektor



Dr. Norbert Schnedl  
Der Obmann

## BEWERTUNGSBOGEN - PVE

BEWERBER:	Punkte max	Punkte
<b>Cluster 1: Leistungsangebot</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
Kooperationen mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen	5	
(Zusätzliche) Angebote im Bereich psychische Gesundheit	1	
Spezielle Angebote für chronisch-krank bzw. multimorbide Patienten	2	
Auf regionales Versorgungsprofil abgestimmtes Leistungsangebot	1	
Etwaige relevante Zusatzausbildungen der beteiligten Ärzte	1	
Über Basisleistungen herausgehende Zusatzangebote für Bevölkerung im Einzugsgebiet	1	
Kooperationen und Angebote in Pflegeeinrichtungen (Seniorenheime)	1	
Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen/Partnern	1	
Medikamentenmanagement (Verhinderung Polypharmazie)	1	
Spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche	1	

<b>Cluster 2: Patientenorientierung</b>	<b>15</b>	<b>0</b>
Online Terminmanagement (intern)	2	
Öffnungszeiten	4	
Terminmanagement mit Fachärzten und anderen Gesundheitsberufen	4	
Zusätzliche Angebote im Bereich Gesundheitsförderung (z.B. Workshops, Vorträge, Beratungen)	2	
Verkehrstechnische Erreichbarkeit	2	
Konzept für Hausbesuche	1	
<b>Cluster 3: Zusatzpunkte</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
Gesamtheitliche Betrachtung des Versorgungskonzepts	5	
<b>GESAMT</b>	<b>35</b>	<b>0</b>

