

Gebührenfrei gemäß § 110
Abs. 1, Ziffer 2, lit. a ASVG

Gesamtvertragliche Vereinbarung für Primärversorgungseinheiten (PVE) in Kärnten

abgeschlossen gemäß § 342b Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) BGBL. Nr. 189/1955 idgF zwischen der Ärztekammer für Kärnten (ÄK K), Kurie der niedergelassenen Ärzte einerseits und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger mit Zustimmung und Wirksamkeit für die

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)
1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19,

Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS)
1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86,

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahn und Bergbau (BVAEB)
1081 Wien, Josefstädter Straße 80,

in Umsetzung des zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen Gesamtvertrages zur Primärversorgung vom 24. April 2019 (im Folgenden: PVE-GV), wodurch ergänzend zu den darin enthaltenen Regelungen Folgendes regional konkretisierend vereinbart wird:

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 (PVE-Zentrum) oder als Netzwerk an mehreren Standorten (PVE-Netzwerk) strukturiert sein.

ÄK K und ÖGK haben zur Umsetzung eines neuen Abrechnungsmodells für Primärversorgungseinheiten vereinbart, die Honorierung in eine kontaktunabhängige Grundpauschale, eine Fallpauschale sowie in die Vergütung von taxativ aufgezählten Einzelleistungen zu gliedern.

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.

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

§ 1

Organisations- und Rechtsform der PVE

- (1) Der Inhalt der einschlägigen Gesetzesbestimmungen (PrimVG, ASVG etc.) und des Gesamtvertrages für Primärversorgungseinheiten (PVE-GV) bilden die rechtliche Grundlage dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung. Diese gesamtvertragliche Vereinbarung und der PVE-GV sind auch Inhalt des zwischen der Kasse und der PVE abzuschließenden Primärversorgungsvertrages.
- (2) Die PVE können in der Organisationsform eines Zentrums gemäß Abs. 4 oder eines Netzwerkes gemäß Abs. 5 zur Erbringung allgemeinmedizinischer Leistungen betrieben werden.
- (3) Die PVE können in der Organisationsform einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft (OG), einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder als PVE-Netzwerk zusätzlich in der Rechtsform eines Vereins betrieben werden.
- (4) Die PVE in der Organisationsform eines Zentrums ist als Gruppenpraxis an einem Standort zu führen. Sollte aufgrund des Versorgungsbedarfs in Abstimmung mit den Vertragspartnern ein zusätzlicher Ordinationsstandort gegründet werden, würde die Regelung für Netzwerke zur Anwendung gelangen.
- (5) Die PVE in der Organisationsform eines Netzwerkes ist an mehreren Standorten zu führen. Diese Standorte können von freiberuflich tätigen Ärzten mit Kassenvertrag bzw. Gruppenpraxen mit Kassenvertrag geführt werden. Ein Netzwerk kann in der Rechtsform eines Vereins oder als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer OG oder einer GmbH betrieben werden.
- (6) Nicht ärztliche, der PVE zugehörige Berufsgruppen werden von der PVE (Zentrum und Netzwerk) angestellt.

- 300571_10_0004980_007_1
- (7) Das einheitliche Auftreten der PVE gegenüber den Versicherten, der Sozialversicherung und sonstiger Partner ist sicherzustellen.

§ 2 Planungsgrundlage

PVE sind gemäß den gesetzlichen Regelungen im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) Kärnten zu planen und im Stellenplan zu konkretisieren.

§ 3 Zusammensetzung des PVE-Teams

- (1) Die PVE besteht aus einem Kernteam und einem erweiterten Team sowie gegebenenfalls einem Primärversorgungsmanager gemäß Abs. 7.
- (2) Das Kernteam hat den Anforderungen des § 2 Abs 2 Satz 1 PrimVG zu entsprechen und beinhaltet jedenfalls auch:
- zumindest 1 Lehrpraxis-Bewilligung bzw. Bereitschaft, eine solche zu beantragen, sobald die Voraussetzungen vorliegen und dauerhaft 1 Lehrpraktikantenstelle anzubieten,
 - zumindest 1 VZÄ diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKS/DGKP) und
 - Ordinationsassistenz (OA) im erforderlichen Ausmaß.

Als Mitglieder für das erweiterte Team, das sich zumindest aus Angehörigen von drei weiteren nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen zusammensetzt, kommen unter anderem folgende Berufsgruppen in Betracht:

- PhysiotherapeutInnen
 - ErgotherapeutInnen
 - LogopädInnen
 - DiätologInnen
 - PsychotherapeutInnen
 - Hebammen
 - SozialarbeiterInnen
 - Klinische PsychologInnen
- (3) Ein ärztliches VZÄ entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung eines Tätigkeitsausmaßes von mindestens 22 Wochenstunden Ordinationstätigkeit.
- (4) Orts- und bedarfsabhängig können Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde als Teil des Kernteams in die PVE eingebunden werden.
- (5) Die Finanzierung des erweiterten Teams, sowie allenfalls zusätzlicher DGKS/DGKP, erfolgt durch die Sozialversicherungsträger bzw. deren Zielsteuerungspartner derart, dass der PVE die anfallenden Personalkosten (Löhne/Gehälter – orientiert an den Landesdienst üblichen Schemen, inkl. lohnabhängiger Abgaben) ersetzt werden.
- (6) Die personelle Ausstattung (Anzahl 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 Invertragnahmeverfahrens individuell zu vereinbaren.

- (7) Die Tätigkeit eines PV-Managers besteht darin, die PVE in den ersten fünf Jahren zu unterstützen sowie die Koordination und Kontinuität der Betreuung durch ein funktionales Management sicherzustellen.
- (8) 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 (z.B. § 54 ÄrzteG), der Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2021 und der DSGVO.

§ 4

Besondere Voraussetzung für Netzwerke

- (1) Eine PVE in Form eines Netzwerks wird an mindestens zwei Standorten betrieben.
- (2) Zwischen den einzelnen Standorten der Netzwerkpartner muss ein örtlicher Zusammenhang erkennbar sein. Die räumliche Verteilung der Netzwerk-Standorte ist im Sinne einer angemessenen Entfernung und patientenfreundlichen Erreichbarkeit aller Standorte zu gestalten.
- (3) Zwischen den Netzwerkstandorten ist ein elektronisch dokumentierter und strukturierter Austausch der für die umfassende Behandlung relevanten Patientendokumentation zu gewährleisten.
- (4) Insbesondere das erweiterte Team ist innerhalb des PVN an den einzelnen Standorten des PVN so einzusetzen, dass für die Patienten/Patientinnen ein möglichst niederschwelliger Zugang gewährleistet ist.
- (5) Das Netzwerk hat sich insbesondere gegenüber den Versicherten und der Sozialversicherung als Einheit zu präsentieren (z.B. einheitliche Homepage, Erreichbarkeit, Ausschilderung).
- (6) Soweit es sich bei der PVE in der Organisationsform eines Netzwerks nicht um eine Gruppenpraxis handelt, wird mit dem Verein als Rechtsträger des Netzwerks ein Primärversorgungsvertrag abgeschlossen.

§ 5

Öffnungszeiten/Erreichbarkeiten

- (1) Grundsätzlich gelten betreffend die Öffnungszeiten und Erreichbarkeit die Bestimmungen des PVE-GV.
- (2) Für eine PVE gilt eine Mindestöffnungszeit in Höhe von 45 Wochenstunden (Montag bis Freitag, jeweils Vormittag und Nachmittag, inklusive Tagesrandzeiten, ganzjährig).
- (3) Vorübergehende Einschränkungen der Öffnungszeiten sind in Ausnahmefällen (wie Krankheit oder Fortbildung) von der Kasse sowie der ÄK K zu genehmigen. Eine Vertretung ist entsprechend § 37 PVE-GV bekanntzugeben.
- (4) Die Konkretisierung und Festlegung der Mindestöffnungszeiten für jede PVE erfolgt unter Berücksichtigung der regionalen Bedürfnisse und Gegebenheiten im Rahmen des jeweiligen Primärversorgungsvertrages.

§ 6

Invertragnahmeverfahren

- (1) PVE sollen aus bestehenden Strukturen (Einzel-/Gruppenpraxen) entwickelt werden, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden.
- (2) Vor der Ausschreibung einer konkreten PVE ist es erforderlich, dass die ÖGK die ÄK K zu einem Gespräch über einen neuen PVE Standort einlädt und dass im Rahmen der Landeszielsteuerung eine gemeinsame Finanzierung des Teams der PVE vereinbart wird.
- (3) Die Einladung für einen PVE-Vertrag wird auf der Homepage der ÄK K und der Homepage der ÖGK kundgemacht. Die Bewerbungen sind bei der ÄK K einzubringen. Die ÄK K prüft binnen drei Wochen das Vorliegen der formalen Voraussetzungen und übermittelt die Unterlagen mit ihrer Stellungnahme an die Kasse.
- (4) 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 Vertragsgruppenpraxen vom 18.05.2018 in der jeweils geltenden Fassung, abgeschlossen zwischen der ÄK K und der ÖGK (die Punktesumme des Bewerbungsteams wird berechnet) sowie den in § 7 festgesetzten zusätzlichen Reihungskriterien für PVE.
- (5) Für die Nachbesetzung eines ausgeschiedenen Gesellschafters einer PVE in Form einer Gruppenpraxis gelten die bestehenden Regelungen des Gruppenpraxis-Gesamtvtrages.
- (6) § 6 gilt nur soweit, als dass dadurch die gesetzlichen Vorgaben weder abgeändert noch eingeschränkt werden dürfen.

§ 7

Zusätzliche Reihungskriterien

- (1) Langen innerhalb der Ausschreibungsfrist mehrere Bewerbungen für eine PVE ein, sind neben den Punkten der in § 6 Abs. 4 genannten Reihungsrichtlinie, zusätzlich maximal 32 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 max. 8 Punkten aufgeteilt. Diese sind:
 - Standort und Räumlichkeit (Erreichbarkeit mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, Parksituation, technische Ausstattung, sowie apparative Ausstattung)
 - Öffnungszeiten und telefonische Erreichbarkeit (regionale Verteilung der Öffnungszeiten, Rufbereitschaft, Onlineterminmanagement, Informations- und Kommunikationssystem)
 - Zusammensetzung und Zusammenarbeit des Teams/Kooperationen (vertretene Berufsgruppen, Beschäftigungsausmaß diplomierter Pflegekräfte, zusätzliche Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Gesundheitskompetenz, Konzept für Hausbesuche)
 - erweiterter Leistungsumfang und Zusatzkompetenz sowie Behandlungskontinuität und Qualitätsmanagement (Sicherstellung der Behandlungskontinuität, Qualitäts- und Fehlermanagementsystem, Beschwerdemanagement, Teilnahme an Qualitätszirkeln/regelmäßige Fortbildungen).

Die Punktevergabe erfolgt im Einvernehmen zwischen ÄK K 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 aus B) (zusätzliche fachliche Qualifikation) der genannten Reihungsrichtlinie. Liegt nach wie vor ein Punktegleichstand vor, ist ein Hearing gem. F) der genannten Reihungsrichtlinie durchzuführen.

§ 8

Ausscheiden von/Änderungen bei den Ärzten

- (1) Das Ausscheiden von Gesellschaftern/Netzwerkpartnern in einer PVE ist Kasse und ÄK K rechtzeitig, analog den in § 343 Abs 4 ASVG genannten Kündigungsfristen, schriftlich bekanntzugeben.
- (2) Die Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter/Netzwerkpartner in die PVE bedarf einer rechtzeitigen Antragstellung bei ÄK K und Kasse und muss ausreichend begründet sein.
- (3) Über die Ausschreibung freiwerdender bzw. zusätzlicher Gesellschafterstellen/Netzwerkpartner wird im Einvernehmen zwischen ÄK K 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.
- (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 des 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-Einzelvertrages zu beenden. Bei Zustimmung von ÄK K 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 ÄK K 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).

§ 9

Qualitative und quantitative Grundvoraussetzungen der PVE

- (1) Das qualitative Leistungsangebot einer PVE richtet sich nach dem bundesweiten PVE-GV und dem entsprechend vorzulegenden und von der Kasse zu akzeptierenden Versorgungskonzept.

- (2) Der verpflichtend zu erbringende Leistungsumfang ergibt sich aus den im bundesweiten PVE-GV in Anhang 1 angeführten Basisaufgaben, sowie aus jenen Leistungen, die aufgrund des regionalen Bedarfs zusätzlich erforderlich sind und daher im Versorgungskonzept festgelegt werden.
- (3) Es besteht die Verpflichtung zur Teilnahme am Disease Management Programm (in der Folge „DMP“) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und zur Abhaltung von Diabetes-schulungen im Rahmen des DMP.

§ 10

Versorgungskonzept

- (1) Das Versorgungskonzept hat jedenfalls zu beinhalten:
 - Standorte und Räumlichkeiten der PVE
 - Umsetzung des Versorgungsauftrages, Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums
 - Konkrete Zusammensetzung des Kernteams
 - Vorgesehene Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des erweiterten Teams
 - Vorstellungen zur Erbringung der vorgegebenen Mindestöffnungszeiten und zur aufeinander abgestimmten Verfügbarkeit
 - Beschreibung der Aufgaben eines PV-Managers
 - Regelungen zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität
 - Maßnahmen und Angebote der PVE in Bezug auf Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz
 - Geplanter zeitlicher Ablauf (zB Start, Meilensteine)

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)
- Information über einen gemeinsamen Außenauftritt des Netzwerks (Homepage, Patienteninformation etc)
- Informationsweitergabe über den Behandlungsablauf des Patienten innerhalb des Netzwerks

§ 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 Primärversungsvertrags der jeweiligen Netzwerk-PVE zu regeln.
- (2) Sofern in einem Netzwerk jeder Arzt seine Leistungen separat verrechnet, werden erbrachten Leistungen (Grundleistungen, pauschalierte Leistungen, etc.) innerhalb des

Netzwerkes pro Patienten im Abrechnungszeitraum nur einmal ausbezahlt; die Details der Auszahlung werden mit dem jeweiligen Netzwerk vereinbart. Sobald die technischen Voraussetzungen bei der ÖGK vorliegen, ist auch eine Aliquotierung der Fallpauschale im Zuge der Honorarabrechnung möglich

- (3) Die Honorierung aller vom Versorgungsauftrag und vom Versorgungskonzept umfassten Leistungen (exkl. öffentliche Gesundheitsaufgaben und Kosten des erweiterten Teams) erfolgt in Form von einer kontaktunabhängigen Grundpauschale (§ 12), einer kontaktabhängigen Fallpauschale (§ 13) sowie der Vergütung von taxativ aufgezählten Einzelleistungen (§ 14). Mit diesem Honorar sind jedenfalls auch die Kosten von 1 VZÄ DGKS/DGKP abgegolten. Ordinationsbedarf gebührt im selben Ausmaß wie bei Einzelvertragsordinationen.
- (4) Die öffentlichen Gesundheitsaufgaben werden weiterhin von den jeweils zuständigen Stellen honoriert. Die Finanzierung des erweiterten Teams erfolgt gemäß § 3 Abs. 5.

§ 12 Grundpauschale

- (1) Die Grundpauschale pro ärztlichem VZÄ und Jahr beträgt 60.000 EUR.
- (2) 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.
- (3) Bei vorübergehendem Ausfall (z.B. Krankenstand) eines Gesellschafters/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 drei 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, ÄK K und der Kasse einzuberufen. Sollte die PVE (bei Einigung von ÄK K und Kasse auf eine Lösung im Rahmen der Schlichtung) weiterhin trotz Mahnung und angemessener Fristsetzung den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, berechtigt dies die Kasse, die 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

Die Fallpauschale ist eine kontaktabhängige Vergütung und beträgt ab 01.01.2024 46,96 EUR pro Patient und Quartal.

§ 14 Einzelleistungen

- (1) Nachstehend angeführte Leistungspositionen können weiterhin zusätzlich zur Fallpauschale als Einzelleistungen gemäß Tarifen bzw. Punkten und Positionsnummern der geltenden Honorarordnung abgerechnet werden:
- Leistungen im Rahmen des BKFP
 - Substitution (Position 8)
 - Visiten (Positionen 2, 2a, 2b, 2m, 2c, 2d, 2e, 2f)
 - Wegegebühren und Kilometergeld
 - Wundmanagement
 - Laborleistungen
 - Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen des Mutter-Kind-Passes und DMP – wie in Einzelordinationen laut bestehenden Vereinbarungen

§ 15 EDV-Abrechnung

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

§ 16 Valorisierung

- (1) Die jährliche Valorisierung der Grundpauschale passiert wie folgt:
- a. Der Sachkostenanteil (2/3 der Grundpauschale) wird beginnend mit dem Kalenderjahr 2025 nach dem VPI des jeweiligen Vorjahres (für 2025: VPI 2024 gegenüber VPI 2023 usw.) angehoben.
 - b. Der Personalkostenanteil (1/3 der Grundpauschale) wird beginnend mit dem Kalenderjahr 2025 anhand der durchschnittlichen Lohnerhöhung des im Landesdienst für VB für den Krankenpflagedienst geltenden Schemas angehoben.

- (2) Die jährliche Valorisierung der Fallpauschale und der Einzelleistungsvergütungen erfolgt beginnend mit dem Kalenderjahr 2025 gemäß den bei den jährlichen Honorarverhandlungen erzielten Ergebnissen 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.

§ 17 Dokumentation

Die Tätigkeit der PVE wird unter Beachtung der folgenden Eckpfeiler so dokumentiert, dass eine Evaluierung möglich ist: Vollständige Aufzeichnungen über die erbrachten Leistungen (Leistungs- und codierte Diagnosedokumentation) werden den Versicherungsträgern jeweils für ihre Anspruchsberechtigten, welche diese Leistungen erhalten haben, einmal im Quartal übermittelt. Die Codierung der Diagnosen innerhalb der PVE wird nach den geltenden medizinischen Standards und den Vorgaben des § 15 PVE-GV, derzeit ICPC-2 (International Classification of Primary Care – second edition), vorgenommen. Die Dokumentation der erbrachten Leistungen, Diagnosen und anderer behandlungsrelevanter Tatsachen wird dann, wenn ein Patient dies wünscht (zB bei Übersiedlung), nach den hierfür geltenden Standards, insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen des ÄrzteG, der neuen Behandlungsstelle zur Verfügung gestellt.

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

Für die Sondersicherungsträger wird eine gesonderte österreichweit einheitliche (insbesondere Honorierungs-) Vereinbarung abgeschlossen. Bis zum Inkrafttreten dieser Vereinbarung erfolgt die Honorierung und Abrechnung von kurativen Leistungen sowie Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass Leistungen auf Basis der jeweiligen Gesamtverträge.

§ 19 Evaluierung und Monitoring

- (1) ÄK K und Kasse werden gemeinsam eine Evaluierung der PVE durchführen.
- (2) Die PVE erklärt sich 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.
- (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 drei 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 ÄK K und Kasse im Einvernehmen festgelegt. Es können auch externe Begleiter herangezogen werden.
- (7) Sollte es ÖGK-interne einheitliche Vorgaben zur Evaluierung bzw. zum Monitoring geben, werden diese unter Einbeziehung der ÄK K als Grundlage herangezogen.

§ 20

Umstieg des bestehenden PVE-Piloten auf diesen Gesamtvertrag

- (1) Der PVE-Pilot wird gemäß der bestehenden Sondervereinbarung in diesen Gesamtvertrag übergeführt.
- (2) Mit Inkrafttreten des Gesamtvertrages kann ein Primärversorgungsvertrag nur mehr nach diesem PVE-GV abgeschlossen werden.

§ 21

Wirksamkeitsbeginn

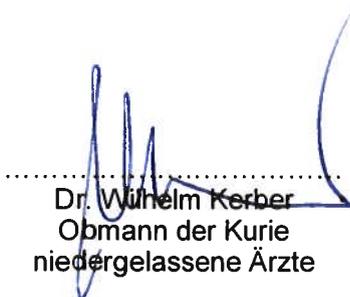
- (1) Diese Vereinbarung tritt mit 01.07.2024 in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt werden.

Klagenfurt, Wien am 24.02.25

notariell beglaubigt

Ärztchamber für Kärnten:

LogoV herbeifügen



 Dr. Wilhelm Kerber
 Obmann der Kurie
 niedergelassene Ärzte



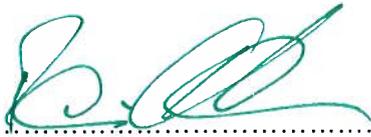
 Dr. Markus Oppriessnig
 Präsident

Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



 Für die und mit Zustimmung der folgenden Sozialversicherungsträger:
 * 

Österreichische Gesundheitskasse

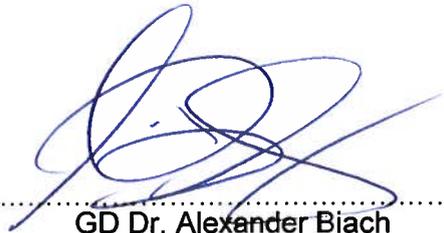


Für den Leitenden Angestellten:
Dr. Rainer Thomas
Generaldirektor-Stellvertreter



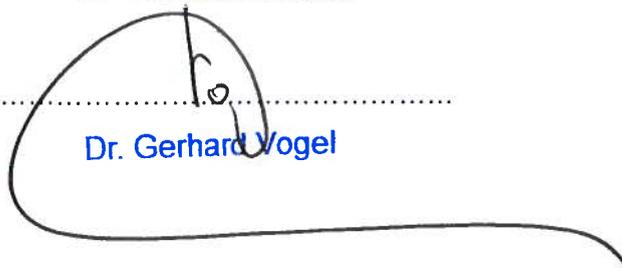
Der Obmann:
Andreas Huss, MBA

Für die
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen



GD Dr. Alexander Biach

Für die
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Eisenbahnen und Bergbau
Der Generaldirektor



Dr. Gerhard Vogel

