

GESAMTVERTRAGLICHE HONORARVEREINBARUNG FÜR PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN IN NÖ

abgeschlossen gemäß § 342b Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung zwischen der Ärztekammer für Niederösterreich (Kurie der niedergelassenen Ärzte) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (ab 01.01.2020 Dachverband der Sozialversicherungsträger) mit Zustimmung und Wirksamkeit für die:

- Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (ab 01.01.2020 ÖGK; in der Folge „Kasse“ genannt)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (ab 01.01.2020 BVAEB)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (ab 01.01.2020 BVAEB)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (ab 01.01.2020 SVS)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (ab 01.01.2020 SVS).

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 nicht-ärztlichen Leistungserbringern. In diesem Zusammenhang ist die Lotsenfunktion der PVE verpflichtend.

Nutzen und Ziele von PVE sind u.a.:

- attraktiveres Tätigkeitsfeld,
- die Arbeit des Arztes mit einem multiprofessionellen Team, das gemeinsam die beste Betreuung des Patienten abstimmt,
- mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten,
- längere Öffnungszeiten für den 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 Primärversorgung kann je nach regionalen Anforderungen als Primärversorgungs-Einrichtung an einem Standort (Zentrum) oder als Primärversorgungs-Netzwerk strukturiert sein.

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

Kammer und Kasse haben zur Umsetzung eines neuen Abrechnungsmodells für Primärversorgungseinheiten vereinbart, die Honorierung in eine kontaktunabhängige Grundpauschale, eine nach Alterskohorten gegliederte Kopfpauschale sowie einzelne definierte Leistungspositionen zu gliedern.

Die Gesamtvertragsparteien halten fest, dass es zu keiner unsachlichen Differenzierung von allgemeinmedizinischen Einzelvertragsärzten sowie allgemeinmedizinischen Vertragsgruppenpraxen gegenüber Primärversorgungseinheiten kommen darf.

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

Abschnitt 1: Verbindliche Eckpfeiler der Primärversorgungseinrichtungen / des Versorgungskonzepts

§ 1

Organisations- und Rechtsform der PVE

(1) Die PVE können in der Organisationsform eines Zentrums (als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung [GmbH] oder Offenen Gesellschaft [OG]) oder eines Netzwerks (als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung [GmbH] oder Offenen Gesellschaft [OG] oder in der Rechtsform eines Vereins) zur Erbringung allgemeinmedizinischer Leistungen betrieben werden.

(2) Die PVE in der Organisationsform eines Zentrums ist als Gruppenpraxis an einem Standort zu führen. Je nach regionalen Verhältnissen kann im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse nach Prüfung des Bedarfs eine kassenärztliche Verrechnungsgenehmigung für eine Zweitordination im Sinne des ÄrzteG ausgestellt werden.

(3) 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. Nicht-ärztliche, dem PVE zugehörige Berufsgruppen können gegebenenfalls mit ihren bestehenden Berufssitzen eingebunden werden.

(4) Sicher zu stellen ist das einheitliche Auftreten gegenüber den Versicherten, der Sozialversicherung und sonstiger Partner.

§ 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 VZÄ-Gesellschafter entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden für die PVE.
2. 1 VZÄ bei einer diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 40 Wochenstunden für die PVE.

(3) Das Kernteam besteht aus:

1. mindestens 2,5 VZÄ-Gesellschafter (Ärzte für Allgemeinmedizin), wünschenswert mit Diplom der Österreichischen Ärztekammer für Geriatrie oder Additivfach Geriatrie, Psychosoziale Versorgung (ÖÄK Diplom Psy I), Versorgung von Palliativpatienten (ÖÄK Diplom Palliativmedizin) sowie Zusatzkompetenz in Medikationsmanagement und Gesundheitsförderung und Prävention
2. mindestens 0,5 VZÄ diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn pro 1 VZÄ Gesellschafter (Zentrum) bzw. VZÄ-Standort (Netzwerk); sofern Netzwerkpartner neben der Hauptordination eine Zweitordination mit kassenärztlicher Verrechnungsgenehmigung betreiben, ist die Anwesenheit des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals entsprechend des Bedarfs und der Ordinationszeiten in beiden Ordinationen sicherzustellen
3. Ordinationsassistenten zur lückenlosen Abdeckung der vereinbarten Öffnungszeiten
4. Orts- und bedarfsabhängig werden Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in das Kernteam der PVE eingebunden.

(4) Das erweiterte Team hat mindestens aus 3 der genannten Berufsgruppen zu bestehen. Als Mitglieder des erweiterten Teams kommen unter anderem folgende Berufsgruppen in Betracht:

- Logopäden
- Physiotherapeuten
- Psychotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Sozialarbeiter
- Diätologen
- Klinische Psychologen
- Hebammen
- Mobile Dienste (exklusive die im Kernteam vorgesehenen diplomierten Pflegekräfte).

Die personelle Ausstattung (Anzahl der Köpfe/Vollzeitäquivalente) sowie die organisatorische Umsetzung im Einzelfall sind abhängig von den lokalen Bedingungen der jeweiligen Bewerber. Die konkrete Umsetzung hinsichtlich Organisation ist mit der PVE im Rahmen des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens individuell zu vereinbaren.

Diese Zusammenarbeit kann erfolgen über:

- Anstellung
- Kooperation mit bestimmten Vertrags- bzw. Wahlleistungserbringern

(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 und daher auch finanziert wird, ist im konkreten Einzelfall mit der PVE zu vereinbaren.

(6) Die Einsichtsmöglichkeit in die Patientenakte für jedes Mitglied des Kernteams und des erweiterten Teams unter der Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Grundsätze bzw. Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 und der DSGVO ist sicherzustellen. Die PVE hat dafür Sorge 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) Die PVE hat ganzjährig mindestens 50 Stunden an 5 Tagen pro Woche zu öffnen, wobei jedenfalls die Tagesrand- und Kernzeiten abzudecken sind.

(2) Zum Zeitpunkt der Bewerbung um einen PV-Vertrag bzw. um PV-Einzelverträge bestehende Öffnungszeiten der Netzwerkstandorte dürfen im Zuge der Gründung eines Netzwerks umgeschichtet, aber nicht reduziert werden. Darunter sind die Mindestöffnungszeiten (20 Wochenstunden an vier Tagen pro voller Planstelle) zu verstehen.

(3) Grundsätzlich gelten folgende Öffnungszeiten:

- ganzjährig Montag bis Freitag (werktags) von 7:00 bis 19:00 Uhr, mit der Möglichkeit einer 2-stündigen Mittagspause (12:00 bis 14:00 Uhr).
Währenddessen ist eine telefonische Erreichbarkeit (durch die Assistenten) oder ein ärztlicher Bereitschaftsdienst gegeben.
Außerhalb dieser Zeit wird auf 141, 144 und 1450 verwiesen.
- In Summe ergibt dies eine wöchentliche Mindestöffnungszeit von 50 Stunden plus telefonischer Bereitschaftszeit von bis zu 10 Stunden. Der Wochenendbereitschaftsdienst bleibt davon unberührt.
- Die Patienten und die Kasse sind über die Öffnungs- und Anwesenheitszeiten der einzelnen Leistungserbringer sowie Veränderungen, die mindestens 14 Tage andauern, zu informieren.
- Die Tätigkeit der PVE inklusive des erweiterten Teams wird grundsätzlich innerhalb der Öffnungszeiten ausgeübt. Zu den gemeldeten Öffnungszeiten hat mindestens einer der Ärzte des Kernteams anwesend zu sein.
- Abwesenheitsregelung für Netzwerke (Urlaub, Krankheit, Fortbildung):
 - Bei einem Netzwerk mit bis zu vier Hauptstandorten darf nicht mehr als ein Hauptstandort geschlossen haben.
 - Bei einem Netzwerk mit mehr als vier Hauptstandorten dürfen maximal 50% der Hauptstandorte geschlossen haben.
 - Die Patienten eines Netzwerks sind über die Schließzeiten eines Standortes und die entsprechende Vertretung im Netzwerk rechtzeitig zu informieren.

(4) Die PVE in der Organisationsform eines Zentrums bzw. alle Netzwerkstandorte einer PVE sind verpflichtet, an dem in Niederösterreich eingerichteten Wochenendbereitschaftsdienst im dafür vorgesehenen Ausmaß teilzunehmen.

§ 4

Besonderheiten Netzwerke

(1) Das Netzwerk umfasst mindestens 3 ärztliche Ordinationen (= mindestens 2,5 Planstellen für Allgemeinmedizin) in mindestens 2 vorzugsweise ländlichen Gemeinden (Definition: Gemeinden mit max. 3 Planstellen für Allgemeinmedizin). Allenfalls können Berufssitze von Mitgliedern des erweiterten Teams als weitere Standorte ergänzt werden.

(2) Zwischen den einzelnen Standorten der Netzwerkpartner muss ein örtlicher Zusammenhang erkennbar sein, wobei die Fahrtzeit mit dem PKW zwischen jenen Netzwerkstandorten, die am Weitesten voneinander entfernt liegen, ca. 20 Minuten betragen darf.

(3) Das Netzwerk hat sich insbesondere gegenüber den Versicherten und der Sozialversicherung als Einheit zu präsentieren.

(4) PVE in der Organisationsform eines Zentrums sowie Wahl-/Privatärzte können nicht als Netzwerkpartner fungieren.

(5) Das Angebot des erweiterten Teams sollte tunlichst an jedem Netzwerkstandort zur Verfügung stehen. An jedem Standort der PVE sind Terminvereinbarungen mit allen Mitgliedern des erweiterten Teams zu gewährleisten.

(6) Innerhalb der PVE in der Organisationsform eines Netzwerks haben Ärzte für Allgemeinmedizin bei persönlicher Verhinderung grundsätzlich die Vertretung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, der nicht Mitglied des Kernteams ist, zu organisieren. Diese Vertretung ist gegenüber Kammer und Kasse meldepflichtig. Sofern dies nicht möglich ist, sind die Ordinationszeiten des verhinderten Netzwerkpartners durch die anderen Netzwerkpartner an ihrem jeweiligen Netzwerkstandort zu übernehmen. Die vereinbarten Öffnungszeiten des Netzwerkes sind verpflichtend und ausnahmslos einzuhalten.

(7) Soweit es sich bei der PVE in der Organisationsform eines Netzwerks nicht um eine Gruppenpraxis handelt, wird mit dem Rechtsträger des Netzwerks ein Primärversorgungsvertrag abgeschlossen. Zusätzlich schließen die Netzwerkpartner aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge auf Grundlage des Primärversorgungsvertrages sowie des Gesamtvertrages für Primärversorgungseinheiten und dieser gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für NÖ mit der Nö. Gebietskrankenkasse ab.

§ 5

Regionaler Leistungsumfang

(1) Der verpflichtende Leistungsumfang der PVE in NÖ ergibt sich aus dem bundesweiten Versorgungsauftrag im Anhang 1 zum Primärversorgungs-Gesamtvertrag.

(2) Unter Berücksichtigung der im Versorgungsauftrag mit * bzw. ** gekennzeichneten Aufgaben sowie der speziellen Aufgaben ergibt sich für alle PVE in NÖ das Leistungsspektrum laut Anlage 1 dieser regionalen Honorarvereinbarung.

(3) PVE können im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse nach regionalen Erfordernissen im Primärversorgungsvertrag bzw. Primärversorgungseinzelvertrag zur Erbringung weiterer Leistungen verpflichtet werden.

Abschnitt 2: Kriterien für die Auswahl der PVE

§ 6

Vorzulegende Bewerbungsunterlagen/Versorgungskonzept

(1) Die Interessenten haben innerhalb der Bewerbungsfrist ein vollständiges und schlüssiges Versorgungskonzept in schriftlicher Form vorzulegen.

(2) Dieses Konzept hat jedenfalls zu beinhalten:

- Standort(e) und Räumlichkeiten der PVE (Ordinationspläne, Behandlungsräume, Vortragsräume, usw.)
- Umsetzung des Versorgungsauftrags laut Anhang 1 des Primärversorgungs-Gesamtvertrages sowie des Leistungsspektrums laut Anlage 1 dieser Vereinbarung zur Erreichung der Versorgungsziele (auf regionaler Ebene)
- konkrete Zusammensetzung des Kernteams (Anzahl Ärzte, DGKP, Ordinationsassistenten sowie tunlichst konkrete Namen) – siehe § 2 Abs. 3
- vorgesehene Zusammenarbeit mit Mitgliedern des erweiterten Teams – siehe § 2 Abs. 4
- Vorstellungen zur Erbringung der vorgegebenen Mindestordinationszeiten und zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) – siehe § 3
- eventuell geplante Beschäftigung eines PV-Managers
- Regelungen zur Sicherstellung der Betreuungskontinuität
- Maßnahmen und Angebote der PVE in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention
- Zeitpunkt des garantierten Starts der PVE

(3) Bei Netzwerken sind zusätzliche Informationen im Konzept aufzunehmen:

- Information zum örtlichen Zusammenhang sowie zur Erreichbarkeit der einzelnen Netzwerkstandorte
- Regelungen zum gemeinsamen, einheitlichen Ordinationsmanagement (Vorgehensweise bei Terminvergabe, etc.)
- Informationen über einen gemeinsamen Außenauftritt des Netzwerks (Homepage, Patienteninformation, Transparenz, etc.)
- Informationsweitergabe über den Behandlungsablauf des Patienten innerhalb des Netzwerks

§ 7 Auswahl der PVE

(1) Alle innerhalb der Bewerbungsfrist eingelangten Versorgungskonzepte werden durch Kammer und Kasse auf ihre Übereinstimmung mit den in der Ausschreibung festgelegten Bewerbungsbedingungen sowie den Vorgaben des Primärversorgungs-Gesamtvertrages und der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für NÖ geprüft.

(2) Versorgungskonzepte, die bereits dem Grunde nach nicht für die Gründung eines PVE geeignet sind, werden im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse aus dem Auswahlverfahren ausgeschieden.

(3) Bewerber mit Versorgungskonzepten, die dem Grunde nach zur Gründung einer PVE geeignet sind, allerdings nicht alle Anforderungen nach §§ 1 - 5 erfüllen, werden im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse unter Setzung einer angemessenen Frist zur Verbesserung des Versorgungskonzeptes aufgefordert.

(4) Für geeignet erachtete Bewerber können (vor oder nach Durchführung eines Verbesserungsverfahrens nach Abs. 3) zu Verhandlungsgesprächen eingeladen werden. Bei diesen haben die Bewerber die Möglichkeit ihr Versorgungskonzept näher zu präsentieren und anschließend vor allem hinsichtlich der Anforderungen der konkreten Versorgungsregion zu diskutieren. Die Durchführung dieser Verhandlungsgespräche mit PVE-Bewerbern ist nicht-öffentlich.

(5) Als Teilnehmer nehmen an diesen Verhandlungsgesprächen mit den PVE-Bewerbern Fachexperten von Kammer und Kasse teil. Ein Fachexperte des Landes (als Experte in Angelegenheiten, die Land und Gemeinden im Zusammenhang mit Primärversorgung betreffen könnten, wie z.B. öffentliche Gesundheitsaufgaben) kann an diesen Verhandlungsrunden teilnehmen.

(6) Die Entscheidung über die Invertragnahme neuer PVE wird durch eine paritätisch besetzte Kommission aus drei Mitgliedern der Kammer und drei Mitgliedern der Kasse auf Basis der Versorgungskonzepte sowie der daraus berechneten Punkteanzahl gemäß den in § 8 vereinbarten Kriterien getroffen.

(7) Die Entscheidung wird den Bewerbern von der paritätisch besetzten Kommission mitgeteilt und entsprechend begründet. Das Beratungsprotokoll sowie allfällige Bewertungs- und Berechnungsbögen der Kommission sind vertraulich. Das Beratungsprotokoll ist in einem Umschlag zu verwahren, der zu versiegeln ist.

(8) Im Einvernehmen zwischen Kammer und Kasse können Primärversorgungsverträge bzw. Primärversorgungseinzelverträge zum Zwecke des Monitorings und der Evaluierung des regionalen Honorarmodells befristet für einen Zeitraum von fünf Jahren ausgestellt werden.

(9) Bei der Überführung von bestehenden Pilot-Primärversorgungseinheiten nach den Regelungen des Basispapiers zur Interessentensuche für Primärversorgungseinrichtungen in den bundesweiten Primärversorgungs-Gesamtvertrag kommen die Regelungen zum Bewerbungsverfahren und zur Auswahl der PVE nicht zur Anwendung.

§ 8 Kriterien

(1) Langen innerhalb der Ausschreibungsfrist mehrere Bewerbungen für PVE an einem im Stellenplan ausgewiesenen Standort ein, hat eine Reihung der Bewerber durch die Kommission nach den Vorgaben der folgenden Kriterien zu erfolgen. Es werden projektbezogene und arztbezogene Kriterien, sowie ein Kriterium zur bisherigen Versorgungspraxis (bei bestehenden Vertragspartnern) festgelegt, die zur Gewichtung mit einer Mindest- und Maximalpunktzahl versehen sind. Die erreichten Punkte in den jeweiligen Kriterien werden je PVE-Bewerber summiert. Die Gesamtpunktzahl aller PVE-Bewerber für einen Standort wird gegenübergestellt.

(2) Für nachfolgende projektbezogene Kriterien werden je Kriterium zwischen 1 und 10 Punkte vergeben, sohin sind maximal 70 projektbezogene Punkte erreichbar:

1. Standort und Räumlichkeiten (z.B. regionale Lage, Einzugsgebiet, regionale Versorgungssituation, populationsbezogene Kriterien, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parksituation, technische und apparative Ausstattung, Vortragsräume)
2. Zusammensetzung des Teams (z.B. Berufsgruppen im erweiterten Team, Beschäftigungsausmaß diplomierte Pflege, Einbindung eines Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde, Sprachkenntnisse im Team [Gebärdensprache], allfällige Kooperationen)
3. Erweiterter Leistungsumfang/Zusatzkompetenzen
4. geplante Zusammenarbeit im Team (z.B. Teambesprechungen, einheitlicher Patientenakt, klare Aufgabenverteilung)
5. Öffnungszeiten/Erreichbarkeit (z.B. Mittagspause, Doppelbesetzungen, regionale Verteilung der Öffnungszeiten (Netzwerk), Vertretungsregelungen, Rufbereitschaften, Wochenenddienste)
6. Patienten- und Serviceorientierung (z.B. Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung, Lotsenfunktion, Terminmanagement, Wartezeiten, Erinnerungssysteme)
7. Qualitätsmanagement (z.B. Qualitäts- und Fehlermanagementsystem, Beschwerdemanagement, Teilnahme Qualitätszirkel, regelmäßiger Fortbildungsbesuch, Supervision)

(3) Für die Eignung der in der PVE tätigen Ärzte für Allgemeinmedizin können maximal 30 Punkte erreicht werden. Die Anzahl der erreichten Punkte berechnet sich unter Berücksichtigung der geltenden Niederlassungsrichtlinien nach folgendem Schema:

1. Es werden die persönlichen Punkte jedes allgemeinmedizinischen Teammitglieds entsprechend den Vorgaben der geltenden Niederlassungsrichtlinie berechnet. Die berechneten Punkte/Arzt werden zu einer Gesamtpunktzahl des Teams addiert. Der Gesamtpunktzahl des Teams wird die maximal erreichbare Gesamtpunktzahl des Teams gemäß den Berechnungsvorgaben der Niederlassungsrichtlinie gegenübergestellt und ein prozentueller Anteil der erreichten Punkte des Teams an der Maximalpunktzahl berechnet.
2. Der nach Ziffer 1 errechnete Prozentsatz entspricht in weiterer Folge dem prozentuellen Anteil an der nach Abs. 3 erreichbaren Maximalpunktzahl von 30

Punkten. Der somit berechnete Punktwert ergibt die erreichten Punkte des Bewerberteams für die PVE aus dem Kriterium „ärztliche Eignung“.

(4) Bestehen bereits vertragliche Beziehungen zwischen einzelnen Ärzten des Bewerberteams und der Kasse werden maximal 20 Punkte aus dem Kriterium der „bisherigen Versorgungspraxis“ (z.B. Fallzahlen, Anzahl der VU-Untersuchungen, Anzahl der eingeschriebenen Patienten im DMP, ökonomische Verschreibeweise, ökonomisches Verhalten) vergeben. Dieses Kriterium kommt nur dann zur Anwendung, wenn bei allen Bewerberteams entsprechende Daten zur Beurteilung vorliegen.

§ 9

Auflösung der PVE

(1) Die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung in den Gremien von Kammer und Kasse bestehenden Einzelverträge der an der PVE teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen werden mit der Aufnahme des Betriebs der PVE ruhend gestellt.

(2) Im Fall der Beendigung des Primärversorgungseinzelvertrages (z.B. durch Kündigung durch die PVE) leben die ruhend gestellten Einzelverträge der bisherigen Vertragsärzte bzw. jener der bisherigen Vertragsgruppenpraxis wieder auf, wenn diese weiterhin Vertragspartner sein dürfen (z.B. weil sie die im ASVG festgelegte Altersgrenze noch nicht erreicht haben).

(3) Eine Aufhebung der Ruhendstellung des Einzelvertrages ist nur bei Beendigung des Primärversorgungsvertrages möglich.

(4) Werden Nicht-Vertragspartner Gesellschafter der PVE, haben diese nach Beendigung der PVE bzw. bei Ausscheiden aus dieser keinen Anspruch auf automatische Vergabe eines Einzelvertrages.

§ 10

Ausscheiden von/Änderungen bei den Ärzten

(1) Das Ausscheiden von Gesellschaftern in PVE ist Kammer und Kasse rechtzeitig, innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Kündigungsbestimmungen, schriftlich bekanntzugeben.

(2) Die Aufnahme zusätzlicher Gesellschafter/Netzwerkpartner in die PVE bedarf einer rechtzeitigen Antragstellung bei Kammer und Kasse und muss ausreichend begründet sein.

(3) Über die Ausschreibung freiwerdender bzw. zusätzlicher Gesellschafterstellen/Netzwerkpartner wird im Einvernehmen zwischen Kammer 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 Niederlassungsrichtlinien zur 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 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.

(5) Sofern sich Änderungen innerhalb der Netzwerkstruktur (Anzahl und Person der Netzwerkpartner, Anzahl und Person der Gesellschafter, Räumlichkeiten, regionale Verhältnisse, etc.) ergeben, muss von Kammer und Kasse vorab eine Genehmigung eingeholt werden. Beim Ausstieg einzelner Netzwerkpartner aus der Primärversorgungseinheit leben ruhend gestellte Einzelverträge der ausscheidenden Partner wieder auf, sofern Kammer und Kasse im Einvernehmen die grundlegenden Voraussetzungen eines Netzwerks im Sinne dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung als weiterhin erfüllt sehen.

§ 11

Ökonomische Krankenbehandlung

(1) Für die PVE wird vereinbart, dass Präparate des grünen Bereichs (gemäß Erstattungskodex bei Einhaltung der bestimmten Verwendung (RE2, RE1) sowie der Richtlinien über die ökonomische Versorgung (ÖKO-Tools) von der Bewilligung ausgenommen sind. Weiterhin bewilligungspflichtig sind Präparate des roten Bereichs und solche, die nicht im EKO sind („No-Box“), sowie Präparate, für die eine Zentrumsliste (z.B. www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c) publiziert ist.

Ein Entfall der Chefarztpflicht für Heilmittel für PVE (§ 11) ist gemäß Beschluss des Hauptverbandes derzeit nicht umsetzbar.

(2) Die Einhaltung der bestimmten Verwendung und der RÖV ist zu dokumentieren. Ergibt die regelmäßige Analyse der Heilmittelkosten auch nach Rücksprache mit der PVE eine medizinisch nicht erklärbare Abweichung der Heilmittelkosten zum Fachgruppendurchschnitt, wird die Befreiung von der Bewilligungspflicht aufgehoben.

§ 12

Diagnose- und Leistungsdokumentation

(1) Die Tätigkeit der PVE wird unter Beachtung folgender Grundsätze so dokumentiert, dass eine Evaluierung möglich ist: Vollständige Aufzeichnungen über die erbrachten Diagnosen und Leistungen (Leistungs- und codierte Diagnosedokumentation) werden den Versicherungsträgern jeweils für ihre Anspruchsberechtigten, welche diese Leistungen erhalten haben, einmal im Abrechnungszeitraum übermittelt. Für den Zeitraum bis 31.12.2024 wird die PVE die erbrachten ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen nach jeweils gültigen Honorarregelungen dokumentieren und diese Daten per Datenfernübertragung – analog den Regelungen über die Abrechnung – an die Versicherungsträger übermitteln.

(2) Diese Datenübermittlung ist keine Abrechnung, löst keine Rechtsansprüche aus und dient nur zu Zwecken der Evaluierung.

(3) Eine geeignete Dokumentation bezüglich des Leistungsgeschehens in der PVE wird mit dem Vertragspartner vereinbart.

Abschnitt 3: Honorierung

§ 13

Grundpauschale

(1) Kontaktunabhängige Grundvergütung zur Abgeltung PVE-spezifischer Personal- und Sachmehrkosten im Zusammenhang mit folgenden Leistungen:

- 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) Kammer und Kasse vereinbaren für die PVE in der Organisationsform eines Zentrums eine Grundpauschale pro VZÄ-Gesellschafter für Allgemeinmedizin (entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden für die PVE) in Höhe von € 80.000,00. Gesellschafter mit geringerer Stundenanzahl werden aliquot honoriert.

(3) Kammer und Kasse vereinbaren für die PVE in der Organisationsform eines Netzwerks eine Grundpauschale pro VZÄ-Standort für Allgemeinmedizin (entspricht einer Verpflichtung zur nachweislichen Erbringung von mindestens 20 Wochenstunden für die PVE) in Höhe von € 80.000,00. Als VZÄ-Standort ist die Hauptordination inklusive allfällig vorhandener bewilligter Zweitordination zu verstehen (zur Berechnung der Grundpauschale werden die gemeldeten Ordinationszeiten der Haupt- und Zweitordination addiert). Standorte mit geringerer Stundenanzahl werden aliquot honoriert.

(4) 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 Ordinationszeiten des verhinderten Netzwerkpartners sind gemäß den Regelungen des § 37 Primärversorgungs-Gesamtvertrag abzudecken. Bleibt ein Netzwerkstandort länger als 3 Monate geschlossen reduziert sich die für diesen Standort ausbezahlte Grundpauschale um den auf den jeweiligen Zeitraum aliquotierten Betrag.

(5) Die Grundpauschalen werden in 12 Teilbeträgen ergänzend zur monatlichen Vorauszahlung als Akontozahlung an die PVE zur Anweisung gebracht. Die Grundpauschale ist nicht Teil der Vorauszahlung und wird nicht in die Berechnung der Vorauszahlung

miteinfließen. Auf der Honorarnote sind die Positionsnummer 3040 für die volle Grundpauschale pro VZÄ-Gesellschafter für Allgemeinmedizin oder die Positionsnummer 3041 für die aliquotierte Grundpauschale angeführt.

(6) Die Grundpauschale wird bei der Ermittlung des Tarifierungsfaktors aufgrund der Zusatzvereinbarung über Wertsicherung nicht angerechnet.

(7) Sollte die PVE die vereinbarten Aufgaben gemäß dem Versorgungsauftrag laut Primärversorgungs-Gesamtvertrages sowie des Leistungsspektrums laut Anlage 1 dieser Vereinbarung nicht erfüllen, ist die Kasse berechtigt, eine Schlichtung zwischen der PVE, der Kammer und der Kasse selbst einzuberufen. Sollte diese Schlichtung ergebnislos verlaufen (sich Kammer und Kasse auf keine Lösung einigen) bzw. die PVE weiterhin trotz Mahnung und angemessener Fristsetzung den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, berechtigt dies die Kasse, die Vorauszahlung der anteiligen Grundpauschalen einzubehalten. Sollte die PVE dennoch weiterhin oder erneut den Versorgungsauftrag/das Leistungsspektrum nicht erfüllen, ist die Kasse zur Kündigung des Primärversungsvertrages berechtigt.

§ 14

Kopfpauschale

(1) Kopfpauschale nach Alterskohorten: Kontaktabhängige Vergütung pro Patient und Quartal für Leistungen des Kernteams laut Versorgungsauftrag/Leistungsspektrum (exklusive öffentliche Gesundheitsaufgaben). Die öffentlichen Gesundheitsaufgaben werden weiterhin von den jeweils zuständigen Stellen honoriert.

(2) Für die Kopfpauschalen nach Alterskohorten stehen ab 01.01.2020 folgende Leistungspositionen zur Abrechnung zur Verfügung:

- **Pos. Nr. 3021** Pauschale für Alterskohorte 0 bis 10-jährige Patienten pro Quartal: € 31,07
- **Pos. Nr. 3022** Pauschale für Alterskohorte 11 bis 20-jährige Patienten pro Quartal: € 29,42
- **Pos. Nr. 3023** Pauschale für Alterskohorte 21 bis 30-jährige Patienten pro Quartal: € 34,12
- **Pos. Nr. 3024** Pauschale für Alterskohorte 31 bis 40-jährige Patienten pro Quartal: € 38,14
- **Pos. Nr. 3025** Pauschale für Alterskohorte 41 bis 50-jährige Patienten pro Quartal: € 42,79
- **Pos. Nr. 3026** Pauschale für Alterskohorte 51 bis 60-jährige Patienten pro Quartal: € 47,74
- **Pos. Nr. 3027** Pauschale für Alterskohorte 61 bis 70-jährige Patienten pro Quartal: € 51,39
- **Pos. Nr. 3028** Pauschale für Alterskohorte 71 bis 80-jährige Patienten pro Quartal: € 60,99
- **Pos. Nr. 3029** Pauschale für Alterskohorte 81 bis 90-jährige Patienten pro Quartal: € 66,84
- **Pos. Nr. 3030** Pauschale für Alterskohorte über 90-jährige Patienten pro Quartal: € 65,39

(3) Bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Netzwerkpartner innerhalb eines Abrechnungszeitraums wird die Kopfpauschale demjenigen Netzwerkpartner vergütet, der in diesem Abrechnungszeitraum den Regelfall belegt. Für Fälle, in denen im Netzwerk kein Regelfall im Abrechnungszeitraum belegt wurde, wird die Kopfpauschale nur dem als ersten in Anspruch genommenen Netzwerkpartner vergütet.

§ 15 Einzelleistungen

Nachstehend angeführte Leistungspositionen können weiterhin zusätzlich zur Kopfpauschale als Einzelleistung gemäß Tarifen und Positionsnummern der geltenden Honorarordnung (des GP-Gesamtvertrages) abgerechnet werden.

- **Pos. Nr. 1** Tagesvisite
- **Pos. Nr. 2** Dringend verlangte und sofort getätigte Visite an Werktagen
- **Pos. Nr. 4** Nachtvisite
- **Pos. Nr. 15** Besuchszuschlag
- **Pos. Nr. 51 bis 54** Vorsorgeuntersuchungen
- **Pos. Nr. 70 bis 90** Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- **Pos. Nr. 165** Reinigung/Wundtoilette einer Wunde
- **Pos. Nr. 166** Verbandwechsel
- **Pos. Nr. 167** Naht- und/oder Klammerentfernung
- **Pos. Nr. 210** Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie
- **Pos. Nr. 420** Chirurgische, elektro- oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten ohne Naht
- **Pos. Nr. 421** Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus
- **Pos. Nr. 423** Operative Entfernung bis zu 3 Geschwülsten in einer Region inkl. Naht
- **Pos. Nr. 432** Wundversorgung durch Klebestreifen oder Klammern
- **Pos. Nr. 433** Wundversorgung bei Verletzungen bis zu 3 Nähten oder mittels Wundkleber
- **Pos. Nr. 434** Wundnaht bei Verletzungen mit Wundexcision bei mehr als 3 Nähten
- **Pos. Nr. 641 bis 644** Disease Management Programm Diabetes Mellitus Typ 2
- **Pos. Nr. 685** Explorationsgespräch zur Erhebung der für die konkrete Behandlungssituation notwendigen psychopathologischen Parameter samt Dokumentation
- **Pos. Nr. 710 bis 732** Vergütungen für Physiko-Therapie
- **Pos. Nr. 812 bis 1978** Vergütungen für Laborleistungen
- Wegegebühren

§ 16 Bereitschaftsdienst

Die §§ 14 und 15 dieser Vereinbarung kommen für die Honorierung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes (Samstag, Sonntag und Feiertag) nicht zur Anwendung. Die Leistungserbringung im Rahmen des Bereitschaftsdienstes wird mit den in der für Einzelordinationen und Gruppenpraxen geltenden Honorarordnung des Bundeslandes NÖ enthaltenen Leistungspositionen unter Verwendung einer Zusatzkennung „B“ abgerechnet.

§ 17 Anschubfinanzierung

(1) Zur (teilweisen) Deckung entstandener Errichtungskosten einer PVE (Umzugskosten, EDV-Ausstattung) kann mit den Betreibern der PVE eine einmalige Anschubfinanzierung in der Höhe von maximal € 50.000,00 vereinbart werden.

(2) Erhält die PVE für die Installations- und Errichtungskosten eine öffentliche Förderzusage (z.B. ELER), so reduziert sich die Höhe der Anschubfinanzierung um den Förderbetrag.

(3) Die Auszahlung der Anschubfinanzierung erfolgt nach Nachweis der entstandenen Errichtungskosten durch die PVE.

§ 18

PVE-Manager

Das Tätigwerden eines PVE-Managers und dessen Finanzierung ist im Anlassfall mit der PVE zu vereinbaren. Die Abrechnung und Honorierung des PVE-Managers erfolgt monatlich direkt über die PVE, maximal jedoch für 3 Jahre.

§ 19

Abrechnung und Honorierung der Leistungen des erweiterten Teams

(1) Die Abrechnung und Honorierung der Leistungen des erweiterten Teams erfolgt monatlich direkt über die PVE.

(2) Grundsätzlich stellt die PVE die Mitglieder des erweiterten Teams an und die Kasse übernimmt die nachgewiesenen Gehaltskosten inkl. Lohnnebenkosten in zwischen Kasse und PVE zu vereinbarenden Höhe.

(3) Ist ein Physiotherapeut Teil des von der Sozialversicherung finanzierten erweiterten Teams, ist die Abrechnung der entsprechenden Einzelleistungen (Pos. Nr. 710 bis 732 – Vergütungen für Physiotherapie) ausgeschlossen, sofern diese Einzelleistungen von ihm erbracht werden.

(4) Ist ein Wundmanager Teil des von der Sozialversicherung finanzierten erweiterten Teams, ist die Abrechnung der Positionsnummern 165-167 und 432 ausgeschlossen, sofern diese Einzelleistungen von ihm erbracht werden.

(5) Sollte eine Anstellung nicht möglich sein, werden die im Rahmen von Kooperationen zwischen PVE und erweitertem Team erbrachten Leistungen direkt über die PVE verrechnet. Details der Vergütung durch die Kasse sind mit dem konkreten PVE zu vereinbaren, wobei allenfalls bestehende Kassentarife oder Kostenzuschüsse als Richtwerte heranzuziehen sind.

(6) Für Sozialarbeiter im erweiterten Team ist die Honorierung mit dem zuständigen Kostenträger zu klären.

§ 20

Abrechnung und Honorierung der Leistungen eines Netzwerks (ausgenommen in der Betriebsform einer Gruppenpraxis)

(1) Die Honorierung und Abrechnung der Grundpauschale, Kopfpauschalen und Einzelleistungen (sowie gegebenenfalls der bewilligten Hausapotheke) erfolgen pro leistungserbringendem Netzwerkpartner.

(2) Die Honorierung und Abrechnung der Leistungen des PVE-erweiterten Teams, des gegebenenfalls eingesetzten PVE-Managers sowie der Anschubfinanzierung erfolgt an den Verein.

§ 21

Valorisierung und Aktualisierung

Die jährliche Valorisierung und Aktualisierung der Kopfpauschalen und Einzelleistungen erfolgt auf Basis der 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. Aufgrund der Verhandlungen im Nachhinein sind entsprechende Nachzahlungsbeträge analog zur Anweisung zu bringen. Die valorisierten Tarife werden im Anhang zu dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung veröffentlicht.

§ 22

GSBG-Vorsteuerausgleich

Die Regelung im Gesundheits- und Sozialbereich-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.

§ 23

Inhaltliche und technische Anforderungen an die EDV-Abrechnung

(1) Die Abrechnung der erbrachten Leistungen hat in elektronischer Form nach dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellten Datensatzaufbau zu erfolgen. Hinsichtlich der Datensatzbelegung ist die Organisationsbeschreibung „DVP“ des Hauptverbandes zu beachten. Diese ist im Internet unter www.sozialversicherung.at veröffentlicht.

(2) Im Zusammenhang mit der elektronischen Abrechnung kommen die vom Hauptverband festgesetzten Einheitlichen Grundsätze gemäß § 349a ASVG in der jeweils geltenden Fassung zur Anwendung.

(3) Zur Eingabe der Kopfpauschale nach Alterskohorten wird die entsprechend erforderliche technische Anwendung bzw. eine softwareunterstützte Eingabe zugelassen. Bei Netzwerken ist (gegebenenfalls unter Heranziehung technischer Anwendungen) sicherzustellen, dass die Kopfpauschale nur von einem Netzwerkpartner abgerechnet wird.

§ 24

Honorierung und Abrechnung von Leistungen für Anspruchsberechtigte anderer Krankenversicherungsträger (ausgenommen NÖGKK/ÖGK)

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 bezüglichen Gesamtverträge.

§ 25

Ordinationsbedarf

Für die Bestimmung von D-Dimer, Streptokokken A und Trop-I bzw. Trop-T als Bestandteil einer patientenorientierten Primärversorgung werden Schnelltests im Rahmen des Ordinationsbedarfs von der Kasse zur Verfügung gestellt.

§ 26

Evaluierung und Monitoring

(1) Kammer und Kasse werden gemeinsam eine Evaluierung der PVE durchführen.

(2) Über die in § 12 dargestellten Dokumentationsanforderungen hinaus erklärt sich die PVE zur Mitarbeit und Bereitstellung entsprechender Daten und Auskunftserteilung für das Monitoring („engmaschige wirtschaftliche Begleitung“) und die Evaluierung der PVE bereit.

(3) Unter Monitoring wird vor allem die Beobachtung der laufenden (quartalsweisen) Entwicklung von Fallzahlen, Kosten und Erträgen („Recht auf Einschau“) 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.

(4) Das Monitoring umfasst jedenfalls auch eine jährliche Befragung des Kernteams und des erweiterten Teams und der Patienten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit (Wartezeiten, Kommunikation, Organisation, Leistungsangebot, Information, etc.). Zusätzlich kann im Sinne einer „lernenden Organisation“ ein jährlicher Erfahrungsaustausch zwischen allen PVE, Kammer und Kasse stattfinden.

(5) Unter Evaluierung wird die Erreichung der Zielsetzung der Primärversorgung nach den ersten 3 Jahren der Laufzeit des Primärversorgungsvertrages der PVE verstanden. Hierbei soll zusätzlich zu den Ergebnissen des Monitorings das Wirken der PVE im niederösterreichischen Gesundheitssystem (z.B. Folgekosten, Überweisungen, Entlastungen der Krankenhausambulanz, Zuweisungen sowie Selbstzuweisungen, Polypharmazie, Qualitätsindikatoren etc.) betrachtet werden.

(6) Die detaillierte Ausgestaltung des Monitorings und der Evaluierung (Kennzahlen und Dimensionen) sowie die methodische Vorgehensweise wird von Kammer und Kasse in 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.

§ 27

Inkrafttreten, Verlautbarung

Die Bestimmungen dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung treten mit Wirksamkeit ab 01.01.2020 in Kraft. Die gesamtvertragliche Vereinbarung wird auf der Homepage der Ärztekammer für Niederösterreich und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse sowie auf www.ris.bka.gv.at/Avsv/ verlautbart.

St. Pölten, am 11.12.2019

Ärztekammer für Niederösterreich
Kurie der niedergelassenen Ärzte

Der Kurienobmann:



Der Präsident:

Dachverband der Sozialversicherungsträger:



Niederösterreichische Gebietskrankenkasse:

Der leitende Angestellte:



Der Obmann:

Leistungsspektrum für Primärversorgungseinheiten in NÖ:

Das Leistungsspektrum der PVE gliedert sich in folgende Bereiche, die im Anschluss detaillierter ausgeführt sind:

- Grundversorgung und Nachkontrolle bei Akutfällen
- Versorgung chronisch Kranker, multimorbider und geriatrischer Patienten
- Palliativversorgung
- Notfallversorgung
Die Notfallversorgung wird im Rahmen von "Erste-Hilfe"-Maßnahmen sichergestellt. Der Nachweis eines Notarztdiploms ist nicht obligatorisch, aber wünschenswert.
- Todesfeststellung und Entscheidung über Verbringung der Leiche (außerhalb von Krankenanstalten)
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Hausbesuch
- Sonderleistungen – Mutter-Kind-Pass-Leistungen
- Öffentliche Gesundheitsaufgaben
Öffentliche Gesundheitsaufgaben werden im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und des örtlichen Bedarfs erfüllt. Die konkrete Leistungsbeschreibung erfolgt daher in der Pilotvereinbarung mit der PVE.
- Übergreifende Aufgaben und Patientenservice

Grundversorgung und Nachkontrolle bei Akutfällen

- Diagnostisches und therapeutisches Gespräch
- Basisdiagnostik, klinische Untersuchung, Anamnese, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie, Beratung/Behandlung und Nachsorge von episodischen Krankheiten (auch bei Schwangeren) und akuten Verletzungen; abschließende Behandlung, wenn möglich, jedoch bei spezialisiertem Versorgungsbedarf qualifizierte Weiterleitung an den Facharzt
- Erkennen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, psychosozialen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen (z.B. Demenz, Alzheimer, Suchterkrankungen, Depressionen, Essstörungen)
- psychosoziale Versorgung:
PSY-Diplome sind nicht zwingend vorgesehen, aber wünschenswert
- Familienplanung und Schwangerschaftsberatung, Stillberatung, Säuglingspflege, Impfberatung gemäß österreichischer Impfplan
- Information über sexuell übertragbare Krankheiten oder Behandeln von sexuell übertragbaren Krankheiten, bei Bedarf Weiterleitung
- kleine Chirurgie (z.B. Entfernung von Hühneraugen oder Warzen, Naht einer Wunde):
Alle im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Praxis erbringbaren chirurgischen Leistungen werden erbracht.
- Infusionen, Injektionen, Infiltrationen, Punktion
- Katheterisierung
- Fremdkörperentfernung

- Verbandswechsel, Naht- bzw. Klammerentfernung, gegebenenfalls Gipsverband und -abnahme
- Wundversorgung
- Verschreibung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Versorgung chronisch Kranker, multimorbider und geriatrischer Patienten

- Diagnostisches und therapeutisches Gespräch
- Basisdiagnostik, klinische Untersuchung, Anamnese, Beratung/Behandlung, bei spezialisiertem Versorgungsbedarf qualifizierte Weiterleitung an den Facharzt
- Langzeitbehandlung, kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach „state of the art“, Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen (z.B. im Rahmen eines Disease Management Programms) – allenfalls über telemedizinischen Methoden
- Erkennen und Behandeln („richtige Behandlung zuführen“) von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, psychosozialen Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen (Demenz, Alzheimer, Suchterkrankungen, Depressionen, Essstörung, etc.)
- psychosoziale Versorgung
- Behandlung und Betreuung geriatrischer Patienten unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse (symptomorientiert, geriatrisches Basisassessment):
Die PVE stellt eine standardisierte Abklärung des Pflegebedarfs und die Koordination der weiteren Betreuung sicher.
Dies kann auch über die Kooperation mit mobilen Diensten erfolgen. Das geriatrische Basisassessment muss nicht verpflichtend angeboten werden.
- Prävention (Dekubitus, Sturzprophylaxe, Kachexie, etc.)
- Infusionen, Injektionen, Infiltrationen, Punktion
- Schmerztherapie
- Management Inhalationstherapie (Asthma, COPD)
- Stoma- und Inkontinenzberatung
- Management Sondennahrung
- Management Portkatheter
- Verschreibung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- Wundmanagement
- Katheterisierung
- Strukturiertes Medikamentenmanagement
- Schulung in der Selbstversorgung, Empowerment

Palliativversorgung

- Schmerztherapie
- Symptomkontrolle
- Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende
- psychosoziale Versorgung

Notfallversorgung

- Erstversorgung von Notfällen und gegebenenfalls Weiterleitung an die geeignete Versorgungseinheit

Todesfeststellung und Entscheidung über Verbringung der Leiche (außerhalb von Krankenanstalten)

Gesundheitsförderung und Prävention

- Prävention chronischer Krankheiten
- Vorsorgeuntersuchung lt. geltendem Programm
Die VU wird zumindest von einem Arzt in der PVE-Einrichtung angeboten. Die Erbringung der Leistung kann im Rahmen der vertraglichen Mindestöffnungszeiten erfolgen.
- Mitwirkung an populationsbezogenen Screening- und Gesundheitsförderungsprogrammen (verschiedene Settings) und Stärkung der Gesundheitskompetenz:
 - Erfragen und Dokumentieren des Risikofaktors Tabakabhängigkeit bei medizinisch relevanten Diagnosen bzw. Patientengruppen
 - Hinweis auf das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm bei Zielgruppe:
Kernzielgruppe: 45- bis 69-jährige Frauen; Möglichkeit des „opting-in“ bei 40- bis 45-jährigen sowie ab 70-jährigen Frauen
 - konkrete Weitervermittlung zu bestehenden Präventionsangeboten der Kasse und anderer Sozialversicherungsträgern, wie z.B. Rauchfrei Telefon, Schlank mit der NÖGKK, Ernährungsberatung durch Diätologinnen (dzt. nur in St. Pölten und Baden), Rücken fit-Bewegungsprogramm, Zuweisung zu Angeboten für werdende Mütter (Frühe Hilfen, Babycoach, Richtig essen von Anfang an)
 - Auflage von Informationsmaterial zu Vorträgen/Workshops/Programmen/Initiativen (z.B. Vorsorgeuntersuchungsfolder etc.), Selbsthilfegruppen
 - Kooperationen mit „Gesunde Gemeinde“
 - Unterstützung und Befähigung der Patienten Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit zu erlangen und sie zu stärken (Information zu Lebensstilmodifikation: Nikotin, Alkohol, Ernährung, Bewegung und Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit) sowie aktive Empfehlung der Vorsorgeuntersuchung und Besprechung der Lebensstilfaktoren inkl. Information über entsprechende Unterstützungsangebote
Bei den Netzwerken ist die Durchführung der obigen Maßnahmen an jedem einzelnen Standort und standortübergreifend sicherzustellen.
- Impfungen gemäß österreichischem Impfplan

Hausbesuch

- Wenn medizinisch erforderlich, Aufsuchen der Patienten von Arzt oder Krankenpflegepersonal zu Hause
- Hausbesuch zur Feststellung der Notwendigkeit der medizinischen Hauskrankenpflege
- Die Verrechnung der Wegegebühren ist analog dem Gesamtvertrag durchzuführen.

Sonderleistungen – Mutter-Kind-Pass-Leistungen

Diese Leistungen werden laut Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen über die Festlegung eines Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogrammes, die Voraussetzungen zur Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe sowie über den Mutter-Kind-Pass (Mutter-Kind-Pass-Verordnung 2002; MuKiPassV) in geltender Fassung erbracht.

Öffentliche Gesundheitsaufgaben

Öffentliche Gesundheitsaufgaben werden im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten und des örtlichen Bedarfs erfüllt. Die konkrete Leistungsbeschreibung erfolgt daher in der Pilotvereinbarung mit den PVE-Betreibern.

Zu den öffentlichen Gesundheitsaufgaben zählen:

- amtliche Totenbeschau
- Begutachtung und Beurteilung, ob Zwangseinweisung in psychiatrische Krankenanstalt gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)
- Beurteilung Fahrtauglichkeit
- Begutachtungen auf Haftfähigkeit
- kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren

Übergreifende Aufgaben und „Patientenservice“

Zugänglichkeit

- Abdeckung Montag bis Freitag (Tagesrand- und Kernzeiten)
siehe § 3 Öffnungszeiten/Erreichbarkeit

Administrative Aufgaben

- Verwaltung und Organisation
- Termin- und Wartezeitenorganisation einheitlich an allen Standorten
Die PVE muss über ein Terminmanagement verfügen, das dazu geeignet ist, Wartezeiten für einen Termin sowie Wartezeiten in der Ordination so gering wie möglich zu halten. Ein reines Bestellsystem ist allerdings nicht vorgesehen, um den niederschweligen Zugang zum Arzt v.a. für Akutpatienten sicherzustellen.
- Etablierung von Erinnerungssystemen
- Erheben, Bereitstellen und Nutzen von Daten und Informationen, vor allem zum Zwecke der Evaluierung und Weiterentwicklung des Pilotmodells (siehe Punkt VII)

Unterstützung der Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung und Koordinierung des Versorgungsprozesses innerhalb und außerhalb der Primärversorgungsstruktur (Lotsenfunktion)

- Übernahme der zugehörigen Terminorganisation bei Weiterleitung
Die Terminvereinbarung bei PVE-externen Leistungserbringern bzw. Leistungen/Überweisungen von nicht-ärztlichem Verwaltungspersonal soll als Patientenservice unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen (freie Arztwahl) aktiv angeboten werden, wenn dies im Zusammenhang mit dem Behandlungsfall steht und dies

aufgrund des Alters, der Kommunikationsfähigkeit bzw. der Spezifität des Krankheitsbildes des Patienten, der Komplexität der Weiterverweisung oder der Dringlichkeit des Behandlungsfalles geboten ist.

- Kooperation und Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe
- Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern (z.B. Selbsthilfegruppen und -organisationen)
- Sicherstellung des Zugangs zu weiteren Versorgungseinrichtungen (Nahtstellenmanagement)
- Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Informationsweitergabe/Kommunikation/Teambesprechungen
- Befundmanagementsystem
- Beratung und Angebot von Information für Angehörige und über Selbsthilfegruppen
- Telefonberatung für Patienten

Qualitätsmanagement, Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Qualitätsmanagementsystem
- Qualitätszirkel
- Fort- und Weiterbildung
- Qualifizierung für Disease Management Programm
Die Behandlung von DM2-Patienten im Rahmen des Disease Management Programm "Therapie aktiv" muss von mindestens einem Arzt angeboten werden, wobei sichergestellt werden muss, dass alle für das Disease Management Programm in Frage kommenden bzw. "geeigneten" Patienten Aufnahme im Programm finden. Sofern mehrere Netzwerkpartner die Behandlung von DM2-Patienten im Rahmen des Disease Management Programm "Therapie aktiv" anbieten, kann ein Patient diesbezüglich nur bei einem Netzwerkpartner in Behandlung sein.
- Ausbildung/Lehrpraxis: Die PVE muss tunlichst als Lehrpraxis zertifiziert sein.
- Patientendokumentation (kompatible IT-Systeme, ELGA); gemeinsamer Patientenakt auch im Rahmen des Netzwerks
- Qualitätskriterien (Kriterien entsprechend der QS-Verordnung), insbesondere:
 - Zusammensetzung des Teams
 - ausreichende Qualifikation und Expertise
 - Klärung der Rollen- und Aufgabenverteilung im Team
 - Regelung der Kommunikation im Team
 - Führen eines teambezogenen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems einschließlich begleitende Evaluierung
 - barrierefreier Zugang und barrierefreie Räumlichkeiten
 - gesicherte Erreichbarkeit
 - technische/apparative Ausstattung
 - verbindlicher organisatorischer Verbund der PVE
 - Möglichkeit zum Patientenfeedback einschließlich Beschwerdemanagement
 - Teilnahme an Organisation von Qualitätszirkeln
 - Behandlung auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, die zur Erbringung des hier definierten Leistungsspektrums relevant sind