

Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungs-Gesamtvertrag)

abgeschlossen gemäß § 342b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) BGBl. Nr. 189/1955 in der geltenden Fassung sowie gemäß § 117b Abs. 1 Z 1 Ärztegesetz 1998, BGBl. I 1998/169 idgF zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (im Folgenden kurz Ärztekammer genannt) für sich und die in § 2 genannten Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte der Landesärztekammern einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden kurz Hauptverband) für die in § 2 genannten Versicherungsträger andererseits vereinbart.

Präambel

Gemäß Art. 6 Abs. 2 Z 2 der Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 97/2017) sind im Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten gemäß bundesgesetzlicher Grundlage zu schaffen.

Dieser Vertrag regelt die Beziehungen der in § 2 genannten Versicherungsträger zu Primärversorgungseinheiten, wobei selbständige Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) ausgenommen sind.

Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband halten fest, dass es zu keiner unsachlichen Differenzierung von allgemeinmedizinischen Einzelvertragsärzten sowie allgemeinmedizinischen Vertragsgruppenpraxen gegenüber Primärversorgungseinheiten kommen darf.

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1 Grundlagen

Eine Primärversorgungseinheit (in Folge: PVE) kann an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein und setzt sich wie folgt zusammen: Das Kernteam besteht aus mindestens drei Arztstellen (Vollzeitäquivalente VZÄ) für Allgemeinmedizin, Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Ordinationsassistenten; orts- und bedarfsabhängig können Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.

Orts- und bedarfsabhängig können gem. § 2 Abs. 3 PrimVG weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, in die PVE eingebunden werden.

Die Primärversorgungseinrichtung hat auch hinsichtlich der nichtärztlichen Berufsgruppen sicher zu stellen, dass alle erforderlichen Leistungen laut Versorgungsauftrag (§ 3 und Anhang 1) erbracht werden. Die Art der Honorierung dieser Leistungen wird auf regionaler Ebene, je nach Art der Einbeziehung der nichtärztlichen Berufsgruppen, geregelt.

Die Beziehung der Versicherungsträger zur Primärversorgungseinheit ist in einem Primärversorgungsvertrag, bei PV-Netzwerken, die nicht von einer Gruppenpraxis betrieben werden, allenfalls zusätzlich in einem PV-Einzelvertrag zu regeln. Der Inhalt des Gesamtvertrags ist auch Inhalt des zwischen dem jeweiligen Versicherungsträger und der Primärversorgungseinheit abzuschließenden Primärversorgungsvertrags sowie allfälliger PV-Einzelverträge.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird mit Zustimmung und Wirkung für die Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte folgender Ärztekammern und für folgende Versicherungsträger abgeschlossen:

Österreichische Ärztekammer,
Ärztekammer für Wien,
Ärztekammer für Niederösterreich,
Ärztekammer für Burgenland,
Ärztekammer für Oberösterreich,
Ärztekammer für Steiermark,
Ärztekammer für Kärnten,
Ärztekammer für Salzburg,
Ärztekammer für Tirol,
Ärztekammer für Vorarlberg bzw.

Wiener Gebietskrankenkasse,
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse,
Burgenländische Gebietskrankenkasse,
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse,
Steiermärkische Gebietskrankenkasse,
Salzburger Gebietskrankenkasse,
Kärntner Gebietskrankenkasse,
Tiroler Gebietskrankenkasse,
Vorarlberger Gebietskrankenkasse,

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe,
Betriebskrankenkasse Mondi,
Betriebskrankenkasse Voestalpine Bahnsysteme,
Betriebskrankenkasse Zeltweg,

Betriebskrankenkasse Kapfenberg,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

- (2) Die Krankenversicherungsträger werden im Allgemeinen für die Durchführung dieses Vertrages durch jene Gebietskrankenkasse vertreten, die für den Standort der PVE örtlich zuständig ist. Sie ist für Belange der Gebiets- und Betriebskrankenkassen einschließlich der SVA der Bauern einziger Ansprechpartner (Ansprechstelle) der PVE.
- (3) Die Ansprechstelle vertritt auch die anderen Versicherungsträger, soweit diese nicht allgemein oder im Einzelfall einen eigenen Ansprechpartner gegenüber der Ansprechstelle und dem PVE bekannt gegeben haben. Dies ist schriftlich zwischen dem jeweiligen Versicherungsträger und der PVE festzuhalten, um Unklarheiten hinsichtlich der Zurechenbarkeit von Äußerungen zu verhindern.
- (4) Auskünfte bzw. Absprachen in Einzelfällen, welche von der Ansprechstelle mit Wirkung für einen ausdrücklich genannten Versicherungsträger erfolgen, können von der PVE als verbindlich angesehen werden, auch wenn sie einen Vertragspartner (Versicherungsträger) betreffen, der nicht nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichtet ist.

§ 3 Versorgungsauftrag und Leistungsspektrum

- (1) Dieser Vertrag regelt die umfassende medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung von Anspruchsberechtigten, die Anspruch auf Sachleistung haben. Er ändert nichts an den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeitsregeln, insbesondere wird die Finanzierungszuständigkeit für Leistungen, die außerhalb des Leistungsspektrums der Versicherungsträger liegen, nicht berührt.
- (2) Die PVE als Versorgungseinrichtung hat insbesondere folgende Aufgaben zu erfüllen:
 1. Medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung im Rahmen des vereinbarten Versorgungsauftrags gemäß Anhang 1 des Vertrags.
 2. Aufgaben nach Anhang 1, die der PVE mit gesonderter Finanzierung übertragen werden, wie z. B. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens,
 3. Andere Aufgaben, die die PVE mit gesonderter Finanzierung aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich übernimmt und die insbesondere durch diplomierte Sozialarbeiter und anderes Fachpersonal betreut werden.
- (3) Der regional (auf Basis der bundesweiten Vorgaben) vereinbarte Versorgungsauftrag ist mit dem zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern gemäß § 16 vereinbarten Honorar abgegolten und als Sachleistung zu erbringen.

- (4) Für die Überprüfung, welche neuen Leistungen außerhalb der Sachleistung in PVE erbracht werden, wird ein paritätisch von Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer eingerichteter Monitoring-Ausschuss eingerichtet, der zumindest einmal pro Halbjahr tagt und bundesweit überprüfen soll, welche Leistungen außerhalb der Versorgungsaufträge nicht als Sachleistung erbracht werden. In geraden Kalenderjahren übernimmt ein von der Österreichischen Ärztekammer nominiertes Vertreter den Vorsitz, in ungeraden Kalenderjahren ein vom Hauptverband nominiertes Vertreter. Dieser Ausschuss hat darüber bis zum 31. 3. eines Jahres einen schriftlichen Bericht den Vertragsparteien vorzulegen.
- (5) Leistungen, die Gegenstand eines Berichtes gemäß Abs. 4 sind, können hinsichtlich der Basisaufgaben/-leistungen vom Hauptverband oder der Österreichischen Ärztekammer und hinsichtlich spezieller Aufgaben/Leistungen vom örtlich zuständigen Versicherungsträger oder der örtlich zuständigen Ärztekammer für die Aufnahme als Sachleistung beim Vertragspartner beantragt werden. Über solche Anträge sind unverzüglich Verhandlungen mit der Zielsetzung aufzunehmen, das Sachleistungsangebot der PVE an den aktuellen Stand der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Primärversorgung anzupassen und die Leistungserweiterung entsprechend des zusätzlichen Aufwandes leistungsgerecht zu honorieren.
- (6) Solange es hinsichtlich der beantragten Erweiterungen des Versorgungsauftrages zu keiner Einigung hinsichtlich Erbringung und Honorierung kommt, ist die PVE nicht verpflichtet, diese Leistungen zu erbringen. Sie ist allerdings berechtigt, diese Leistungen dem Patienten nach Aufklärung über die daraus für ihn entstehenden Kosten über dessen ausdrücklichen Wunsch zu erbringen; es sei denn, es handelt sich um Leistungen, die von anderen Vertragspartnern der KVT, deren Tätigkeiten in Ärzte-Gesamtverträgen geregelt sind, erbracht werden.
- (7) Wird innerhalb von sechs Monaten nach Antrag gemäß Abs. 5 kein Ergebnis für die Abgeltung der Leistung als Sachleistung erzielt, wird von den Vertragsparteien je ein Experte nominiert, die gemeinsam einen dritten Experten einvernehmlich auswählen. Diese drei Experten haben binnen weiterer sechs Monate ab Bestellung ein Gutachten über die Abgeltung der Leistung als Sachleistung zu erstellen. Die Vertragsparteien haben das Gutachten als Grundlage ihrer weiteren Verhandlungen zu verwenden und sich binnen drei Monaten zu einigen.

§ 4 Festsetzung der Zahl und Verteilung der Primärversorgungseinheiten

- (1) Die jeweilige PVE beruht gemäß § 2 Abs. 4 PrimVG auf dem aktuell gültigen Regionalen Strukturplan Gesundheit und ist zwischen den örtlich zuständigen Versicherungsträgern und der örtlich zuständigen Ärztekammer im jeweiligen Stellenplan zu vereinbaren; dies soll grundsätzlich durch die Umwandlung von bestehenden Planstellen erfolgen.
- (2) Sofern nicht im RSG die Form als Zentrum oder Netzwerk genau festgelegt ist, ist im Einvernehmen zwischen der Landesärztekammer und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern festzulegen, ob eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk oder als Zentrum im Stellenplan verankert wird oder ob für bestimmte Gemeinden/Stadtteile die Entscheidung über die Organisationsform den Interessenten überlassen wird.

§ 5 Versorgungskonzept

- (1) Die PVE hat ein schriftliches Versorgungskonzept zumindest mit den in § 6 PrimVG angeführten Inhalten zu erstellen und in seiner jeweils aktuellen Version den örtlich zuständigen Versicherungsträgern zu übermitteln.
- (2) Folgende Teile des Versorgungskonzepts und diesbezügliche Änderungen sind als Teil des Primärversorgungsvertrags zwischen der PVE und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern – unabhängig von an anderer Stelle dieses Gesamtvertrags geregelten Verpflichtungen - zu vereinbaren:
 1. Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
 2. Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
 3. Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.
 4. Maßnahmen und Angebote der PVE in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention.

§ 6 Invertragnahmeverfahren

- (1) Auf Basis der Planung von PVEs im Bundesland (insbesondere der Vorgaben des Stellenplans und des RSG) erfolgt durch die örtlich zuständigen Versicherungsträger im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Landesärztekammer eine Ausschreibung (Interessentensuche/Einladungsverfahren) für ein PVE in einer konkret definierten Region primär aus dem Kreis der dort bestehenden Vertragsärzte, erforderlichenfalls aber auch weiterer berufsberechtigter Ärzte für AM bzw. FÄ für Kinder und Jugendheilkunde. Die groben Eckpfeiler der Anforderungen an die PVE (hinsichtlich Zusammensetzung des Teams, Versorgungsangebot, Öffnungszeiten und weiterer verbindlicher Eckpfeiler des Versorgungskonzepts) sind von dem örtlich zuständigen Versicherungsträger und der örtlich zu-

ständigen Landesärztekammer gemeinsam festzulegen und als Bewerbungsbedingungen bekannt zu geben. Die Ausschreibung (Interessentensuche/Einladungsverfahren) wird auf der Homepage der örtlich zuständigen Landesärztekammer und des örtlich zuständigen Versicherungsträgers verlautbart.

- (2) Für den Fall, dass nur eine einzige Bewerbergruppe für die geplante PVE vorhanden ist, ist diese vom örtlich zuständigen Versicherungsträger in Abstimmung mit den anderen Versicherungsträgern unter Einbeziehung der örtlich zuständigen Landesärztekammer sogleich zur Konkretisierung der Anforderungen aufzufordern. Sofern die PVE die Anforderungen der Bewerbungsbedingungen (vgl. Abs. 1 2. Satz) hinsichtlich Zusammensetzung des Teams, Versorgungsangebot, Öffnungszeiten und weiterer verbindlicher Eckpfeiler des Versorgungskonzepts erfüllt, kann diese mit Zustimmung der örtlich zuständigen Landesärztekammer in Vertrag genommen werden.
- (3) Wenn zwei oder mehrere Bewerbergruppen für die geplante PVE vorhanden sind, erfolgt die Auswahl nach den zwischen dem örtlich zuständigen Versicherungsträger und der örtlich zuständigen Landesärztekammer vereinbarten Reihungskriterien. Dabei sind jedenfalls Punkte für Patienten- und Serviceorientierung zu vergeben. Voraussetzung für eine Invertragnahme ist, dass die PVE die Anforderungen der Bewerbungsbedingungen hinsichtlich Zusammensetzung des Teams, Versorgungsangebot, Öffnungszeiten und weiterer verbindlicher Eckpfeiler des Versorgungskonzepts (vgl. Abs. 1 2. Satz) erfüllt.

§ 7 Ausscheiden von Ärzten aus PVE

- (1) Scheiden Ärzte aus der PVE aus und werden deren Stellen in der PVE nicht nachbesetzt, wird die PVE grundsätzlich weiter betrieben, es sei denn die örtlich zuständigen Vertragspartner und die Betreiber der PVE vereinbaren gemeinsam die Auflösung der PVE oder die Mindestgröße der PVE wird durch das Ausscheiden unterschritten.
- (2) Wird das PVE weiterbetrieben, entscheiden die örtlich zuständigen Vertragspartner unter Bedachtnahme auf die Stellungnahme der verbleibenden Ärzte über die Anzahl der zukünftigen Planstellen in der PVE und deren Besetzung. Für die Nachbesetzung der Ärzte in einer PVE sind die zwischen den örtlich zuständigen Vertragspartnern vereinbarten Reihungsrichtlinien anzuwenden.
- (3) Wird die PVE nicht weiter betrieben, werden die durch die PVE abgedeckten Planstellen, die nicht nach Abs. 4 wiederaufleben, in Einzelvertragsstellen im regionalen Umfeld des bisherigen Standortes der PVE umgewandelt und gemäß den Bestimmungen des ärztlichen Gesamtvertrags ausgeschrieben, sofern nicht die örtlich zuständigen Versicherungsträger mit der örtlich zuständigen Ärztekammer die Weiterführung eines Einzelvertrags durch ehemalige PVE-Vertragsärzte ohne Ausschreibung vereinbaren.
- (4) Bei Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen, die vor Eintritt in die als Zentrum oder Netzwerk geführte PVE bereits einen Kassenvertrag abgeschlossen hatten, lebt im Falle des Ausscheidens des Gesellschafters oder bei Auflösung der PVE

über den Zeitraum des § 342c Abs. 12 ASVG hinaus, entweder der Einzelvertrag am ursprünglichen Standort wieder auf oder der aus dem PVE ausgeschiedene Vertragsarzt erhält – wenn der ursprüngliche Vertrag anderweitig besetzt ist – im regionalen Umfeld des Standortes der PVE einen Kassenvertrag. Eine solche wiederaufgelebte Stelle wird nur dann im Stellenplan verankert, wenn dies Ärztekammer und Kasse vereinbaren. Eine Selektion auf bestimmte Verträge durch den Vertragsarzt ist dabei unzulässig.

§ 8 Veränderungen im PVE-Team

Jede Veränderung bei Teammitgliedern, die zu einer Veränderung des Versorgungskonzepts führt, ist zwischen der PVE und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern zu vereinbaren.

§ 9 Standort/Standortwechsel

- (1) Der Standort der PVE befindet sich an der im Primärversorgungsvertrag genannten Adresse bzw. bei Netzwerken der im jeweiligen Primärversorgungs-Einzelvertrag genannten Adressen.
- (2) Die PVE darf weitere Standorte und Zweitordinationen nur mit ausdrücklicher Zustimmung der örtlich zuständigen Versicherungsträger und örtlich zuständigen Ärztekammer betreiben.
- (3) Der Standort der PVE ist im Falle einer Gruppenpraxis Berufssitz der Gesellschafter.
- (4) Ein Standortwechsel der PVE ist den örtlich zuständigen Versicherungsträgern im Wege der Ärztekammer anzuzeigen und darf nur mit Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern erfolgen.

§ 10 Öffnungszeiten und Behandlungspflicht

- (1) Öffnungszeiten und Erreichbarkeit:
 1. Bei den Öffnungszeiten ist auf die regionalen Bedürfnisse der Anspruchsberechtigten - insbesondere auch auf die Bedürfnisse werktätiger Anspruchsberechtigter - Rücksicht zu nehmen. Im Sinne größtmöglicher Effizienz für Patienten und Vertragspartner sind die Öffnungszeiten möglichst patientenfreundlich zu gestalten.
 2. Auf regionaler Ebene sind Mindestöffnungszeiten zu vereinbaren. Diese müssen sicherstellen, dass die PVE jedenfalls an Werktagen von Montag bis Freitag inklusive Tagesrandzeiten geöffnet sind. Dabei gilt, dass für drei volle Vertragsarztstellen bzw. Ärzte-Vollzeitäquivalente (VZÄ) jedenfalls Mindestöffnungszeiten in einem Korridor von 40 bis 50 Stunden pro Woche zu vereinbaren sind. Mit steigender Anzahl an Vertragsarztstellen bzw. VZÄ in einem PVE erhöht sich die wöchentliche Mindestöffnungszeit.

3. Während der Öffnungszeiten hat mindestens ein Arzt anwesend zu sein bzw. je nach Patientenfrequenz mehrere parallel, wobei von der wöchentlichen Mindestanwesenheitszeit eines jeden VZÄ von 20 Stunden pro Woche bzw. von einer regional höher vereinbarten Stundenzahl auszugehen ist.
 4. Schließzeiten zur Mittagszeit können regional vereinbart werden.
 5. Außerhalb der Öffnungszeiten ist eine Anbindung an bzw. eine Abstimmung mit allenfalls eingerichteten Bereitschaftsdiensten bzw. sonstigen bestehenden Versorgungsstrukturen, z.B. Gesundheitsnummer 1450, zu gewährleisten. Die Teilnahme an zwischen der örtlich zuständigen Ärztekammer und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern vereinbarten Bereitschaftsdiensten richtet sich nach regionalen Bestimmungen.
 6. Es kann für den örtlichen Zuständigkeitsbereich eines Versicherungsträgers ein Durchrechnungszeitraum mit unterschiedlichen Öffnungszeiten verteilt über das Jahr vereinbart werden (z.B. kürzere Öffnungszeit zu Urlaubszeiten im Sommer dafür eine Erhöhung in den restlichen Monaten).
 7. Ab einer Anzahl von vier Vertragsarztstellen bzw. VZÄ in einer PVE ist jedenfalls eine ganzjährige Öffnungszeit sicherzustellen. Bei PVE mit weniger als vier Vertragsarztstellen bzw. VZÄ können auf Landesebene Regelungen getroffen werden, dass für einen bestimmten Zeitraum die Ordinationszeit eingeschränkt werden kann. Bei weniger als drei Vertragsarztstellen bzw. VZÄ können auf regionaler Ebene Vereinbarungen getroffen werden, dass die PVE für einen bestimmten Zeitraum geschlossen werden darf, sofern eine Vertretung durch andere Vertragsärzte oder PVE sichergestellt werden kann.
 8. Die Transparenz der Öffnungszeiten, der üblichen Ordinationszeiten der einzelnen Ärzte und Angehörigen der anderen Gesundheits- und Sozialberufe (ausgenommen Ordinationsassistenten) sowie nach Möglichkeit der aktuellen Wartezeiten ist sicherzustellen.
 9. Die PVE hat ein patientenfreundliches Terminmanagementsystem einzurichten, das nach Möglichkeit auch Online-Terminbuchungen anzubieten hat.
 10. Vorübergehende Schließungen oder Einschränkungen der Öffnungszeiten aus wichtigen Gründen (insbesondere Erkrankungen, Renovierungen und Umbauten) sind der örtlich zuständigen Ärztekammer und den örtlich zuständigen Versicherungsträgern bekannt zu geben. Eine Vertretung ist entsprechend § 37 bekanntzugeben.
- (2) Behandlungspflicht
1. Gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die mit einer PVE in Kontakt treten, besteht Behandlungspflicht. Die PVE ist allerdings berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Sie hat auf Verlangen des zuständigen Kostenträgers den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

2. Die Behandlung soll entsprechend der medizinischen Dringlichkeit sobald wie möglich erfolgen. Personen, die die PVE persönlich aufsuchen, sind unter Berücksichtigung der medizinischen Dringlichkeit möglichst am selben Tag zu behandeln. Für planbare Maßnahmen sind Terminvergabesysteme vorzusehen.
 3. Das Erreichen einer Kapazitätsgrenze ist rechtzeitig der örtlich zuständigen Ärztekammer und dem örtlich zuständigen Versicherungsträger bekanntzugeben. Die Vertragspartner sind aufgerufen, in einem solchen Fall entsprechende Maßnahmen zu setzen.
- (3) Freie Arzt- und Behandlerwahl
1. Für die Patienten ist die freie Arztwahl innerhalb der PVE zu gewährleisten. Die PVE hat planbare Behandlungen so zu organisieren, dass Patienten bei einer Behandlung in der Regel möglichst vom selben Arzt bzw. Angehörigen des nichtärztlichen Gesundheitsberufs betreut werden, der auch die Behandlung begonnen hat.
 2. Für den Fall, dass ein Patient die Weiterbehandlung durch eine andere Person wünscht, ist dies im Rahmen der jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten zu ermöglichen.
 3. Die üblichen Anwesenheitszeiten der behandelnden Ärzte sowie der Angehörigen anderer Gesundheits- und Sozialberufe und deren Leistungsspektrum sind jedenfalls über die Website transparent zu machen, um den Patienten die Möglichkeit einschlägiger Auswahl zu geben.
- (4) Öffentliche Informationen
1. Die PVE hat eine allgemein zugängliche und dem Stand der Technik entsprechende Website zu betreiben.
 2. Die Website hat neben den gesetzlich verpflichtenden Inhalten zumindest auch folgende Informationen zu enthalten:
 - a. Standort(e) und Öffnungszeiten, Kontaktdaten und Erreichbarkeiten und nach Möglichkeit die aktuellen Wartezeiten.
 - b. Informationen über die in der PVE beschäftigten Ärzte und der Angehörigen nichtärztlicher Gesundheits- und Sozialberufe sowie ihre voraussichtlichen Behandlungszeiten.
 - c. Informationen über das angebotene Leistungsspektrum.
 - d. Verträge der PVE mit den Versicherungsträgern.
 - e. Aufgaben gemäß Anhang 1, die mit gesonderter Finanzierung übernommen wurden (z. B. im gemeindeärztlichen Dienst, als Schularzt).
 - f. Angaben über jene Stellen, die für den Fall von Streitigkeiten zur Verfügung stehen, wie z.B. Angaben zu Schlichtungsstellen, Beschwerdeeinrichtungen der Ärztekammer bzw. Ombudsstellen der Sozialversicherung.

§ 11 Zugänglichkeit (Barrierefreiheit, Sprachdienstleistungen)

- (1) Die PVE ist für die barrierefreie Ausrichtung ihrer Einrichtung im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Reglementierungen verantwortlich.
- (2) Die Vertragspartner auf regionaler Ebene werden sich bemühen, dass Dolmetschdienste (z.B. Anschluss an ein Telefondolmetschsystem usw.) zur Verfügung stehen und finanziert werden.

§ 12 Ökonomische Krankenbehandlung

- (1) Die PVE wird die Richtlinien des Hauptverbandes über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RöK), die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RöV), den Erstattungskodex (EKO) sowie die Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung beachten.
- (2) Weitergehende Regelungen aus den Gesamtverträgen der örtlich zuständigen Versicherungsträger sind auch in die regionalen PVE-Honorarregelungen und in die PV-Einzelverträge zu übernehmen.
- (3) Das „Öko-Tool“ ist in die IT-Einrichtung der PVE zu integrieren und im Rahmen des Rezepturprozesses zu verwenden.

§ 13 Ökonomie bei der Zuweisung

- (1) Für erforderliche Untersuchungen oder Behandlungen, die die PVE nicht selbst erbringen kann, hat sie Patienten an andere Vertragspartner des jeweiligen Kostenträgers zu überweisen (z.B. freiberuflich tätige Vertragspartner, Vereine, Krankenanstalten). Dabei ist darauf zu achten, dass im Regelfall zu Vertragspartnern überwiesen wird, die bei gleicher Qualität die geringeren Aufwände für den Kostenträger auslösen.
- (2) Das Recht der Patienten auf freie Behandlerwahl ist jedenfalls zu beachten. Eine generelle Zuweisung an nur einzelne Vertragspartner ist unzulässig, wenn es zu (für den Kostenträger) vergleichbarem Aufwand mehrere Anbieter für die gleiche Behandlung gibt.

§ 14 Provisionsverbot

Es ist unzulässig, dass die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter in einer PVE Vergütungen im Zusammenhang mit Verordnungen bzw. für die Zu- oder Überweisung an sie oder durch sie sich oder einem anderen versprechen, geben, nehmen oder zusichern lassen.

§ 15 Diagnose- und Leistungsdokumentation

- (1) Die in der PVE erbrachten Leistungen sind gemäß den regionalen Vereinbarungen umfassend zu dokumentieren.
- (2) Die Diagnosen sind nach den geltenden medizinischen Standards codiert zu dokumentieren, derzeit nach ICPC-2.
- (3) Diese Leistungs- und codierte Diagnosedokumentation ist den Versicherungsträgern einmal im Abrechnungszeitraum elektronisch zu übermitteln.

§ 16 Grundsätze der Honorierung und Honorierungsvereinbarung

- (1) Die Honorierung von Aufgaben, die durch die Sozialversicherungsträger finanziert werden, ist nach verschiedenen Honorierungsmodellen möglich. Diese auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Modelle sind so zu gestalten, dass sie den Vorgaben der §§ 342 Abs. 2a sowie 342b ASVG entsprechen und die folgenden Zielsetzungen bestmöglich erreichen:
 1. Eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen.
 2. Die Erhöhung der Versorgungswirksamkeit insbesondere durch die Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe mit sich bringen.
 3. Die Schaffung von gesicherten finanziellen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer gewährleisten, um die Erfüllung der Versorgungsaufträge zu ermöglichen.
 4. Anreize bieten, Patienten mit hohem Betreuungsaufwand zu versorgen.
 5. Die Förderung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und auch der Gesundheitskompetenz der Patienten ermöglichen.
 6. Ein faires Verhältnis zwischen erbrachter Leistung und Honorierung darstellen.
 7. Die Spitalsentlastung - nach der Prämisse „Geld folgt Leistung“ - unterstützen.
 8. Die Attraktivität einer Niederlassung steigern und Anreize für Ärztinnen und Ärzte schaffen, an PVE-Modellen teilzunehmen.
 9. Ausreichend Zeit für angemessene Behandlungen der Patienten durch die relevanten Berufsgruppen in der PVE ermöglichen.
 10. Möglichst geringen administrativen Aufwand bei der Abrechnung sicherstellen.

11. Die Teamarbeit innerhalb der PVE fördern.
 12. Einen Anreiz zur Delegation an die weiteren in der PVE tätigen Gesundheits- und Sozialberufe (neben Ärzten) schaffen.
 13. Möglichst abschließende Behandlung durch die PVE i.S.d. Versorgungsauftrages sicherstellen (siehe auch Punkt 2).
 14. Die Lotsenfunktion und Koordinationstätigkeit in einer PVE für die Patienten gewährleisten.
- (2) Für die mit der Gründung einer Primärversorgungseinheit verbundenen Investitionen und Anschaffungen können auf regionaler Ebene zwischen den örtlich zuständigen Versicherungsträgern und der örtlich zuständigen Ärztekammer Abgeltungen vereinbart werden (Anschubfinanzierung).
 - (3) Für eine PVE kann das Tätigwerden eines PVE-Managers und dessen Finanzierung bei Bedarf vereinbart werden.
 - (4) Falls die PVE öffentliche Förderungsmittel (insbesondere von EU/Bund/Land/Gemeinden) erhält, sind diese im Rahmen des regionalen Honorierungsmodells entsprechend zu berücksichtigen, sodass es zu keinen Doppelzahlungen für die geförderten Sachverhalte kommt.
 - (5) Der für die Untersuchung und Behandlung der Anspruchsberechtigten erforderliche Ordinationsbedarf an Heilmitteln, Verbandmaterial und Reagenzien ist von der PVE beim Versicherungsträger anzufordern; er wird im erforderlichen Ausmaß kostenlos beigelegt. Die Art des Bezuges wird regional vereinbart.
 - (6) Bei pauschalisierten Honorierungselementen ist dafür zu sorgen, dass die Versicherungsträger eine detaillierte Information über das Leistungsgeschehen (siehe § 15 Dokumentation bzgl. Leistungsgeschehen und Diagnosen) erhalten.
 - (7) Die regional vereinbarten Honorierungsmodelle sind nach einem auf regionaler Ebene zu vereinbarenden Zeitraum, spätestens bis zum 31.12.2024, gemeinsam zu evaluieren, inwieweit die Zielsetzungen unter Abs. 1 erreicht wurden. Gegebenenfalls sind die Honorierungsmodelle entsprechend zu adaptieren.

§ 17 Zweitordinationen und Zweifächer

Hinsichtlich der Regelungen für Zweitordinationen und Zweifächer von Ärzten der PVE gelten die Regelungen der regionalen Gesamtverträge für Ärzte für Allgemeinmedizin (sofern der regionale Gesamtvertrag Gruppenpraxen vorsieht, die dafür vorgesehenen Regelungen, andernfalls die Regelungen für Einzelordinationen) auch für die Ärzte der PVE.

§ 18 Nebenbeschäftigungen

Hinsichtlich der Regelungen für Nebenbeschäftigungen von Ärzten der PVE gelten die Regelungen der regionalen Gesamtverträge für Ärzte für Allgemeinmedizin (sofern der regionale Gesamtvertrag Gruppenpraxen vorsieht, die dafür vorgesehenen Regelungen, andernfalls die Regelungen für Einzelordinationen) auch für die Ärzte der PVE.

§ 19 Ausbildungseinrichtung - Lehrpraxen

- (1) Jede PVE hat die erforderlichen Voraussetzungen für eine Lehrpraxis zu erfüllen und ggf. zumindest einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu halten. Die örtlich zuständigen Versicherungsträger und die örtlich zuständige Landesärztekammer können im Einzelfall davon abweichende Regelungen treffen.
- (2) Können Teile des „klinisch-praktischen“ Jahres (Fach Humanmedizin) im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung im niedergelassenen Bereich absolviert werden, so ist auch die Absolvierung in der PVE zu ermöglichen.

§ 20 Qualitätssicherung

- (1) Die Partner dieses Gesamtvertrags bekennen sich dazu, gemeinsam die Qualität in der Primärversorgung kontinuierlich zu prüfen, zu sichern und insbesondere nach Evaluierungen (Abs. 6) weiterzuentwickeln.
- (2) Die PVE wird an zwischen den Vertragspartnern vereinbarten integrierten Versorgungs-, Vorsorge-, und Screeningprogrammen teilnehmen (z.B. „Therapie-Aktiv“).
- (3) Die PVE wird sich an die von den Vertragspartnern gemeinsam als verbindlich definierten evidenzbasierten Leitlinien sowie Qualitätsprojekten (z.B. im Rahmen der „Initiative Arznei-und-Vernunft“) halten sowie an regelmäßigen Qualitätszirkeln teilnehmen.
- (4) Die Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO) gem. §§ 117c Abs. 2 Z 8 in Verbindung mit § 118c ÄrzteG gilt auch für PVE und ist daher von diesen in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten.
- (5) Darüber hinaus sind insbesondere folgende Qualitätssicherungskriterien zu erfüllen:
 - Regelmäßige Team- und Fallbesprechungen
 - Regelmäßige, abgestimmte Fort- und Weiterbildungen
 - Abstimmung der zeitlichen Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft) und örtlichen Erreichbarkeit (inkl. Vertretungsregelungen)

- Einheitliches Anmeldesystem und Terminkoordination im PVE
 - Verlässliche zeitnahe, der Dringlichkeit des Bedarfs entsprechende wechselseitige Übernahme von Personen
 - Das Primärversorgungsteam wird durch ärztliche Anweisung tätig. Das bedeutet, unter der medizinischen Leitung eines Arztes übernimmt jedes Teammitglied Aufgaben entsprechend der berufsrechtlich geregelten Zuständigkeiten und ihrer jeweiligen Kompetenz
 - Je nach Anforderung kann die Fallführung in spezifischen Teilbereichen auf andere Teammitglieder übertragen werden (z.B. an Physiotherapeut, Sozialarbeit, etc.), wobei erforderlichenfalls eine Rückkoppelung mit dem Kernteam stattfindet.
 - Abhaltung von Supervision zur Verbesserung der Patientenbetreuung und der Zusammenarbeit im Team
 - Gemeinsame elektronische standardisierte und umfassende Patientendokumentation und strukturiertes Management der zu versorgenden Personen mittels kompatibler IT-Systeme
 - Strukturierte Weiterleitung der Patienten durch Zuweisung bzw. Überweisung
 - Verlässlicher Befundaustausch mit Versorgungspartnern außerhalb der PVE
 - Durchführung eines strukturierten Beschwerdemanagements
 - Durchführung von Arbeitsplatzevaluierungen und Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
- (6) Zur Sicherstellung der Ergebnisqualität hat sich jede PVE an den mit den regionalen KV-Trägern und den regionalen Ärztekammern zu vereinbarenden Evaluierungen und Patientenbefragungen zu beteiligen und die dafür notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.

§ 21 Verpflichtung zur Nutzung der Arbeitsmöglichkeiten aus dem e-card-System

Die PVE hat sich an das elektronische Verwaltungssystem der österreichischen Sozialversicherung (§§ 31a ff ASVG) anzuschließen und die in diesem System vorgesehenen Arbeitsmöglichkeiten gemäß den jeweils aktuellen gesamtvertraglichen Bestimmungen des e-Card-Gesamtvertrags, samt Zusatzvereinbarungen, sowie den einschlägigen jeweils aktuellen Regelungen der regionalen Gesamtverträge, zu verwenden.

§ 22 ELGA

Sofern in bundesweiten Gesamtverträgen oder Zusatzvereinbarungen, sowie in den einschlägigen jeweils aktuellen Regelungen der regionalen Gesamtverträge, Regelungen betreffend ELGA aufgenommen sind, gelangen diese auch für PVE zur Anwendung.

§ 23 Datenschutz

Hinsichtlich der Gewährleistung von Vertraulichkeit und Datenschutz in PVE wird auf die einschlägigen Bestimmungen, insbesondere auf das ÄrzteG, das DSGVO sowie die DSGVO in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

§ 24 Administrative Mitarbeit

- (1) Die PVE ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit ihrer Teammitglieder insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird. Bezüglich der administrativen Mitarbeit gelten darüber hinaus die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.
- (2) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der PVE auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt. Die für die ärztliche Tätigkeit notwendigen Vordrucke werden zwischen den Gesamtvertragsparteien vereinbart und der PVE vom Versicherungsträger kostenlos zur Verfügung gestellt. Die von den Versicherungsträgern elektronisch zur Verfügung gestellten Vordrucke werden hingegen gemäß den regionalen Regelungen von der PVE selbst erstellt.

§ 25 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch die PVE

Bezüglich der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 26 Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch die PVE

- (1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit von der behandelnden PVE festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem ärztlichen Dienst des Versicherungsträgers auf Grund eines Vorschlages der behandelnden PVE zu. Die PVE hat in der Regel am gleichen Tag, an dem sie die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, den Krankenstand dem Versicherungsträger elektronisch über die e-Card-Systemkomponente „eAUM“ zu melden.

- (2) Darüber hinaus gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 27 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger

Bezüglich der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherungsträger gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 28 Auskunftserteilung

Hinsichtlich der wechselseitigen Auskunftserteilung gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 29 Krankenaufzeichnungen

Die PVE führt für die in ihrer Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 30 Mutterhilfe

Die PVE ist zur Beratung der schwangeren Anspruchsberechtigten, ferner zur Ausstellung der erforderlichen Bescheinigungen zur Erlangung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sowie auf Verlangen des Versicherungsträgers zur Durchführung der Stillkontrolle verpflichtet.

§ 31 Krankenbesuch

Krankenbesuche sind von den PVE-Ärzten bzw. den dafür berechtigten Angehörigen von Gesundheitsberufen durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen der PVE nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche möglichst frühzeitig bei der PVE anzumelden.

§ 32 Betreuungsfälle

- (1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Versicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt die PVE die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem die PVE im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die vom Versicherungsträger

nach den Bestimmungen des Kriegsopferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

- (2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Versicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.
- (3) Personen, die auf Grund der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit, der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 und der Verordnung (EU) Nr. 1231 in der jeweils geltenden Fassung von einem österreichischen Versicherungsträger zu betreuen sind, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen. Bezüglich anderer zwischenstaatlicher Übereinkommen gilt dies nur, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die ärztliche Behandlung von der PVE übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

§ 33 Erweiterte Heilfürsorge

Bezüglich der erweiterten Heilfürsorge gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 34 Anstaltspflege und Beförderungskosten

Bezüglich der Anstaltspflege und den Beförderungskosten gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 35 Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen

- (1) Die PVE ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Die PVE wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen beachten. Sofern in regionalen Gesamtverträgen weitergehende Bestimmungen hinsichtlich der ökonomischen Verschreibeweise enthalten sind, gelten diese auch für PVE.

- (3) Um die Verpflichtung des Abs. 2 einhalten zu können, steht der PVE ein Ökotool über die Arztsoftware oder eine Webversion zur Verfügung. Die PVE ist verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung ihrer Heilmittel zu verwenden; und zwar in einer Version, die die wirkstoffgleichen und wirkstoffähnlichen Präparate und Biosimilars zum jeweils aktuellen Stand anzeigt.
- (4) Darüber hinaus gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 36 Nachweis der Anspruchsberechtigung

Hinsichtlich des Nachweises der Anspruchsberechtigung gelten die in den regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 37 Gegenseitige Vertretung - Stellvertretung

- (1) Die an der PVE beteiligten Ärzte vertreten einander nach Möglichkeit gegenseitig.
- (2) Für den Fall, dass eine gegenseitige Vertretung nicht möglich ist, ist eine Vertretung wie folgt zu organisieren:
 - a) Vertretung am Standort der PVE unter Haftung für die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen. Die vertretene PVE honoriert den Vertreter und rechnet mit dem Versicherungsträger tarifgemäß ab. Der Vertreter hat die Stampiglie der PVE zu verwenden und mit dem Zusatz „i.V.“ zu unterfertigen, oder
 - b) nach Information an die örtlich zuständigen Versicherungsträger (im Wege der zuständigen Ärztekammer) durch einen anderen Vertragsarzt, eine andere Vertragsgruppenpraxis oder eine andere PVE, mit dem bzw. der die Vertretung zuvor vereinbart worden ist. Die PVE hat die Anspruchsberechtigten in geeigneter Weise (z.B. mit Anrufbeantworter und durch Hinweise im Ordinationsbereich) auf die Vertretung hinzuweisen.

§ 38 Konsilium

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann ein in der PVE tätiger Arzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 39 Bestätigungen

Bezüglich der Ausstellung von allfälligen Bestätigungen gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 40 Vorbehandlung von Streitigkeiten im Schlichtungsausschuss

Bezüglich der Schlichtung gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 41 Gegenseitige Unterstützungspflicht

Bezüglich der gegenseitigen Unterstützungspflicht gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 42 Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst

Bezüglich der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst gelten die in regionalen Gesamtverträgen vereinbarten Regelungen.

§ 43 Sonderregeln für PVE-Netzwerke

- (1) Grundsätzlich gelten die Bestimmungen dieses Vertrages auch für PVE-Netzwerke.
- (2) Die örtlich zuständigen Versicherungsträger und die zuständige Ärztekammer haben die maximale Größe und den regionalen Zusammenhalt eines Netzwerkes zu definieren. Sie haben sich dabei danach zu orientieren, dass eine strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet sichergestellt ist.
- (3) Für den Fall, dass ein Netzwerk in einer anderen Rechtsform als einer Gruppenpraxis geführt wird, kann auf regionaler Ebene vereinbart werden, dass die Abrechnung nicht mit dem Träger, sondern mit den einzelnen Ärzten des Netzwerkes erfolgt.

§ 44 Übergangsbestimmungen

Die Bestimmungen dieses Gesamtvertrags gelten für alle PVE, die nach seinem Inkrafttreten in Vertrag genommen werden. Für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Pilotprojekte werden rechtzeitig vor Ablauf des Pilotzeitraumes auf regionaler Ebene Regelungen getroffen, die von diesem Gesamtvertrag abweichen können.

§ 45 Generalklausel

- (1) Über diesen Vertrag hinausgehende Regelungen können gem. § 342b Abs. 4 und Abs. 5 ASVG auf regionaler Ebene getroffen werden.
- (2) Sofern in diesem Vertrag bzw. in den regionalen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen nichts Anderes geregelt ist, sind auf die PVE sinngemäß die

Bestimmungen der regional gültigen Gesamtverträge in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden, um sachlich ungerechtfertigte Differenzierungen zwischen Einzelordinationen, Gruppenpraxen und PVE im Hinblick auf die kontinuierliche Patientenversorgung zu vermeiden.

- (3) Die Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind nach den Bestimmungen der diesbezüglichen Gesamtverträge durchzuführen.

§ 46 Kündigung

- (1) Der Primärversorgungsgesamtvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen und kann gemäß § 342b ASVG vom Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden. Mit Ablauf der Geltung dieses Gesamtvertrags erlöschen alle von seinem Geltungsbereich erfassten Primärversorgungsverträge.
- (2) Für den Fall der Kündigung kann der Hauptverband für die Versicherungsträger vorbehaltlich der Zustimmung der örtlich zuständigen Ärztekammer und des zuständigen Versicherungsträgers gemäß § 342c Abs. 13 ASVG hinsichtlich der ärztlichen Hilfe einen Primärversorgungs-Sondervertrag abschließen.
- (3) Betreffend die Kündigungen der Honorarvereinbarungen ist § 342b Abs. 4 ASVG zu beachten.
- (4) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrags werden die Vertragsparteien ohne Verzug Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrags aufnehmen.

§ 47 Verlautbarung


Dieser Gesamtvertrag und seine Änderungen werden auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer und im Internet unter www.ris.bka.gv.at veröffentlicht.


§ 48 Wirksamkeitsbeginn

Dieser Gesamtvertrag tritt mit 1. Mai 2019 in Kraft.

Wien, am 24. April 2019

Österreichische Ärztekammer
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte


VP MR Dr. Johannes Steinhart
Kurienobmann


Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger


Dr. Alexander Blach
Verbandsvorsitzender


Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

Wien, am 24. April 2019

Anhang 1: Versorgungsauftrag

7

Anhang 1: Versorgungsauftrag für teambasierte Primärversorgung

Dieser Versorgungsauftrag beschreibt die Aufgaben des jeweiligen gesamten Teams einer PVE, ohne sie – es sei denn, es ist ausdrücklich anders vorgesehen – einzelnen Mitgliedern der PVE zuzuweisen.

Basisaufgaben beschreiben jenes Spektrum der Primärversorgung, das gemäß Ausbildung und fachbereichsspezifisch in jeder PVE zu erbringen ist – es sei denn, diese Aufgaben werden bereits von anderen Versorgungseinrichtungen im örtlichen Versorgungsbereich der PVE erbracht. Zur Primärversorgung sind hier neben medizinischen auch organisatorische Aufgaben angeführt, die typische Primärversorgungsfunktionen (Versorgungskontinuität und -koordination) darstellen.

Spezielle Aufgaben gehen über das (Basis-)Aufgabenspektrum hinaus, erfordern zusätzliche Qualifikation und/oder Infrastruktur. Diese sind daher nach regionalen Erfordernissen der jeweiligen Primärversorgungseinheiten auf Landesebene festzulegen.

Ergänzende Kennzeichnung:

*: Sind Teil der Basisaufgaben die insbesondere aufgrund der Unterschiede zwischen den SV-Trägern nicht in jedem Bundesland Teil der derzeitigen Honorarordnungen sind. Sie sind daher nach regionalen Erfordernissen auf Landesebene in den jeweiligen Versorgungsaufträgen festzulegen

** : Diese Aufgaben werden von einer PVE erbracht, sofern für den Bereich der jeweils zuständigen Ärztekammer die Finanzierung dieser Aufgaben durch die zuständigen Stellen gesichert ist. Die Durchführung dieser Aufgaben fällt nicht unter SV-Recht.

1. Allgemeine Aufgaben der teambasierten Primärversorgung (Basisaufgaben)

Gesundheitskompetenz von PatientInnen stärken	Anleitung und Motivation zum Selbstmanagement im Umgang mit Erkrankungen
	Information und Beratung zu Gesundheitsdeterminanten, persönlichen Risikofaktoren und präventiven Maßnahmen
	Patientenzentrierte Gesprächsführung ¹ inkl. Herstellen und Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehung
Aufklären der PatientInnen	Kommunikation mit PatientInnen über Vorbereitung, Indikation, Durchführung und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen (Patientengespräch bzw. Gespräche mit Angehörigen. Information bzgl. Selbsthilfeeinrichtungen)
Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit	Koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Gesundheitsdiensteanbietern innerhalb der PVE
Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen	Administration
	Strukturierte Patientendokumentation (inkl. kodierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation)
Psychosomatik	Diagnostik, ggf. Therapie je nach Ausbildungsstand der PVE-TeilnehmerInnen und Weiterleiten
Rehabilitative Maßnahmen	Koordinierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung besonderer fachspezifischer Erfordernisse
Palliativversorgung	Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung, Koordination/Einbindung von PAL/HOS-Diensten, sofern verfügbar

2. Aufgabenprofil für teambasierte Primärversorgung (Basisaufgaben)

	Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
Basisaufgaben	Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein	Basisdiagnostik, Therapie und Nach- bzw. Verlaufskontrolle bei allen einfachen, episodenhaften Gesundheitsbeschwerden	Abschließende Behandlung unkomplizierter Infektionen
			Beurteilung von Symptomen und Beschwerden , Basisdiagnostik ¹ , ggf. abschließende Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf Neubildungen
			Abschließende Therapie von einfachen Verletzungen und ggf. Weiterleitung zur sozialen Diagnostik (Gewaltprävention und Opferschutz)
			Basisdiagnostik und ggf. Weiterleiten bei Verdacht auf (angeborene) Fehlbildungen
		Basischirurgie und Nachsorge nach Verletzungen bzw. Operationen	Kleine Eingriffe , u.a., Anlegen eines Stützverbands, Abnahme einer Fixation, Inzision oder Exzision an der Haut, Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen, Trepanation eines Nagels, Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut und chirurgische Akutbehandlung einer offenen Wunde, inkl. dafür notwendiger Anästhesieverfahren (Lokalanästhesie, Oberflächenanästhesie)
		Sofort- bzw. Akutlabor*	
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei medizinischer Notwendigkeit Aufsuchen der PatientInnen in deren Wohnumfeld Organisation/Koordination bedarfsspezifischer erforderlicher und verfügbarer aufsuchender Dienste aus dem (zuständigen) Gesundheits- und / oder Sozialbereich (z.B. mobile Pflege, Krisenintervention)
	Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von akuten Problemen bei chronisch Kranken	Leistungen analog zum Umfang für Akutfälle allgemein unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Grunderkrankung bzw. der Anforderungen bei Abweichung vom regelhaften Krankheitsverlauf

Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
	Basisdiagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle von akuten Problemen bei Menschen mit Behinderung	Leistung analog zum Umfang für Akutfälle allgemein unter besonderer Berücksichtigung der Behinderung
	Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste
Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen	Kontinuierliche Begleitung, fortgesetzte Betreuung, Anleitung und Behandlung nach "state of the art" von PatientInnen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankung(-en) in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/ Sonderfach	Statuserhebung und Bewertung unterschiedlicher Dimensionen des Gesundheitszustands inkl. Gesundheitskrisen und -ressourcen (= Multidimensionales - bio, psycho und soziales - Assessment)
		Diagnostik, Beratung, Therapie (inkl. Medikation, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen) und Verlaufskontrolle (inkl. Anpassen des Behandlungsregimes) bei spezialisiertem Versorgungsbedarf Weiterleiten
		Schmerzmanagement
		Strukturiertes Medikamentenmanagement (Verringern von Polypharmazie)
		Versorgung chronischer Wunden: Behandlung oder bei spezialisiertem Versorgungsbedarf Weiterleiten
		Verschreibung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln und ggf. Anleitung
		Management besonderer Therapieformen wie z.B.: Inhalationstherapie, zu- und ableitende Kathetersysteme, Sondennahrung, Inkontinenz, Stomaversorgung,...
		Integrierte zwischen Kammer und Kasse vereinbarte Versorgungsprogramme (z.B. Mitwirkung DMP)
		Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel / Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung)
		Anleitung zum selbstbestimmten Umgang mit Erkrankung (Empowerment)
		Hausbesuche und aufsuchende Dienste
Medizinisch-therapeutische Betreuung von PatientInnen in Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen*		
	Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste

Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
	Bereitstellen von verfügbaren Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von Menschen mit einer chronischen Erkrankung sowie multimorbiden PatientInnen	
Besondere Versorgungsanforderung bei Menschen mit psychischen Störungen	Identifizierung und Behandlung von PatientInnen mit psychischen bzw. psycho-somatischen Gesundheits-problemen bei Bedarf in Zusammenarbeit mit teamexternen Berufsgruppen/Einrichtungen mit PSY-Kompetenz² in allen Versorgungs-stufen	Leistung analog zum Umfang für Akutfälle allgemein sowie (Langzeit-) Versorgung chronisch Kranker unter besonderer Berücksichtigung der Anforderung psychisch beeinträchtigter PatientInnen
		Erkennen und ggf. Behandlung oder bei Bedarf Weiterleiten von PatientInnen mit Suchterkrankungen
		Erkennen und ggf. Behandlung oder bei Bedarf Weiterleiten von PatientInnen mit z.B. Schlafstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen, Essstörungen, psychotische Erkrankungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
		Erkennen und ggf. Therapie von PatientInnen mit psychosomatischen Erkrankungen oder bei Bedarf Weiterleiten
	Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe oder Dienste
Besondere Versorgungsanforderung bei Kindern und Jugendlichen	Basisdiagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle bei akuten Gesundheits-beschwerden und bei Bedarf Weiterleiten an und/oder Zusammen-arbeit mit FA KJUK, KJP und kinder-/jugend-spezifischen Einrichtungen in allen Versorgungs-stufen	Leistungen analog zum Umfang für Akutfälle allgemein sowie für Menschen mit psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung der Anforderung des Kindes- und Jugendalters
		Beurteilung des physischen und psychischen Entwicklungsstands ; Erkennen und ggf. Behandlung oder bei Bedarf Weiterleiten (z.B. stabile schwer kranke aber chronisch kranke Patienten - Verabreichung Depot-Präparate)
		Beurteilung von psychosozialen Auffälligkeiten , Basisdiagnostik, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen
	Langzeitversorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in enger Zusammenarbeit mit dem spezialisierten Fachbereich/ Sonderfach	Leistungen analog zum Umfang für (Langzeit)- Versorgung chronisch Kranker unter besonderer Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes
		Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung)
	Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf und medizinischer Notwendigkeit Aufsuchen der PatientInnen im Wohnumfeld
	Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Kinderschutzes

Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
		Bereitstellen von verfügbaren Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von Kindern und Jugendlichen insbes. mit einer chronischen und/oder psychischen Erkrankung bzw. mit Behinderung(en)
Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen	Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle geriatrischer PatientInnen³ unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse in Zusammenarbeit mit geriatrischen Einrichtungen in allen Versorgungsstufen	Geriatrisches Basis-Assessment: Erhebung u.a. des Status zu Mobilität, Ernährung, sozialem Leben, Stimmungslage, Schmerz und Selbsthilfefähigkeit
		Leistungen analog zum Umfang für Akutfälle allgemein sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen und psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung altersbedingter Veränderungen
		Beurteilung von psychosozialen Problemen , Basisdiagnostik, ggf. Therapie/Behandlung, bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen
		Basisdiagnostik bei Demenz , ggf. Therapie/Behandlung (z.B. MMSE- oder Uhren-Test), bei Bedarf Weiterleiten der PatientInnen (degenerative und psychiatrische Erkrankungen berücksichtigen)
		Schulung und Anleitung im Rahmen gesundheitsbezogener Problemstellungen (z.B. in Bezug auf Hilfsmittel/Heilbehelfe, Medikamente, Ernährung)
	Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf und bei medizinischer Notwendigkeit Aufsuchen der PatientInnen im Wohnumfeld
		Medizinisch-therapeutische Betreuung von PatientInnen in Pflegeheimen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen ; Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen*
Sicherstellen der psychosozialen und sozial-medizinischen Versorgung	Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste unter Berücksichtigung des Schutzes der persönlichen Freiheit und der körperlichen Integrität	
		Bereitstellen von verfügbaren Information, Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von alten Menschen , inkl. Beratung bezüglich Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht
Rehabilitative Therapie	Sicherstellen der bedarfsspezifischen rehabilitativen wohnortnahen Versorgung	Koordination verfügbarer bedarfsspezifisch erforderlicher verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste
		Bei Bedarf Aufsuchen und Unterstützung der PatientInnen im Lebensumfeld
Palliativversorgung	Verbesserung der Lebensqualität am Lebensende	Management bezüglich Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf
		Symptomkontrolle; Schmerzmanagement inkl. Schmerztherapie
		Unterstützung des Erhalts selbstbestimmten Lebens inkl. bestmöglicher Mobilität
	Hausbesuche und aufsuchende Dienste	Bei Bedarf Aufsuchen der PatientInnen im Wohnumfeld

Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
	Sicherstellen psychosoziale und sozial- medizinische Versorgung	Psychosoziale Unterstützung und Begleitung
		Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste
		Zusammenarbeit mit mobilem Palliativ-/Hospitzteam, sofern verfügbar
	Bereitstellen von verfügbaren Informationen. Anleitung und Beratung für PatientInnen sowie Familien/Angehörige/betreuende Personen von Menschen in ihrer letzten Lebensphase	
Prävention & Gesundheitsförderung	Präventive Maßnahmen betreffend allgemeine Gesundheitsrisiken	Vorsorgeuntersuchungsprogramme die zwischen der Ärztekammer und der Krankenversicherung vereinbart sind
		Früherkennung von Störungen des Bewegungsapparates (Fehlhaltungen, Dysbalancen,...)
		Impfberatung analog des österreichischen Impfplans
		Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten **
	Präventive Maßnahmen betreffend Risiken chronischer Erkrankungen sowie psychische und psychosomatische Gesundheitsrisiken	Identifizierung von und Beratung bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assoziierten Risiken (z.B.: Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes); ggf. Zuführung zu speziellen bestehenden Programmen und Angeboten
		Basisdiagnostik (z.B.: FRAX ¹ ab dem mittleren Lebensalter) und Beratung bei Risikogruppen für Osteoporose
	Präventive Maßnahmen betreffend geriatrische Gesundheitsrisiken	Beratung und Unterstützung insbesondere in Bezug auf Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Demenz, Fehl- bzw. Mangelernährung
	Identifikation von Gesundheitsressourcen und aktiven Unterstützung und Befähigung von Individuen, Gruppen und Familien. Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern	Unterstützung im Selbstmanagement (medizinisch, sozial, emotional)/Anleitung in Selbstversorgung , Motivation/Empowerment
Gesundheitskompetenz von Individuen, Gruppen und Familien stärken	Kontinuierliche Unterstützung in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz	

Leistungsbereich	Leistungsumfang	Konkretisierung
	Mitwirkung an populations-bezogenen und zielgruppen-spezifischen regionalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -programmen [*]	Angebote u. a. zu adäquater Bewegung & Ernährung, psychosozialem Wohlbefinden für unterschiedliche Zielgruppen unter Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten [*]
Familienplanung Schwangerschaftsberatung Säuglingsuntersuchung	Beratung hinsichtlich Verhütung und Familien-planung, in Zusammen-arbeit mit den Fachbereichen GGH und URO	Kontrazeption ^{**}
		Fertilität/Sterilität ^{**}
	Sonderleistungen Mutter-Kind-Pass ⁵	Schwangerschaftsberatung ^{**} Durchführung der Untersuchungen gemäß Mutter-Kind-Pass nach fachlichen Qualifikationen
¹ Basisdiagnostik inkludiert Stuserhebung: allgemein, fachspezifisch, berufsgruppenspezifisch inkl. Apparativer Diagnostik (Messen von Fieber, Puls, Blutdruck, etc.); Anamnese: allgemein problemabhängig, Sozial-/Berufsanamnese, bei Bedarf Pflegeanamnese		
² PSY-Kompetenz: lt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung abgedeckt durch FÄ für PSY, KJP, ÄrztInnen mit PSY-III-Diplom (soweit nicht in Grundausbildung enthalten), PsychotherapeutInnen sowie Gesundheits- und Klinische PsychologInnen		
³ "Geriatrische PatientInnen" werden nach der Definition der zentraleuropäischen Arbeitsgemeinschaft Geriatrisch-Gerontologischer Gesellschaften (1990) bestimmt. Darin ist dieser "ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im Rahmen von chronischen und akuten Erkrankungen zusätzlich gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somato-psychischer und psychosozialer Hinsicht besteht". Hinzu kommen im klinischen Alltag die häufig atypische Symptompräsentation, verlängerte Krankheitsverläufe und Rehabilitationszeiten, eine vielfach veränderte Reaktion auf Medikamente in Kombination mit Gebrechlichkeit (Frailty), Fehl-/Mangelernährung, Inkontinenz, Stürzen, kognitiven Einschränkungen sowie interventionsbedürftigen psycho-sozialen Symptomen (Quelle: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie, Juni 2014).		
⁴ FRAX: WHO Fracture Risk Assessment Tool, computer-basierter Algorithmus zur Berechnung des Risikos, in den folgenden zehn Jahren eine Osteoporose-bedingte Fraktur zu erleiden.		
⁵ Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder (bis zum 5. LJ).		

3. Aufgabenprofil für teambasierte Primärversorgung (Spezielle Aufgaben)

Spezielle Aufgaben	Öffentliche Gesundheitsaufgaben**	Amtliche Totenbeschau**	Arzt/Ärztin AM
		Begutachtung und Beurteilung, ob eine Aufnahme wider Willen in psychiatrische KA gerechtfertigt ist (Unterbringung ohne Verlangen)**	
		Begutachtungen auf Haftfähigkeit außerhalb von Justizvollzugsanstalten oder polizeilichen Anhaltezentren**	
		Kurative Versorgung von kurzfristig Inhaftierten außerhalb der Anhaltezentren**	
		Beurteilung Fahrtauglichkeit gemäß §5StVO**	
		Mitwirkung bei Management von Infektionskrankheiten und Epidemien, Tuberkulosedagnostik**	Kernteam
	Substitutionstherapie		PV-Team
	Traumatologische Basisversorgung	Traumaversorgung in Zusammenarbeit mit Radiologie und ggf. Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Traumatologie (inkl. Röntgen und Gipsversorgung).	
	Basischirurgie und Nachsorge nach Operationen	Größere Eingriffe: u.a. Inzision oder Exzision an der Haut inkl. allfälliger Dehnungsplastik, Nagelkeilexzision, Nagelextraktion, Bohrdrahtentfernung, Anlegen oder Wechsel eines Vakuumverbandes	
	Kardiologie Diagnostik	Leistungen: u.a. Ergometrie, Langzeit-Blutdruckmessung	
Pulmologische Diagnostik	Leistungen: u.a. Spirometrie		
Behandlung chronischer Wunden	Erstbegutachtung durch DGKP und Arzt, Festlegen des Therapieplans, Lokalthherapie der Wunde(n) durch DGKP inklusive regelmäßigen ärztlicher Begutachtung; Anlegen oder Wechsel eines Vakuumverbandes, chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde		
Sonographische Diagnostik*	Leistungen: u.a. Sonographie des Oberbauches und des Retroperitoneums, Sonographie des Unterbauches		
Physikalische Therapie	Leistungen: u.a. Elektrotherapie, Ultraschalltherapie, Wärme- oder Kältetherapie		
Ernährungsberatung			

4. Organisatorische Aufgaben in der teambasierten Primärversorgung (Basisaufgaben)

Organisatorische Aufgaben	Konkretisierung
Lotsenfunktion für PatientInnen	Planung, Koordination und Monitoring des erforderlichen Versorgungsprozesses - indikationsbezogene Fallführung
	Organisiertes Weiterleiten an weitere/geeignete Versorgungseinrichtungen (inkl. Zuweisung)
	Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Nahtstellenmanagement)
	Kooperation & Koordination der Gesundheits- und Sozialberufe inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit
	Vernetzung mit anderen Versorgungspartnern
	Informationsaustausch durch standardisierte Dokumentation und Kommunikation inkl. Team- und Fallbesprechung
	Telefonberatung entsprechend den rechtlichen Rahmenbedingungen
Administrative Aufgaben zur Unterstützung der Lotsenfunktion	Verwaltung, Organisation & Wartezeitenmanagement, Führen von Erinnerungssystemen (entsprechend dieses Gesamtvertrag)
	Entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf Terminorganisation bei Weiterleitung an andere Versorgungspartner/ -einrichtungen
	Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen für den jeweilig erforderlichen Versorgungspartner unter Berücksichtigung des Datenschutzes
	Elektronische, multiprofessionell zu nutzende Patientendokumentation unter Berücksichtigung des Datenschutzes (z.B.: Zugangsberechtigungen)

5. Spezielle Aufgaben des erweiterten PV-Team

Folgende Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sind hier insbesondere eingeschlossen: Ärzte und Ärztinnen der Kinder- und Jugendheilkunde, Hebammenhilfe, klinische Psychologie, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie sowie Sozialarbeit.

Die Ausgestaltung der spezifischen Aufgaben dieser Berufsgruppen wird nach regionalem Bedarf und nach Maßgabe gesicherter Finanzierung vereinbart.