

Gesamtvertragliche Vereinbarung gemäß § 342b Abs 4 und 5 ASVG zur Primärver- sorgung im Bundesland Salzburg,

abgeschlossen zwischen **Ärzttekammer für Salzburg**, Kurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden ÄKS) und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung von und Wirksamkeit für die:

- Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK; ab 01.01.2020: ÖGK; im Folgenden ASVG-KVT genannt),
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (ab 01.01.2020: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau),
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (ab 01.01.2020: . Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau),
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (ab 01.01.2020: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen),
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (ab 01.01.2020: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen).

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

§ 1 Quantitatives Leistungsangebot

- (1) ÄKS und ASVG-KVT vereinbaren, im Rahmen des RSG und Stellenplanes, im Einvernehmen Vertragsgruppenpraxen zur Bildung von Primärversorgungseinrichtungen (PVE/Zentrum) sowie Einzelvertragsinhaber außerhalb der Landeshauptstadt und der Bezirkshauptstädte, die ein Netzwerk entsprechend den Bestimmungen dieser Vereinbarung (siehe insbesondere §§ 5 und 8) bilden wollen, einzuladen, und zwar in der Versorgungsregion 51 für zumindest 3 und in der Versorgungsregion 52 für zumindest 2 PVE. Mit gesonderter Zustimmung von ÄKS und ASVG-KVT können - insbesondere übergangsweise mit dem Ziel der Überführung in ein Zentrum – in den Städten befristet Netzwerke gebildet werden, sowie dann, wenn

ein PVE-Netzwerk aufgrund der besonderen Verkehrsverhältnisse über die Stadtgrenze hinaus geschaffen werden soll. Diese PVE sollen bis spätestens 01.01.2021 ihren Betrieb aufnehmen. Es erfolgt bis 31.12.2021 keine ersatzweise Invertragnahme von Ambulatorien (dieser Zeitpunkt verschiebt sich, sollten die PVE ihren Betrieb später aufnehmen).

- (2) Je PVE wird im Rahmen der im Stellenplan insgesamt für PVE vorgesehenen zusätzlichen VZÄ bei Bedarf die Option einer Erweiterung der bestehenden VZÄ eingebrachter Einzelverträge um 0,5 VZÄ eingeräumt. Bedarf besteht bei Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahlen pro VZÄ. Auch bei Nichtvorliegen eines solchen zusätzlichen Bedarfs bleibt das Recht unberührt, gemäß dem Gruppenpraxis-Gesamtvertrag bzw der gesamtvertraglichen Vereinbarung gemäß § 342e ASVG eine/n weitere/n Gesellschafter/in die Gruppenpraxis aufzunehmen bzw eine/n Ärztin/Arzt anzustellen.
- (3) Die Primärversorgungsverträge werden für eine Mindestdauer von 5 Jahren (für Netzwerke 7 Jahre) abgeschlossen. Erfolgt danach eine Auflösung, lebt der bzw leben die unmittelbar vor ihrer Gründung bestandene(n) Einzelverträge der Gruppenpraxen bzw Einzelpraxen der PVE-Ärzte wieder auf. Hinsichtlich PVE-Ärzten, die keinen Einzelvertrag hatten, wird ergänzend zu § 7 Abs 3 PVE-GV vereinbart, dass diese im Einvernehmen von ÄKS und ASVG-KVT von einem Einzelvertragsinhaber nach Wiederaufleben gemäß den Bestimmungen der bundesweiten gesamtvertraglichen Vereinbarung gemäß § 342e ASVG über die Anstellung von Ärzten beschäftigt werden können. Der ASVG-KVT kann die Beteiligung von VertragsärztInnen ablehnen, wenn aufgrund ihres Alters die Erfüllung der Mindestdauer nicht zu erwarten ist.

§ 2

Qualitatives Leistungsangebot

- (1) Das qualitative Leistungsangebot einer PVE richtet sich nach dem PVE-GV, dem Aufgabenprofil für (teambasierte) PVE im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und dem entsprechend vorzulegenden und vom ASVG-KVT - hinsichtlich der gemäß § 5 Abs. 2 PVE-GV im Primärversorgungsvertrag zu vereinbarenden Teile - akzeptierten Versorgungskonzept (Muster: Anlage1).

Nach Herstellung des entsprechenden Einvernehmens wird die PVE bei der Umsetzung von Maßnahmen der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz mit deren jeweiligen Kostenträgern zusammenarbeiten, mit u.a. der Zielsetzung der Mitwirkung an zumindest 1 Veranstaltung pro Jahr oder selbst eine durchzuführen. Sofern im Versorgungskonzept vorgesehen, wird im PVE-Team für das Vorhandensein von Kompetenzen in patientenzentrierter Gesprächsführung und für Beratungsangebote betreffend lebensstilassoziierte Risiken gesorgt. Zudem ist die PVE verpflichtet am DMP „Therapie Aktiv –

Diabetes im Griff“ teilzunehmen. Nach Ablauf von drei Jahren soll eine Mindesteinschreibungsquote von 55 % (gemessen an jenen StammpatientInnen, die orale Antidiabetika nehmen) erreicht werden

- (2) Das Kernteam besteht neben den allgemeinmedizinischen Gesellschaftern/ Gesellschafterinnen aus der medizinischen Ordinationsassistenz (MAB) und einer diplomierten Krankenpflegeperson (DGKP), die grundsätzlich ganztägig zur Verfügung steht. Darüber hinaus sind weitere Ressourcen im Gesamtausmaß von grundsätzlich 1 VZÄ (abhängig vom umliegenden Leistungsangebot) aus dem Kreis der Gesundheitsberufe Physiotherapeut/in, Psychotherapeut/in, Sozialarbeiter/in, Diätologe/Diätologin, Ergotherapeut/in, Logopäde/Logopädin in das Versorgungskonzept verbindlich und strukturiert einzubinden, was einerseits die Verfügbarkeit dieser Behandlungsressourcen durch das PVE und andererseits die strukturierte Einbindung in die Gesamtbehandlung (zB Teambesprechungen) erfordert.

Für **kurzzeitige psychotherapeutische Interventionen** für PatientInnen, die sich nicht bereits in Psychotherapie befinden (bis zu 10 Sitzungen pro PatientIn und Jahr) können für die ärztlich angeordnete Erbringung durch angestellte voll berufsberechtigte PsychotherapeutInnen folgende Positionen verrechnet werden:

Pos 376P – Psychotherapeutische Sitzung mind. 30 Minuten in höchstens 2%,

Pos 377P – Psychotherapeutische Sitzung mind. 60 Minuten in höchstens 9%,

Pos 378P – Psychotherapeutische Gruppensitzung 90 Minuten (pro Teilnehmer) in höchstens 5% der FP1Z bzw FP1N. (Der Aufwand für diese Positionen bleibt bei der Benchmarkermittlung außer Betracht.)

Physikalische Therapie durch angestellte* berufsberechtigte PhysiotherapeutInnen für PatientInnen, die nicht bereits Physiotherapie erhalten (insbesondere akute Fälle und Fälle, in denen der erforderliche Bedarf für die Verordnung zur Erbringung außerhalb der PVE nicht abschätzbar und laufend zu überprüfen ist), kann auf ärztliche Anordnung ohne chefärztliche Bewilligung mit der

Pos. **PT45** in höchstens 11% bzw **PT60** in höchstens 3% der FP1Z bzw FP1N verrechnet werden. Der Tarif für PT45 wird mit € 41,89**, für PT60 mit € 55,44** festgelegt. Diese Position ist (auch in Netzwerken) für PatientInnen am selben Tag nicht gemeinsam mit einer der Pos. 431 bis 438 verrechenbar. Für die Pos. 376P, 377P, 378P, PT45, PT60 und PTFB erfolgt ein Jahresausgleich zwischen Quartalen, in den das Limit unter- und überschritten wurde.

*Dies gilt (unter Widerrufsvorbehalt) analog für die verbindliche und strukturierte Einbindung eines/einer niedergelassenen Physiotherapeuten/Physiotherapeutin („Kooperationsvereinbarung“), sofern der/die Physiotherapeut/in für die PatientInnen der PVE ausschließlich Sachleistungen erbringt und zusätzlich (auf eigene Rechnung, auch an einem anderen Standort) keine Krankenbehandlung gegen Privathonorar. Der/die Physiotherapeut/in schließt den Behandlungsvertrag für die PVE ab (zuzahlungsfreie Leistungserbringung und Haftung, wie wenn die Leistung in der PVE durch deren Angestellte erbracht würde). Die Abrechnung mit der Kasse erfolgt nur durch die PVE; die Entlohnung der Dienstleistung ist im Innenverhältnis

zu regeln. (Diese Regelung kann von der Kasse mit einer Frist von 2 Monaten zum nächsten Quartalsende aus wichtigem sachlichen Grund widerrufen werden, insbesondere, wenn die vorstehenden Bedingungen nicht eingehalten werden.)

Darüber hinaus sind ab 01.01.2022 folgende Positionen verrechenbar:

Physiotherapeutische Gruppenbehandlung, 60 Minuten (reine Behandlungszeit zuzüglich Vor- und Nachbereitung):

PTG3: 3 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 26,00**

PTG4: 4 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 22,00**

PTG5: 5 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 19,00**

PTG6: 6 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 17,00**

PTG7: 7 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 14,50**

PTG8: 8 Teilnehmer (egal wer Kostenträger ist), je ÖGK-Teilnehmer € 13,50**

PTHB – Zuschlag Hausbesuch Physiotherapeut/in, € 22,00** nur verrechenbar, wenn der/die Pati-ent/in aufgrund seines/ihrer Gesundheitszustandes auch mit Begleitung nicht in der Lage ist, die Praxis aufzusuchen. Werden am selben Tag in einer Einrichtung oder einem Gebäudekomplex mehrere Pati-entInnen betreut, gebührt die Position nur einmal und ist bei jenem/jener Patienten/PatientIn zu verzeichnen, der/die als erste/r behandelt wird.

Die Position wird rückwirkend ab 01.07.2021 mit einem Tarif von € 19,04 honoriert.

PTFB - Eingehende (zumindest 15- minütige) Fallbesprechung des in der Vertragsordination be-schäftigten Physiotherapeuten (der Aufwand des Arztes ist mit unserem Fallpauschale 2 abgedeckt) mit dem verordnenden Vertragsinhaber, € 12,50** verrechenbar für Patienten, die in der Vertragsordination Physiotherapie einschließlich Bewegungstherapie erhalten, einmal pro Tag, höchstens 2mal pro Patient und Quartal und insgesamt in 5%* der Gesamtzahl der honorierten Pos. PT45 und PT60. (*das Limit entspricht 20% der Patienten, die physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, und ist kalenderjährlich anzupassen, wenn im Vorjahr der Durchschnitt der Anzahl der PT45 und PT60 je Patient, der zumindest eine solche Sitzung erhalten hat, die Zahl 4 um mehr als 0,5 über- oder unterschreitet).

**Diese Tarife werden ab 2023 entsprechend dem Punktwert für die Pos.4611 ff angepasst.

Die Leistungen angestellter DiätologInnen können mit den Pos. 349 und 350 abgerechnet werden; das Limit wird einvernehmlich bedarfsgerecht angehoben.

Bei Bedarf können im Primärversorgungsvertrag allfällige Leistungen von ErgotherapeutInnen, LogopädInnen oder Hebammen (mit dem ASVG-KVT) vereinbart werden sowie Leistungen der Sozialarbeit und des öffentlichen Gesundheitsdienstes (mit dem Land bzw zuständigen Rechtsträger).

Pos. PVis - Visite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP) des PVE-Teams auf ärztliche Anordnung, € 40. Die PVis unterliegt dem gemeinsamen Limit mit den Pos.067 und 061 (siehe dort), wobei eine Limitüberschreitung zuerst die PVis und PVisH betrifft. Es gelten folgende Voraussetzungen:

- Jede Visite muss medizinisch notwendig, also ein Aufsuchen der Praxis aufgrund des Zustandes des Patienten unzumutbar sein.
- Keine Verzeichnung für Anspruchsberechtigte, die eine gemeinsam von Land und Sozialversicherung finanzierte Hauskrankenpflege erhalten (der ASVG-KVT wird dies anhand eines vom Land bereitzustellenden Datenträgers nach Ablauf jedes Kalenderjahres prüfen). Sollte eine Visite durch die DGKP des PVE deshalb erforderlich sein, weil sie trotz medizinischer Notwendigkeit bzw Dringlichkeit nicht oder nicht rechtzeitig im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege erbracht wurde/wird, ist im begründeten Einzelfall folgende Position zu verzeichnen:

PVisH – Visite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP) bei Patient/in in medizinischer Hauskrankenpflege, € 40,00

und im Begründungsfeld anzugeben, welche Leistung von der Medizinischen Hauskrankenpflege nicht bzw nicht rechtzeitig erbracht wurde.

- Keine Verzeichnung bei Erbringung in Einrichtungen, die für ihre Bewohner eine pflegerische Betreuung vorzuhalten haben (zB Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Rehabilitationseinrichtungen, Kurhäuser, Genesungsheime).
- Keine Verzeichnung für Anspruchsberechtigte, auf die bei Erbringung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin der PVE eine Pos. 061 bis 06402 anzuwenden wäre.
- Grundsätzlich keine Verrechnung an Tagen, für die auch eine ärztliche Visite verrechnet wird (Ausnahmen müssen entsprechend begründet werden).

Pos. MVisP – Mitvisite durch diplomierte Pflegeperson (DGKP), € 14,00, verrechenbar zusätzlich zur Pos PVis und nur dann, wenn bei Erbringung als erste Visite die Verrechnung einer Pos. PVis nicht ausgeschlossen wäre. Die Position gebührt insgesamt in höchstens 20% der im jeweiligen Quartal honorierten Pos. PVis. (Siehe auch § 27 Abs 1 des kurativen Gesamtvertrages.)

- (3) Andere als in Abs 2 angeführte Leistungen, die gemäß § 16 Abs 2, 1. Satz des kurativen Ärzte-Gesamtvertrages vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin selbst zu erbringen sind, können von nichtärztlichen Teammitgliedern der PVE unter ärztlicher Anordnungs- und Aufsichtsverantwortung im Rahmen des berufsrechtlich Zulässigen erbracht und von der PVE nach dieser Vereinbarung und der vertragsärztlichen Honorarordnung abgerechnet werden.
- (4) Jede Veränderung bei Teammitgliedern, die berufsrechtlich eigenberechtigt am Patienten tätig sind und deren Leistungen über die PVE verrechnet werden, ist zwi-

schen der PVE und dem ASVG-KVT in der Form zu vereinbaren, dass die betreffende Person spätestens einen Monat vor Aufnahme dem ASVG-KVT bekanntgegeben wird; der ASVG-KVT kann binnen 14 Tagen dagegen begründete Einwände (insbesondere aus fachlichen Gründen oder wegen mangelnder Vertrauenswürdigkeit) erheben. Solange die Einwände nicht ausgeräumt sind, darf die Person nicht für die Erbringung von Vertragsleistungen verwendet werden.

- (5) Die im PVE tätigen nichtärztlichen Gesundheitsberufe dürfen im Rahmen des Leistungsspektrums der Krankenversicherung an Standorten der PVE keinesfalls gegen Privathonorar tätig sein; darüber hinaus hat außerdem im Einzugsgebiet eine Auslagerung von PVE-PatientInnen auf Privathonorarbehandlungen (und Kostenerstattungen) zu unterbleiben. Reine Privatleistungen (außerhalb des Leistungsspektrums der PVE und der Krankenversicherung) bleiben nach vorheriger Aufklärung der PatientInnen möglich. (Für ÄrztInnen gelten die Regelungen des kurativen Gesamtvertrages bzw Gruppenpraxis-Gesamtvertrages.)

§ 3

Öffnungszeiten/Erreichbarkeit

- (1) Grundsätzlich gelten betreffend Öffnungszeiten und Erreichbarkeit die Bestimmungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages, wobei mit der einzelnen PVE für bestimmte (insbesondere Urlaubs-) Zeiten abweichende Regelungen getroffen werden können. Die interne Planung und das Versorgungskonzept haben vorzusehen, dass während der gesamten Öffnungszeit zumindest ein/e ärztliche/r Gesellschafter/in anwesend ist, wobei in Ausnahmefällen (wie Krankheit, Fortbildung und längeren Urlauben) mit Zustimmung des ASVG-KVT davon abgegangen werden kann.
- (2) Die PVE hat dem ASVG-KVT jene konkrete(n) Person(en) bekanntzugeben, die als Ansprechpartner für Angelegenheiten im Zusammenhang mit diesem Vertrag (medizinische, administrative oder Abrechnungsbelange) zur Verfügung stehen.

§ 4

Auswahl

- (1) PVE Standorte werden aus bestehenden Strukturen (§ 2-Einzel-/Gruppenpraxen) entwickelt, um Parallel- und Doppelstrukturen zu vermeiden, wobei im Stellenplan vorgesehene VZÄ im Einvernehmen zwischen ÄKS und ASVG-KVT bedarfsorientiert für die Erweiterung bestehender Einzel- und Gruppenpraxen verwendet werden.
- (2) Der ASVG-KVT lädt im Einvernehmen mit der ÄKS zur Schaffung der in § 1 Abs 1 vereinbarten PVE einer konkret definierten Region bzw. Gemeinde, die dort bestehenden § 2-EinzelvertragsärztInnen oder § 2-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin

ein, sich unter Vorlage des Versorgungskonzepts für die Invertragnahme als PVE (Gruppenpraxis als Zentrum oder Netzwerk) zu bewerben.

- (3) Darüber hinaus können mindestens drei § 2-EinzelvertragsärztInnen für Allgemeinmedizin einer Gemeinde oder definierten Region (mehrerer benachbarter Gemeinden) gemeinsam oder eine bestehende § 2-Vertragsgruppenpraxis für Allgemeinmedizin unter Vorlage eines schriftlichen Versorgungskonzepts um eine Invertragnahme als PVE ansuchen.
- (4) In der Einladung und in der Information über die Möglichkeit des Ansuchens für einen PVE-Vertrag gem. Abs 3 werden zwingende Kriterien festgelegt, deren Nichterfüllung zur Nichtberücksichtigung der Bewerbung führt. Letzteres gilt auch, wenn dem Team Personen angehören, die nicht vertrauenswürdig sind (zum Beispiel weil sie von einem Versicherungsträger wegen schwerer Vertragsverletzungen gekündigt wurden) und trotz Hinweises des ASVG-KVT nicht unverzüglich ausgetauscht werden.
- (5) Einladungen und die Information über die Möglichkeit des Ansuchens für einen PVE-Vertrag gem. Abs 3 sowie das Bewertungsschema (Anlage 2) werden auf den Homepages von ÄKS und ASVG-KVT kundgemacht. Die Bewerbungen bzw Ansuchen sind bei der ÄKS einzubringen. Die ÄKS hat binnen 3 Wochen das Vorliegen der formalen Voraussetzungen zu prüfen und die Unterlagen mit ihrer Beurteilung dem für die Auswahl zuständigen ASVG-KVT zu übermitteln.
- (6) Sofern mehrere Ansuchen auf Invertragnahme gestellt werden, erfolgt die Vergabe eines Primärversorgungsvertrages aufgrund einer Punktereiheung der nachstehenden Kriterien. Die Kriterien sind in drei Cluster zusammengefasst (qualitatives Leistungsangebot/ Patientenorientierung/ Wirtschaftlichkeit iSd § 7 Abs 4 [altersstandardisierter Benchmark]), die gemäß der Tabelle in Anlage 2 entsprechend der zugeordneten Kriterien bepunktet werden. Die Punktesumme der Cluster entscheidet über die Reihung; bei Gleichstand entscheidet die höhere Punktesumme der einzelnen Kriterien. Sollte auch dann noch Gleichstand bestehen, entscheidet die von der ÄKS für alle ÄrztInnen der Bewerberteams ermittelte Punktesumme gemäß § 3 Abs 6 Z. 4, 5 und 8 (fachliche Qualifikation) der gesamtvertraglichen Reihungsrichtlinie geteilt durch die Anzahl der VZÄ.
- (7) Für die Nachbesetzung eines/einer einzelnen ausgeschiedenen Gesellschafters/Gesellschafterin gelten die bestehenden Regelungen des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages.
- (8) Eine Invertragnahme kann nur im Einvernehmen zwischen ASVG-KVT und ÄKS erfolgen. Kommt das Einvernehmen nicht zustande, entscheidet den Streit über die Auswahl der PVE (die Anwendung des Gesamtvertrages) die Landesschiedskommission und im Streit zwischen ASVG-KVT und PVE über die Nachbesetzung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin bzw Netzwerkarztes/Netzwerkärztin die

Paritätische Schiedskommission, ob die Einwände des ASVG-KVT gegen die Person des/der Bewerbers/Bewerberin sachlich gerechtfertigt sind.

§ 5

Besondere Voraussetzungen für PVE-Netzwerke

- (1) Zu einem Netzwerk können sich nur VertragsärztInnen für Allgemeinmedizin (zumindest 3 VZÄ) grundsätzlich (s § 1 Abs. 1) außerhalb der Landeshauptstadt bzw der Bezirkshauptstädte zusammenschließen, deren Ordinationssitze mit Individualverkehr (Messung nach google.maps zur Tageszeit) nicht weiter als 15 Minuten entfernt liegen und überdies mit öffentlichen Verkehrsmitteln zueinander, somit für die PatientInnen bei wechselseitiger Vertretung, gut erreichbar sind. Größere Entfernungen aufgrund besonderer geographischer Verhältnisse und fehlender Alternativen können im Einvernehmen von ÄKS und ASVG-KVT genehmigt werden. VertragsärztInnen im selben Gebäudekomplex können sich nicht zu Netzwerken, sondern nur zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen, die dann in entsprechender Entfernung auch entweder weitere Standorte betreiben oder ein Netzwerk mit weiteren VertragsärztInnen bilden kann.
- (2) Hinsichtlich der Mindestordinationszeiten gelten je Netzwerkarzt/ärztin die Regelungen des § 1 Abs 1 Z. 10 der Reihungsrichtlinie (Anhang A zu § 4 des kurativen Gesamtvertrages), die im Netzwerk so abzustimmen sind, dass das Netzwerk § 3 Abs. 1 erfüllt; (bei mehr als 3 VZÄ beträgt die Netto-Öffnungsdauer je Wochentag mindestens 9 Stunden).
- (3) Die EDV-Vernetzung muss vor der Ausschreibung von Kammer und ASVG-KVT einvernehmlich festgelegten Standards entsprechen.
- (4) Der ASVG-KVT kann den Ausschluss von NetzwerkarztInnen verlangen, die das Versorgungskonzept nach dem PVE-GV und dieser Vereinbarung ungenügend erfüllen. Bei einer Unterschreitung von 3 VZÄ endet das Netzwerk, es sei denn, der ungedeckte Versorgungsbedarf wird im Einvernehmen mit ÄKS und ASVG-KVT gemäß den Regelungen der gesamtvertraglichen Vereinbarung über den Einsatz von angestellten Ärzten nach § 47a ArztG abgedeckt. Offene Forderungen werden auf die vormaligen VZÄ-InhaberInnen aufgeteilt.

§ 6

Zustimmungserklärung zum PVE-Angebot und Verhaltenszusage von PVE-PatientInnen

- (1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung legt ein besonderes Augenmerk auf eine umfassend koordinierte und verbindliche integrierte Versorgung sowie die Versorgung chronisch kranker, multimorbider und geriatrischer Patientinnen/Patienten.

Diese besondere Koordinationstätigkeit der PVE als wohnortnahe Erstanlaufstelle in der medizinischen Versorgung dient auch einer höheren Kosteneffektivität (insb. Spitalsentlastung, Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen oder medizinisch nicht erforderlichen Inanspruchnahmen fachärztlicher/technischer Leistungen und Koordination der Sachmittelbezüge). Die PVE soll ihre PatientInnen dafür gewinnen, bei medizinischen Problemen primär die PVE aufzusuchen, die die Notwendigkeit weiterer Untersuchungs- und Behandlungsschritte fachlich beurteilt und die Verordnung von Sach- und Dienstleistungen abstimmt. Dafür wird eine freiwillige besondere Patienten-Zustimmungserklärung (Anlage 3) verwendet. Der ASVG-KVT kann das Vorliegen der Zustimmungserklärungen überprüfen.

- (2) Beim Umfang der Krankenbehandlung, der Vorsorge- und MKP-Untersuchung sind PatientInnen mit und ohne Zustimmungserklärung gleich zu behandeln.

Leistungen der Krankenbehandlung, die der PVE gesondert eingeräumt wurden (s. § 2 Abs 2: insbesondere Physiotherapie, Psychotherapie, die von AllgemeinmedizinerInnen außerhalb von PVE nicht verrechenbar, sondern auf Zuweisung/Verordnung von anderen Leistungsanbietern zu erbringen sind) und nur begrenzt verfügbar sind, sollen bei gleichwertigem Bedarf (Schwere der Erkrankung, Dringlichkeit) primär PatientInnen mit Zustimmungserklärung zur Verfügung stehen.

Leistungen der Gesundheitsvorsorge und Prävention, die Gegenstand des Versorgungsauftrages sind, können PatientInnen ohne Zustimmungserklärung dann und insoweit angeboten werden, als sie von PatientInnen mit Zustimmungserklärung trotz Angebotes zu diesem Zeitpunkt nicht in Anspruch genommen werden.

Es ist zulässig aber nicht verpflichtend, **zusätzliche Serviceangebote**, die den gesetzlichen Leistungsanspruch nicht schmälern und von AllgemeinmedizinerInnen außerhalb von PVE vertraglich grundsätzlich nicht geschuldet sind, wie zB

- ein patientenfreundliches Terminmanagement (schnellere Terminfindung mit kooperierenden Fachärzten, anderen Gesundheitsberufen sowie Online-Terminvereinbarung) außerhalb der hausärztlichen Koordinationstätigkeit gemäß Pos. 055,
- Kommunikationsservice in Richtung ASVG-KVT (insbesondere im Zusammenhang mit der Einholung von Bewilligungen, Krankenständen) über die im Gesamtvertrag vorgesehenen Standards hinaus,
- ein umfassendes Management bei sozialmedizinischen Fragestellungen (etwaige Koordinierungsfunktion),
- Einladung und Beratung zu anderen als vertraglich geregelten Impfungen, bevorzugt PatientInnen mit Zustimmungserklärungen anzubieten. Die PVE informiert ihre PatientInnen in geeigneter Weise (Aushang oder Folder) über diese Serviceangebote.

- (3) Sollte die PVE bzw ein/e Netzwerkarzt/-ärztin von einer Verminderung des Limits für das FP2 (§ 7 Abs 3) betroffen sein, stellt ihr/ihm der ASVG-KVT auf Anforderung

einmal im Jahr eine Liste jener PatientInnen zur Verfügung, für die im abgelaufenen Jahr in zumindest 2 Quartalen das FP2 abgerechnet wurde, die nicht aus der Vergleichsrechnung ausgeschieden worden waren (5% teuerste oder verstorbene Patienten) und deren Gesamt-Kosten (exklusive Kosten, die durch Zuweisung der PVE entstanden sind) für die Inanspruchnahme von Ambulanzen, FachärztInnen und technischen Fächern um 100% über dem Durchschnitt ihrer Altersgruppe (Dezil) liegen, wobei für die Berechnung des Durchschnittswertes nur PatientInnen herangezogen werden, die in den angeführten Bereichen im Beobachtungszeitraum Kosten verursacht haben. Eine Detaildarstellung über die von konkreten PatientInnen in Anspruch genommenen LeistungserbringerInnen ist ausgeschlossen. Der PVE bzw dem/der Netzwerkarzt/-ärztin steht es frei, betroffene PatientInnen darauf im Hinblick auf ihre mit der Zustimmungserklärung abgegebene Verhaltenszusage anzusprechen. PatientInnen, die dessen ungeachtet weiterhin ohne nachvollziehbare Begründung gegen die Zustimmungserklärung handeln, dürfen von der PVE bzw dem/der Netzwerkarzt/-ärztin vom zusätzlichen Service der PVE gemäß Abs 2 ausgeschlossen werden. Der ASVG-KVT wird die betroffenen PatientInnen seinerseits unter Bezugnahme auf ihre Zustimmungserklärung und den Zweck der Primärversorgung über diese Auffälligkeit brieflich informieren.

§ 7

Honorierung

- (1) Die PVE erhält unabhängig von ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme pro Quartal ein **Grundpauschale** (PVGP) in Höhe von € 6.766 je VZÄ.

Dieses PVGP ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass für PVE-PatientInnen mit Zustimmungserklärung über das FP1Z (Abs 2) hinaus ein gesondertes Fallpauschale(FP)2 (Abs 3) gebührt und im Übrigen (Einzel-)Leistungen entsprechend den Gesamtverträgen (der Honorarordnung) und § 2 Abs 2 verrechenbar sind, damit eine technisch und verwaltungsökonomisch auswertbare vergleichbare genaue Übersicht über das Leistungsgeschehen erhalten bleibt.

Dieses PVGP wird ab 2021 auf Basis folgender Parameter wie folgt angepasst: 17% des Falldurchschnittswertes (kurative Leistungen) der AllgemeinmedizinerInnen (Einzelpraxis, Gruppenpraxen, PVE) exklusive Visiten für die §-2-Kassen (ab 2022: der ASVG-Kassen) vervielfacht um die durchschnittliche Anzahl an Pauschalfällen aller inländischen ASVG-Kassen je VZÄ des jeweils zweitvorangegangenen Jahres.

Es erfolgt bei außergewöhnlichen Auslastungsunterschieden eine individuelle Anpassung wie folgt:

Hat im abgelaufenen Kalenderjahr die tatsächliche Fallzahl (Fälle mit Fallpauschale 1) je VZÄ der PVE jene der *durchschnittlichen Fallzahl** aller AllgemeinmedizinerIn-

nen um 125% überschritten, wird im Folgejahr der bei der Bemessung der Grundvergütung zugrunde gelegte VZÄ-Multiplikator (auf- oder abgerundet in Schritten von 0,1 VZÄ) entsprechend angehoben, höchstens aber um 1 VZÄ. Eine analoge Absenkung (nicht aber unter 2 VZÄ) erfolgt, wenn die tatsächliche Fallzahl je VZÄ der PVE 75% jener der Vergleichsgruppe unterschreitet.

Beispiel:

Die *durchschnittliche Fallzahl* der Vergleichsgruppe war im zurückliegenden Kalenderjahr 3800, obere Grenze (125%) somit 4750, untere Grenze (75%) 2850.

PVE A hat 3 VZÄ und hatte im vergangenen Jahr 18200 Fälle, überschreitet daher die obere Grenze (3×4750) um 3950, sohin - geteilt durch 4750 - um den Faktor 0,83. Folglich werden der Bemessung der Grundpauschale nicht 3, sondern 3,8 VZÄ zugrunde gelegt.

PVE B hat 2,5 VZÄ und hatte 5000 Fälle, unterschreitet daher die untere Grenze ($2,5 \times 2850$) um 2125, sohin – geteilt durch 2850 – um den Faktor 0,75. Es käme folglich zu einer Absenkung auf 1,75 VZÄ, doch tatsächlich nur auf die garantierten 2 VZÄ.

Für spezielle Zusatzangebote können im Einvernehmen mit der ÄKS mit der PVE Zusatzpauschalen vereinbart werden.

Zumindest für die ersten beiden Vertragsjahre wird zur Umstellung der Organisation eine Unterstützung durch einen PVE-Manager aus Mitteln der Landeszielsteuerung angestrebt.

- (2) Für alle PatientInnen, die in einem Quartal die PVE gemäß § 14 Abs 1 Z 1, 2, 7 bis 9 des vertragsärztlichen Gesamtvertrages in Anspruch genommen haben, gebührt für dieses Quartal ein **Fallpauschale 1/Zentrum (FP1Z)** in Höhe von € 34,08. Dieses wird ab 2021 entsprechend der gewichteten Veränderung der Tarife für die Grundvergütung sowie der Summe der Produkte aus den Tarifen und Limitprozentsätzen der Pos 050, 055, 059, 080 und 081 der vertragsärztlichen Honorarordnung angepasst (diese Positionen sind folglich für die PVE nicht gesondert abrechenbar). Das FP1Z deckt pauschal dieselben Leistungen wie die Grundvergütung und die angeführten Positionen der vertragsärztlichen Honorarordnung ab; Fälle mit FP1Z sind Pauschalfällen des vertragsärztlichen Gesamtvertrages gleichzuhalten.

Für die Verrechnung der Pos. 051 gilt die Regelung des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages Punkt V, Abs 7 iVm dem dortigen Anhang A.

- (3) Zur Abgeltung des über die Leistungen des Abs 2 hinausgehenden Versorgungsauftrages, insbesondere des Koordinationsaufwands gemäß § 6 Abs 2, gebührt das **Fallpauschale 2 (FP2)** als Zuschlag zur Fallpauschale 1 in Höhe von € 18,37, verrechenbar ab dem 3. Kalenderjahr der Vertragstätigkeit einmal pro Quartal für Pati-

entInnen, die die PVE gemäß § 14 Abs 1 Z 1, 2, 7 bis 9 des vertragsärztlichen Gesamtvertrages in Anspruch nehmen und gegenüber der PVE eine besondere Zustimmungserklärung (Anlage 3) abgegeben und diese nicht widerrufen haben, pro PVE und Quartal in höchstens 40% aller Fallpauschalen 1 zum vollen Tarif und in höchstens weiteren 40% zum halben Tarif; § 25 Abs.4, 2. Satz des kurativen Gesamtvertrages gilt analog.

Der Tarif des FP2 unterliegt, sofern keine abweichende Regelung erfolgt, ab 2021 der Anpassung gemäß § 30 des kurativen Gesamtvertrages.

In den beiden ersten Kalenderjahren der Vertragstätigkeit der PVE wird an Stelle des FP2 ohne gesonderte Verzeichnung die Pos. 055 in 57% aller Fallpauschalen 1 in voller Höhe (jedoch ohne Degression) honoriert. Bei Vertragsbeginn im ersten Halbjahr gilt dieses Jahr als erstes Kalenderjahr der Vertragstätigkeit, bei Vertragsbeginn im zweiten Halbjahr das nächstfolgende.

- (4) Nach Ablauf jedes Kalenderjahres der Vertragstätigkeit der PVE erfolgt nach Abrechnung des 4.Quartals in den Monaten Juli bis Oktober des Folgejahres auf Basis altersstandardisierter Jahres-Gesamtkosten der PatientInnen der PVE im altersstandardisierten Vergleich zur Fachgruppe Allgemeinmedizin eine Evaluierung, ob die erweiterte Koordinierungsfunktion der PVE und die bewirkte Verhaltensänderung der PatientInnen tatsächlich die erwarteten Kosteneffekte erzielt hat (siehe die Beschreibung in den Anlagen 4 und 5).

Sollte die Evaluierung ab dem dritten Kalenderjahr ergeben, dass der Honoraraufwand für die Fallpauschale 2 (bzw der vorläufig in 57% honorierten Pos. 055) im zurückliegenden Jahr kleinergleich dem altersstandardisierten Einsparungsvolumen war, wird für das nächstfolgende Kalenderjahr die FP2 (weiter) honoriert.

Sollte die Einsparung geringer als der Honoraraufwand für die FP2 (bzw der vorläufig in 57% honorierten Pos. 055) gewesen sein, wird für das abgelaufene Jahr errechnet, wie weit das Limit für die FP2 abgesenkt werden müsste, um Kostenneutralität herzustellen, wobei das Limit 8,55 % aller Fallpauschalen 1 nicht unterschreitet. Dieser verminderte Limitprozentsatz ist im Folgejahr (erstmals im vierten) anzuwenden.

- (5) Mit Ausnahme der Grundvergütung sowie der Positionen 050, 055, 059, 080 und 081 sind von der PVE die übrigen Einzelleistungen der vertragsärztlichen Honorarordnung für AllgemeinmedizinerInnen verrechenbar; dies gilt für Leistungen, deren Honorierung bestimmte (Ausbildungs-)voraussetzungen erfordert, nur, wenn deren Erbringer/in diese auch erfüllt. Die Pos 048 ist nicht verrechenbar für PatientInnen, für die ein/e Gesellschafter/in in den zurückliegenden 3 Jahren diese Position bereits abgerechnet hat, und für PatientInnen, die sich in laufender Behandlung des PVE befinden. An Stelle einer Folgeordinationen (Pos 050) ist eine Pos 052 – Folgekontakt im Quartal in der PVE/im PVE-Netzwerk zu verzeichnen. Der ASVG-KVT

kann im Einvernehmen mit der ÄKS einer PVE einzelvertraglich die Verrechenbarkeit weiterer Leistungen anderer (als in § 2 Abs 2 angeführter), von der PVE beschäftigter Gesundheitsberufe einräumen. Insoweit dies Leistungen zB sozialer Betreuung oder reiner Prävention betrifft, die nicht in den Pflichtleistungsbereich der sozialen Krankenversicherung fallen bzw von anderen Kostenträgern finanziert werden, sind diese von der Gesamtkostenbetrachtung grundsätzlich ausgenommen (Anlage 4 Abs 1 lit b), jedoch mittelfristig zu evaluieren und durch den ASVG-KVT widerrufbar.

- (6) Die für allgemeinmedizinische Gruppenpraxen geltende Abschlags- bzw Zuschlagsregelung (Punkt VI. des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages) wird für PVE durch die **Bonus-/Malus**-Regelung der Anlage 4 Abs 2 ersetzt. Diese kommt in den ersten beiden Kalenderjahren des Vertrages nicht zur Anwendung und im dritten Kalenderjahr nur auf Wunsch der PVE. Im 4. Kalenderjahr kommt ein allfälliger Malus erst ab einer Überschreitung von 6% (dann aber in vollem Ausmaß) zur Anwendung. Ab dem 5. Kalenderjahr kommt die Bonus-/Malus-Regelung jedenfalls zur Anwendung.
- (7) PVE, die aus vormaligen EinzelvertragsinhaberInnen gebildet wurden (deren vormalige altersstandardisierte Benchmarks sohin bekannt sind), können auf eigenen Wunsch ab dem zweiten Kalenderjahr ihrer Vertragstätigkeit die Vollanwendung der Abs 3, 4 und 6 verlangen.
- (8) Die entsprechenden, von PVE erbrachten Leistungen sind jeweils Teil des Gesamthonorarvolumens gemäß § 25 Abs 6 und des jährlichen Gesamtaufwandes für Visiten gemäß § 27 des kurativen Gesamtvertrages.

§ 8

Besonderheiten der Honorierung von Netzwerken

Gemäß § 43 Abs.3 PVE-GV erfolgt die Abrechnung im PVE-Netzwerk mit den einzelnen NetzwerkärztInnen mit folgenden Abweichungen zu § 7:

- a) Das PVGP gebührt dem/der einzelnen Netzwerkarzt/-ärztin, jedoch ohne Anpassung nach Auslastung.
- b) Der Regelfall wird von jenem/jener Netzwerkarzt/-ärztin gebucht, der/die von dem/der Patienten/Patientin als Erste/r im Quartal in Anspruch genommen wird; es gebührt die Position FP1N (die Position FP1Z ist für Netzwerke/NetzwerkärztInnen nicht verrechenbar) mit einem Tarif von € 16,70 (dies ist gerundet die Hälfte des um ein Zehntel des Tarifes der Pos. 059 verminderten FP1Z).

Das FP1N deckt pauschal dieselben Leistungen wie die Grundvergütung und die Pos. 050, 055, 080 sowie 081 der vertragsärztlichen Honorarordnung ab; Fälle mit FP1N sind Pauschalfällen des vertragsärztlichen Gesamtvertrages gleichzuhalten

Für alle weiteren Inanspruchnahmen wird eine Position 052X* – Folgekontakt im Quartal in der PVE/im PVE-Netzwerk verzeichnet und bei anderen NetzwerkärztInnen der Betriebsfall "Zuweisung" gebucht. Die Verrechnung der Pos.059 ist nicht ausgeschlossen.

Die Summe der allen NetzwerkärztInnen gebührenden FP1N wird durch die Gesamtzahl der im Netzwerk verzeichneten Pos.052X* geteilt. Daraus ergibt sich für das PVE-Netzwerk für jedes Quartal jener Tarif für die Pos.052X*, der den einzelnen NetzwerkärztInnen für ihre verzeichneten Pos.052X* honoriert wird.

*X ist ein individueller Buchstabe je Netzwerk

- c) Das FP2 gebührt nur dem/der einzelnen Netzwerkarzt/-ärztin unter der Voraussetzung, dass die ihm/ihr als Hausarzt/-ärztin gegebene Zustimmungserklärung (§ 6) bei ihm/ihr vorliegt. Die Benchmarkermittlung erfolgt für jede/n Netzwerkärztin/-arzt gesondert.
- d) Der Bonus-/Malus-Prozentsatz wird für das Netzwerk insgesamt ermittelt und dann auf die Honorare jedes/jeder Netzwerkarztes/-ärztin angewendet.
- e) Alle NetzwerkärztInnen haften solidarisch für offene Verbindlichkeiten des Netzwerkes. Scheidet ein/e Netzwerkarzt/-ärztin vor Ablauf der Minstdauer von 7 Jahren aus dem Netzwerk aus und hätte ihm/ihr bei Anwendung des altersstandardisierten Benchmarks kein FP2 gebührt, kann der ASVG-KVT dieses zurückfordern und können die übrigen NetzwerkärztInnen den Ersatz eines vom/von der ausgeschiedenen Netzwerkarztes/-ärztin verursachten Malus verlangen.
- f) Mit Ausnahme der Grundvergütung sowie der Positionen 050, 055, 080 und 081 sind von den PVE-NetzwerkärztInnen die übrigen Einzelleistungen der vertragsärztlichen Honorarordnung für AllgemeinmedizinerInnen sowie des § 2 Abs 2 verrechenbar. Dies gilt für Leistungen, deren Honorierung bestimmte (Ausbildungs-)voraussetzungen erfordern nur, wenn deren Erbringer/in diese auch erfüllt. Die Pos. 048 ist nicht verrechenbar für PatientInnen, für die ein/e Netzwerkarzt/-ärztin in den zurückliegenden 3 Jahren diese Position bereits abgerechnet hat, und für PatientInnen, die sich in Behandlung bei einem/einer anderen Netzwerkarzt/-ärztin befinden.
- g) Für PatientInnen, die im Netzwerk betreut werden, gebührt kein Fallhonorar (§ 26 Abs 2 kurativer Gesamtvertrag).

§ 9

Evaluierung und Verhandlungszusagen

- (1) Eine PVE hat verpflichtend an einer begleitenden Evaluierung, die von den Kostenträgern finanziert wird, teilzunehmen. Eine Auswertung der e-card Steckdaten kann nur nach zwischen ÄKS und ASVG-KVT festgelegten Kriterien erfolgen.

- (2) Nach Ablauf von 2 Vertragsjahren von zumindest 2 PVE wird evaluiert, ob und inwieweit die PatientInnen zu Zustimmungserklärungen bereit sind und ob es darüber hinaus einer weiteren Unterstützung durch eine/n PVE-Manager/in bedarf.
- (3) Sollte sich zeigen, dass die dieser Vereinbarung (der Kalkulation) zugrunde liegende Annahme einer Einschreibequote von 60% der Fallpauschalen 1 zu mehr als 15% (= absolut in 9% der FP1) nicht eintraten und wahrscheinlich auch nicht mehr eintreten werden, erklären ASVG-KVT und ÄKS ihre Bereitschaft zu einer Anpassung von Limit bzw Tarif der Fallpauschale 2.
- (4) Nach Ablauf von 5 Jahren ab Invertragnahme von zumindest 5 PVE in Salzburg wird der Durchschnitt des altersstandardisierten Benchmarks der Gesamtkosten der PVE-Gruppe mit jenem der AllgemeinmedizinerInnen außerhalb der PVE (=Nicht-PVE) verglichen. Sollte sich zeigen, dass sich die PVE-Gruppe zwar nicht verschlechtert hat, also deren Kosten iSd Anlage 4 nicht gestiegen, sondern jene der Nicht-PVE-Gruppe gesunken sind und sich deshalb das Volumen zur Berechnung der Fallpauschale 2 vermindert hat, ist ein adäquater Ausgleich zu finden.

§ 10

Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Insoweit die vorstehenden Sonderregelungen und der PVE-GV keine abweichenden Regelung vorsehen, bestimmen sich Rechte und Pflichten der PVE nach dem durch den Gesamtvertrag über die vertragliche Tätigkeit von Gruppenpraxen modifizierten kurativen Gesamtvertrag vom 14.12.2010 sowie den Gesamtverträgen für Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen in der jeweils geltenden Fassung, mit denen sich die PVE bzw ihre ÄrztInnen vertraut zu machen hat bzw haben.
- (2) PT45 und PT60 können von PVE/PVE-NetzwerkärztInnen ohne vorherige Kassensbewilligung verordnet werden (PT 75 bleibt chefarztpflichtig).

Für MRT, deren Zuweisung über EKOS erfolgt, entfällt die vorherige Bewilligungspflicht, wenn diese Untersuchungsfelder im "Leistungskatalog" ausgewählt wurden und keine weitere Angabe im "Freitext" erfolgt. Sollen mehr als zwei Untersuchungsfelder ausgewählt werden, bedarf es einer kurzen Begründung im "Freitext", damit der Bewilligungsvorgang technisch initialisiert wird.

Die PVE bzw der/die PVE-Netzwerkarzt/-ärztIn bestätigt auf dem Verordnungsschein mit Stempel die Bewilligungsfreiheit.

Diese Ausnahmen von der Bewilligungspflicht können vom ASVG-KVT widerrufen werden, und zwar:

- a) generell, wenn Gesetze oder Verordnungen dies verlangen;
- b) individuell, wenn die PVE bzw der Netzwerkarzt/die Netzwerkärztin gegen die Grundsätze der RÖK oder die o.a. Modalität der MRT-Beantragung verstoßen hat bzw medizinisch nicht erklärbare deutliche Abweichungen vom Fachgruppensdurchschnitt vorliegen.

§ 11

Inkrafttreten, Verlautbarung, Beendigung

- (1) Diese gesamtvertragliche Vereinbarung wird auf www.ris.bka.gv.at/Avsv/ sowie den Homepages des ASVG-KVT und der ÄKS verlautbart. Sie tritt am Tag nach Beschlussfassung und Verlautbarung in Kraft und kann mit eingeschriebenem Brief unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende aufgekündigt werden, frühestens aber zum 31.12.2025.
- (2) Für die Sonderversicherungsträger erfolgt eine gesonderte (insbesondere Honorierungs-) Vereinbarung in einem noch abzuschließenden Anhang zu dieser gesamtvertraglichen Vereinbarung. Bis dahin erfolgt die Honorierung auf Basis einer mit der PVE im Einvernehmen mit der ÄKS abzuschließenden Sonderverrechnungsbeugnis.

Salzburg, Wien, am

ÄRZTEKAMMER FÜR SALZBURG

Der Präsident:

Obmann der Kurie
der niedergelassenen Ärzte

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

mit Zustimmung der in der Präambel
angeführten Krankenversicherungsträger