

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2017

Ausgegeben am 2. August 2017

Teil I

131. Bundesgesetz: Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017
(NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871.)

131. Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Unterbringungsgesetz, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Gesundheitstelematikgesetz 2012, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1	Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten
Artikel 2	Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes
Artikel 3	Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 4	Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 5	Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 6	Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes
Artikel 7	Änderung des Unterbringungsgesetzes
Artikel 8	Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes
Artikel 9	Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012
Artikel 10	Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes
Artikel 11	Änderung des Hebammengesetzes
Artikel 12	Änderung des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes
Artikel 13	Änderung des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes

Artikel 1

Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG)

Geltungsbereich

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Primärversorgung im Sinne des § 3 Z 9 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, soweit diese durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz erbracht wird.

(2) Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz sind sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Primärversorgungseinheit

§ 2. (1) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der

Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

(2) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. Orts- und bedarfsabhängig sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.

(3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken.

(4) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz hat mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet zu sein. Sie muss im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein und über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag (§ 8) mit den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern verfügen, wobei jedenfalls die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse Vertragspartner der Primärversorgungseinheit sein muss.

(5) Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (Primärversorgungstypus). Sie kann nach Maßgabe der Z 1 und 2 in jeder zulässigen Organisationsform in der jeweils zulässigen Rechtsform geführt werden.

1. Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann nur in der Organisationsform
 - a) einer Gruppenpraxis (§ 52a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998) oder
 - b) eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 5 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957) geführt werden.
2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, zB in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.

Öffentliches Interesse

§ 3. (1) Die Errichtung und der Betrieb von Primärversorgungseinheiten zur Erbringung von multiprofessionellen und interdisziplinären Gesundheitsdienstleistungen der Primärversorgung erfüllen im Sinne der strukturierten und verbindlichen Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten ein wichtiges öffentliches Interesse.

- (2) Dieses öffentliche Interesse ist insbesondere an Hand folgender qualitativer Kriterien begründet:
1. eine bessere zeitliche Verfügbarkeit und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten,
 2. ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer Leistungen sowie an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
 3. die Sicherstellung einer umfassenden Kontinuität und Koordination durch eine verbindliche integrierte Versorgung,
 4. die Unterstützung der sachgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf den richtigen Zeitpunkt, den richtigen Ort, die optimale medizinische und pflegerische Qualität und die gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstige Erbringung der Leistungen,
 5. ein Beitrag zur Sicherstellung der öffentlichen Versorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

(3) Das öffentliche Interesse ist weiters durch die Schaffung zusätzlicher Kooperationsmöglichkeiten begründet, die einen Beitrag zur Attraktivierung der beruflichen Rahmenbedingungen der beteiligten Berufsgruppen leisten.

Anforderungen an die Primärversorgungseinheit

§ 4. Die Primärversorgungseinheit hat mit dem Ziel eines für die Patientinnen und Patienten sowie die Gesundheitsdiensteanbieter/innen optimierten Diagnose- und Behandlungsprozesses jedenfalls folgenden Anforderungen zu entsprechen:

1. wohnortnahe Versorgung, gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit,
2. bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten,
3. Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten,
4. Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept,
5. Gewährleistung von Hausbesuchen,
6. Sicherstellung der Kontinuität
 - a) in der Behandlung und Betreuung insbesondere von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten,
 - b) der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen und
 - c) in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
7. barrierefreier Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen,
8. Vorhandensein der notwendigen (medizinisch-)technischen und apparativen Ausstattung,
9. Teilnahme an nationalen Vorsorge- und Screeningprogrammen und an integrierten Versorgungsprogrammen.

Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit

§ 5. (1) Durch die Primärversorgungseinheit ist im Sinne des § 2 Abs. 1 bis 3 eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere für

1. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
2. die Versorgung älterer Personen,
3. die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten,
4. die psychosoziale Versorgung,
5. das Arzneimittelmanagement und
6. die Gesundheitsförderung und Prävention

abzudecken.

(2) Eine Primärversorgungseinheit hat in ihrer Zusammensetzung jedenfalls folgenden Leistungsumfang zu gewährleisten:

1. abhängig vom Schweregrad der Erkrankung möglichst abschließende Akutbehandlung und
2. Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen.

Versorgungskonzept

§ 6. (1) Zur Sicherstellung der in § 4 enthaltenen Anforderungen und des in § 5 enthaltenen Leistungsumfangs hat die Primärversorgungseinheit im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet über ein Versorgungskonzept zu verfügen. Dieses hat hinsichtlich der Leistungen und der Organisation der Primärversorgungseinheit insbesondere Folgendes zu regeln:

1. Betreffend Leistungen:
 - a) Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
 - b) Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
 - c) Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.
2. Betreffend Organisation: Regelungen
 - a) zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
 - b) zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,

- c) zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten und zu den in diesen erbrachten Leistungen,
- d) zum gemeinsamen Auftritt nach außen.

(2) Wesentliche Änderungen des Versorgungskonzeptes, die nicht ohnedies vertraglich zu vereinbaren sind, sind den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgern anzuzeigen.

Begriffsbestimmungen zu den Verträgen einer Primärversorgungseinheit

§ 7. In diesem Gesetz bezeichnet der Begriff:

1. „Primärversorgungs-Gesamtvertrag“ den Vertrag nach § 342b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu Primärversorgungseinheiten, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, regelt;
2. „Primärversorgungsvertrag“ den Vertrag, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu einer Primärversorgungseinheit regelt;
3. „Primärversorgungs-Einzelvertrag“ den Vertrag, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der ärztlichen Leistungen regelt, sofern diese an mehreren Standorten eingerichtet wird und es sich um keine Gruppenpraxis mit dislozierten Standorten handelt;
4. „Primärversorgungs-Sondervertrag“ den Vertrag nach § 342c Abs. 13 ASVG, der für den Fall, dass ein Primärversorgungs-Gesamtvertrag nicht zustande kommt oder danach ein vertragsloser Zustand eintritt, die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu Primärversorgungseinheiten, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, regelt.

Verträge mit der Primärversorgungseinheit

§ 8. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu einer Primärversorgungseinheit werden durch einen Primärversorgungsvertrag geregelt. In diesem Primärversorgungsvertrag werden die Festlegungen des RSG (§ 21 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) umgesetzt, wobei hiebei allenfalls die Aufgaben der Primärversorgungseinheit nach Abs. 7 zu berücksichtigen sind. Wird die Primärversorgungseinheit

1. in der Betriebsform einer Gruppenpraxis geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 3; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG;
2. in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 4;
3. im Falle eines Netzwerkes nach § 2 Abs. 5 Z 2
 - a) in der Betriebsform einer dislozierten Gruppenpraxis geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 3; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG;
 - b) in allen anderen Betriebsformen (zB als Verein) geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 5; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG.

(2) Für den rechtswirksamen Abschluss eines Primärversorgungsvertrags sind die Abbildung der Primärversorgungseinheit im RSG (§ 21 Abs. 8 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) über den Bedarf einer Primärversorgungseinheit sowie das Vorliegen eines Versorgungskonzeptes (§ 6) erforderlich. Der Primärversorgungsvertrag hat jedenfalls jene Bestimmungen aus den §§ 4 bis 6 zu umfassen, die für die Vertragsbeziehungen zu den Trägern der Krankenversicherung wesentlich sind. Die Primärversorgungseinheit ist gegenüber den Krankenversicherungsträgern für die Erbringung der vereinbarten Leistungen verantwortlich.

(3) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von Gruppenpraxen (§ 52a ÄrzteG 1998) geführt werden, sind

1. hinsichtlich der ärztlichen Hilfe das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 ASVG,
2. weitere im Zusammenhang mit der Erbringung der ärztlichen Hilfe stehende geltende Gesamtverträge wie zB der e-card-Gesamtvertrag, der Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag oder der Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag und
3. hinsichtlich der durch nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erbringenden Leistungen die Spezifizierung dieser Leistungen samt deren Abgeltung; die Abgeltung aber nur insoweit, als diese nicht in einer Pauschale nach § 342b Abs. 3 und 4 ASVG enthalten oder von Z 1 umfasst ist. Die Abgeltung hat sich an zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestehenden Tarifen zu orientieren.

Ist kein Gesamtvertrag nach § 342b ASVG anwendbar, so ist hinsichtlich der ärztlichen Hilfe (Z 1) ein nach § 342c Abs. 13 ASVG abgeschlossener Primärversorgungs-Sondervertrag Inhalt des Primärversorgungsvertrags.

(4) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) geführt werden, sind das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum und die wechselseitigen Rechte und Pflichten einschließlich der Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13 ASVG.

(5) Die Primärversorgungseinheit muss auch im Fall des § 2 Abs. 5 Z 2 über einen Primärversorgungsvertrag verfügen, der die Regelungen nach den Abs. 1 bis 3 beinhaltet. Soweit es sich nicht um eine Gruppenpraxis mit dislozierten Standorten handelt, können die an dieser Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der ärztlichen Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern jeweils aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 ASVG abschließen. Die Primärversorgungs-Einzelverträge sind integrativer Bestandteil des Primärversorgungsvertrags und vom Bestehen des Primärversorgungsvertrags abhängig. Ist kein Gesamtvertrag nach § 342b ASVG anwendbar, so ist hinsichtlich der ärztlichen Hilfe (Abs. 3 Z 1) ein nach § 342c Abs. 13 ASVG abgeschlossener Primärversorgungs-Sondervertrag Inhalt des Primärversorgungsvertrags.

(6) Der Abschluss, das Erlöschen, die Auflösung sowie die Kündigung des Primärversorgungsvertrags bzw. des Primärversorgungs-Einzelvertrags von Primärversorgungseinheiten, die in den Betriebsformen nach Abs. 1 Z 1 und Z 3 geführt werden, richtet sich nach § 342c ASVG.

(7) Einer Primärversorgungseinheit können mit ihrer Zustimmung von dem für die Vollzugsbehörden zuständigen Rechtsträger auch

1. Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie die amtliche Totenbeschau, Untersuchungen nach § 8 des Unterbringungsgesetzes (UbG), BGBl. Nr. 155/1990, und freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach § 5 des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG), BGBl. I Nr. 11/2004, sowie
2. weitere Aufgaben, die auf Grund bundesgesetzlicher oder landesgesetzlicher Regelungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Sozialberufe durchzuführen sind,

übertragen werden. Diesfalls hat die Kosten ausschließlich der für die Vollzugsbehörden organisatorisch zuständige Rechtsträger zu tragen.

Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen

§ 9. (1) § 52a Abs. 4 ÄrzteG 1998 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Anzahl der Standorte die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafterinnen und Gesellschafter überschreiten darf, sofern eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet im Sinne der Kriterien des § 52c Abs. 2 ÄrzteG 1998 erreicht werden kann.

(2) Abweichend von § 52b ÄrzteG 1998 setzt die Gründung einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis voraus, dass

1. die Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist,
2. – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8) vorliegt und
3. die Eintragung ins Firmenbuch erfolgt ist.

Außer in den Fällen des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a ÄrzteG 1998 darf die Gruppenpraxis ihre ärztliche Tätigkeit erst nach bescheidmäßiger Feststellung durch den Landeshauptmann, dass die Voraussetzungen der Z 1 bis 3 erfüllt sind und der anschließenden Eintragung in die Ärzteliste aufnehmen.

(3) § 52c ÄrzteG 1998 ist nicht anzuwenden.

(4) Wird eine Primärversorgungseinheit in der Form eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so begründet dessen ärztliche Leitung einen Berufssitz gemäß § 45 ÄrzteG 1998.

Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien

§ 10. (Grundsatzbestimmung) Für Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien gilt Folgendes:

1. Abweichend von § 3a Abs. 2 Z 1 und Abs. 3, 5 und 7 KAKuG ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3b Abs. 1 oder 2 KAKuG erfüllt sind. § 6 KAKuG ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 40 Abs. 1 lit. c in Verbindung mit § 19a KAKuG.
4. In einer Primärversorgungseinheit ist die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter nach § 7 KAKuG hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

Primärversorgungseinheit als Ausbildungseinrichtung

§ 11. Die Primärversorgungseinheit soll die Funktion als Ausbildungseinrichtung für die Ausbildung von Turnusärztinnen und Turnusärzten (Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien) und weiterer Gesundheitsberufe wahrnehmen. § 342d ASVG ist sinngemäß anzuwenden.

Bezeichnungsschutz und Informationspflicht

§ 12. (1) Die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ darf nur von nach diesem Bundesgesetz eingerichteten Primärversorgungseinheiten geführt werden.

(2) Die Primärversorgungseinheit hat dafür Sorge zu treffen, dass für die Patientinnen und Patienten

1. eine vollständige, ortsübliche und leicht zugängliche Information über das Leistungsangebot in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 1 lit. b sowie über die zeitliche Verfügbarkeit in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 2 lit. c vorliegt,
2. leicht erkennbar ist, ob sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der Primärversorgungseinheit oder der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen und
3. ersichtlich ist, dass eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der Primärversorgungseinheit erfolgt; Patienten und Patientinnen haben gegenüber der Primärversorgungseinheit nach § 2 Abs. 5 Z 2 das Recht, der Verwendung von Gesundheitsdaten entsprechend § 24a des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012), BGBI. I Nr. 111/2012 zu widersprechen.

Haftpflichtversicherung

§ 13. (1) Sofern keine berufs- oder krankenanstaltenrechtlichen Verpflichtungen zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung bestehen, ist die Primärversorgungseinheit verpflichtet, vor Aufnahme der Geschäftstätigkeit eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.

(2) Die Mindestversicherungssumme hat für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der Tätigkeit der Primärversorgungseinheit entstehenden Schadenersatzansprüche 2 000 000 Euro zu betragen. Eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode bei einer

Primärversorgungseinheit das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten. Bei der Festlegung der Versicherungsbedingungen sind die berufsspezifischen Prämien zu berücksichtigen.

(3) Die Versicherung hat auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen an der Primärversorgungseinheit beteiligte Personen bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Primärversorgungseinheit auch die an der Primärversorgungseinheit beteiligten Personen unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

(4) Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der Geschäftstätigkeit der Primärversorgungseinheit aufrecht zu erhalten.

(5) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die/Der geschädigte Dritte kann den ihr/ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und die/der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner/innen.

Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

§ 14. (1) Die Auswahl zur Invertragnahme der Primärversorgungseinheit hat unabhängig von deren Organisationsform nach § 2 Abs. 5 nach gleichen objektiven, nicht-diskriminierenden und nachvollziehbaren Kriterien zu erfolgen.

(2) Die Planungsvorgaben des RSG (§ 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs. 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.
2. Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat diese Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Die Einladung hat jedenfalls den Vorgaben des RSG, im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich – jedenfalls auf der Website der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse – kundzumachen.

(3) Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung im RSG (§ 21 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) erfolgt, ist Abs. 2 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind. Für den Fall, dass nach vier Monaten innerhalb der sechs-monatigen Frist keine Einigung abzusehen ist, so sind den Verhandlungen die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband beizuziehen.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, im Fall des Abs. 2 Z 1 im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer. Bewerbungen, die zur Erreichung der Planungsvorgaben ein Übergangskonzept vorsehen, sind von der Auswahl nicht ausgeschlossen.

(5) Die Auswahl hat an Hand der auf Grundlage der Planungsfeststellungen des RSG erstellten Einladung zu erfolgen. Bei der Auswahl sind insbesondere

1. das Versorgungskonzept nach § 6,
2. die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw. in den darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien festgelegten Kriterien sowie
3. im Fall des Abs. 2 Z 2 die verpflichtend einzuholende Stellungnahme der jeweiligen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten

heranzuziehen. Bei der Auswahl ist sicher zu stellen, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der Anbieter/innen gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. In der Einladung ist das für die Gesamtbeurteilung der Bewerbungen maßgebliche Bewertungsschema darzustellen.

(6) Über das Ergebnis (die Reihung der Bewerbungen) sind alle Bewerberinnen und Bewerber nachweislich in Kenntnis zu setzen.

Verweisungen

§ 15. Soweit in diesem Bundesgesetz auf Bestimmungen anderer Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Vollziehung

§ 16. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betraut.

(2) Mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes nach Art. 15 Abs. 8 B-VG für § 10 ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betraut.

In-Kraft-Treten

§ 17. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung des Bundesgesetzes, BGBI. I Nr. 131/2017, folgenden Tag in Kraft.

(2) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu § 10 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(3) Im Zuge der Implementierung von Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz haben Gruppenpraxen die eine zum 31. Dezember 2017 bestehende, mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer zustande gekommene Sondervereinbarung zu einem Gruppenpraxis-Einzelvertrag nach § 343 Abs. 1 ASVG mit Zielsetzung auf eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung mit einer Gebietskrankenkasse abgeschlossen haben, das Recht auf Abschluss eines Primärversorgungsvertrags nach diesem Bundesgesetz, wobei § 14 nicht anzuwenden ist.

Artikel 2

Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes

Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBI. I Nr. 26/2017, wird wie folgt geändert:

1. § 21 Abs. 3 Z 3 lautet:

„3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBI. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;“

2. § 21 Abs. 8 wird durch folgende Abs. 8 bis 10 ersetzt:

„(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige Gebietskrankenkasse zu erfolgen.

(10) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen frühzeitig und strukturiert – mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission – die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.“

3. Dem § 41 werden folgende Abs. 3 und 4 angefügt:

„(3) § 21 Abs. 3 Z 3 sowie Abs. 8 bis 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(4) Werden bis zum 31. Dezember 2021 mehr als 75 Primärversorgungseinheiten errichtet, so bedarf eines Einvernehmens zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer. Für den Zeitraum von 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2025 ist nach Maßgabe einer abzuschließenden Vereinbarung nach Art. 15a B-VG und den darin enthaltenen Planungsvorgaben ein neuer Zielwert sowie die Möglichkeit bei Einvernehmen zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer diesen Zielwert zu überschreiten, gesetzlich vorzusehen.“

Artikel 3

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (88. Novelle zum ASVG)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 66/2017, wird wie folgt geändert:

1. § 131 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann die/der nächsterreichbare Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt (Dentistin/Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls eine/ein Vertragsärztin/Vertragsarzt, Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt (Vertragsdentistin/Vertragsdentist), eine Primärversorgungseinheit, eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann.“

2. § 131a samt Überschrift lautet:

„Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 131a. Stehen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Vertragszahnärztinnen/Vertragszahnärzte (Vertragsdentistinnen/Vertragsdentisten), Primärversorgungseinheiten oder Vertrags-Gruppenpraxen infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge (§ 338) nicht zur Verfügung oder sind nicht anwendbar (§ 342b Abs. 4), so hat der Versicherungsträger der/dem Versicherten für die außerhalb einer eigenen Einrichtung in Anspruch genommene Behandlung (den Zahnersatz) Kostenerstattung in der Höhe des Betrages zu leisten, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme einer/eines Wahlärztin/Wahlarztes, Wahlzahnärztin/Wahlzahnarztes (Wahldentistin/Wahldentist) oder einer Wahl-Gruppenpraxis zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger kann diese Kostenerstattung durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.“

3. § 135 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, durch Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärztinnen/Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen sowie in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger gewährt.“

4. § 135 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, in einer Primärversorgungseinheit, einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen des Versicherungsträgers hat die/der Erkrankte die innerhalb des ELSY zu verwendende e-card vorzulegen.“

5. Die Überschrift des Sechsten Teils lautet:

„Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern“

6. § 338 Abs. 1 erster Satz lautet:

„Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten, Dentistinnen/Dentisten, Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Hebammen, Apothekerinnen/Apothekern, den Erbringerinnen/Erbringern von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt.“

7. Dem § 339 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die beiden Fristen verkürzen sich um die Dauer eines Auswahlverfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017.“

8. § 342 Abs. 1 Z 9 lautet:

„9. Regelungen über Barrierefreiheit;“

9. Im § 342 wird nach dem Abs. 1 folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Im Stellenplan nach Abs. 1 Z 1 sind, sofern Primärversorgungseinheiten nach § 2 Abs. 5 Z 1 lit. a und Z 2 des Primärversorgungsgesetzes betrieben werden sollen, deren Standorte regional und der jeweilige Primärversorgungstypus (Netzwerk oder Zentrum) zu konkretisieren sowie die Anzahl jener Stellen, die in die Primärversorgungseinheit übergeführt werden sollen, regional festzulegen und der Zeitrahmen für die Umsetzung durch Invertragnahme festzulegen.“

10. Dem § 342 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Die Planungsvorgaben des RSG betreffend Primärversorgungseinheiten nach dem Primärversorgungsgesetz sind im Stellenplan wie folgt zu berücksichtigen:

1. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben und wird die Primärversorgungseinheit nach einem Auswahlverfahren nach § 14 Abs. 2 des Primärversorgungsgesetzes dennoch als selbständiges Ambulatorium unter Vertrag genommen, so ist der Stellenplan um die im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.
2. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 Abs. 3 des Primärversorgungsgesetzes nicht, so ist der Stellenplan
 - a) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbständigen Ambulatorium um die Hälfte der im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente
 - b) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem Vertragspartner nach dem Sechsten Teil Abschnitt II 1. Unterabschnitt in vollem Ausmaß der in der Primärversorgungseinheit gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente
 jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.“

11. Die Überschrift zu § 342a lautet:

„Sonderregelungen für Gruppenpraxen, die keine Primärversorgungseinheiten sind“

12. § 342b wird durch folgende §§ 342b und 342c samt Überschriften ersetzt; der bisherige § 342b erhält die Bezeichnung „342d“.

„Primärversorgungs-Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe und dessen Inhalt

§ 342b. (1) Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zu Primärversorgungseinheiten im Sinne des Primärversorgungsgesetzes, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, werden betreffend die ärztliche Hilfe, unbeschadet des Abs. 4, durch einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag geregelt. Dieser Gesamtvertrag ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer für die Landesärztekammern auf unbestimmte Zeit

abzuschließen. Er kann vom Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden.

(2) Der Gesamtvertrag hat unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Wissenschaft und medizintechnischen Entwicklung insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. das aus den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes abgeleitete Mindestleistungsspektrum;
2. die Rechte und Pflichten der Vertragspartner nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes sowie die Überprüfung der Identität der/des Patientin/Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card;
3. Regelungen über die Grundsätze der Vergütung (Abs. 3);
4. Regelungen über die Ausgestaltung der Honorarvereinbarungen (Abs. 4);
5. die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise einschließlich Steuermaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip);
6. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;
7. die Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;
8. die Verlautbarung des Gesamtvertrags und seiner Abänderungen;
9. die Festlegung einer Altersgrenze für die an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie möglicher Ausnahmen. Kommt keine Einigung über eine Altersgrenze zustande, so gilt das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze.

(3) Das Honorierungssystem bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat dazu beizutragen, dass die dem Primärversorgungsgesetz (§§ 4 bis 6) zu Grunde liegenden Ziele erreicht und die an diese Versorgungsform gestellten Anforderungen sicher erfüllt werden. Die Honorierung hat sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammensetzende Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der personellen, technischen und apparativen Ausstattung sowie der mit dieser erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient/in abgebildet werden, wobei nach Indikations- oder Anspruchsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle vereinbarte Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden.

(4) Ergänzend zu Abs. 1 werden bezüglich der Honorierung die Beziehungen auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt. Diese sind für die örtlich zuständigen Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz durch den Hauptverband mit der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der nach Abs. 3 vorgesehenen Bestimmungen für das jeweilige Bundesland abzuschließen, wobei Sonderregelungen in Bezug auf eine jeweilige Region zulässig sind. Diese gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen bedürfen der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers für den sie abgeschlossen werden. Die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen sind Teil des Gesamtvertrags nach Abs. 1. Eine Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung durch die jeweilige Gebietskrankenkasse bzw. die jeweilige Landesärztekammer bewirkt die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen lediglich dieser Gebietskrankenkasse sowie der übrigen Krankenversicherungsträger im jeweiligen Bundesland. Die Kündigung des bundesweiten Gesamtvertrags wird hierdurch nicht bewirkt, dieser ist jedoch für die Vertragspartner/innen dieses Bundeslandes nicht anwendbar. Die Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung eines Sondersicherungsträgers (bundesweiter Krankenversicherungsträger und Betriebskrankenkassen) bewirkt nur die Kündigung dessen gesamtvertraglicher Honorarvereinbarung, sodass der bundesweite Gesamtvertrag im jeweiligen Bundesland lediglich für die Vertragspartner/innen des jeweiligen Sondersicherungsträgers nicht anwendbar ist.

(5) In den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen nach Abs. 4 sind unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte im unmittelbaren Einzugsgebiet einer Primärversorgungseinheit Honorare sowie allenfalls Bandbreiten samt Zu- und Abschlägen davon zu vereinbaren, bei denen das Gebot der

Objektivität, Transparenz und Nichtdiskriminierung zu beachten ist. Das Verhältnis der verschiedenen Honorierungselemente zueinander ist darin, soweit der für die Erbringung der Leistung erforderliche Aufwand dies rechtfertigt, regional zu differenzieren. Des Weiteren sind Richtwerte für den Mindestanteil der Grundpauschale festzusetzen. Ebenso können Gegenstände des Gesamtvertrags nach Abs. 2 konkretisiert werden, insoweit sich der Gesamtvertrag auf die Regelung von Grundzügen beschränkt.

(6) Der Bestand oder die Kündigungsfristen eines nach dieser Bestimmung abgeschlossenen Gesamtvertrags oder eines Teiles davon können nicht rechtswirksam an den Bestand oder die Kündigungsfristen eines anderen nach dem Sechsten Teil dieses Bundesgesetzes abgeschlossenen Gesamtvertrags gebunden werden.

Vertragliche Beziehungen zu Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 1 Z 1 und 3 des Primärversorgungsgesetzes

§ 342c. (1) Die vertraglichen Beziehungen zu Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 1 Z 1 und 3 des Primärversorgungsgesetzes werden durch die in den folgenden Absätzen enthaltenen Bestimmungen geregelt. Der Vertragsinhalt des Primärversorgungsvertrags und des Primärversorgungs-Einzelvertrags bestimmt sich nach § 8 des Primärversorgungsgesetzes.

(2) Für die Auswahl einer Primärversorgungseinheit, den Abschluss des Vertrags und dessen Auflösung ist § 343 nicht anzuwenden.

(3) Die Auswahl einer Primärversorgungseinheit erfolgt nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes. Der Abschluss des Primärversorgungsvertrags und der Primärversorgungs-Einzelverträge obliegt der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und ist sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam.

(4) Das Vertragsverhältnis zwischen der Primärversorgungseinheit und dem Träger der Krankenversicherung erlischt ohne Kündigung im Falle:

1. der Auflösung des Trägers der Krankenversicherung;
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit einer Primärversorgungseinheit nicht mehr in Frage kommt;
3. der Auflösung der Primärversorgungseinheit;
4. der rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit, einer/eines dort freiberuflich tätigen Ärztin/Arztes oder Angehörige/n eines sonstigen Gesundheitsberufs
 - a) wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder
 - b) wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung;
5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufs oder eines sonstigen Gesundheitsberufs wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit, einer/eines dort freiberuflich tätigen Ärztin/Arztes oder Angehörige/n eines sonstigen Gesundheitsberufs;
6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin, einer dort freiberuflich tätigen Person oder der Primärversorgungseinheit im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird;
7. des Erreichens der jeweils festgelegten Altersgrenze mit Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres.

Sobald die Vertragspartner über das Vorliegen eines Tatbestandes nach Z 4 bis 6 Kenntnis erlangt haben, haben sie den jeweiligen anderen Vertragspartner darüber zu informieren. In den Fällen der Z 4 bis 7 kann eine Primärversorgungseinheit das Erlöschen des Primärversorgungsvertrags verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab dem Einlangen der Mitteilung des Trägers der Krankenversicherung oder sonstigem Informationserhalt oder nach Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres, in welchem die Altersgrenze erreicht wurde, die betroffene Person aus der Primärversorgungseinheit ausschließt oder das Dienstverhältnis mit der angestellten Person beendet. Die Wiederaufnahme bzw. Wiedereinstellung einer ausgeschlossenen Person in eine Primärversorgungseinheit kann nur mit Zustimmung der zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen. Die Rechtsfolge des Erlöschens des Primärversorgungsvertrags nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.

(5) Mit dem Erlöschen des Primärversorgungsvertrags erlöschen auch die Primärversorgungs-Einzelverträge.

(6) Der Träger der Krankenversicherung ist, wenn die Primärversorgungseinheit nach § 8 Abs. 1 Z 1 oder Z 3 lit. a des Primärversorgungsgesetzes geführt wird, zur Auflösung dieses Vertragsverhältnisses verpflichtet, wenn ein/eine den ärztlichen Beruf ausübender/ausübende Gesellschafter/in einer Primärversorgungseinheit die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufs verliert oder wenn ihm/ihr diese Berechtigung von Anfang an fehlte. Wird die Primärversorgung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. b des Primärversorgungsgesetzes geführt, so ist in einem solchen Fall der Krankenversicherungsträger zur Auflösung des Primärversorgungs-Einzelvertrags verpflichtet. Abs. 4 letzter Satz gilt sinngemäß.

(7) Der Primärversorgungsvertrag kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 4 bis 6 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, mit Ausnahme im Falle des Abs. 8 Z 4, zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Angabe der Gründe schriftlich gekündigt werden. Steht eine Primärversorgungseinheit in einem Vertragsverhältnis zu mehreren Krankenversicherungsträgern, so bewirkt die Kündigung des Vertrags mit der Gebietskrankenkasse auch die Vertragsauflösung mit den übrigen Krankenversicherungsträgern nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz. Der Kündigung hat ein Schlichtungsversuch unter Beiziehung der zuständigen Ärztekammer voranzugehen. Dasselbe gilt bezüglich eines Primärversorgungs-Einzelvertrags einer/eines an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes, ohne dass der Primärversorgungsvertrag als gekündigt gilt.

(8) Der Krankenversicherungsträger kann den Primärversorgungsvertrag aus folgenden Gründen kündigen:

1. wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen;
2. Nichterfüllung der im Primärversorgungsvertrag vereinbarten auf Kosten der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen;
3. Änderung der Organisation der Primärversorgungseinheit oder des Versorgungskonzepts, wenn dies im Widerspruch zu den vereinbarten Planungsvorgaben steht;
4. Wegfall der dem Auswahlverfahren nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu Grunde gelegten Voraussetzungen oder wesentliche Änderung derselben, im zweiten Fall dann, wenn innerhalb eines Jahres keine Vertragsänderung zustande kommt; hiebei ist Abs. 10 zu beachten.

Die gekündigte Primärversorgungseinheit kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Die Landesschiedskommission hat innerhalb von sechs Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der Landesschiedskommission aufschiebende Wirkung. In den Fällen der Z 1 und 2 kann die Primärversorgungseinheit die Kündigung des Primärversorgungsvertrags abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jene Gesellschafterin/jenen Gesellschafter oder jene/jenen Ärztin oder Arzt oder sonstige/n Angehörige/n eines Gesundheitsberufs, die/der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Primärversorgungseinheit ausschließt oder das Dienstverhältnis mit der betroffenen Person beendet. Eine von der gekündigten Primärversorgungseinheit oder der ausgeschlossenen Person eingebrachte Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, mit Ausnahme im Falle der Z 4, keine aufschiebende Wirkung.

(9) Der Krankenversicherungsträger kann den Primärversorgungs-Einzelvertrag aus den in Abs. 8 Z 1, 2 und 4 genannten Gründen kündigen. Im Übrigen gilt Abs. 8 sinngemäß.

(10) Im Falle einer Kündigung nach Abs. 8 Z 4 sind die von der Primärversorgungseinheit oder der/dem gekündigte/n freiberuflich tätige/n Ärztin oder Arzt im Vertrauen auf die Treffsicherheit der Planung eingegangenen Verpflichtungen zu berücksichtigen, indem angemessene finanzielle Abgeltungen geleistet werden oder für die Kündigung eine Frist von mindestens drei Jahren einzuhalten ist.

(11) Einzelverträge nach § 343 mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die nach In-Kraft-Treten des Primärversorgungsgesetzes abgeschlossen werden, können unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 343 Abs. 4 gekündigt werden, wenn bei Ausschreibung die Planung einer Primärversorgungseinheit im selben Versorgungsgebiet im RSG bereits abgebildet ist und die Ärztin oder der Arzt die Beteiligung an einer Primärversorgungseinheit entgegen einer vorvertraglichen Zusage ablehnt. Eine solche Zusage ist für fünf Jahre bindend, wobei in der Ausschreibung eine abweichende Frist vereinbart werden kann.

(12) Schließen sich Vertragsärztinnen oder -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) zu einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz zusammen, so erlöschen ihre bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge. Im Falle einer Kündigung nach Abs. 8 Z 4 leben die bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge wieder auf. Dies gilt auch im Falle der Auflösung der Primärversorgungseinheit oder des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes

innerhalb von drei Jahren ab Invertragnahme. Nach Ablauf von drei Jahren gilt § 342a Abs. 3 Z 1 lit. b mit der Maßgabe, dass für die Mitnahme der Planstelle aus der Primärversorgungseinheit die vorherige Zustimmung der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer erforderlich ist. Im Falle der Nachbesetzung in der Primärversorgungseinheit ist zwischen den Gesamtvertragspartnern Einvernehmen über die Anrechnung im Stellenplan herzustellen. Die nach § 342 Abs. 1 Z 10 in den jeweiligen Gesamtverträgen festgelegte Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) ist anzuwenden.

(13) Kommt bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Gesamtvertrag nach § 342b mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so kann der Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz Primärversorgungs-Sonderverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes nach einheitlichen Grundsätzen abschließen. Ein solcher Primärversorgungs-Sondervertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Primärversorgungs-Sondervertrag hat insbesondere die in den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes vorgesehenen Anforderungen und den Leistungsumfang zu konkretisieren, im Übrigen sind die Bestimmungen der Abs. 1 bis 12 sinngemäß anzuwenden.“

13. § 343 Abs. 1b zweiter Satz lautet:

„Besteht nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrags immer noch kein Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1 und jenen der Planung im jeweiligen RSG.“

14. § 343 Abs. 1c lautet:

„(1c) Im Falle der Stilllegung einer Planstelle (Abs. 1b) darf der betroffene Sozialversicherungsträger das bisher vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin der jeweiligen Planstelle abzudeckende Leistungsvolumen innerhalb von fünf Jahren ab Freiwerden der Stelle nicht durch einen neuen Vertrag mit anderen Leistungsanbietern/-anbieterinnen abdecken, es sei denn das Leistungsvolumen wird durch eine Primärversorgungseinheit abgedeckt.“

15. Im § 345 Abs. 2 Z 2 wird der Ausdruck „§ 343 Abs. 4“ durch den Ausdruck „§§ 342c Abs. 8 und 11 sowie 343 Abs. 4“ ersetzt.

16. Die Überschrift des § 348 lautet:

„Festsetzung des Inhaltes eines Gesamtvertrags oder einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 durch die Bundesschiedskommission“

17. § 348 Abs. 1 bis 3 lauten:

„(1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrags oder einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 für höchstens drei Monate – gerechnet vom Tage der Entscheidung – fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ein neuer Gesamtvertrag oder eine neue gesamtvertragliche Honorarvereinbarung nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung noch nicht abgelaufen ist. Der Inhalt des festgesetzten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung ist vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen.

(2) Wenn ein Antrag nach Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft. Im Falle einer Beschwerde gegen die Entscheidung der Bundesschiedskommission, welche von der Österreichischen Ärztekammer oder vom Hauptverband erhoben werden kann, bleibt der Gesamtvertrag oder die gesamtvertragliche Honorarvereinbarung für die allenfalls nach Abs. 1 festgesetzte Dauer, jedenfalls aber bis zum Ablauf des letzten Tages des zweiten Kalendermonats, das dem Kalendermonat folgt, in dem die Zustellung der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts an die antragstellende Partei erfolgte, in Kraft.

(3) Mit Ablauf der Geltungsdauer des nach Abs. 1 festgesetzten oder nach Abs. 2 verlängerten Gesamtvertrags oder der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge.“

18. § 350 Abs. 1 Z 2 lit. a lautet:

„a) durch eine nach § 1 des Rezeptpflichtgesetzes, BGBl. Nr. 413/1972, befugte Person, die in einem Vertragsverhältnis zum Krankenversicherungsträger steht oder in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit tätig ist oder“

19. Dem § 708 wird folgender § 709 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 (88. Novelle)

§ 709. (1) Die §§ 131 Abs. 3 erster Satz, 131a samt Überschrift, 135 Abs. 1 erster Satz und 3 erster Satz, die Überschrift des Sechsten Teils, 338 Abs. 1 erster Satz, 339 Abs. 1, 342 Abs. 1 Z 9, Abs. 1a und 3, die Überschrift zu § 342a, 342b und 342c samt Überschriften, 342d, 343 Abs. 1b zweiter Satz und Abs. 1c, 345 Abs. 2 Z 2, die Überschrift zu § 348, 348 Abs. 1 bis 3 sowie 350 Abs. 1 Z 2 lit. a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(2) Die im § 342c Abs. 12 genannte Frist von drei Jahren verlängert sich auf fünf Jahre, wenn die Invertragnahme spätestens zum 31. Dezember 2025 erfolgt ist. Die nach § 342 Abs. 1 Z 10 in den jeweiligen Gesamtverträgen festgelegte Altersgrenze für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten (Gesellschafterinnen/Gesellschaftern einer Vertrags-Gruppenpraxis) ist anzuwenden.

(3) Bis zur Implementierung eines Honorierungssystems im Sinne des § 342b Abs. 3 und 4 ist die Honorierung über ein ausschließliches Pauschalsystem zulässig, um mögliche betriebswirtschaftliche Risiken oder Unabwägbarkeiten beim Umstieg in neue Versorgungsstrukturen abzudecken. Bis dahin hat der Hauptverband dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen halbjährlich über den Fortschritt der Verhandlungen für ein Honorierungssystem im Sinne des § 342b Abs. 3 und 4 zu berichten. Im Sinne des § 342b Abs. 3 erster Satz sind bei der Festlegung des Pauschalsystems für unterschiedliche regionale Gegebenheiten auf nicht-diskriminierender Basis differenzierte Pauschalen vorzusehen.“

Artikel 4

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2017, wird wie folgt geändert:

1. Im § 193 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Heilmasseuren/Heilmasseurinnen,“ der Ausdruck „Primärversorgungseinheiten,“ eingefügt.

2. Im § 193 wird der Punkt am Ende der Z 6 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 7 wird angefügt:
„7. der Primärversorgungsvertrag mit einer Primärversorgungseinheit von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft abgeschlossen wird.“

3. Nach § 367 wird folgender § 368 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017

§ 368. § 193 erster Satz sowie die Z 6 und 7 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 5

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 53/2017, wird wie folgt geändert:

1. Im § 80 Abs. 2 dritter Satz wird nach dem Ausdruck „Dentisten/Dentistinnen“ der Ausdruck „, Primärversorgungseinheiten“ eingefügt.

2. § 88 Abs. 3 erster Satz lautet:

„Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann die/der nächsterreichbare Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt (Dentistin/Dentist) oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls eine/ein Vertragsärztin/Vertragsarzt, Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt (Vertragsdentistin/Vertragsdentist), eine Primärversorgungseinheit, eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann.“

3. Im § 181 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Heilmasseuren/Heilmasseurinnen,“ der Ausdruck „Primärversorgungseinheiten,“ eingefügt.

4. Nach § 360 wird folgender § 361 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017

§ 361. Die §§ 80 Abs. 2 dritter Satz, 88 Abs. 3 erster Satz und 181 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 6

Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 53/2017, wird wie folgt geändert:

1. Im § 128 erster Satz wird nach dem Ausdruck „Heilmasseuren/Heilmasseurinnen,“ der Ausdruck „Primärversorgungseinheiten,“ eingefügt.

2. Im § 128 wird der Punkt am Ende der Z 2 durch einen Strichpunkt ersetzt; folgende Z 3 wird angefügt:

„3. der Primärversorgungsvertrag mit einer Primärversorgungseinheit von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter abgeschlossen wird.“

3. Nach § 250 wird folgender § 251 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017

§ 251. § 128 erster Satz sowie die Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 7

Änderung des Unterbringungsgesetzes

Das Unterbringungsgesetz, BGBI. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 59/2017, wird wie folgt geändert:

§ 8 lautet:

„§ 8. Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie ein/eine im öffentlichen Sanitätsdienst stehende/r Arzt/Ärztin, ein Polizeiarzt/-ärztin oder ein Arzt/eine Ärztin einer Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 8 Abs. 7 des Primärversorgungsgesetzes, BGBI. I Nr. 131/2017 verpflichtet wurde, untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.“

Artikel 8

Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 26/2017, wird wie folgt geändert:

1. (Grundsatzbestimmung) Im § 3a Abs. 2 letzter Satz wird der Ausdruck „Entscheidung über den Bedarf“ durch den Ausdruck „Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf“ ersetzt.

2. (Grundsatzbestimmung) Im § 3a Abs. 9 wird vor dem vorletzten Satz folgender Satz eingefügt:

„Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat.“

3. (Grundsatzbestimmung) Im § 3a wird nach dem Abs. 9 folgender Abs. 10 angefügt:

„(10) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass einer Beschwerde einer Landesärztekammer an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision einer Landesärztekammer an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zukommt.“

4. Im § 65b wird nach Abs. 7 folgender Abs. 8 eingefügt:

„(8) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 3a Abs. 2 letzter Satz, Abs. 9 vorletzter Satz und Abs. 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.“

Artikel 9

Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes 2012

Das Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012, zuletzt geändert durch das Deregulierungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 40/2017, wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Abs. 2 wird nach dem Punkt folgender Satz angefügt:

„Sind Gesundheitsdiensteanbieter in eine Primärversorgungseinheit gemäß Primärversorgungsgesetz (PrimVG), BGBl. I Nr. 131/2017, eingebunden, ist auch diese als „Gesundheitsdiensteanbieter“ von den Registrierungsstellen in den eHVD einzutragen.“

2. Nach dem 4. Abschnitt wird folgender 5. Abschnitt eingefügt:

„5. Abschnitt

eHealth-Anwendungen

Primärversorgung

§ 24a. (1) Gesundheitsdiensteanbieter, die in eine Primärversorgungseinheit gemäß PrimVG, eingebunden sind, sind berechtigt:

1. zum Zweck der eindeutigen Identifikation die Daten des Zentralen Patientenindex (§ 18) zu verwenden,
2. sämtliche Daten, die sie rechtlich zulässigerweise verwenden dürfen, allen Gesundheitsdiensteanbietern derselben Primärversorgungseinheit, zur Verfügung zu stellen,
3. sämtliche Daten, die von anderen Gesundheitsdiensteanbietern derselben Primärversorgungseinheit im Rahmen der Primärversorgungseinheit zur Verfügung gestellt wurden, zu verwenden, wobei eine personenbezogene Verwendung ausschließlich zu Gesundheitszwecken gemäß § 9 Z 12 DSG 2000, ausgenommen für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten, durch
 - a) die in der Primärversorgungseinheit gemäß PrimVG eingebundenen Gesundheitsdiensteanbieter selbst sowie
 - b) Personen, die die in lit. a genannten Gesundheitsdiensteanbieter bei der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützen und im konkreten Fall von diesen dazu angewiesen wurden,

erfolgen darf, sowie

4. die Identifikation
 - a) sinngemäß in jeder Form des § 18 Abs. 4 sowie
 - b) durch Abfrage des Zentralen Patientenindex vorzunehmen.

(2) Gesundheitsdiensteanbieter, die in eine Primärversorgungseinheit gemäß § 2 Abs. 5 Z 2 PrimVG eingebunden sind,

1. tragen individuell jedenfalls die Verantwortung für die Einhaltung
 - a) ihrer Berufspflichten,
 - b) ihrer datenschutzrechtlichen Pflichten sowie
 - c) der technisch-organisatorischen Spezifikationen gemäß § 28 Abs. 2a und
2. haben Daten nach Abs. 1 Z 2 mindestens zehn Jahre lang zu speichern.

(3) Für Zwecke des PrimVG dürfen die ELGA-Komponenten gemäß § 24 Abs. 1 mit folgenden Maßgaben verwendet werden:

1. mit dem Austritt von Gesundheitsdiensteanbietern aus Primärversorgungseinheiten ist sicherzustellen, dass die Berechtigungen gemäß Abs. 1 nicht mehr ausgeübt werden können;
2. Gesundheitsdiensteanbieter, die keine ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter sind, dürfen nicht auf ELGA zugreifen.“

3. Die Überschrift des bisherigen 5. Abschnittes lautet:

„6. Abschnitt Schlussbestimmungen“

4. Im § 28 wird nach dem Abs. 2 folgender Abs. 2a eingefügt:

„(2a) Die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen hat auf Grundlage des 5. Abschnittes mit Verordnung Folgendes festzulegen:

1. die Struktur, das Format sowie die Standards gemäß § 27 Abs. 7, 8 und 9, die im Rahmen der eHealth-Anwendung „Primärversorgung“ (§ 24a) zu verwenden sind, wobei international anerkannte Standards, die wirtschaftliche Vertretbarkeit sowie der Stand der technischen Möglichkeiten hinsichtlich des Detaillierungsgrades der Strukturen bei den betroffenen Gesundheitsdiensteanbietern zu berücksichtigen sind sowie
2. den jeweiligen Zeitpunkt, ab dem die technisch-organisatorischen Spezifikationen gemäß Z 1 jedenfalls anzuwenden sind.“

5. Im § 28 Abs. 3 wird nach dem Ausdruck „Abs. 2“ die Wortfolge „und Abs. 2a“ eingefügt.

6. Dem § 26 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) § 9 Abs. 2, § 24a samt Überschriften, die Überschrift des 6. Abschnittes sowie § 28 Abs. 2a und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 10 Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 54/2017, wird wie folgt geändert:

1. In § 90 Abs. 1 wird nach Z 3a folgende Z 3b eingefügt:

„3b. zu Primärversorgungseinheiten gemäß Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017,“

2. § 117 wird folgender Abs. 29 angefügt:

„(29) § 90 Abs. 1 Z 3b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 11 **Änderung des Hebammengesetzes**

Das Hebammengesetz (HebG), BGBI. Nr. 310/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 8/2016 und BGBI. I Nr. 120/2016, wird wie folgt geändert:

1. § 18 lautet:

„§ 18. Die Ausübung des Hebammenberufs kann freiberuflich und/oder im Dienstverhältnis erfolgen.“

2. § 62a wird folgender Abs. 10 angefügt:

„(10) § 18 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 12 **Änderung des Medizinische Assistenzberufe-Gesetzes**

Das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG), BGBI. I Nr. 89/2012, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 8/2016 und BGBI. I Nr. 120/2016, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. einem/einer freiberuflich tätigen Arzt/Ärztin, einer ärztlichen Gruppenpraxis, einer Primärversorgungseinheit oder“

2. In § 25 Abs. 1 wird nach der Wortfolge „einer ärztlichen Gruppenpraxis,“ die Wortfolge „einer Primärversorgungseinheit,“ eingefügt.

3. § 29 Abs. 1 Z 3 lautet:

„3. einem/einer freiberuflich tätigen Arzt/Ärztin, einer ärztlichen Gruppenpraxis, einer Primärversorgungseinheit oder“

4. § 42 wird folgender Abs. 5 angefügt:

„(5) § 18 Abs. 1 Z 3, § 25 Abs. 1 und § 29 Abs. 1 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Artikel 13 **Änderung des Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetzes**

Das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz (MMHmG), BGBI. I Nr. 169/2002, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 8/2016, wird wie folgt geändert:

1. § 14 Z 3 lautet:

„3. einem freiberuflich tätigen Arzt, einer Gruppenpraxis, einer Primärversorgungseinheit oder“

2. § 45 Z 4 lautet:

„4. einem freiberuflich tätigen Arzt, einer Gruppenpraxis, einer Primärversorgungseinheit oder“

3. § 89 wird folgender Abs. 10 angefügt:

„(10) § 14 Z 3 und § 45 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBI. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

Van der Bellen

Kern