

Entwurf

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle), das Zahnärztegesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (72. Novelle), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden (Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Ärztegesetzes 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle)

Das Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 144/2009, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 zweiter Satz entfällt.

2. § 3 Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Sofern krankenanstaltenrechtliche Organisationsvorschriften keine dauernde Anwesenheit eines Facharztes erfordern, können Turnusärzte vorübergehend auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes an einer Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit für ein Sonderfach tätig werden, sofern sie bereits

1. im Rahmen des Turnus in dem betreffenden Sonderfach hinreichend ausgebildet worden sind, und
2. über die für ein vorübergehendes Tätigwerden ohne Aufsicht entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen,

wobei ein gleichzeitiges Tätigwerden für mehr als eine Abteilung oder Organisationseinheit unzulässig ist.“

3. Die Überschrift des § 8 lautet:

„Ausbildung zum Facharzt und Ausbildung in einem Additivfach“

4. § 8 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Ausbildung in Additivfächern, die einen besonderen Bezug zur Allgemeinmedizin aufweisen, steht auch Ärzten für Allgemeinmedizin unter Anwendung des § 11 offen.“

5. Im § 43 Abs. 4 Z 2 wird der Ausdruck „spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches“ durch den Ausdruck „Ausbildung in einem Additivfach“ ersetzt.

6. Im § 49 Abs. 2a wird der Ausdruck „der Österreichischen Ärztekammer“ durch den Ausdruck „der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH“ ersetzt.

7. § 49 Abs. 2b lautet:

„(2b) Ergibt die Evaluierung oder Kontrolle eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit oder unterbleibt aus Gründen, die der Arzt oder die Gruppenpraxis zu vertreten hat, die Evaluierung gemäß Abs. 2a, so stellt dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung auch einen Kündigungsgrund im Sinne

des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar, sofern die fachspezifischen Qualitätsstandards im Hinblick auf die Prozess- oder Strukturqualität betroffen sind.“

8. § 49 Abs. 4 erster Satz lautet:

„Die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin (Diplom- und Doktoratsstudium) sind, sofern sie vertrauenswürdig und gesundheitlich geeignet sind, zur unselbständigen Ausübung der im Abs. 5 genannten Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt.“

9. §§ 52a und 52b samt Überschriften lauten:

„Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen

§ 52a. (1) Die Zusammenarbeit von Ärzten, insbesondere zum Zweck der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, kann weiters auch als selbstständig berufsbefugte Gruppenpraxis in der Rechtsform einer

1. offenen Gesellschaft im Sinne des § 105 des Unternehmensgesetzbuches (UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, oder
2. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) im Sinne des GmbH-Gesetzes (GmbHG), RGBl. Nr. 58/1906,

erfolgen. Eine Gruppenpraxis kann auch mit Angehörigen des zahnärztlichen Berufs errichtet werden.

(2) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines Gesellschafters und die in der Gruppenpraxis durch die Gesellschafter vertretenen Fachrichtungen und gegebenenfalls Berufe anzuführen. Gruppenpraxen und deren Gesellschafter sind ausschließlich Mitglieder der Ärztekammern in den Bundesländern und/oder gegebenenfalls der Österreichischen Zahnärztekammer.

(3) Eine Gruppenpraxis darf keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG aufweisen. In diesem Sinne gelten folgende Rahmenbedingungen:

1. Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte Ärzte und Angehörige des zahnärztlichen Berufs angehören.
2. Andere natürliche Personen und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden.
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschaftsrechten ist unzulässig.
4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte und Angehörigen des zahnärztlichen Berufs.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich Hilfstätigkeiten und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang stehende Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) Verwaltung des Gesellschaftsvermögensbeschränkt werden.
6. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.
7. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von Gesellschaftern und anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht.
8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als den in Z 1 Genannten ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert.
9. Die Berufsausübung der Gesellschafter darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.
10. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten Gesellschafter. Gegen den Willen jener Gesellschafter, die über die den Gegenstand einer

Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.

11. Für die Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen derselben Fachrichtung oder gegebenenfalls desselben Berufs zu gewährleisten.

(4) Eine Gruppenpraxis darf im Bundesgebiet nur einen Berufssitz haben, der zugleich Berufssitz der an ihr beteiligten Ärzte ist. Darüber hinaus darf eine Gruppenpraxis in Form einer Vertragsgruppenpraxis unter nachfolgenden Voraussetzungen mehrere in die Ärzteliste einzutragende Standorte im Bundesgebiet haben:

1. Die Anzahl der Standorte darf die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter nicht überschreiten.
2. Einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden.
3. Jeder Gesellschafter darf zwar unbeschadet des § 45 Abs. 3 an sämtlichen Standorten der Gruppenpraxis seinen Beruf ausüben, in diesem Fall jedoch keinen sonstigen Berufssitz haben.
4. Es kann eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden.

(5) Im Gesellschaftsvertrag ist zu bestimmen, ob und welche Gesellschafter zur Geschäftsführung und Vertretung berechtigt sind. Zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft ist jeder Gesellschafter berechtigt. Die vorübergehende Einstellung oder Untersagung der Berufsausübung bis zur Dauer von sechs Monaten hindert Ärzte nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und an der Geschäftsführung.

(6) Jeder Gesellschafter ist, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrags, zur Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Anmeldungspflicht nach § 29 Abs. 1 Z 7 einschließlich der Vorlage des Gesellschaftsvertrages und gegebenenfalls des Bescheids über die Zulassung als Gruppenpraxis gemäß § 52c verpflichtet. Jeder Gesellschafter ist für die Erfüllung seiner Berufs- und Standespflicht persönlich verantwortlich, diese Verantwortung kann weder durch den Gesellschaftsvertrag noch durch Beschlüsse der Gesellschafter oder Geschäftsführungsmaßnahmen eingeschränkt oder aufgehoben werden.

(7) Soweit in diesem Bundesgesetz auf Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte oder Fachärzte abgestellt wird, sind die jeweiligen Bestimmungen auf Gruppenpraxen gegebenenfalls anzuwenden.

Gründung von Gruppenpraxen

§ 52b. (1) Die Gründung einer Gruppenpraxis setzt die

1. Eintragung in das Firmenbuch,
2. Zulassung des Landeshauptmanns gemäß § 52c, sofern nicht
 - a) jeder Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hat oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist und jeweils die Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen oder
 - b) die Gruppenpraxis ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen zu erbringen beabsichtigt, sowie
3. Eintragung in die Ärzteliste

voraus.

(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) (§ 84a ASVG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige durch die Österreichische Ärztekammer an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen.

(3) Die Gruppenpraxis darf ihre ärztliche Tätigkeit nur nach Eintragung in die Ärzteliste, die gegebenenfalls erst nach Zulassung gemäß § 52c oder Befassung der Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses gemäß Abs. 2 letzter Satz erfolgen darf, aufnehmen.

(4) Wenn eine Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der Patient vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a oder eine gemäß § 52c zugelassene Gruppenpraxis über das zugelassene Leistungsangebot hinaus sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt.“

10. Nach § 52b werden folgende §§ 52c und 52d samt Überschriften eingefügt:

„Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

§ 52c. (1) Der Landeshauptmann hat auf Antrag einer Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß § 52b beabsichtigt, zur Wahrung der Zielsetzung

1. der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ambulanten Gesundheitsversorgung und
2. des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

diese als Gruppenpraxis zur Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 2 mit Bescheid zuzulassen. Dabei ist im Rahmen des Antrags durch Auflagen der Versorgungsauftrag der Gruppenpraxis hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) zu bestimmen.

(2) Eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft ist als Gruppenpraxis zuzulassen, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte) und der für die ambulante öffentliche Gesundheitsversorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
2. des Inanspruchnahmeverhaltens und der Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten,
3. der durchschnittlichen Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2 sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin und Zahnmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

(3) Der Landeshauptmann hat im Rahmen des Zulassungsverfahrens

1. ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts einzuholen sowie
2. eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform über das Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2 zu Grunde zu legen.

(4) Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben auch

1. die betroffenen Sozialversicherungsträger,
2. die örtlich zuständige Landesärztekammer,
3. die Österreichische Zahnärztekammer, sofern auch Angehörige des zahnärztlichen Berufs Gesellschafter sind, sowie
4. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten.

(5) Gegen Bescheide gemäß Abs. 1, 6 und 7 ist eine Berufung unzulässig

(6) Wesentliche Änderungen des Leistungsangebots (Abs. 1) bedürfen der Zulassung durch den Landeshauptmann unter Anwendung der Abs. 1 bis 5.

(7) Der Landeshauptmann hat unter größtmöglicher Schonung wohl erworbener Rechte Bescheide zurückzunehmen oder abzuändern, wenn sich

1. die für die Zulassung maßgeblichen Umstände geändert haben oder
2. nachträglich hervorkommt, dass eine erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat oder
3. die Auflagen des Zulassungsbescheids nach erfolglosem Verstreichen einer zur Einhaltung der Auflagen gesetzten Frist nicht eingehalten werden.

Die Nichteinhaltung von Auflagen gemäß Z 3 stellt eine Berufspflichtverletzung gemäß § 49 Abs. 1 dar.

(8) Der Landeshauptmann hat der Österreichischen Ärztekammer und gegebenenfalls der Österreichischen Zahnärztekammer die Zurücknahme eines Bescheids gemäß Abs. 6 unverzüglich mitzuteilen. Die Österreichische Ärztekammer hat umgehend die Streichung der Gruppenpraxis aus der Ärzteliste durchzuführen.

Berufshaftpflichtversicherung

§ 52d. (1) Eine freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.

(2) Die Mindestversicherungssumme hat für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der ärztlichen Berufsausübung entstehenden Schadenersatzansprüche 2 000 000 Euro zu betragen.

(3) Bei einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt auf Grund seiner Gesellschaftstellung bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung auch die Gesellschafter unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

(4) Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der ärztlichen Berufsausübung aufrecht zu erhalten. Der Österreichischen Ärztekammer ist

1. im Zuge der Eintragung in die Ärzteliste der Abschluss sowie
2. jederzeit auf Verlangen das Bestehen

eines entsprechenden Versicherungsvertrags nachzuweisen.

(5) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die Versicherer sind verpflichtet, der Österreichischen Ärztekammer unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen über solche Umstände Auskunft zu erteilen.“

11. § 59 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer kann bei einer Beeinträchtigung der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit zum Zweck der Sicherstellung der Erfüllung der Berufspflichten mit Bescheid Auflagen, Bedingungen oder Befristungen vorschreiben. Werden die vorgeschriebenen Auflagen, Bedingungen oder Befristungen ungerechtfertigt nicht erfüllt, so führt dies zum Wegfall der gesundheitlichen Eignung oder Vertrauenswürdigkeit.“

12. § 118a samt Überschrift lautet:

„Österreichische Gesellschaft für

Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

§ 118a. (1) Der von der Österreichischen Ärztekammer errichteten und zu betreibenden Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) obliegt insbesondere

1. die Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
2. die Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c,
3. die Qualitätsevaluierung,
4. die Qualitätskontrolle sowie
5. die Führung eines Qualitätsregisters.

(2) Der Präsident und der Finanzreferent der Österreichischen Ärztekammer haben in der Generalversammlung die Österreichische Ärztekammer als Alleingesellschafter zu vertreten. Die Generalversammlung hat keine inhaltlichen Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung. Der Geschäftsführung, die aus einem Geschäftsführer zu bestehen hat und von der Generalversammlung zu bestellen ist, obliegt auch die rechtsgeschäftliche Vertretung der ÖQMed. Die Geschäftsführung hat in allen Organen der ÖQMed Sitz- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht. Unbeschadet der Stellung der Österreichischen Ärztekammer als Alleingesellschafter unterliegen die Organe der ÖQMed bei der Erfüllung der Aufgaben gemäß Abs. 1 der Weisung durch den Bundesminister für Gesundheit. § 195h gilt auch für die Organe der ÖQMed.“

13. § 118b samt Überschrift lautet:

„Wissenschaftlicher Beirat

§ 118b. (1) Die ÖQMed hat neben den nach dem GmbHG verpflichtend vorzusehenden Organen auch einen Wissenschaftlichen Beirat einzurichten. Der Wissenschaftliche Beirat hat die Organe der ÖQMed und der Österreichischen Ärztekammer in der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung zu beraten. Der Wissenschaftliche Beirat hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben sicherstellt. Die Geschäftsordnung bedarf für ihre Wirksamkeit der Zustimmung durch den Bundesminister für Gesundheit.

(2) Der Wissenschaftliche Beirat besteht aus

1. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
2. zwei Vertretern des Bundesministers für Gesundheit,
3. zwei Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
4. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
5. einem Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin,
6. einem Vertreter der Bundessektion Fachärzte,
7. einem Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte,
8. einem Vertreter der Österreichischen Akademie der Ärzte,
9. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMed für Qualitätssicherung,
10. einem von der Universitätskonferenz bestellten Vertreter der Medizinischen Universitäten,
11. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
12. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(3) Das Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(4) Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats haben aus ihrem Kreis einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(5) Alle Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats sind antrags- und stimmberechtigt. Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(6) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats haben die entsendenden Einrichtungen selbst zu tragen.

(7) Der Wissenschaftliche Beirat ist vom Vorsitzenden nach Bedarf oder auf Wunsch eines Mitglieds gemäß Abs. 2 Z 1, 2, 3 oder 9 einzuberufen.

(8) Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats gemäß Abs. 1 gehört insbesondere die Erstattung von Empfehlungen im Zusammenhang mit der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c einschließlich der

1. inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie
2. strategischen Planung der Grundlagen des Prozesses der Qualitätsevaluierung für alle niedergelassenen Ärzte einschließlich Gruppenpraxen sowie Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung und private Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien.“

14. § 118c samt Überschrift lautet:

„Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung

§ 118c. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des Wissenschaftlichen Beirats und auf Grundlage seiner Empfehlung sowie nach Befassung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte durch Verordnung

1. die zu evaluierenden Kriterien,

2. das Verfahren zur Evaluierung und Kontrolle durch die ÖQMed unter Beachtung der Verfahrensgrundsätze des § 118e sowie
 3. das von der ÖQMed zu führende Qualitätsregister
- für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln.

(2) Die Österreichische Ärztekammer hat im Fall der Absicht, bei der Ausgestaltung der Verordnung von der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abzuweichen, diesen Umstand dem Wissenschaftlichen Beirat und dem Bundesminister für Gesundheit unverzüglich schriftlich mitzuteilen und umfassend zu begründen. Der Bundesminister für Gesundheit hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen gemäß § 195g Abs. 2, insbesondere eine nochmalige Befassung und Einholung einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats, zu veranlassen.

(3) Die Österreichische Ärztekammer hat die Inhalte der Verordnung im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln und die Verordnung erforderlichenfalls auch vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer anzupassen.“

15. Nach § 118c werden folgende §§ 118d und 118e samt Überschriften eingefügt:

„Evaluierungsbeirat

§ 118d. (1) Die ÖQMed hat neben den nach dem GmbHG verpflichtend vorzusehenden Organen auch einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Der Evaluierungsbeirat hat auf der Grundlage der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Verordnung gemäß § 118c die Organe der ÖQMed bei der Planung, Durchführung und praxisgerechten Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle, gegebenenfalls auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse, zu unterstützen. Der Evaluierungsbeirat hat eine Geschäftsordnung zu beschließen, die die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben sicherstellt. Die Geschäftsordnung bedarf für ihre Wirksamkeit der Zustimmung durch den Bundesminister für Gesundheit.

(2) Der Evaluierungsbeirat besteht aus einem Plenum und Evaluierungsausschüssen, die in den Bundesländern nach regionalen Erfordernissen einzurichten sind.

(3) Das Plenum des Evaluierungsbeirats ist für die Erfüllung jener Aufgaben gemäß Abs. 1 zuständig, die von bundesländerübergreifender Relevanz sind.

(4) Die Evaluierungsausschüsse in den Bundesländern sind für individuelle Evaluierungen, insbesondere gemäß § 118e Abs. 1 dritter Satz, zuständig.

(5) Das Plenum des Evaluierungsbeirats besteht aus

1. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Österreichischen Ärztekammer,
2. je einem Vertreter der Ärztekammern in den Bundesländern,
3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,
4. einem Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
5. je einem Vertreter der Gebietskrankenkassen,
6. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
7. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
8. einem Vertreter der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
9. einem Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
10. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
11. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
12. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
13. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(6) Die Mitglieder des Plenums des Evaluierungsbeirats haben aus ihrem Kreis mit absoluter Mehrheit einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(7) Ein Evaluierungsausschuss besteht aus

1. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der den Vorsitz führt,

2. einem Vertreter der Ärztekammer des betreffenden Bundeslandes,
3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,
4. einem Vertreter der betreffenden Gebietskrankenkasse,
5. einem gemeinsamen Vertreter der im Abs. 5 Z 6 bis 9 genannten Versicherungsträger,
6. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
7. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
8. einem Vertreter der Arbeitskammer des betreffenden Bundeslandes sowie
9. einem Vertreter der Wirtschaftskammer des betreffenden Bundeslandes,

die, sofern nicht anderes bestimmt wird, von der betreffenden Einrichtung entsandt werden und über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen sollen. Die Entsendung der Vertreter sowie deren Stellvertreter für den Fall ihrer Verhinderung ist der ÖQMed unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(8) Die Mitglieder des Evaluierungsausschusses haben aus ihrem Kreis mit absoluter Mehrheit einen Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(9) Das Zusammentreten des Plenums und der Evaluierungsausschüsse wird durch die Unterlassung einer Entsendung nicht gehindert.

(10) Alle Mitglieder des Plenums und der Evaluierungsausschüsse sind antrags- und stimmberechtigt. Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

(11) Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder des Plenums und der Evaluierungsausschüsse haben die entsendenden Einrichtungen oder im Fall des Abs. 5 Z 6 und Abs. 7 Z 5 das Mitglied selbst zu tragen.

Verfahrensgrundsätze zur Evaluierung und Kontrolle

§ 118e. (1) Sofern in der Verordnung gemäß § 118c kein kürzeres Intervall bestimmt wird, hat die ÖQMed zumindest alle fünf Jahre und darüber hinaus im Anlassfall unter Einbindung des Evaluierungsbeirats eine Evaluierung der niedergelassenen Ärzte einschließlich Gruppenpraxen mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen unter Nutzung der elektronischen Datenübertragung nach Maßgabe der technischen Ausstattung (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a) durchzuführen. Die ÖQMed hat die Ergebnisse der Selbstevaluierung stichprobenartig durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen zu überprüfen. Unabhängig von den durch Selbstevaluierung initiierten Besuchen der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen hat die ÖQMed solche Besuche auch aufgrund begründeter Anregungen

1. der Österreichischen Ärztekammer,
2. der Ärztekammern in den Bundesländern,
3. der Sozialversicherungsträger,
4. des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
5. der Vertreter von Patienteninteressen sowie
6. der Behörden

durchzuführen (spezifische Evaluierung). Zur Teilnahme am Besuch von Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen ist auch ein Vertreter von Patienteninteressen berechtigt.

(2) Wenn im Rahmen der Evaluierung gemäß Abs. 1 ein Mangel in der Prozess- und/oder Strukturqualität festgestellt wird, hat die ÖQMed – erforderlichenfalls unter Setzung einer angemessenen Frist – den Arzt oder die Gruppenpraxis zur Behebung des Mangels aufzufordern. Die Kontrolle der Mängelbehebung hat erforderlichenfalls auch durch Besuche der Ordinationsstätten sowie Sitze und Standorte von Gruppenpraxen gemäß Abs. 3 stattzufinden, insbesondere wenn im Zusammenhang mit der Kontrolle ein Vertragskündigungsverfahren aufgrund von Mängeln in der Prozess- und/oder Strukturqualität in Aussicht genommen wird. Wenn dem Mängelbehebungsauftrag nicht nachgekommen wird, hat die ÖQMed für Qualitätssicherung unverzüglich Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten. Sofern ein Mangel hygienische Anforderungen gemäß § 56 Abs. 1 Z 1 betrifft, hat die ÖQMed darüber zusätzlich die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde unverzüglich schriftlich zu verständigen.

(3) Die ÖQMed hat das Ergebnis der Evaluierung einschließlich beabsichtigter und durchgeführter Kontrollen eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis jenen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern sowie Krankenfürsorgeeinrichtungen unaufgefordert schriftlich bekannt zu

geben, die Vertragspartner des Vertragsarztes oder der Vertragsgruppenpraxis sind, wobei diese berechtigt sind, einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Im Falle mehrerer Vertragspartner sind diese berechtigt, gemeinsam einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen.

(4) Die Selbstevaluierungsbögen sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind in ein Qualitätsregister aufzunehmen und zu anonymisieren.

(5) Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind dem Bundesminister für Gesundheit anonymisiert zur Verfügung zu stellen.“

16. Im § 122 Z 6 wird der Ausdruck „§ 117 Abs. 2 Z 4 bis 11“ durch den Ausdruck „§ 117b Abs. 2 Z 4 bis 11“ ersetzt.

17. § 124 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) Für mit der Prüfung der Vertrauenswürdigkeit (§ 4 Abs. 2 Z 3 in Verbindung mit § 59) zusammenhängende Fragen kann vom Vorstand ein beratender Ausschuss (Ehrenrat) eingerichtet werden. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder werden vom Vorstand nominiert. Nähere Vorschriften über die Struktur und Aufgaben des Ehrenrates sind durch die Satzung festzulegen.“

18. Nach § 229 wird folgender § 230 samt Überschrift eingefügt:

„Übergangs-, In-Kraft- und Außer-Kraft-Tretens-Bestimmungen zur 14. Ärztegesetz-Novelle

§ 230. (1) Anträge auf Durchführung eines Zulassungsverfahrens gemäß § 52c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 sind ohne Vorliegen eines Gesamtvertrags für Gruppenpraxen mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zurückzuweisen, sofern nicht Abs. 2 zur Anwendung kommt.

(2) Sofern eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß § 52b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 beabsichtigt, bereits über eine wechselseitige schriftliche Zusage über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrags gemäß § 342a Abs. 5 ASVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügt, kann ein Zulassungsverfahren gemäß § 52c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 auch ohne Vorliegen eines Gesamtvertrags für Gruppenpraxen durchgeführt werden.

(3) Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Ärzteliste eingetragen sind, bleiben von §§ 52b Abs. 1 bis 3 sowie 52c in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 auch bei einem Wechsel der Rechtsform unberührt.

(4) Ärzte und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Ärzteliste eingetragen sind, haben den Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche ärztliche Tätigkeit gemäß § 52d längstens binnen sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 zu erbringen.

(5) Die Funktionsdauer des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 118b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 144/2009 endet mit dem ersten Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 118b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.“

Artikel 2

Änderung des Zahnärztegesetzes

Das Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2008, wird wie folgt geändert:

1. § 26 samt Überschrift lautet:

„Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen

§ 26. (1) Die Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs, insbesondere zum Zweck der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, kann weiters auch als selbständig berufsbefugte Gruppenpraxis in der Rechtsform einer

1. offenen Gesellschaft im Sinne des § 105 des Unternehmensgesetzbuches (UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, oder

2. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) im Sinne des GmbH-Gesetzes (GmbHG),
RGGBl. Nr. 58/1906,
erfolgen. Eine Gruppenpraxis kann auch mit Ärzten/Ärztinnen errichtet werden.

(2) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines/einer
Gesellschafter/Gesellschafterin und die in der Gruppenpraxis durch die
Gesellschafter/Gesellschafterinnen vertretenen Berufe und gegebenenfalls Fachrichtungen anzuführen.
Gruppenpraxen und deren Gesellschafter/Gesellschafterinnen sind ausschließlich Mitglieder der
Österreichischen Zahnärztekammer bzw. gegebenenfalls der Ärztekammern in den Bundesländern.

(3) Eine Gruppenpraxis darf keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der
Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 Krankenanstalten und
Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I
Nr. xx/2010, aufweisen. In diesem Sinne gelten folgende Rahmenbedingungen:

1. Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter/Gesellschafterinnen nur zur selbstständigen
Berufsausübung berechnete Angehörige des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und
Ärzte/Ärztinnen angehören.
2. Andere natürliche Personen und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als
Gesellschafter/Gesellschafterinnen angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt
werden.
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschaftsrechten ist unzulässig.
4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der
Gruppenpraxis als Gesellschafter/Gesellschafterinnen beteiligten Angehörigen des zahnärztlichen
Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich
Hilfstätigkeiten und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang
stehende Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) Verwaltung des Gesellschaftsvermögensbeschränkt werden.
6. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft
verpflichtet.
7. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und anderen Angehörigen des
zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der
Gesellschafter/Gesellschafterinnen zu anderen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs,
Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen oder Gesellschaften, insbesondere durch den
Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum
Zweck der Erbringung zahnärztlichen bzw. ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die
über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht.
8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als den in Z 1 Genannten ist nur in
einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert.
9. Die Berufsausübung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen darf nicht an eine Weisung oder
Zustimmung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen (Gesellschafterversammlung) gebunden
werden.
10. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten
Gesellschafter/Gesellschafterinnen. Gegen den Willen jener Gesellschafter/Gesellschafterinnen,
die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung
verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.
11. Für die Patienten/Patientinnen ist die freie Wahl des/der Behandlers/Behandlerin unter den
Gesellschaftern/Gesellschafterinnen desselben Berufs oder gegebenenfalls derselben
Fachrichtung zu gewährleisten.

(4) Eine Gruppenpraxis darf im Bundesgebiet nur einen Berufssitz haben, der zugleich Berufssitz der
an ihr beteiligten Angehörigen des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzte/Ärztinnen ist.
Darüber hinaus darf eine Gruppenpraxis in Form einer Vertragsgruppenpraxis unter nachfolgenden
Voraussetzungen mehrere in die Zahnärzteliste einzutragende Standorte im Bundesgebiet haben:

1. Die Anzahl der Standorte darf die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter/Gesellschafterinnen nicht überschreiten.
2. Einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden.
3. Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin darf zwar unbeschadet des § 27 Abs. 2 an sämtlichen Standorten der Gruppenpraxis seinen Beruf ausüben, in diesem Fall jedoch keinen sonstigen Berufssitz haben.
4. Es kann eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden.

(5) Im Gesellschaftsvertrag ist zu bestimmen, ob und welche Gesellschafter/Gesellschafterinnen zur Geschäftsführung und Vertretung berechtigt sind. Zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft ist jeder/jede Gesellschafter/Gesellschafterin berechtigt. Die vorübergehende Untersagung (§ 46 f) oder Unterbrechung der Berufsausübung bis zur Dauer von sechs Monaten hindert Angehörige des zahnärztlichen Berufs nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und an der Geschäftsführung.

(6) Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin ist, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrags, zur Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Meldepflicht nach § 14 einschließlich der Vorlage des Gesellschaftsvertrages und gegebenenfalls des Bescheids über die Zulassung als Gruppenpraxis gemäß § 26b verpflichtet. Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin ist für die Erfüllung seiner/ihrer Berufs- und Standespflicht persönlich verantwortlich, diese Verantwortung kann weder durch den Gesellschaftsvertrag noch durch Beschlüsse der Gesellschafter/Gesellschafterinnen oder Geschäftsführungsmaßnahmen eingeschränkt oder aufgehoben werden.

(7) Soweit in diesem Bundesgesetz auf Angehörige des zahnärztlichen Berufs abgestellt wird, sind die jeweiligen Bestimmungen auf Gruppenpraxen gegebenenfalls anzuwenden.“

2. Nach § 26 werden folgenden §§ 26a bis 26c samt Überschriften eingefügt:

„Gründung von Gruppenpraxen

§ 26a. (1) Die Gründung einer Gruppenpraxis setzt die

1. Eintragung in das Firmenbuch und
2. Zulassung des/der Landeshauptmanns/Landeshauptfrau gemäß § 26b, sofern nicht
 - a) jeder/jede Gesellschafter/Gesellschafterin bereits einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hat oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits im Stellenplan vorgesehen ist und jeweils die Voraussetzungen des Abs. 2 vorliegen oder
 - b) die Gruppenpraxis ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen zu erbringen beabsichtigt,

voraus.

(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat nach Maßgabe des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) (§ 84a ASVG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige der einer wechselseitigen schriftlichen Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrags mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG durch die Österreichische Zahnärztekammer an den/die zuständigen/zuständige Landeshauptmann/Landeshauptfrau voraus. Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen.

(3) Die Gruppenpraxis darf ihre zahnärztliche Tätigkeit nur nach Eintragung in die Zahnärzteliste, die gegebenenfalls erst nach Zulassung gemäß § 26b erfolgen darf, aufnehmen.

(4) Wenn eine Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. b sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der/die Patient/Patientin vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a oder eine gemäß § 26b zugelassene Gruppenpraxis über das zugelassene Leistungsangebot hinaus sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt.

Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

§ 26b. (1) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat auf Antrag einer Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß § 26a beabsichtigt, zur Wahrung der Zielsetzung

1. der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ambulanten Gesundheitsversorgung und
2. des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

diese als Gruppenpraxis zur Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 2 mit Bescheid zuzulassen. Dabei ist im Rahmen des Antrags durch Auflagen der Versorgungsauftrag der Gruppenpraxis hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) zu bestimmen.

(2) Eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft ist als Gruppenpraxis zuzulassen, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte) und der für die ambulante öffentliche Gesundheitsversorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
2. des Inanspruchnahmeverhaltens und der Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten/Patientinnen,
3. der durchschnittlichen Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2 sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Zahnmedizin und Humanmedizin

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

(3) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat im Rahmen des Zulassungsverfahrens

1. ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts einzuholen sowie
2. seiner Entscheidung begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform über das Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2 zugrunde zu legen.

(4) Parteistellung im Sinne des § 8 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG), BGBl. Nr. 51, und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, haben auch

1. die betroffenen Sozialversicherungsträger,
2. die Österreichische Zahnärztekammer,
2. die örtlich zuständige Landesärztekammer, sofern auch Ärzte/Ärztinnen Gesellschafter/Gesellschafterinnen sind, sowie
4. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten.

(5) Wesentliche Änderungen des Leistungsangebots (Abs. 1) bedürfen der Zulassung durch den Landeshauptmann unter Anwendung der Abs. 1 bis 4.

(6) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat unter größtmöglicher Schonung wohl erworbener Rechte Bescheide zurückzunehmen oder abzuändern, wenn sich

1. die für die Zulassung maßgeblichen Umstände geändert haben oder
2. nachträglich hervorkommt, dass eine erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat oder
3. die Auflagen des Zulassungsbescheids nach erfolglosem Verstreichen einer zur Einhaltung der Auflagen gesetzten Frist nicht eingehalten werden.

Die Nichteinhaltung von Auflagen gemäß Z 3 ist eine Berufspflichtverletzung.

(7) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat der Österreichischen Zahnärztekammer die Zurücknahme eines Bescheids gemäß Abs. 6 unverzüglich mitzuteilen. Diese hat umgehend die Streichung der Gruppenpraxis aus der Zahnärzteliste durchzuführen.

(8) Gegen Bescheide gemäß 1, 5 und 6 ist eine Berufung nicht zulässig.

Berufshaftpflichtversicherung

§ 26c. (1) Eine freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.

(2) Die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der zahnärztlichen Berufsausübung entstehenden Schadenersatzansprüche hat 2 000 000 Euro zu betragen.

(3) Bei einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt aufgrund seiner Gesellschafterstellung bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung auch die Gesellschafter/Gesellschafterinnen unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

(4) Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der zahnärztlichen Berufsausübung aufrecht zu erhalten. Der Österreichischen Zahnärztekammer ist

1. im Zuge der Eintragung in die Zahnärzteliste der Abschluss sowie
2. jederzeit auf Verlangen das Bestehen

eines entsprechenden Versicherungsvertrags nachzuweisen.

(5) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die Versicherer sind verpflichtet, der Österreichischen Zahnärztekammer unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen über solche Umstände Auskunft zu erteilen.“

3. Nach § 71 wird folgender § 71a samt Überschrift eingefügt:

„Übergangsbestimmung zu Gruppenpraxen

§ 71a. (1) Anträge auf Durchführung eines Zulassungsverfahrens gemäß § 26b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 sind ohne Vorliegen eines Gesamtvertrags für Gruppenpraxen mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zurückzuweisen, sofern nicht Abs. 2 zur Anwendung kommt.

(2) Sofern eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß § 26a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 beabsichtigt, bereits über eine wechselseitige schriftliche Zusage über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrags gemäß § 342a Abs. 5 ASVG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügt, kann ein Zulassungsverfahren gemäß § 26b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 auch ohne Vorliegen eines Gesamtvertrags für Gruppenpraxen durchgeführt werden.

(3) Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Zahnärzteliste eingetragen sind, bleiben von § 26a Abs. 1 bis 3 und § 26b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 auch bei einem Wechsel der Rechtsform unberührt.

(4) Angehörige des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Gruppenpraxen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 in die Zahnärzteliste eingetragen sind, haben den Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung für die freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit gemäß § 26c längstens binnen sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 zu erbringen.“

Artikel 3

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 124/2009, wird wie folgt geändert:

1. Teil

(Grundsatzbestimmungen)

1. In § 2 Abs. 1 Z 5 entfällt der Klammerausdruck „(Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen)“ und wird folgender Satz angefügt:

„Die Durchführung von Hausbesuchen ist zulässig.“

2. In § 2 Abs. 2 lit. d wird der Ausdruck „BGBl. I Nr. 63/2002.“ durch den Ausdruck „BGBl. I Nr. 63/2002 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2009;“ ersetzt.

3. Nach § 2 Abs. 2 lit. d wird folgende lit. e angefügt:

„e) Gruppenpraxen, sofern die Organisationsdichte und -struktur nicht der einer Anstalt entspricht.“

4. § 2 Abs. 3 lautet:

„(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die insbesondere im Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken und das Leistungsvolumen eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften.“

5. Vor § 3 wird folgende Überschrift eingefügt:

„Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten“

6. § 3 Abs. 1 lautet:

„(1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.“

7. § 3 Abs. 2 lit. a lautet:

„a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2b und 2c gegeben ist;“

8. § 3 Abs. 2a lautet:

„(2a) Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen.“

9. Nach § 3 Abs. 2a werden folgende Abs. 2b und Abs. 2c eingefügt:

„(2b) Für Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden (im Folgenden: Fondskrankenanstalten), ist ein Bedarf gegeben, wenn die Errichtung nach dem Anstaltszweck und in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgestimmten Landeskrankenanstaltenplan (§10a) entspricht.

(2c) Für sonstige bettenführende Krankenanstalten ist ein Bedarf gegeben, wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

1. der örtlichen Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. der für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. der Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie
4. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin

eine Unterversorgung im Einzugsgebiet besteht.

10. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Vorlage von Unterlagen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Entscheidung über die Bedarfsfrage beantragt wird.“

11. § 3 Abs. 4 lit. a lautet:

„a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 2b oder 2c erteilt worden ist;“

12. § 3 Abs. 4 lit. e lautet:

„e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) namhaft gemacht wurde und für die Leitung der einzelnen Abteilungen und sonstigen Organisationseinheiten fachlich geeignete Personen als verantwortliche Ärzte namhaft gemacht worden sind (§ 7 Abs. 4) sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird;“

13. Nach § 3 Abs. 4 lit. e wird folgende lit. f angefügt:

„f) der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 62g erforderlich ist.“

14. In § 3 Abs. 5 entfallen der erste bis dritte Satz. Das Zitat „Abs. 4 lit. b bis d“ wird durch das Zitat „Abs. 4 lit. b bis e“ ersetzt.

15. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a in Verbindung mit Abs. 2c zu prüfenden Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.“

16. § 3 Abs. 7 entfällt, Abs. 8 erhält die Bezeichnung „(7)“.

17. Nach § 3 werden folgende §§ 3a und 3b samt Überschrift eingefügt, die bisherigen §§ 3a und 3b erhalten die Bezeichnung „§ 3c“ und „§ 3d“.

„Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

§ 3a. (1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und

b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden

kann,

2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Ausführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),

2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Pfleglinge,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen.

(5) Im Bewilligungsverfahren ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

(6) Die Vorlage von Unterlagen nach Abs. 2 Z 2 bis 4 ist nicht erforderlich, wenn eine gesonderte Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen nach Abs. 3 beantragt wird.

(7) Die Errichtungsbewilligung hat im Rahmen des Antrags - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - jedenfalls das Leistungsvolumen, das Leistungsspektrum und bedarfsgerechte Öffnungszeiten (Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen) sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und - soweit sinnvoll - die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen.

(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

§ 3b. (1) Eine Bewilligung zum Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn insbesondere

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen erfüllt sind;
3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 7 Abs. 1 und 7a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 62g erforderlich ist.

(2) Die Bewilligung zum Betriebe des selbstständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Einigung gemäß § 339 ASVG oder eine Errichtungsbewilligung gemäß § 3b Abs. 9 zweiter Satz vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.

(3) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre eines selbstständigen Ambulatoriums, das entgegen den Bestimmungen der § 3a und Abs. 1 betrieben wird, zu erlassen.“

18. Im § 5 lautet der Klammerausdruck „(§ 3 Abs. 2 lit. d und § 3a Abs. 2 Z 4)“.

19. § 7 Abs. 5 zweiter Satz lautet:

„Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 bis 4 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen.“

20. Nach § 7 Abs. 5 zweiter Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum ärztlichen Leiter von zwei Krankenanstalten bestellt wurde.“

21. § 7a Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 und 2 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen.“

22. Nach § 7a Abs. 3 zweiter Satz wird folgender Satz eingefügt:

„Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum zahnärztlichen bzw. ärztlichen Leiter von zwei selbstständigen Ambulatorien bestellt wurde.“

23. § 8a Abs. 5 lautet:

„(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.“

24. In § 8d erster Satz wird vor dem Wort „Krankenanstalten“ das Wort „bettenführenden“ eingefügt.

25. § 10a Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.“

26. § 10a Abs. 2 lautet:

„(2) Im Landeskrankenanstaltenplan ist jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen Organisationseinheiten je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximalen Bettenzahlen je Fachbereich bezogen auf das Land, die Versorgungsregion oder bezogen auf die Standorte,
7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.“

27. § 40 Abs. 1 lit. e lautet:

„e) Der § 20 mit der Maßgabe, dass Konsiliarapotheker den Arzneimittelvorrat von selbstständigen Ambulatorien entsprechend deren Anstaltszweck regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich zu kontrollieren haben.“

2. Teil

(Unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

28. Nach § 60 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a eingefügt:

„(1a) Überprüfungen, die mit einem Ortsaugenschein verbunden sind, sind möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte aktuelle Befunde und Gutachten sind dabei so weit als möglich zu berücksichtigen.“

29. Nach § 62f werden folgende § 62g samt Überschrift und § 62h eingefügt:

„Haftpflichtversicherung

§ 62g. (1) Krankenanstalten, die nicht durch eine Gebietskörperschaft, eine sonstige Körperschaft öffentlichen Rechts oder durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, haben zur Deckung der aus ihrer Tätigkeit (§ 1) entstehenden Schadenersatzansprüche eine Haftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Betriebsbewilligung aufrecht zu erhalten. Bei Krankenanstalten, die durch eine juristische Person, die im Eigentum einer Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts stehen, betrieben werden, besteht ein haftungsrechtlicher Durchgriff zur Gebietskörperschaft oder Körperschaft öffentlichen Rechts.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

1. Die Mindestversicherungssumme muss 2 000 000 Euro für jeden Versicherungsfall betragen, und
2. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(3) Die Versicherer sind verpflichtet, der Landesregierung unaufgefordert und umgehend jeden Umstand zu melden, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, und auf Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

(4) Träger von Krankenanstalten, für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. xx/2010 eine rechtskräftige Betriebsbewilligung vorliegt, und die nach Abs. 1 zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von sechs Monaten nach den Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.

§ 62h. Wenn eine bettenführende Krankenanstalt gemäß § 3 Abs. 2a oder ein selbstständiges Ambulatorium gemäß § 3a Abs. 4 sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt, sind diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig, worüber der Pfingling vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine bettenführende Krankenanstalt oder ein selbstständiges Ambulatorien über das bewilligte Leistungsangebot hinaus Leistungen erbringt.“

30. Nach § 65 wird folgender § 65a eingefügt:

„§ 65a. (1) Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in § 2 Abs. 1 Z 5 und § 2 Abs. 2 lit. d, § 2 Abs. 2 lit. e, § 2 Abs. 3, die Überschrift vor § 3, § 3 Abs. 1, Abs. 2 lit. a, Abs. 2a, Abs. 2b, Abs. 2c, Abs. 3, Abs. 4 lit. a, Abs. 4 lit. e, Abs. 4 lit. f, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7, §§ 3a, 3b, 3c, und 3d, die Änderungen in § 5, § 7 Abs. 5, § 7a Abs. 3, § 8a Abs. 5, § 8d, § 10a Abs. 1 und 2 und § 40 Abs. 1 lit. e in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass jedenfalls Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbstständigen Ambulatoriums, die ab dem 1. März 2011 anhängig werden, nach der Rechtslage durchzuführen bzw. fortzusetzen sind, die sich aus den entsprechenden Landesausführungsgesetzen in Ausführung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 ergibt.“

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (72. Novelle)

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 150/2009, wird wie folgt geändert:

1. § 5 Abs. 2 vierter Teilstrich lautet:

„- einer Karenz nach den §§ 15, 15a, 15b und 15d MSchG und den §§ 2, 5 und 9 des Väter-Karenzgesetzes (VKG), BGBl. I Nr. 103/2001, bei Anspruch auf Wochengeld oder während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld nach den § 3 Abs. 1 und § 5 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001.“

2. Im § 8 Abs. 1 Z 3 wird nach der lit. k folgende lit. l angefügt:

„l) Kinder, die im letzten Jahr vor Schulpflicht eine institutionelle Kinderbetreuungseinrichtung im Sinne des Art. 3 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Einführung der

halbtägigen kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen, BGBl. I Nr. 99/2009, im Ausmaß von 16 Stunden oder mehr besuchen;“

3. Im § 10 Abs. 5 wird der Ausdruck „Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt und nach dem Klammersatz „(§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c)“ ein Beistrich eingefügt.

4. Im § 23 Abs. 6 zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ ersetzt.

5. Im § 28 Z 2 lit. a wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

6. § 31 Abs. 5 Z 11 lautet:

„11. über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern im Sinne des § 129 Abs. 4;“

7. Nach § 32g wird folgender § 32h samt Überschrift eingefügt:

„Vertragspartner-Analyse

§ 32h. Die Gebietskrankenkassen haben gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen.“

8. Im § 37 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h, i und l“ ersetzt.

9. Im § 74 Abs. 5 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

10. Im § 104 Abs. 5 wird der Ausdruck „Lebens- oder Witwen(Witwer)schaftsbestätigungen“ durch den Ausdruck „Lebens- oder Witwen(Witwer)schafts- oder Hinterbliebenenbestätigungen“ ersetzt.

11. Im § 120 vorletzter Satz entfallen der Ausdruck „ , KGG“ und der Ausdruck „sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG“.

12. Im § 122 Abs. 2 wird der Strichpunkt am Ende der Z 3 durch einen Punkt ersetzt; die Z 4 entfällt.

13. § 122 Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind jedoch nicht zu gewähren, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin ihre vorherige Beschäftigung unmittelbar im Anschluss an eine Karenz nach § 15 MSchG aus einem dieser Gründe nicht wieder aufgenommen hat oder wenn die Dienstnehmerin durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber die Karenz über das in § 15 Abs. 1 MSchG genannte Ausmaß hinaus verlängert hat.“

14. § 125 Abs. 1 lautet:

„(1) Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der für die Beitragsermittlung heranzuziehende und auf einen Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst, der dem/der Versicherten in jenem Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging; bei freien Dienstnehmern/Dienstnehmerinnen ist die Bemessungsgrundlage aus dem Durchschnitt der drei letzten Beitragszeiträume zu bilden. Liegen solche Beitragszeiträume nicht vor, so ist der laufende Beitragszeitraum maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.“

15. § 129 samt Überschrift lautet:

„Leistungen an Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers

§ 129. (1) Haben Versicherte oder deren Angehörige ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Krankenversicherungsträgers, so ist der für den gewöhnlichen Aufenthalt zuständige Krankenversicherungsträger verpflichtet, Sachleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und Mutterschaft sowie die Zahnbehandlung nach § 153 ASVG gegen

Verrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten ohne Verwaltungsauslagen zu gewähren. Die Bewilligung und Übernahme der Kosten von Anstaltspflege und Heilbehelfen erfolgt nach den Bestimmungen des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Die mit dem aushelfenden Krankenversicherungsträger in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/Apothekerinnen usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet. Alle übrigen Leistungen sowie Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse sind beim zuständigen Krankenversicherungsträger nach dessen Kriterien in Anspruch zu nehmen.

(2) Wird während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers eine medizinische Behandlung notwendig, gilt Abs. 1 entsprechend.

(3) Verlassen Versicherte oder deren Angehörige zum Zweck der Inanspruchnahme einer Leistung den Sprengel des zuständigen Krankenversicherungsträgers, so ist Abs. 1 entsprechend anzuwenden. Der zuständige Krankenversicherungsträger kann in seiner Krankenordnung festlegen, ob und für welche Leistungen die Einholung seiner vorherigen Zustimmung erforderlich ist.

(4) Der Hauptverband kann mit Zustimmung des Bundesministers für Gesundheit bindende Richtlinien über die Verrechnung der Kostenersätze zwischen den Krankenversicherungsträgern aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.“

16. § 131 Abs. 1 zweiter Satz lautet:

„Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.“

17. Im § 133 Abs. 5 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

18. Im § 144 Abs. 4 erster Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“, im zweiten Halbsatz der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „KAKuG“ ersetzt.

19. Im § 162 Abs. 1 entfallen im dritten Satz der Ausdruck „ , KGG“ und der Ausdruck „sowie Versicherte nach § 43 Abs. 2 KGG“.

20. Im § 162 Abs. 3 entfallen im vierten Satz der Ausdruck „oder nach dem Karenzgeldgesetz“ sowie der Ausdruck „oder des Karenzgeldgesetzes“.

21. § 175 Abs. 4 lautet:

„(4) In der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l sind Arbeitsunfälle Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Schul(Universitäts)ausbildung oder dem die Versicherung begründenden Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung ereignen. Abs. 2 Z 1, 2, 5, 6, 7 und 9 sowie Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.“

22. § 177 Abs. 3 lautet:

„(3) In der Unfallversicherung der nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten stehen die Schul(Universitäts)ausbildung, der Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung im letzten Jahr vor Schulpflicht (§ 175 Abs. 4) und die in § 175 Abs. 5 und § 176 Abs. 1 Z 11 und 12 angeführten Tätigkeiten einer Beschäftigung im Sinne der Abs. 1 und 2 gleich.“

23. Die Überschrift zu § 181b lautet:

„Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“

24. Im § 181b wird jeweils der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

25. Die Überschrift zu § 192 lautet:

„Unfallheilbehandlung für bestimmte Gruppen von Teilversicherten“

26. Im § 192 erster Satz wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

27. Im § 195 Abs. 7 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

28. Im § 199 Abs. 2 wird der Ausdruck „den Ehegatten“ durch den Ausdruck „den Ehegatten/die Ehegattin oder den eingetragenen Partner/die eingetragene Partnerin“ ersetzt.

29. Im § 203 Abs. 2 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

30. Im § 204 Abs. 4 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

31. Im § 210 Abs. 1 wird der Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schülern und Studenten“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten“ ersetzt.

32. Im § 212 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schülern und Studenten“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten“ ersetzt.

33. Im § 214 Abs. 4 wird der Ausdruck „dem Ehegatten“ durch den Ausdruck „dem Ehegatten/der Ehegattin oder dem eingetragenen Partner/der eingetragenen Partnerin“ und der Ausdruck „dem Vater, der Mutter,“ durch den Ausdruck „den Eltern“ ersetzt.

34. Im § 216 wird der Ausdruck „nach § 215a“ durch den Ausdruck „nach den §§ 215a und 220“ ersetzt.

35. Im § 319a Abs. 2 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l“ ersetzt.

36. Im § 335 Abs. 3 wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h und i“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h, i und l“ ersetzt sowie nach dem Ausdruck „Ausbildung“ der Ausdruck „, die institutionelle Kinderbetreuung“ eingefügt.

37. Im § 339 Abs. 1 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

38. Die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles lautet:

„Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (Hauptverband) zu den Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten“

39. Nach der Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles wird folgende Überschrift eingefügt:

**„1. Unterabschnitt
Ärztinnen/Ärzte“**

40. Im § 341 Abs. 3 entfällt im ersten und zweiten Satz jeweils die Wortfolge „oder der Gruppenpraxis“ und im zweiten Satz die Wortfolge „oder für den Sitz der Gruppenpraxis“.

41. Im § 342 Abs. 2 erster Satz lautet:

„Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren.“

42. § 342 Abs. 2a Z 4 lautet:

„4. die allgemeine Kostenentwicklung getrennt nach Vertragsärztinnen/Vertragsärzten sowie Vertrags-Gruppenpraxen;“

43. § 342 Abs. 3 wird aufgehoben.

44. Nach § 342 wird folgender § 342a samt Überschrift eingefügt:

„Sonderregelungen für Gruppenpraxen

§ 342a. (1) Ergänzend zu § 342 sind in den Gesamtverträgen für Vertrags-Gruppenpraxen spezielle Regelungen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben (insbesondere hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektren) und Honorierung vorzusehen.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Gruppenpraxen ist unbeschadet des § 342 Abs. 2 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Leistungen von Gruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, sind jedenfalls nach Pauschalmodellen (zB Fallpauschalen) zu honorieren. Bei der Vergütung der Tätigkeit sind das Leistungsspektrum und die durch die Organisation als Gesellschaft allenfalls möglichen Wirtschaftlichkeitspotentiale (Synergieeffekte) zu berücksichtigen.

(3) Die vorherige Zustimmung der Gesamtvertragsparteien ist erforderlich, wenn nach dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit einer Vertrags-Gruppenpraxis

1. ein oder mehrere Gesellschafter/innen
 - a) zusätzlich in diese aufgenommen werden oder
 - b) unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft ausscheiden oder
2. sich eine Änderung hinsichtlich der medizinischen Fachgebiete, die von der Vertrags-Gruppenpraxis vertreten werden, ergibt.

(4) Schließen sich Vertragsärztinnen/Vertragsärzte zu einer Gruppenpraxis auf Grund des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a ÄrzteG 1998 oder des § 26 Abs. 1 Z 2 lit. a ZÄG zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag. Dieser hat der zwischen den Vertragsärzten und der jeweiligen Gebietskrankenkasse abgegebenen wechselseitigen schriftlichen Zusage zu entsprechen. Im Falle des Ausscheidens eines Gesellschafters/einer Gesellschafterin unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft (Abs. 3 Z 1 lit. b) lebt der erloschene Einzelvertrag wieder auf.

(5) Steht für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag in Geltung, können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Hauptverband unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer.“

45. § 343 Abs. 1 wird durch folgende Abs. 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen, oder für dislozierte Standorte treffen. Wurden in einem Zulassungsverfahren nach § 52c ÄrzteG 1998 Auflagen erteilt, so sind diese Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs. 1 Z 1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(1a) Zur Auswahl nach Abs. 1 sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen. Für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxen-Einzelvertrages ist die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen. Für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen

müssen. Die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Vor Erlassung dieser Verordnung ist der Hauptverband anzuhören.“

46. Die bisherigen Abs. 1a und 1b des § 343 erhalten die Bezeichnung „(1b)“ und „(1c)“.

47. Im § 343 Abs. 2 Z 4 bis 6 entfällt jeweils der Ausdruck „persönlich haftenden“.

48. Der Punkt am Ende der Z 7 des § 343 Abs. 2 wird durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 8 angefügt:

„8. des Verstoßes gegen § 342a Abs. 3 Z 1 lit. a oder Z 2.“

49. Dem § 343 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Rechtsfolge des Erlöschens des Einzelvertrages nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.“

50. Im § 343 Abs. 3 entfällt der Ausdruck „persönlich haftender“.

51. § 343 Abs. 4 lautet:

„(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Der Krankenversicherungsträger kann nur wegen wiederholter nicht unerheblicher oder wegen schwerwiegender Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen unter Angabe der Gründe schriftlich kündigen. Der gekündigte Arzt/die gekündigte Ärztin oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis 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. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt/von der gekündigten Ärztin (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.“

52. § 343 Abs. 5 wird aufgehoben.

53. Nach § 343b wird folgende Überschrift eingefügt:

„2. Unterabschnitt Zahnärztinnen/Zahnärzte“

54. § 343d lautet:

„§ 343d. (1) Auf die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Angehörigen des zahnärztlichen Berufs nach dem Zahnärztegesetz finden die Bestimmungen dieses Abschnittes mit der Maßgabe Anwendung, dass

1. an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer sowie
2. an die Stelle des Wortes ärztlich das Wort zahnärztlich in der jeweils grammatikalisch anzuwendenden Form tritt,
3. die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie den Gruppenpraxen durch einen gemeinsamen Gesamtvertrag zu regeln sind und
4. § 342 Abs. 1 Z 1a nicht anzuwenden ist.

(2) Die Bestimmungen des 3. Unterabschnittes des Abschnittes II des sechsten Teiles sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. in den Verfahren nach den §§ 344 Abs. 2 und 345a zwei Beisitzer/Beisitzerinnen durch die zuständige Landes Zahnärztekammer bestellt werden,
2. im Verfahren nach § 345 Abs. 1 zwei Beisitzer/Beisitzerinnen auf Vorschlag der Österreichischen Zahnärztekammer bestellt werden,

wobei jeweils Angehörige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jener Landes Zahnärztekammer nach dem Zahnärztekammergesetz, BGBl. I Nr. 154/2005, die dem Gesamtvertrag unterliegt, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, nicht Beisitzer/Beisitzerin sein dürfen;

3. die Kanzleigeschäfte der in den §§ 344 und 345a vorgesehenen Kommissionen kalenderjährlich abwechselnd von den Landes Zahnärztekammern und den Gebietskrankenkassen jener Länder zu führen sind, in denen die betreffende Kommission eingerichtet ist oder im Einzelfall einzurichten ist.“

55. Nach § 343d wird folgende Überschrift eingefügt:

„3. Unterabschnitt Schiedsverfahren“

56. § 344 Abs. 2 lautet:

„(2) Die paritätische Schiedskommission besteht aus einem/einer Richter/in des Ruhestandes als Vorsitzendem/Vorsitzende und vier Beisitzern/Beisitzerinnen. Der/die Vorsitzende soll durch längere Zeit hindurch in Arbeits- und Sozialrechtssachen tätig gewesen sein. Er/Sie ist vom Bundesminister für Justiz jeweils auf fünf Jahre zu bestellen. Je zwei Beisitzer/Beisitzerinnen – von denen jeweils ein/eine Arzt/Ärztin sein muss – werden von der zuständigen Ärztekammer und vom Krankenversicherungsträger, der Partei des Einzelvertrages ist, bestellt.“

57. Im § 344 Abs. 3 entfällt im zweiten Satz der Ausdruck „oder wird dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt, dass wegen Stimmengleichheit keine Entscheidung zustande kommt“.

58. Nach § 347 Abs. 4 wird folgender Abs. 4a eingefügt:

„(4a) Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband legen gemeinsam in einer Richtlinie fest, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaften Parameter ermittelt werden, welche vor den Kommissionen nach den §§ 344, 345, 345a und 346 zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten zu berücksichtigen sind.“

59. § 363 Abs. 4 lautet:

„(4) Die im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l genannten Schulen, Lehranstalten, Universitäten und institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen haben jeden Unfall im Sinne des § 175 Abs. 4 oder 5 bzw. § 176 Abs. 1 Z 11 oder 12, durch den eine nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i oder l unfallversicherte Person getötet oder körperlich geschädigt worden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung zu melden. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Stellen die Berufskrankheit eines nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden.“

60. Im § 460e wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

61. Im § 538d Abs. 2 Z 4 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

62. Nach § 651 wird folgender § 652 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. IV des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 (72. Novelle)

§ 652. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. September 2010 die §§ 5 Abs. 2, 8 Abs. 1 Z 3 lit. 1, 10 Abs. 5, 28 Z 2 lit. a, 31 Abs. 5 Z 11, 32h samt Überschrift, 37, 74 Abs. 5, 120, 122 Abs. 2 Z 3 und 4 sowie Abs. 3, 125 Abs. 1, 129 samt Überschrift, 131 Abs. 1 zweiter Satz, 162 Abs. 1 und 3, 175 Abs. 4, 177 Abs. 3, 181b samt Überschrift, 192 samt Überschrift, 195 Abs. 7, 203 Abs. 2, 204 Abs. 4, 210 Abs. 1, 212 Abs. 3, die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles und die Überschriften des 1., 2. und 3. Unterabschnittes, 319a Abs. 2, 335 Abs. 3, 341 Abs. 3, 342 Abs. 2 erster Satz, 342 Abs. 2a Z 4, 342a samt Überschrift, 343 Abs. 1, 1a, 1b und 1c sowie Abs. 2 bis 4, 343d, 344 Abs. 2 und 3, 347 Abs. 4a und 363 Abs. 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2010 die §§ 104 Abs. 5, 199 Abs. 2, 214 Abs. 4 und 216 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
3. rückwirkend mit 20. April 2002 die §§ 23 Abs. 6, 133 Abs. 5, 144 Abs. 4, 339 Abs. 1, 460e und 538d Abs. 2 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;

(2) Die §§ 342 Abs. 3 und 343 Abs. 5 treten mit Ablauf des 31. August 2010 außer Kraft.

(3) Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür zu sorgen, dass die Österreichische Ärztekammer bei der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich eingebunden wird. Die Gruppenpraxen sind verpflichtet, die Verrechnung ihrer Leistungen spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2013 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen.

(4) § 125 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 ist auf jene Versicherungsfälle anzuwenden, die nach dem 1. November 2010 eingetreten sind.“

Artikel 5

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 147/2009, wird wie folgt geändert:

1. § 32 Abs. 1 lautet:

„(1) Versicherte, die nach § 10 eine Familienversicherung oder nach § 11a eine Versicherung eingetragener Partner/eingetragener Partnerinnen abgeschlossen haben, haben für die Dauer dieser Versicherung den Beitrag nach Maßgabe des Abs. 2 zu entrichten (Familien- oder Partnerbeitrag).“

2. Im § 32 Abs. 2 wird nach dem Ausdruck „§ 10 Abs. 1“ der Ausdruck „und für eingetragene Partner/eingetragene Partnerinnen im Sinne des § 11a“ eingefügt.

3. Im § 85 Abs. 5 Z 2 wird der Ausdruck „§ 27 Abs. 4 erster Satz“ durch den Ausdruck „§ 27 Abs. 5 erster Satz“ ersetzt.

4. § 85 Abs. 5 Z 3 lautet:

„3. deren Beitragsgrundlage nach § 25a Abs. 5 ermittelt wurde.“

5. Im § 90 Abs. 1 lit. c wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz“ durch den Ausdruck „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ ersetzt.

6. Im § 95 Abs. 1 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

7. Im § 95 Abs. 2 erster Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“, im zweiten Halbsatz der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „KAKuG“ ersetzt.

8. Im § 231a wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

9. Nach § 331 wird folgender § 332 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Art. V des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010

§ 332. Es treten in Kraft:

1. rückwirkend mit 1. Jänner 2010 die §§ 32 Abs. 1 und 2, 85 Abs. 5 Z 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
2. rückwirkend mit 20. April 2002 die §§ 90 Abs. 1 lit. c, 95 Abs. 1 und 2 erster Halbsatz sowie 231a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.“

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 147/2009, wird wie folgt geändert:

1. Im § 89 Abs. 4 erster Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz“ durch den Ausdruck „des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“, im zweiten Halbsatz der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „KAKuG“ ersetzt.

2. Im § 219a wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

3. Nach § 322 wird folgender § 323 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmung zu Artikel 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010

§ 323. Die §§ 89 Abs. 4 und 219a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 treten rückwirkend mit 20. April 2002 in Kraft.“

Artikel 7

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 147/2009, wird wie folgt geändert

1. Im § 19 Abs. 1 Z 1 lit. d wird der Ausdruck „Nebengebühreuzulagengesetzes, BGBl. Nr. 485/1971“ durch den Ausdruck „Pensionsgesetzes 1965“ ersetzt.

2. In den §§ 19 Abs. 1 Z 2, 26 Abs. 1 lit. c und 93 Abs. 1 wird jeweils der Ausdruck „Nebengebühreuzulagengesetzes“ durch den Ausdruck „Pensionsgesetzes 1965“ ersetzt.

3. Im § 53 Z 3 entfällt im zweiten Satz der Ausdruck „und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Karenzgeldgesetz (KGG) sowie bei Versicherten gemäß § 43 Abs. 2 KGG“.

4. Im § 62 Abs. 5 wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetz“ durch den Ausdruck „Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ ersetzt.

5. Im § 66 Abs. 4 erster Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“, im zweiten Halbsatz der Ausdruck „des Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „KAKuG“ ersetzt.

6. Im § 114a wird der Ausdruck „§§ 112 und 113“ durch den Ausdruck „§§ 112, 113 und 116“ ersetzt.

7. Im § 159a wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.

8. Nach § 223 wird folgender § 224 samt Überschrift angefügt:

„Schlussbestimmungen zu Artikel 7 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010

§ 224. Es treten in Kraft:

1. mit 1. September 2010 der § 53 Z 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
2. rückwirkend mit 1. Jänner 2010 § 114a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
3. rückwirkend mit 1. Jänner 2003 die §§ 19 Abs. 1 Z 1 lit. d und Z 2, 26 Abs. 1 lit. c und 93 Abs. 1 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010;
4. rückwirkend mit 20. April 2002 die §§ 62 Abs. 5, 66 Abs. 4 und 159a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.“