

Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 2

Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes

Inhalte des RSG

Inhalte des RSG

§ 21. (1) bis (7) ...

§ 21. (1) bis (7) ...

(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes 2017, BGBl. I Nr. xx/2017, gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter und dem Gemeinde- bzw. Städtebund im jeweiligen Bundesland einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und um Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Ansuchen befasst, hat dies durch die jeweilige Gebietskrankenkasse zu erfolgen. Die von den Sozialversicherungsträgern in die Landes-Zielsteuerungskommission nominierten Vertreterinnen/Vertreter haben darauf hinzuwirken, dass ein solches Ansuchen nach sachlichen Kriterien, insbesondere zeitliche Verfügbarkeit, Wohnortnähe, Leistungsangebot und finanzielles Gleichgewicht des Gesundheitssystems, geprüft wird.

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

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

Geltende Fassung**Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

§ 41. (1) und (2) ...

Vorgeschlagene Fassung**Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

§ 41. (1) und (2) ...

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

Artikel 3**Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes****Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung**

§ 131. (1) und (2) ...

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann *der/die* nächsterreichbare *Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin (Dentist/Dentistin)* oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls *ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin, Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin (Vertragsdentist/Vertragsdentistin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege)* nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner (§ 338) oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) bis (6) ...

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) und (2) ...

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann *die/der* nächsterreichbare *Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt (Dentistin/Dentist)* oder die nächsterreichbare Gruppenpraxis, erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls *eine/ein Vertragsärztin/Vertragsarzt, Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt (Vertragsdentistin/Vertragsdentist), eine Primärversorgungseinheit, eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege)* nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs. 1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner (§ 338) oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) bis (6) ...

Geltende Fassung**Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen (Dentisten/Dentistinnen) oder mit den Gruppenpraxen**

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

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen (§ 131 Abs. 1) sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen (oder Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. bis 4. ...

(2) ...

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch einen Vertragsarzt, in einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers hat der (die) Erkrankte die innerhalb des ELSY als Krankenscheinersatz zu verwendende Chipkarte vorzulegen. Für die e-card ist ein Service-Entgelt nach § 31c zu entrichten.

(3a) bis (6) ...

Vorgeschlagene Fassung**Kostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen**

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

Ärztliche Hilfe

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch *Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, durch Vertrags-Gruppenpraxen, Wahlärztinnen/Wahlärzte*, Wahl-Gruppenpraxen sowie in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger gewährt. Im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 133 Abs. 2) ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

1. bis 4. ...

(2) ...

(3) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch *eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt*, in einer *Primärversorgungseinheit*, einer Vertrags-Gruppenpraxis oder in eigenen Einrichtungen *oder Vertragseinrichtungen* des Versicherungsträgers hat *die/der* Erkrankte die innerhalb des ELSY zu verwendende *e-card* vorzulegen. Für die e-card ist ein Service-Entgelt nach § 31c zu entrichten.

(3a) bis (6) ...

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****SECHSTER TEIL****SECHSTER TEIL**

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen *des ärztlichen und zahnärztlichen Berufs, des Dentisten-, Hebammen-, und Apothekerberufs sowie zu den Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen*

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

ABSCHNITT I**ABSCHNITT I****Gemeinsame Bestimmungen****Gemeinsame Bestimmungen****Regelung durch Verträge****Regelung durch Verträge**

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen *Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998 und § 26 des Zahnärztegesetzes, BGBl. I Nr. 126/2005, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen* werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom Hauptverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

(1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den freiberuflich tätigen *Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten, Dentistinnen/Dentisten, Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Hebammen, Apothekerinnen/Apothekern, den Erbringerinnen/Erbringern von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern* werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Hauptverband im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom Hauptverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

(2) bis (5) ...

(2) bis (5) ...

Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien durch die Träger der Krankenversicherung**Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien durch die Träger der Krankenversicherung**

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 7 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 7 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der

Geltende Fassung

Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen.

(2) ...

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 8 ...

9. *Regelungen über die Sicherstellung eines behindertengerechten Zuganges zu Vertrags-Gruppenpraxen nach den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen;*

10. ...

(2) und (2a) ...

Vorgeschlagene Fassung

Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. *Die beiden Fristen verkürzen sich um die Dauer eines Auswahlverfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017.*

(2) ...

Inhalt der Gesamtverträge

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. bis 8 ...

10. ...

(1a) Bei der Erstellung des Stellenplans nach Abs. 1 Z 1 sind, sofern Primärversorgungseinheiten nach § 2 Abs. 5 Z 1 lit. a und Z 2 des Primärversorgungsgesetzes 2017, BGBl. I Nr. 26/2017 (PVG 2017) betrieben werden sollen, deren Standorte regional und der jeweilige Primärversorgungstypus (Netzwerk oder Zentrum) zu konkretisieren sowie die Anzahl jener Stellen, die in die Primärversorgungseinheit übergeführt werden sollen, regional festzulegen und der Zeitrahmen für die Umsetzung durch Invertragnahme festzulegen.

(2) und (2a) ...

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

1. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben und wird die Primärversorgungseinheit nach einem Auswahlverfahren nach § 14 Abs. 2 des Primärversorgungsgesetzes 2017 dennoch als

Geltende Fassung**Sonderregelungen für Gruppenpraxen**

§ 342a. (1) bis (5) ...

**Gesamtvertragliche Regelung betreffend Turnusärztinnen und -ärzte in
Ausbildung bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in
Vertragsgruppenpraxen**

§ 342b. (1) Zwischen dem Hauptverband für alle Krankenversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer für sich und die Landesärztekammern ist eine für die Vertragsparteien verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärztinnen und -ärzten bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in Vertragsgruppenpraxen abzuschließen.

(2) Dieser Gesamtvertrag hat insbesondere Art, Umfang und Grundsätze der Verrechnbarkeit jener Leistungen zu regeln, welche von Turnusärztinnen und -ärzten für Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragsgruppenpraxen auf Kosten

Vorgeschlagene Fassung

selbständiges Ambulatorium unter Vertrag genommen, so ist der Stellenplan um die im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.

2. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 Abs. 3 des Primärversorgungsgesetzes 2017 nicht, so ist der Stellenplan

a) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbständigen Ambulatorium um die Hälfte der im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente

b) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem Vertragspartner nach dem Sechsten Teil 1. Unterabschnitt in vollem Ausmaß der in der Primärversorgungseinheit gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.“

**Sonderregelungen für Gruppenpraxen, die keine Primärversorgungseinheiten
sind**

§ 342a. (1) bis (5) ...

**Gesamtvertragliche Regelung betreffend Turnusärztinnen und -ärzte in
Ausbildung bei Vertragsärztinnen und -ärzten und in
Vertragsgruppenpraxen**

§ 342b. (1) Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zu Primärversorgungseinheiten im Sinne des Primärversorgungsgesetzes 2017, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, werden betreffend die ärztliche Hilfe durch einen bundesweit einheitlichen Gesamtvertrag geregelt. Dieser Gesamtvertrag ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer für die Landesärztekammern auf unbestimmte Zeit abzuschließen. Er kann vom Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich gekündigt werden.

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

Geltende Fassung

der Krankenversicherungsträger erbracht werden können. Bis zum 30. Juni 2016 ist ein Gesamtvertrag abzuschließen.

Vorgeschlagene Fassung

1. *das aus den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes 2017 abgeleitete Mindestleistungsspektrum;*
2. *die Rechte und Pflichten der Vertragspartner nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017, insbesondere auch Regelungen über die Grundsätze der Vergütung sowie die Überprüfung der Identität der/des Patientin/Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card;*
3. *die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibeweise einschließlich Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip);*
4. *die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;*
5. *die Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;*
6. *die Verlautbarung des Gesamtvertrags und seiner Abänderungen.*

(3) Das Honorierungssystem bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat dazu beizutragen, dass die dem Primärversorgungsgesetz 2017 (§§ 4 bis 6) zu Grunde liegenden Ziele erreicht und die sich aus diese Versorgungsform ergebenden Anforderungen sicher erfüllt werden. Die Honorierung hat sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie gegebenenfalls aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammensetzende Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der technischen und apparativen Ausstattung sowie der mit dieser erbrachten Leistungen. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient/in abgebildet werden,

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

wobei nach Indikationsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuung- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle vereinbarte Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden.

(4) Die Beziehungen auf regionaler Ebene werden durch jeweilige Honorarvereinbarungen geregelt. Diese sind für die örtlich zuständigen Träger der Krankenversicherung mit deren Zustimmung durch den Hauptverband mit der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der nach Abs. 3 vorgesehenen Bestimmungen für das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Region abzuschließen, wobei unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte im unmittelbaren Einzugsgebiet einer Primärversorgungseinheit Honorare sowie Bandbreiten samt Zu- und Abschlägen davon zu vereinbaren sind, bei denen das Gebot der Objektivität, Transparenz und Nichtdiskriminierung zu beachten ist. Das Verhältnis der verschiedenen Honorierungselemente zueinander ist darin, soweit der für die Erbringung der Leistung erforderliche Aufwand dies rechtfertigt, regional zu differenzieren. Des Weiteren sind Richtwerte für den Mindestanteil der Grundpauschale festzusetzen. Ebenso können Gegenstände des Gesamtvertrages nach Abs. 2 konkretisiert werden, insoweit sich der Gesamtvertrag auf die Regelung von Grundzügen beschränkt. Solche Honorarvereinbarungen sind Anhänge zum Gesamtvertrag nach Abs. 1, wobei eine Kündigung dieser durch den Hauptverband bzw. die jeweilige Landesärztekammer nicht die Kündigung des Gesamtvertrages bewirkt.

Primärversorgungsvertrag und Primärversorgungs-Einzelvertrag

§ 342c. (1) Für die Auswahl einer Primärversorgungseinheit, den Abschluss des Vertrags und dessen Auflösung ist § 343 nicht anzuwenden.

(2) Die Auswahl einer Primärversorgungseinheit erfolgt nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017. Der Abschluss des Primärversorgungsvertrages und der Primärversorgungs-Einzelverträge obliegt der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und ist sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam.

(3) Im Falle, dass

1. die Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis geführt wird, ist der Inhalt der Bestimmungen des Gesamtvertrags (§ 342b) Inhalt des

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Primärversorgungsvertrags;

- 2. die Primärversorgungseinheit nicht als Gruppenpraxis und nicht als selbständiges Ambulatorium geführt wird, ist der Inhalt der Bestimmungen des Gesamtvertrags (§ 342b) Inhalt des Primärversorgungs-Einzelvertrags. Die Primärversorgungs-Einzelverträge sind integrativer Bestandteil des Primärversorgungsvertrags und vom Bestehen des Primärversorgungsvertrags abhängig.*

(4) Das Vertragsverhältnis zwischen der Primärversorgungseinheit und dem Träger der Krankenversicherung nach Abs. 3 Z 1 erlischt ohne Kündigung im Falle:

- 1. der Auflösung des Trägers der Krankenversicherung;*
- 2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit einer Primärversorgungseinheit nicht mehr in Frage kommt;*
- 3. der Auflösung der Primärversorgungseinheit;*
- 4. der rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit*
 - a) wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder*
 - b) wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung;*
- 5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit*
- 6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin oder der Primärversorgungseinheit im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird.*

In den Fällen der Z 4 bis 6 kann eine Primärversorgungseinheit das Erlöschen des Primärversorgungsvertrags verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung den/die betroffene/n

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Gesellschafter/in aus der Primärversorgungseinheit ausschließt. Die Wiederaufnahme eines/einer ausgeschlossenen Gesellschafters/Gesellschafterin in eine Primärversorgungseinheit kann nur mit Zustimmung der zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen. Die Rechtsfolge des Erlöschens des Primärversorgungsvertrags nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.

(5) Abs. 4 Z 1 bis 3 gilt auch für Vertragsverhältnisse nach Abs. 3 Z 2. In den Fällen des Abs. 4 Z 4 bis 6 erlischt das Primärversorgungs-Einzelvertragsverhältnis.

(6) Der Träger der Krankenversicherung ist, wenn die Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis geführt wird, zur Auflösung dieses Vertragsverhältnisses verpflichtet, wenn ein/eine den ärztlichen Beruf ausübender/ausübende Gesellschafter/in einer Primärversorgungseinheit die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm/ihr diese Berechtigung von Anfang an fehlte. Wird die Primärversorgung nicht als Gruppenpraxis oder als selbständiges Ambulatorium geführt, so ist in einem solchen Fall der Krankenversicherungsträger zur Auflösung des Primärversorgungs-Einzelvertrags verpflichtet. Abs. 4 letzter Satz gilt sinngemäß.

(7) Der Primärversorgungsvertrag kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 4 bis 6 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, mit Ausnahme im Falle des Abs. 8 Z 4, zum Ende eines Kalendervierteljahres unter Angabe der Gründe schriftlich gekündigt werden. Der Kündigung hat ein Schlichtungsversuch unter Beiziehung der zuständigen Ärztekammer voranzugehen. Dasselbe gilt bezüglich eines Primärversorgungs-Einzelvertrags einer/eines an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes, ohne dass der Primärversorgungsvertrag als gekündigt gilt.

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

- 1. wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen;*
- 2. Nichterfüllung der im Primärversorgungsvertrag vereinbarten auf Kosten der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen;*
- 3. Änderung der Organisation der Primärversorgungseinheit oder des Versorgungskonzepts, wenn dies im Widerspruch zu den vereinbarten*

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Planungsvorgaben steht;

- 4. Wegfall der dem Auswahlverfahren nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017 zu Grunde gelegten Voraussetzungen oder wesentliche Änderung derselben, im zweiten Fall dann, wenn innerhalb eines Jahres keine Vertragsänderung zustande kommt; hiebei ist Abs. 10 zu beachten.*

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

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

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

(11) Einzelverträge nach § 343 mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die nach In-Kraft-Treten des Primärversorgungsgesetzes 2017 abgeschlossen werden, können unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 343 Abs. 4 gekündigt werden, wenn bei Ausschreibung die Planung einer

Geltende Fassung**Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses****§ 343. (1) und (1a) ...**

(1b) Solange kein Einvernehmen über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs.1 Z1 besteht, kann diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden. *Besteht nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen*, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1. Bis zur Rechtskraft der Entscheidung kann die Planstelle nicht

Vorgeschlagene Fassung

Primärversorgungseinheit im selben Versorgungsgebiet im RSG bereits abgebildet ist und die Ärztin oder der Arzt die Beteiligung an einer Primärversorgungseinheit entgegen einer vorvertraglichen Zusage ablehnt. Eine solche Zusage ist für fünf Jahre bindend, wobei in der Ausschreibung eine abweichende Frist vereinbart werden kann.

(12) Schließen sich Vertragsärztinnen oder -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) zu einer Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz 2017 zusammen, so erlöschen ihre bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge. Im Falle einer Kündigung nach Abs. 8 Z 4 leben die bisherigen Einzelverträge wieder auf.

(13) Kommt bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Gesamtvertrag nach § 342b Abs. 1 mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 nicht zustande oder tritt danach ein vertragsloser Zustand ein, so kann der Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Primärversorgungs-Sondereinzelverträge mit Primärversorgungseinheiten nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017 nach einheitlichen Grundsätzen abschließen. Ein solcher Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag bedarf der Zustimmung der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse und der zuständigen Ärztekammer. Der Primärversorgungs-Sondereinzelvertrag hat insbesondere die in den §§ 4 bis 6 des Primärversorgungsgesetzes 2017 vorgesehenen Anforderungen und den Leistungsumfang zu konkretisieren, im Übrigen sind die Bestimmungen der Abs. 1 bis 12 sinngemäß anzuwenden.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**§ 343. (1) und (1a) ...**

(1b) Solange kein Einvernehmen über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs.1 Z1 besteht, kann diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1 *und jenen der Planung von Primärversorgungseinheiten im jeweiligen RSG*. Bis zur Rechtskraft der Entscheidung kann die Planstelle nicht

Geltende Fassung

ausgeschrieben werden. Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst.

(1c) Im Falle der Stilllegung einer Planstelle (Abs. 1a) darf der betroffene Sozialversicherungsträger das bisher vom Vertragsarzt/von der Vertragsärztin der jeweiligen Planstelle abzudeckende Leistungsvolumen innerhalb von fünf Jahren ab Freiwerden der Stelle nicht durch einen neuen Vertrag mit anderen Leistungsanbietern/-anbieterinnen abdecken.

(2) bis (4) ...

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

1. ...
2. Verordnung
 - a) durch *einen/eine* *Vertragsarzt/Vertragsärztin, Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin, Vertragsdentist/Vertragsdentistin (eine Vertrags-Gruppenpraxis)* oder

b) ...

3. ...

(1a) bis (4) ...

Vorgeschlagene Fassung

ausgeschrieben werden. Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst.

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

(2) bis (4) ...

Abgabe von Heilmitteln

§ 350. (1) Heilmittel (§ 136) und Heilbehelfe (§ 137) usw. dürfen für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten nur unter folgenden Voraussetzungen abgegeben werden:

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

b) ...

3. ...

(1a) bis (4) ...

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017

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

(2) Im Falle der Auflösung der Primärversorgungseinheit oder des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes innerhalb von fünf Jahren ab Invertragnahme, leben die nach § 342c Abs. 12 erster Satz erloschenen Einzelverträge wieder auf, wenn die Invertragnahme spätestens zum

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

31. Dezember 2025 erfolgt ist. Für Vertragsabschlüsse, die nach dem 31. Dezember 2025 erfolgen, gilt § 342a Abs. 3 Z 1 lit. b mit der Maßgabe, dass für die Mitnahme der Planstelle aus der Primärversorgungseinheit die vorherige Zustimmung der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer erforderlich ist.

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

Artikel 4**Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes****Verwendung der Mittel****Beziehungen zu den Vertragspartnern**

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundesärzteausschuß auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen betreffen, insbesondere die jeweils abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten hat;

Verwendung der Mittel**Beziehungen zu den Vertragspartnern**

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, *Primärversorgungseinheiten*, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundesärzteausschuß auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen betreffen, insbesondere die jeweils abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten hat;

Geltende Fassung

2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
- 2a. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Zahnärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
3. die gemäß § 342 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu treffenden Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen nach einem bundeseinheitlichen Tarif zu erfolgen haben;
4. die Bestimmungen des § 343a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen bzw. Maßnahmen gemäß den §§ 88, 89 und 89a anzuwenden sind;
5. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;
6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln in den Fällen des § 85 Abs. 2 lit. b anzuwenden sind.

Vorgeschlagene Fassung

2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
- 2a. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Zahnärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;
3. die gemäß § 342 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu treffenden Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen nach einem bundeseinheitlichen Tarif zu erfolgen haben;
4. die Bestimmungen des § 343a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen bzw. Maßnahmen gemäß den §§ 88, 89 und 89a anzuwenden sind;
5. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;
6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln in den Fällen des § 85 Abs. 2 lit. b anzuwenden sind.

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

§ 367. § 193 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Artikel 5

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

Arten der Erbringung der Leistungen, Kostenbeteiligung

§ 80. (1) ...

§ 80. (1) ...

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 9,61 € pro Behandlungsfall und Quartal. Als Behandlungsfall gilt auch die mehrmalig im Quartal erfolgende Leistungsinanspruchnahme. An die Stelle des im zweiten Satz (*Anm.: richtig: dritten Satz*) genannten Betrages tritt ab 1. Jänner jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf Cent. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der

(2) Bei Sachleistungen, mit Ausnahme der Anstaltspflege, hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 vH der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, ist der Kostenanteil in der Höhe von 20% von einem Pauschalbetrag zu ermitteln, dessen Höhe in der Satzung bestimmt wird. Für ärztliche Hilfe und chirurgisch konservierende Zahnbehandlung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, *Primärversorgungseinheiten* und Gruppenpraxen beträgt der Kostenanteil (Behandlungsbeitrag) einheitlich 9,61 € pro Behandlungsfall und Quartal. Als Behandlungsfall gilt auch die mehrmalig im Quartal erfolgende Leistungsinanspruchnahme. An die Stelle des im zweiten Satz (*Anm.: richtig: dritten Satz*) genannten Betrages tritt ab 1. Jänner jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 47 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 45) vervielfachte Betrag, gerundet auf Cent. Die Satzung kann, soweit dies für die Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers erforderlich ist, den Behandlungsbeitrag mit einem über die jeweils geltende Höhe hinaus gehenden Betrag festsetzen. Für die Anstaltspflege hat der Versicherte statt eines Kostenanteiles den Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7 ASVG zu entrichten. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen und des unentbehrlichen Zahnersatzes an Stelle des 20%igen Kostenanteiles höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen. Bei Kostenerstattung werden dem Versicherten 80 v. H. der Kosten erstattet, die ihm auf Grund der mit den Vertragspartnern vereinbarten Tarife erwachsen sind. Kostenzuschüsse werden, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt, bei Fehlen vertraglicher Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner gewährt; sie dürfen den Betrag nicht übersteigen, der nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner zu zahlen gewesen wäre. Diese Kostenzuschüsse können durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der

Geltende Fassung

Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des/der Versicherten tritt der/die Ehegatte/Ehegattin oder der/die eingetragene Partner/Partnerin des/der Versicherten, an den/die die Pension nach § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten oder eingetragenen Partner/Partnerinnen beantragt wird.

(3) bis (8) ...

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmassagisten/Heilmassagistinnen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;
2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Dentistenkammer

Vorgeschlagene Fassung

Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz erhöht werden; sie dürfen jedoch 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen. An die Stelle des/der Versicherten tritt der/die Ehegatte/Ehegattin oder der/die eingetragene Partner/Partnerin des/der Versicherten, an den/die die Pension nach § 71 Abs. 4 ausbezahlt ist, sofern dies von einem der Ehegatten oder eingetragenen Partner/Partnerinnen beantragt wird.

(3) bis (8) ...

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 181. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen bzw. freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmassagisten/Heilmassagistinnen, *Primärversorgungseinheiten*, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten und zu den Gruppenpraxen ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens einer Gebietskrankenkasse (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der örtlich zuständigen Ärztekammer jeweils abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;
- 1a. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Zahnärzten/Zahnärztinnen und zu den Gruppenpraxen die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Zahnärztekammer geltenden Gesamtverträge bindend sind und der Versicherungsträger kraft Gesetzes jeweils Vertragspartei ist;
2. für die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Dentisten ein zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger namens der Gebietskrankenkassen (§ 26 Abs. 1 Z 1 ASVG) und der Österreichischen Dentistenkammer

Geltende Fassung

abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

3. § 343 Abs. 1 zweiter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die im § 85 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes den Ärzten Gleichgestellten nicht anzuwenden ist;
4. die Bestimmungen des § 343a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen bzw. Maßnahmen gemäß den §§ 81, 82 und 82a anzuwenden sind;
5. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;
6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln durch nicht in einem Vertragsverhältnis mit dem Versicherungsträger stehende Ärzte anzuwenden sind.

Vorgeschlagene Fassung

abgeschlossener Gesamtvertrag bindend ist und der Versicherungsträger kraft Gesetzes zur Vertragspartei wird;

3. § 343 Abs. 1 zweiter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für die im § 85 Abs. 1 Z 1 bis 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes den Ärzten Gleichgestellten nicht anzuwenden ist;
4. die Bestimmungen des § 343a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen bzw. Maßnahmen gemäß den §§ 81, 82 und 82a anzuwenden sind;
5. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;
6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln durch nicht in einem Vertragsverhältnis mit dem Versicherungsträger stehende Ärzte anzuwenden sind.

Schlussbestimmung zu Art. 5 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017

§ 360. Die §§ 80 Abs. 2 dritter Satz und 181 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Artikel 6**Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes****Beziehungen zu den Vertragspartnern**

§ 128. Hinsichtlich der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 71 erbringen, Gruppenpraxen, Krankenanstalten und

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 128. Hinsichtlich der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Dentisten/Dentistinnen, Hebammen, Apothekern/Apothekerinnen, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen/Psychologinnen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, freiberuflich tätigen Heilmasseuren/Heilmasseurinnen, *Primärversorgungseinheiten*, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 71 erbringen, Gruppenpraxen,

Geltende Fassung

anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundesärzteausschuß auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen der Versicherungsanstalt und den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen betreffen, insbesondere die jeweils abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten hat;
2. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen und die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter beteiligt ist.

Vorgeschlagene Fassung

Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundesärzteausschuß auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen der Versicherungsanstalt und den freiberuflich tätigen Ärzten und Gruppenpraxen betreffen, insbesondere die jeweils abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten hat;
2. die für jedes Land gemäß den §§ 344 und 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichteten Kommissionen und die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter beteiligt ist.

Schlussbestimmung zu Art. 6 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017

§ 250. § 128 erster Satz in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Artikel 7**Änderung des Unterbringungsgesetzes****Unterbringung ohne Verlangen**

§ 8. Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt *oder* ein Polizeiarzt *sie* untersucht und bescheinigt, *daß* die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im *einzelnen* die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.

Unterbringung ohne Verlangen

§ 8. Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn *sie* ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt, ein Polizeiarzt *oder eine Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 8 Abs. 6 des Primärversorgungsgesetzes 2017, BGBl. I Nr. xx/2017 vertraglich verpflichtet wurde*, untersucht und bescheinigt, *dass* die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im *Einzelnen* die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.