

Beschluss des Nationalrates

Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle), das Zahnärztegesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (72. Novelle zum ASVG), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Hebammengesetz, das MTD-Gesetz und das MTF-SHD-Gesetz geändert werden (Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Inhaltsübersicht

Artikel 1	Änderung des Ärztegesetzes 1998
Artikel 2	Änderung des Zahnärztegesetzes
Artikel 3	Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten
Artikel 4	Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 5	Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 6	Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes
Artikel 7	Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes
Artikel 8	Änderung des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger
Artikel 9	Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes
Artikel 10	Änderung des Hebammengesetzes
Artikel 11	Änderung des MTD-Gesetzes
Artikel 12	Änderung des MTF-SHD-Gesetzes

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. § 41 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht für Polizeiarzte in Ausübung kurativer Tätigkeiten für die Dienstbehörde.“

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

7. Im § 49 Abs. 1 zweiter Satz wird nach dem Ausdruck „Qualitätsstandards“ der Ausdruck „insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004,“ eingefügt.

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

9. § 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.“

10. § 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.“

11. §§ 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.

(2) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines Gesellschafters und die in der Gruppenpraxis durch die Gesellschafter vertretenen Fachrichtungen anzuführen. Gesellschafter von Gruppenpraxen sind ausschließlich Mitglieder 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 KAKuG aufweisen. In diesem Sinne gelten folgende Rahmenbedingungen:

1. Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärzte 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.
 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 Gesellschaftsvermögens beschränkt werden.
 6. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.
 7. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von Gesellschaftern und anderen Ärzten sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten 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, insbesondere aufgrund von Fortbildung, Krankheit und Urlaub, hinausgeht.
 8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert. Wenn das Verhältnis zwischen den Gesellschaftern und den Vollzeitäquivalenten der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfen, die Verhältniszahl 1:5 übersteigt oder wenn die Zahl der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfen, die Zahl 30 übersteigt, wird das Vorliegen eines selbständigen Ambulatoriums vermutet. Bei Sonderfächern mit hohem Technisierungsgrad wie Medizinische Radiologie tritt auch bei Übersteigen der genannten Zahlen die Vermutung des Vorliegens eines selbständigen Ambulatoriums solange nicht ein, als die ärztliche Verantwortung für die ärztliche Leistung für einen bestimmten Behandlungsfall bei einem bestimmten Gesellschafter liegt.
 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 derselben Fachrichtung 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 durch den Landeshauptmann 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 die Voraussetzungen des Abs. 2 einschließlich der nachweislichen Befassung der Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses 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) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige 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 einschließlich Personalausstattung, 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. Die Gründung einer Gruppenpraxis, die im Stellenplan bereits vorgesehen ist, deren Gesellschafter aber nicht bereits über einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügen (Abs. 1 Z 2 lit. a zweiter Satzteil), ist überdies der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten des betreffenden Bundeslandes anzuzeigen.

(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.“

12. 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, unter 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 einschließlich Personalausstattung, 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

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 sowie
3. 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 die Zurücknahme eines Bescheids gemäß Abs. 7 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. Eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung das Fünffache der Mindestversicherungssumme, bei sonstiger freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit das Dreifache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten. Bei der Festlegung der Versicherungsbedingungen sind die fachspezifischen Prämien zu berücksichtigen.

(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 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 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. Die Versicherer sind verpflichtet, der Österreichischen Ärztekammer unaufgefordert und umgehend den Abschluss des Versicherungsvertrags sowie jeden Umstand, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, zu melden. Die Versicherer sind verpflichtet, auf Verlangen der Österreichischen Ärztekammer über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

(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.

(6) Der geschädigte Dritte kann den ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrages auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

13. § 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.“

14. § 91 Abs. 3 lautet:

- „(3) Die Umlagen sind unter Bedachtnahme auf die
1. wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anhand der Einnahmen (Umsätze) und/oder Einkünfte sowie
 2. Art der Berufsausübung

der Kammerangehörigen festzusetzen, wobei die Höhe der Umlagen betragsmäßig oder in Relation zu einer Bemessungsgrundlage festgesetzt werden kann. Bei Beteiligung eines Kammerangehörigen an einer Gruppenpraxis kann bei der Bemessungsgrundlage ein dem Geschäftsanteil an der Gruppenpraxis entsprechender Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) oder ein entsprechender Anteil am Bilanzgewinn – unabhängig von dessen Ausschüttung – berücksichtigt werden. Die Höchstgrenze der Kammerumlage beträgt 3 vH der Einnahmen (Einkünfte) aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich der Umsatzanteile an Gruppenpraxen. Die Umlagenordnung kann einen Mindestsatz für die Kammerumlage vorsehen. Näheres ist in der Umlagenordnung zu regeln. Für den Fall einer verspäteten Entrichtung der Kammerumlage durch Kammerangehörige kann die Umlagenordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.“

15. Im § 91 Abs. 4 zweiter Satz entfällt der Ausdruck „ , , die den ärztlichen Beruf nicht ausschließlich in einem Dienstverhältnis ausüben,“.

16. § 109 Abs. 2 lautet:

- „(2) Bei der Festsetzung der Höhe der für den Wohlfahrtsfonds bestimmten Beiträge ist auf die
1. Leistungsansprüche,
 2. wirtschaftliche Leistungsfähigkeit anhand der Einnahmen (Umsätze) und/oder Einkünfte sowie
 3. Art der Berufsausübung

der beitragspflichtigen Kammerangehörigen Bedacht zu nehmen. Die Höhe der Beiträge kann betragsmäßig oder in Relation zu einer Bemessungsgrundlage festgesetzt werden. Bei Beteiligung eines Arztes oder Zahnarztes an einer Gruppenpraxis kann bei der Bemessungsgrundlage ein dem Geschäftsanteil an der Gruppenpraxis entsprechender Anteil am Umsatz (Umsatzanteil) oder ein entsprechender Anteil am Bilanzgewinn – unabhängig von dessen Ausschüttung – berücksichtigt werden. Näheres ist in der Beitragsordnung zu regeln. Für den Fall einer verspäteten Entrichtung der Beiträge durch Kammerangehörige kann die Beitragsordnung die Vorschreibung von angemessenen Mahnspesen vorsehen.“

17. § 109 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Höhe der Beiträge zum Wohlfahrtsfonds darf 18 vH der jährlichen Einnahmen aus ärztlicher und/oder zahnärztlicher Tätigkeit einschließlich der Umsatzanteile an Gruppenpraxen nicht übersteigen.“

18. Im § 117b Abs. 1 wird die Z 22 durch folgende Z 22 und Z 22a ersetzt:

„22. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärzte gelegen sind (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a), wobei sich die Österreichische Ärztekammer bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) bedienen kann,

22a. Abschluss von für die jeweiligen Versicherungsverträge verbindlichen Rahmenbedingungen für Haftpflichtversicherungen gemäß § 52d mit dem Fachverband der Versicherungsunternehmen, sowie“

19. § 117c Abs. 1 Z 5 lautet:

„5. Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit durch

- a) Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
- b) Qualitätsevaluierung mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a,
- c) Qualitätskontrolle sowie
- d) Führung eines Qualitätsregisters.

Bei der Aufgabenerfüllung kann sich die Österreichische Ärztekammer hilfsweise der ÖQMed bedienen.“

20. Im § 117c Abs. 2 Z 8 wird nach dem Klammerausdruck „(§ 118c)“ ein Strichpunkt gesetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„zur Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung kann sich die Österreichische Ärztekammer hilfsweise der ÖQMed bedienen,“

21. § 118a samt Überschrift lautet:

„Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

§ 118a. Die Österreichische Ärztekammer hat eine Gesellschaft für Qualitätssicherung zu errichten, die in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach dem Gesetz vom 6. März 1906 über Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH-Gesetz – GmbHG), RGBl. Nr. 58/1906, zu führen ist. Der Präsident und der Finanzreferent der Österreichischen Ärztekammer haben in der Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) 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.“

22. § 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.

(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. einem von der Verbindungsstelle der Bundesländer bestellten Vertreter der Bundesländer,

4. zwei Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
5. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
6. einem Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin,
7. einem Vertreter der Bundessektion Fachärzte,
8. einem Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte,
9. einem Vertreter der Österreichischen Akademie der Ärzte,
10. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMed für Qualitätssicherung,
11. einem von der Universitätskonferenz bestellten Vertreter der Medizinischen Universitäten,
12. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
13. einem Vertreter der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten,

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 10 einzuberufen.

(8) Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats gemäß Abs. 1 gehört insbesondere die Erstattung von Empfehlungen für die Erbringung ärztlicher Leistungen

1. im niedergelassenen Bereich einschließlich Gruppenpraxen und
2. in Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien einschließlich Ambulatorien der sozialen Krankenversicherung

hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie des Prozesses der Qualitätsevaluierung und Qualitätskontrolle.“

23. § 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.“

24. 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.

(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 von der Verbindungsstelle der Bundesländer bestellten Vertreter der Bundesländer,
5. einem Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
6. je einem Vertreter der Gebietskrankenkassen,
7. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
8. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
9. einem Vertreter der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
10. einem Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
11. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
12. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,
13. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
14. einem Vertreter der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten,

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 gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten 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 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.“

25. *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.*

26. *§ 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.“

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

„Schlussbestimmungen 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 nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 geschlossenen 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 Sonder-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, der dem zuständigen Landeshauptmann anzuzeigen ist, 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 einem Jahr ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 zu erbringen. § 52d Abs. 4 dritter und vierter Satz gilt sinngemäß.

(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.

(6) § 2 des Wirtschaftskammergesetzes 1998, BGBl. I Nr. 103, ist für den Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes nicht anzuwenden.

(7) Ausfertigungen von Organen der Österreichischen Ärztekammer sowie der Ärztekammern in den Bundesländern, die mittels automationsunterstützter Datenverarbeitung erstellt werden, bedürfen weder einer Unterschrift noch einer Beglaubigung und gelten, wenn sie weder eine Unterschrift noch eine Beglaubigung aufweisen als durch das Organ genehmigt, von dem die Ausfertigung stammt. Die Bestimmung gilt auch für die vor ihrem Inkrafttreten hergestellten Ausfertigungen.

(8) Der Bundesminister für Gesundheit hat die Auswirkungen der Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung bis zum Ablauf des Jahres 2012 zu evaluieren und dem Nationalrat darüber zu berichten. Die Österreichische Ärztekammer und der Fachverband der Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, dem Bundesminister für Gesundheit die dafür notwendigen Daten bekannt zu geben, wobei der Fachverband der Versicherungsunternehmen auch die Entwicklung auf dem Gebiet der Erbringung zahnärztlicher Leistungen und auf dem Gebiet der Krankenanstalten zu berücksichtigen hat.“

Artikel 2

Änderung des Zahnärztegesetzes 1998

1. Dem § 3 wird folgender Abs. 4 angefügt:

„(4) § 2 Wirtschaftskammergesetz 1998, BGBl. I Nr. 103, ist für den Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes nicht anzuwenden.“

2. § 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 Unternehmensgesetzbuch (UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, oder

2. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) im Sinne des GmbH-Gesetzes (GmbHG), RGBL. Nr. 58/1906, erfolgen.

(2) In der Firma der Gruppenpraxis ist jedenfalls der Name eines/einer Gesellschafter/Gesellschafterin anzuführen. Gesellschafter/Gesellschafterinnen von Gruppenpraxen sind ausschließlich Mitglieder 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 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 selbständigen Berufsausübung berechnete Angehörige des zahnärztlichen Berufs 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 Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich Hilfstätigkeiten sowie
 - b) Verwaltung des Gesellschaftsvermögensbeschränkt werden.
5. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.
6. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und anderen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter/Gesellschafterinnen zu anderen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder der Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung zahnärztlichen Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung, insbesondere auf Grund von Fortbildung, Krankheit und Urlaub, hinausgeht.
7. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert. Wenn das Verhältnis zwischen den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und den Vollzeitäquivalenten der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die Verhältniszahl 1:5 übersteigt oder wenn die Zahl der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe die Zahl 30 übersteigt, wird das Vorliegen eines selbständigen Ambulatoriums vermutet. Bei Übersteigen der genannten Zahlen tritt die Vermutung des Vorliegens eines selbständigen Ambulatoriums solange nicht ein, als die zahnärztliche Verantwortung für die zahnärztliche Leistung für einen bestimmten Behandlungsfall bei einem/einer bestimmten Gesellschafter/Gesellschafterin liegt.
8. Die Berufsausübung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.
9. Für die Patienten/Patientinnen ist die freie Wahl des/der Behandlers/Behandlerin unter den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen zu gewährleisten.

(4) Eine Gruppenpraxis darf im Bundesgebiet nur einen Berufssitz haben, der zugleich Berufssitz der an ihr beteiligten Angehörigen des zahnärztlichen Berufs 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.“

3. 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 durch den/die Landeshauptmann/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 die Voraussetzungen des Abs.2 einschließlich der nachweislichen Befassung der Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses 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) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige an den/die zuständigen/zuständige Landeshauptmann/Landeshauptfrau 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 einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der/die Landeshauptmann/Landeshauptfrau unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen. Die Gründung einer Gruppenpraxis, die im Stellenplan bereits vorgesehen ist, deren Gesellschafter aber nicht bereits über einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse verfügen (Abs. 1 Z 2 lit. a zweiter Satzteil), ist überdies der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten des betreffenden Bundeslandes anzuzeigen.

(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 der

1. Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ambulanten Gesundheitsversorgung und
2. Wahrung 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 einschließlich Personalausstattung, 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.

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. eine 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 sowie
3. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten.

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

(6) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat unter größtmöglicher Schonung 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 hat für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der zahnärztlichen Berufsausübung entstehenden Schadenersatzansprüche 2 000 000 Euro zu betragen. Eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung das Fünffache der Mindestversicherungssumme, bei sonstiger freiberuflicher zahnärztlicher Tätigkeit das Dreifache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten.

(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. Die Versicherer sind verpflichtet, der Österreichischen Zahnärztekammer unaufgefordert und umgehend den Abschluss des Versicherungsvertrags sowie jeden Umstand, der eine Beendigung oder Einschränkung des Versicherungsschutzes oder eine Abweichung von der ursprünglichen Versicherungsbestätigung bedeutet oder bedeuten kann, zu melden. Die Versicherer sind verpflichtet, auf Verlangen der Österreichischen Zahnärztekammer über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

(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.

(6) Der/Die geschädigte Dritte kann den ihm/ihr zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrags auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und der/die ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

(7) Die Österreichische Zahnärztekammer hat mit dem Fachverband der Versicherungsunternehmen für die jeweiligen Haftpflichtversicherungsverträge verbindliche Rahmenbedingungen abzuschließen.“

4. Dem § 60 wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Für Gruppenpraxen gemäß § 26, denen als Gesellschafter/Gesellschafterinnen ein/eine oder mehrere Dentisten/Dentistinnen angehören, gelten über die entsprechenden Regelungen dieses Bundesgesetzes hinaus folgende Bestimmungen:

1. In der Firma der Gruppenpraxis sind auch die in der Gruppenpraxis durch die Gesellschafter/Gesellschafterinnen vertretenen Berufe anzuführen.
2. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter/Gesellschafterinnen beteiligten Angehörigen des zahnärztlichen Berufs und Dentisten/Dentistinnen.“

5. 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. xx/2010 sind ohne Vorliegen eines nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 abgeschlossenen 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, der dem/der Landeshauptmann/Landeshauptfrau anzuzeigen ist, 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 einem Jahr ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 zu erbringen. § 26c Abs. 4 dritter und vierter Satz gilt sinngemäß.“

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 im jeweiligen Einzugsgebiet 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.“

4. § 2 Abs. 3 lautet:

„(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung insbesondere von Angehörigen von Gesundheitsberufen eine Organisationdichte 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. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.“

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 wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots nachgewiesen werden kann.“

10. § 3 Abs. 3 lautet:

„(3) Die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b bis d ist nicht erforderlich, wenn eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs 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 § 5c erforderlich ist.“

14. § 3 Abs. 5 lautet:

„(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt keiner Bewilligung. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der bettenführenden Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b bis e gegeben sind.“

15. § 3 Abs. 6 lautet:

„(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt und in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs 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 Aufführung 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. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung 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 zum Nachweis der Voraussetzungen 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 - ausgenommen im Fall des Abs. 4 - im Rahmen des Antrags 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. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(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 § 5c 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 § 3a 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. § 5 lautet:

„**§ 5.** Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung – auch einen Teils – auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 3 Abs. 2 lit. d und § 3a Abs. 2 Z 4).“

19. nach §5b wird wird folgender § 5c samt Überschrift eingefügt:

„Haftpflichtversicherung

§ 5c. (1) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass 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, sofern keine Haftpflichtversicherung nach Satz 1 und Abs. 2 besteht.

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

1. Die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall muss 2 000 000 Euro betragen,
2. eine Haftungshöchstgrenze darf pro einjähriger Versicherungsperiode das Fünffache der Mindestversicherungssumme nicht unterschreiten und
3. der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig.

(3) Der geschädigte Dritte kann den ihm zustehenden Schadenersatzanspruch im Rahmen des betreffenden Versicherungsvertrages auch gegen den Versicherer geltend machen. Der Versicherer und der ersatzpflichtige Versicherte haften als Gesamtschuldner.

(4) 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.

20. § 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.“

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

22. § 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.“

23. § 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.“

24. § 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)

25. § 60 Abs. 1 bis 4 lautet:

„(1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen.

(2) Zur Überwachung ist Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden jederzeit - bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien und Kuranstalten während der Betriebszeit - auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

(3) Die Einschau ist 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.

(4) Abs. 2 gilt nicht für Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, sofern sie sich einer regelmäßigen Überprüfung durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung &

Qualitätsmanagement in der Medizin oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung, hinsichtlich Zahnambulatorien durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG), BGBl. I Nr. 154/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2009, unterziehen, und diese Überprüfung

1. sich auf Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, bezieht,
2. unter Beachtung von einschlägigen Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004, erfolgt, und
3. den Empfehlungen nach § 118b Abs. 8 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2010, hinsichtlich Zahnambulatorien der Qualitätssicherungsverordnung gemäß § 52 ZÄKG, entspricht.

Selbständige Ambulatorien haben diese Form der Überprüfung unter Vorlage des entsprechenden Vertrages mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder der akkreditierten Überwachungsstelle, hinsichtlich Zahnambulatorien mit der Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 ZÄKG, der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und die Überprüfungsberichte zu übermitteln.“

26. § 60 Abs. 3 bis 5 erhalten die Bezeichnungen „(5)“ bis „(7)“.

27. Nach § 62f wird folgender § 62g eingefügt:

„§ 62g. 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 Pflegling vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine Krankenanstalt über das bewilligte Leistungsangebot hinaus Leistungen erbringt.“

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

„§ 65a. (1) Die 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, § 5c, § 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.

(3) (Grundsatzbestimmung) 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 § 5c zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung verpflichtet sind, haben dieser Verpflichtung innerhalb von einem Jahr nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2010 nachzukommen und dies der Landesregierung nachzuweisen.“

Artikel 4

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (72. Novelle zum ASVG)

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

1. 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;“

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

1b. Im § 23 Abs. 6 erster Satz zweiter Halbsatz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)“ ersetzt.

1c. 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.

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

„Vertragspartner-Analyse

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

2a. Im § 37 erster Satz 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.

2b. 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.

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

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

5. § 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.“

6. § 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.“

7. Im § 131 Abs. 5 wird der Ausdruck „93/16/EWG“ durch den Ausdruck „Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 225 vom 30. 9. 2005 S. 22,“ ersetzt.

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

9. § 138 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„§ 122 Abs. 2 Z 2 letzter Satz ist nicht anzuwenden.“

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

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

12. Im § 162 Abs. 3 vierter Satz lautet:

„Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem KBGG oder nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, so gilt für diese Zeiten als Arbeitsverdienst jenes Wochengeld, das auf Grund des Abs. 3a Z 2 in Verbindung mit Abs. 5 Z 3 oder auf Grund des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte.“

12a. § 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.“

12b. § 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.“

12c. Die Überschrift zu § 181b lautet:

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

12d. Im § 181b erster und letzter Satz 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.

12e. Die Überschrift zu § 192 lautet:

„Unfallheilbehandlung für bestimmte Gruppen von Teilversicherten“

12f. Im § 192 erster Satz wird der Ausdruck „gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i dieses Bundesgesetzes teilversicherten Schüler und Studenten“ durch den Ausdruck „nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l dieses Bundesgesetzes Teilversicherten“ ersetzt.

12g. 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.

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

13a. 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.

13b. 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.

13c. Im § 210 Abs. 1 erster Satz 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.

13d. Im § 212 Abs. 3 wird der Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schüler und Studenten“ durch den Ausdruck „§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten“ ersetzt.

14. 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.

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

15a. Im § 319a Abs. 2 vorletzter 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.

15b. 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.

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

17. Die Überschrift des Abschnittes II des Sechsten Teiles lautet:

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

18. Nach der Überschrift des Abschnittes II des Sechsten Teiles wird folgende Überschrift eingefügt:

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

19. § 342 Abs. 2 erster und zweiter Satz lauten:

„Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind jeweils in den Honorarordnungen für Einzelordinationen und für Gruppenpraxen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der jeweiligen Gesamtverträge.“

20. § 342 Abs. 2a Z 4 lautet:

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

21. § 342 Abs. 3 wird aufgehoben.

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

„Sonderregelungen für Gruppenpraxen

§ 342a. (1) Ergänzend zu den §§ 341 und 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) Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit von Gruppenpraxen sind 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. Dabei 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/eine Gesellschafter/in 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 des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, oder des § 26a Abs. 1 Z 2 lit. a des Zahnärztegesetzes (ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag oder ein Sonder-Einzelvertrag nach Abs. 5. Dieser hat der zwischen den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen und der jeweiligen Gebietskrankenkasse abgegebenen wechselseitigen schriftlichen Zusage zu entsprechen. Im Falle des Ausscheidens eines Gesellschafter/einer Gesellschafterin unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft (Abs. 3 Z 1 lit. b) lebt der erloschene Einzelvertrag wieder auf.

(5) Ist für eine Gruppenpraxis kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag anwendbar, so können zur Sicherstellung oder Verbesserung des Sachleistungsangebotes vom Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung Sonder-Einzelverträge mit Gruppenpraxen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden. Ein solcher Sonder-Einzelvertrag bedarf der Zustimmung des Krankenversicherungsträgers, für den er abgeschlossen wird, und der zuständigen Ärztekammer. Der Sonder-Einzelvertrag hat insbesondere die Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten sowie das Leistungsspektrum festzulegen.“

23. § 343 Abs. 1 wird durch folgende Abs. 1 und 1a ersetzt:

„(1) Die Auswahl der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt/der Ärztin 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 abweichend von § 341 Abs. 3 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 oder § 26b Abs. 1 ZÄG 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 Ärztinnen/Ärzten (§ 44 Abs. 1 ÄrzteG 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt/die Ärztin hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt/Ärztin 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 Besetzung 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.“

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

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

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

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

27. 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.“

28. Im § 343 Abs. 3 erster Satz entfällt der Ausdruck „persönlich haftender“.

29. § 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/jene Gesellschafterin, der/die 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.“

30. § 343 Abs. 5 wird aufgehoben.

31. Nach § 343b wird folgende Überschrift eingefügt:

**„2. Unterabschnitt
Zahnärztinnen/Zahnärzte“**

32. § 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.“

33. Nach § 343d wird folgende Überschrift eingefügt:

**„3. Unterabschnitt
Verfahren bei Streitigkeiten“**

34. § 344 Abs. 2 lautet:

„(2) Die paritätische Schiedskommission besteht aus einem/einer Richter/in des Ruhestandes als Vorsitzenden/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.“

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

36. § 345 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„Versicherungsvertreter(innen) und Arbeitnehmer(innen) jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer(innen) jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, dürfen im jeweiligen Verfahren nicht Beisitzer(in) sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach § 347 Abs. 4a mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist.“

37. Dem § 346 Abs. 6 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bundesminister für Gesundheit hat das Recht, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung zu unterrichten.“

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

„(4a) Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband legen gemeinsam 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, insbesondere jene des § 133 Abs. 2, zu berücksichtigen sind. Ebenso sind die Parameter festzulegen. Die Richtlinie ist im übertragenen Wirkungsbereich im Einvernehmen zu erlassen; bei der Erlassung unterliegen die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit. Die Richtlinie ist im Internet unter www.avsv.at zu verlautbaren.“

39. Im § 349 wird nach dem Abs. 2b folgender Abs. 2c eingefügt:

„(2c) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und Krankenanstalten nach § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG können hinsichtlich bestimmter medizinischer Sonderfächer oder Teile dieser durch Gesamtverträge geregelt werden. Abs. 2b letzter und vorletzter Satz sind anzuwenden.“

40. Dem § 351h Abs. 5 wird folgender Satz angefügt:

„Der Bundesminister für Gesundheit hat das Recht, sich über alle Gegenstände der Geschäftsführung zu unterrichten.“

40a. § 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.“

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

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

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

„Schlussbestimmungen zu Art. 4 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 (72. Novelle)

§ 652. (1) Es treten in Kraft:

1. mit 1. September 2010 die §§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. 1, 10 Abs. 5 erster Satz, 28 Z 2 lit. a, 32h samt Überschrift, 37 erster Satz, 74 Abs. 5, 120, 125 Abs. 1, 131 Abs. 1 und 5, 138 Abs. 1, 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 erster Satz, 212 Abs. 3, 319a Abs. 2, 335 Abs. 3, die Überschrift des Abschnittes II des sechsten Teiles und die Überschriften des ersten, zweiten und dritten Unterabschnittes, 342 Abs. 2 und 2a Z 4, 342a samt Überschrift, 343 Abs. 1, 1a, 1b und 1c sowie Abs. 2 bis 4, 343d, 344 Abs. 2 und 3, 345 Abs. 1, 347 Abs. 4a erster und zweiter Satz, 349 Abs. 2c 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, 216, 346 Abs. 6 und 351h Abs. 5 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) § 347 Abs. 4a dritter und vierter Satz treten mit dem Zeitpunkt in Kraft, den der Bundesminister für Gesundheit durch Verordnung festsetzt, frühestens jedoch mit 1. Jänner 2011. Die Erlassung der Verordnung ist daran gebunden, dass die Österreichische Ärztekammer oder der Hauptverband darlegen, dass den Kommissionen nach den §§ 344, 345, 345a und 346 für die Beurteilung der Einhaltung der Vertragspflichten keine geeigneten Parameter zur Verfügung stehen.

(4) 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, Art und Umfang der Abrechnung ihrer

Leistungen spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2013 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen.

(5) § 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. Der Hauptverband hat jeweils zum 31. Oktober der Jahre 2011 bis 2013 eine Evaluierung der Aufwendungen, die durch die Neubildung der Bemessungsgrundlage für freie Dienstnehmer/Dienstnehmerinnen nach § 125 Abs. 1 entstanden sind, vorzunehmen. Der jährliche Evaluierungsbericht ist dem Bundesminister für Gesundheit vorzulegen.

(6) Als Übergangsbestimmungen für das Vertragspartnerrecht gilt Folgendes:

1. Einzelverträge mit einer Gruppenpraxis dürfen - abgesehen von der Bestimmung der Z 2 - nach In-Kraft-Treten des § 342a nur auf Grundlage von Gesamtverträgen nach § 342a Abs. 1 bis 4 oder eines Sonder-Einzelvertrages nach einheitlichen Grundsätzen nach § 342a Abs. 5 abgeschlossen werden. Gesamtverträge nach § 342a Abs. 1 bis 4 haben auch Regelungen über die Auswirkungen solcher Gesamtverträge auf bestehende Einzelverträge von Gruppenpraxen zu enthalten.
2. Einzelverträge mit einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft dürfen nach In-Kraft-Treten des § 342a so lange auf Grundlage von zu diesem Zeitpunkt geltenden Gesamtverträgen abgeschlossen werden, bis Gesamtverträge nach § 342a Abs. 1 bis 4 abgeschlossen sind.
3. Im Falle des Wechsels der Rechtsform einer Gruppenpraxis in die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung erlischt der Einzelvertrag, wenn kein Gruppenpraxis-Gesamtvertrag nach § 342a Abs. 1 bis 4 anwendbar ist.“

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 erster Satz 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“, 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. 5 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 und zweiter Halbsatz sowie 231a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.“

Artikel 6

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 zweiter Satz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.*
3. *Nach § 322 wird folgender § 323 samt Überschrift angefügt:*

„Schlussbestimmung zu Art. 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 wird in der Z 1 lit. d der Ausdruck „Nebengebührenezulagengesetzes, BGBl. Nr. 485/1971“ durch den Ausdruck „Pensionsgesetzes 1965“ ersetzt.*
2. *In den §§ 19 Abs. 1 Z 2, 26 Abs. 1 Z 1 lit. c und 93 Abs. 1 erster Satz wird jeweils der Ausdruck „Nebengebührenezulagengesetzes“ 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 zweiter Satz wird der Ausdruck „Krankenanstaltengesetzes“ durch den Ausdruck „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten“ ersetzt.*
8. *Nach § 223 wird folgender § 224 samt Überschrift angefügt:*

„Schlussbestimmung zu Art. 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.“

Artikel 8

Änderung des Bundesgesetzes über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger

Das Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger, BGBl. Nr. 624/1978, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 155/2005, wird wie folgt geändert:

1. Im § 2 Abs. 2 wird vor dem letzten Satz folgender Satz eingefügt:

„Eine freiberufliche Tätigkeit ist auch eine Tätigkeit im Rahmen einer Gruppenpraxis nach § 52a Abs. 1 Z 1 ÄrzteG 1998 bzw. nach § 26 Abs. 1 Z 1 ZÄG oder als (geschäftsführender) Gesellschafter einer Gruppenpraxis nach § 52a Abs. 1 Z 2 ÄrzteG 1998 bzw. nach § 26 Abs. 1 Z 2 ZÄG.“

2. Nach § 21i wird folgender § 21j samt Überschrift eingefügt:

„Schlussbestimmung zu Art. 8 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010

§ 21j. § 2 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010 tritt mit 1. September 2010 in Kraft.“

Artikel 9

Änderung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 108/1997, zuletzt geändert durch die GuKG-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 130, wird wie folgt geändert:

1. § 28a Abs.3 Z 2 lautet:

„2. als Angehörige von gemeinschaftsrechtlich aufenthaltsberechtigten Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaats oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder Österreichern zum Aufenthalt berechtigt sind und über eine Aufenthaltskarte gemäß § 54 NAG oder eine Daueraufenthaltskarte gemäß § 54a NAG verfügen oder“

2. Nach § 35 Abs. 1 Z 4 wird folgende Z 4a eingefügt:

„4a. im Dienstverhältnis zu Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998,“

3. Nach § 90 Abs. 1 Z 3 wird folgende Z 3a eingefügt:

„3a. zu Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998,“

Artikel 10

Änderung des Hebammengesetzes

Das Hebammengesetz, BGBl. Nr. 310/1994, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 102/2008 sowie die Bundesministeriengesetz-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 3, wird wie folgt geändert:

1. § 12 Abs. 2 Z 2 und 3 lautet:

„2. als Angehörige von gemeinschaftsrechtlich aufenthaltsberechtigten Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaats oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder Österreicherinnen/Österreichern zum Aufenthalt berechtigt sind und über eine Aufenthaltskarte gemäß § 54 NAG oder eine Daueraufenthaltskarte gemäß § 54a NAG verfügen oder

3. durch eine österreichische Asylbehörde oder den Asylgerichtshof den Status einer/eines Asylberechtigten gemäß § 3 Asylgesetz 2005, BGBl. I Nr. 100, oder den Status einer/eines subsidiär Schutzberechtigten gemäß § 8 Asylgesetz 2005 oder einen entsprechenden Status nach den vor Inkrafttreten des Asylgesetzes 2005 geltenden asylrechtlichen Bestimmungen zuerkannt erhalten haben,“

2. In § 18 wird der Z 4 der Ausdruck „und/oder“ angefügt und danach folgende Z 5 eingefügt:

„5. im Dienstverhältnis zu Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998“

3. § 61b Z 1 lautet:

„1. die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S. 22, zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 1137/2008 zur Anpassung einiger Rechtsakte, für die das Verfahren des Artikel 251 des Vertrags gilt, an den Beschluss 1999/468/EG des Rates in Bezug auf das Regelungsverfahren mit Kontrolle, ABl. Nr. L 311 vom 21.11.2008 S. 1;“

4. In § 61b wird nach Z 4 folgende Z 5 eingefügt:

- „5. die Richtlinie 2004/83/EG über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. Nr. L 304 vom 30.09.2004 S. 12, in der berichtigten Fassung, ABl. Nr. L 204 vom 05.08.2005 S 24,“

Artikel 11 **Änderung des MTD-Gesetzes**

Das MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 101/2008 sowie die Bundesministeriengesetz-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 3, wird wie folgt geändert:

1. § 6b Abs. 3 Z 2 und 3 lautet:

- „2. als Angehörige von gemeinschaftsrechtlich aufenthaltsberechtigten Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaats oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder Österreichern(-innen) zum Aufenthalt berechtigt sind und über eine Aufenthaltskarte gemäß § 54 NAG oder eine Daueraufenthaltskarte gemäß § 54a NAG verfügen oder
3. durch eine österreichische Asylbehörde oder den Asylgerichtshof den Status eines (einer) Asylberechtigten gemäß § 3 Asylgesetz 2005, BGBl. I Nr. 100, oder den Status eines (einer) subsidiär Schutzberechtigten gemäß § 8 Asylgesetz 2005 oder einen entsprechenden Status nach den vor Inkrafttreten des Asylgesetzes 2005 geltenden asylrechtlichen Bestimmungen zuerkannt erhalten haben,“

2. Nach § 7 Abs. 1 Z 3 wird folgende Z 4 eingefügt:

- „4. im Dienstverhältnis zu Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998“

3. § 35a Z 1 lautet:

- „1. die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. Nr. L 255 vom 30.09.2005 S. 22, zuletzt geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 1137/2008 zur Anpassung einiger Rechtsakte, für die das Verfahren des Artikel 251 des Vertrags gilt, an den Beschluss 1999/468/EG des Rates in Bezug auf das Regelungsverfahren mit Kontrolle, ABl. Nr. L 311 vom 21.11.2008 S. 1,“

4. In § 35a wird nach Z 4 folgende Z 5 eingefügt:

- „5. die Richtlinie 2004/83/EG über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes, ABl. Nr. L 304 vom 30.09.2004 S. 12, in der berichtigten Fassung, ABl. Nr. L 204 vom 05.08.2005 S 24,“

Artikel 12 **Änderung des MTF-SHD-Gesetzes**

Das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste (MTF-SHD-G), BGBl. Nr. 102/1991, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 57/2008 sowie die Bundesministeriengesetz-Novelle 2009, BGBl. I Nr. 3, wird wie folgt geändert:

1. § 52 Abs. 3 Z 3 wird die Wortfolge „oder Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998“ angefügt.

2. § 52e Abs. 3 Z 2 und 3 lautet:

- „2. als Angehörige von gemeinschaftsrechtlich aufenthaltsberechtigten Staatsangehörigen eines EWR-Vertragsstaats oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder Österreichern(-innen) zum Aufenthalt berechtigt sind und über eine Aufenthaltskarte gemäß § 54 NAG oder eine Daueraufenthaltskarte gemäß § 54a NAG verfügen oder
3. durch eine österreichische Asylbehörde oder den Asylgerichtshof den Status eines (einer) Asylberechtigten gemäß § 3 Asylgesetz 2005, BGBl. I Nr. 100, oder den Status eines (einer) subsidiär Schutzberechtigten gemäß § 8 Asylgesetz 2005 oder einen entsprechenden Status nach den vor Inkrafttreten des Asylgesetzes 2005 geltenden asylrechtlichen Bestimmungen zuerkannt erhalten haben,“