

Textgegenüberstellung

Artikel 1

Änderung des Ärztegesetzes 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle)

Geltende Fassung

§ 3. (1) Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes ist ausschließlich Ärzten für Allgemeinmedizin und approbierten Ärzten sowie Fachärzten vorbehalten. Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes ist auch als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft zulässig.

(2) ...

(3) Die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt befindlichen Ärzte (Turnusärzte) sind lediglich zur unselbstständigen Ausübung der im § 2 Abs. 2 und 3 umschriebenen Tätigkeiten in den gemäß §§ 9 bis 11 als Ausbildungsstätten anerkannten Einrichtungen, im Rahmen von Lehrpraxen bzw. Lehrgruppenpraxen oder in Lehrambulatorien unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt. *Sofern krankenanstaltenrechtliche Organisationsvorschriften keine dauernde Anwesenheit eines Facharztes erfordern, können Turnusärzte, die bereits über die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, vorübergehend auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes tätig werden.*

(4) ...

Ausbildung zum Facharzt

§ 8. (1) Personen, die die Erfordernisse für die unselbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes als Turnusarzt erfüllen und beabsichtigen, sich einem Teilgebiet der Medizin als Sonderfach zur selbständigen Betätigung als Facharzt zuzuwenden, haben sich

1. sofern die Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 nicht anderes bestimmt, einer

Vorgeschlagene Fassung

§ 3. (1) Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes ist ausschließlich Ärzten für Allgemeinmedizin und approbierten Ärzten sowie Fachärzten vorbehalten.

(2) ...

(3) Die in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt befindlichen Ärzte (Turnusärzte) sind lediglich zur unselbstständigen Ausübung der im § 2 Abs. 2 und 3 umschriebenen Tätigkeiten in den gemäß §§ 9 bis 11 als Ausbildungsstätten anerkannten Einrichtungen, im Rahmen von Lehrpraxen bzw. Lehrgruppenpraxen oder in Lehrambulatorien unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt. *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.

(4) ...

Ausbildung zum Facharzt und Ausbildung in einem Additivfach

§ 8. (1) Personen, die die Erfordernisse für die unselbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes als Turnusarzt erfüllen und beabsichtigen, sich einem Teilgebiet der Medizin als Sonderfach zur selbständigen Betätigung als Facharzt zuzuwenden, haben sich

1. sofern die Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 nicht anderes bestimmt, einer

Geltende Fassung

mindestens sechsjährigen praktischen Ausbildung zum Facharzt (Turnus zum Facharzt) in anerkannten Ausbildungsstätten, Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien im Rahmen von Arbeitsverhältnissen sowie

2. der Facharztprüfung

zu unterziehen und den Erfolg der Ausbildung und Prüfung nachzuweisen (§ 26). Die Ausbildung ist, soweit Abs. 2 nicht anderes bestimmt, in den für das jeweilige Sonderfach anerkannten Ausbildungsstätten und im Hauptfach auf einer genehmigten Ausbildungsstelle, insbesondere in Standardkrankenanstalten sowie in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten, zu absolvieren. Darüber hinaus kann eine ergänzende spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet eines Sonderfaches in der Dauer von mindestens drei Jahren, die in den für das jeweilige Teilgebiet des betreffenden Sonderfaches anerkannten Ausbildungsstätten und im bezeichnungsrelevanten Teilgebiet des betreffenden Sonderfaches auf einer genehmigten Ausbildungsstelle zu erfolgen hat, absolviert werden. Bei einer ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet eines Sonderfaches handelt es sich um eine spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches (Additivfach).

Berufsbezeichnungen

§ 43. (1) bis (3) ...

(4) Der Bezeichnung der ärztlichen Berufstätigkeit dürfen neben den amtlich verliehenen Titeln nur nachstehende, der Wahrheit entsprechende Zusätze beigefügt werden:

1. ...
2. auf eine *spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches* hinweisende Zusätze,
3. bis 4. ...

(5) und (6) ...

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) und (2) ...

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende

Vorgeschlagene Fassung

mindestens sechsjährigen praktischen Ausbildung zum Facharzt (Turnus zum Facharzt) in anerkannten Ausbildungsstätten, Lehrpraxen, Lehrgruppenpraxen und Lehrambulatorien im Rahmen von Arbeitsverhältnissen sowie

2. der Facharztprüfung

zu unterziehen und den Erfolg der Ausbildung und Prüfung nachzuweisen (§ 26). Die Ausbildung ist, soweit Abs. 2 nicht anderes bestimmt, in den für das jeweilige Sonderfach anerkannten Ausbildungsstätten und im Hauptfach auf einer genehmigten Ausbildungsstelle, insbesondere in Standardkrankenanstalten sowie in Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten, zu absolvieren. Darüber hinaus kann eine ergänzende spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet eines Sonderfaches in der Dauer von mindestens drei Jahren, die in den für das jeweilige Teilgebiet des betreffenden Sonderfaches anerkannten Ausbildungsstätten und im bezeichnungsrelevanten Teilgebiet des betreffenden Sonderfaches auf einer genehmigten Ausbildungsstelle zu erfolgen hat, absolviert werden. Bei einer ergänzenden speziellen Ausbildung auf dem Teilgebiet eines Sonderfaches handelt es sich um eine spezielle Ausbildung im Rahmen eines Sonderfaches (Additivfach). *Die Ausbildung in Additivfächern, die einen besonderen Bezug zur Allgemeinmedizin aufweisen, steht auch Ärzten für Allgemeinmedizin unter Anwendung des § 11 offen.*

Berufsbezeichnungen

§ 43. (1) bis (3) ...

(4) Der Bezeichnung der ärztlichen Berufstätigkeit dürfen neben den amtlich verliehenen Titeln nur nachstehende, der Wahrheit entsprechende Zusätze beigefügt werden:

1. ...
2. auf eine *Ausbildung in einem Additivfach* hinweisende Zusätze,
3. bis 4. ...

(5) und (6) ...

Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden

§ 49. (1) und (2) ...

(2a) Ärzte und Gruppenpraxen haben regelmäßig eine umfassende

Geltende Fassung

Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der *Österreichischen Ärztekammer* nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln.

(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 einen Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, dar.

Gleiches gilt auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008.

(3) ...

(4) Die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin sind zur unselbständigen Ausübung der im Abs. 5 genannten Tätigkeiten unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte berechtigt. ...

(5) ...

Gruppenpraxen

§ 52a. (1) Die Zusammenarbeit von Ärzten kann weiters auch als selbstständig berufsbefugte (§ 3 Abs. 1) Gruppenpraxis erfolgen. Eine Gruppenpraxis kann auch mit einem Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder Dentistenberufs errichtet werden; in diesem Fall richtet sich die Frage der Berufsberechtigung auch nach dem Zahnärztegesetz.

(3) Die Zusammenarbeit als Gruppenpraxis hat in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft im Sinne des § 105 des Bundesgesetzes über besondere zivilrechtliche Vorschriften für Unternehmen (Unternehmensgesetzbuch - UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, zu erfolgen.

(9) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines Gesellschafters und die in der Gruppenpraxis vertretenen Fachrichtungen anzuführen.

Vorgeschlagene Fassung

Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der *Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH* nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln.

(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.*

(3) ...

(4) 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. ...

(5) ...

Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen

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

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

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

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

Geltende Fassung

(4) Der Gruppenpraxis dürfen nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärzte, Zahnärzte und Dentisten als persönlich haftende Gesellschafter angehören.

(4) ... Andere Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter angehören und daher am Umsatz oder Gewinn nicht beteiligt sein.

(6) ... Die treuhändige Übertragung und Ausübung von Gesellschaftsrechten ist unzulässig. ...

(2) Die Berufsbefugnis einer Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsbefugnis der an der Gruppenpraxis als persönlich haftende Gesellschafter beteiligten Ärzte, Zahnärzte und Dentisten.

(7) Die Tätigkeit der Gesellschaft muss auf die Ausübung des ärztlichen, zahnärztlichen oder Dentistenberufes einschließlich der erforderlichen Hilfstätigkeiten und die Verwaltung des Gesellschaftervermögens beschränkt sein.

Vorgeschlagene Fassung

(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 und Angehörige des zahnärztlichen Berufs angehören.
2. Andere natürliche Personen und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden.
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschaftsrechten ist unzulässig.
4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsbefugnis der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter beteiligten Ärzte und Angehörigen des zahnärztlichen Berufs.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich Hilfstätigkeiten und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang stehende Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) Verwaltung des 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 oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter zu anderen Ärzten oder Angehörigen des zahnärztlichen Berufs oder Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das

Geltende Fassung

(6) ... Die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufes darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.

(6) Über Fragen der Ausübung eines bestimmten Berufes (Abs. 2) entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsbefugten Gesellschafter. Gegen den Willen jener Gesellschafter, die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betreffende Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden. Alle Gesellschafter müssen ihre Rechte in eigenem Namen und für eigene Rechnung innehaben. ...

(2) ... Unter den Gesellschaftern mit gleicher Fachrichtung ist die freie Arztwahl des Patienten zu gewährleisten.

(8) Eine Gruppenpraxis kann nur einen Berufssitz im Bundesgebiet haben. Jeder Sitz einer Gruppenpraxis ist auch gleichzeitig Berufssitz der an ihr beteiligten Ärzte.

(5) Jeder Gesellschafter ist allein zur Geschäftsführung und Vertretung befugt. 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.

Vorgeschlagene Fassung

Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht.

8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als den in Z 1 Genannten ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert.

9. Die Berufsausübung der Gesellschafter darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.

10. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten Gesellschafter. Gegen den Willen jener Gesellschafter, die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.

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

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

1. Die Anzahl der Standorte darf die Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter nicht überschreiten.

2. Einer der Standorte muss zum Berufssitz der Gruppenpraxis erklärt werden.

3. Jeder Gesellschafter darf zwar unbeschadet des § 45 Abs. 3 an sämtlichen Standorten der Gruppenpraxis seinen Beruf ausüben, in diesem Fall jedoch keinen sonstigen Berufssitz haben.

4. Es kann eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden.

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

Geltende Fassung

§ 52b. (1) Jeder einer Gruppenpraxis angehörende persönlich haftende Gesellschafter hat, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrages, für die Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Anmeldungspflicht nach § 29 Abs. 1 Z 7 zu sorgen.

(2) Er 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.

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

Vorgeschlagene Fassung

von sechs Monaten hindert Ärzte nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und an der Geschäftsführung.

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

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

Gründung von Gruppenpraxen

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

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

voraus.

(2) Die Gründung einer Gruppenpraxis gemäß Abs. 1 Z 2 lit. a hat nach Maßgabe des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) (§ 84a ASVG) zu erfolgen und bedarf einer schriftlichen Anzeige durch die Österreichische Ärztekammer an den zuständigen Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen der Gesellschaft oder Vorgesellschaft und der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über einen unter Bedachtnahme auf den jeweiligen RSG abzuschließenden Gruppenpraxis-

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Einzelvertrag (§ 342a ASVG in Verbindung mit § 342 ASVG) hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten). Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen.

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

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

Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen im Rahmen der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung

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

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

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

(2) Eine Gesellschaft oder Vorgesellschaft ist als Gruppenpraxis zuzulassen,

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

wenn unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG hinsichtlich

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.

(3) Der Landeshauptmann hat im Rahmen des Zulassungsverfahrens

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

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

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

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

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

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

1. die für die Zulassung maßgeblichen Umstände geändert haben oder
2. nachträglich hervorkommt, dass eine erforderliche Voraussetzung schon

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

ursprünglich nicht bestanden hat oder

3. die Auflagen des Zulassungsbescheids nach erfolglosem Verstreichen einer zur Einhaltung der Auflagen gesetzten Frist nicht eingehalten werden.

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

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

Berufshaftpflichtversicherung

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

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

(3) Bei einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt auf Grund seiner 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.

(5) Der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig. Die Versicherer sind verpflichtet, der

Geltende Fassung**Erlöschen und Ruhen der Berechtigung zur Berufsausübung, Streichung aus der Ärzteliste****§ 59. (1) ...**

(2) Die Gründe für das Erlöschen der Berechtigung nach Abs. 1 sind auch von Amts wegen wahrzunehmen. Die Mitwirkungspflicht der Partei in Verfahren betreffend das Erlöschen der Berufsberechtigung bezieht sich insbesondere auf die Befolgung von Anordnungen hinsichtlich fachlicher Begutachtungen der gesundheitlichen Eignung.

(3) bis (7) ...

Gesellschaft für Qualitätssicherung

§ 118a. (1) 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), RGBI. Nr. 58/1906, zu führen ist.

(2) Zu den Aufgaben der Gesellschaft zählen insbesondere:

1. die Ausarbeitung von fachspezifischen Qualitätskriterien einschließlich Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität, allenfalls im Zusammenwirken mit inländischen Fachgesellschaften,

Vorgeschlagene Fassung

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.

Erlöschen und Ruhen der Berechtigung zur Berufsausübung, Streichung aus der Ärzteliste**§ 59. (1) ...**

(2) Die Gründe für das Erlöschen der Berechtigung nach Abs. 1 sind auch von Amts wegen wahrzunehmen. Die Mitwirkungspflicht der Partei in Verfahren betreffend das Erlöschen der Berufsberechtigung bezieht sich insbesondere auf die Befolgung von Anordnungen hinsichtlich fachlicher Begutachtungen der gesundheitlichen Eignung. *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.*

(3) bis (7) ...

Österreichische Gesellschaft für**Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH**

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

1. die Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
2. die Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung gemäß § 118c,

Geltende Fassung

2. die Qualitätsevaluierung mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen unter Nutzung der elektronischen Datenübertragung nach Maßgabe der technischen Ausstattung,
3. die Qualitätskontrolle sowie
4. die Führung eines Qualitätsregisters.

Wissenschaftlicher Beirat für Qualitätssicherung

§ 118b. (1) Die Gesellschaft hat neben den nach dem GmbHG verpflichtend vorgesehenen Organen auch einen wissenschaftlichen Beirat einzurichten. Der Beirat berät die Organe der Gesellschaft und die Organe der Österreichischen Ärztekammer in der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung.

(2) Der wissenschaftliche Beirat ist paritätisch durch den Bundesminister für Gesundheit und die Österreichische Ärztekammer mit Fachleuten zu besetzen, die über hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung verfügen. Der Bundesminister für Gesundheit die Österreichische Ärztekammer haben dabei jeweils zumindest eine Person zu bestimmen, die über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt.

Vorgeschlagene Fassung

3. die Qualitätsevaluierung,
4. die Qualitätskontrolle sowie
5. die Führung eines Qualitätsregisters.

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

Wissenschaftlicher Beirat

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

(2) Der Wissenschaftliche Beirat besteht aus

1. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
2. zwei Vertretern des Bundesministers für Gesundheit,
3. zwei Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
4. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,

Geltende Fassung

(3) Der wissenschaftliche Beirat hat aus seinen Reihen mit absoluter Mehrheit einen Vorsitzenden und in einem gesonderten Wahlgang einen Stellvertreter zu wählen. Fällt die Wahl des Vorsitzenden auf ein vom Bundesminister für Gesundheit nominiertes Mitglied, hat der Stellvertreter aus dem Kreis der von der Österreichischen Ärztekammer nominierten Mitglieder gewählt zu werden. Fällt die Wahl des Vorsitzenden auf ein von der Österreichischen Ärztekammer nominiertes Mitglied, hat der Stellvertreter aus dem Kreis der vom Bundesminister für Gesundheit nominierten Mitglieder gewählt zu werden. ...

(3) ... Bei Abstimmungen mit Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (Dirimierungsrecht).

Vorgeschlagene Fassung

5. einem Vertreter der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin,
6. einem Vertreter der Bundessektion Fachärzte,
7. einem Vertreter der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte,
8. einem Vertreter der Österreichischen Akademie der Ärzte,
9. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer als Gesellschafter der ÖQMed für Qualitätssicherung,
10. einem von der Universitätskonferenz bestellten Vertreter der Medizinischen Universitäten,
11. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie
12. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

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

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

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

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

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

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

Geltende Fassung

(4) Der Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats ist den Sitzungen der Generalversammlung der Gesellschaft beizuziehen. Dabei kommt ihm ein Antragsrecht aber kein Stimmrecht zu.

Verordnung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung

§ 118c. (1) Die Österreichische Ärztekammer hat nach Befassung des wissenschaftlichen Beirats für Qualitätssicherung sowie der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte die zu evaluierenden Kriterien (§ 118a Abs. 2 Z 1), die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die diesbezügliche elektronische Datenübermittlung sowie das von der Gesellschaft zu führende Qualitätsregister durch Verordnung jeweils für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln.

(1) ... Diese Verordnung ist im Sinne des § 49 laufend weiter zu entwickeln. Die Verordnung ist regelmäßig, erforderlichenfalls auch vor Ablauf der fünfjährigen Geltungsdauer, an die genannten Erfordernisse anzupassen.

Vorgeschlagene Fassung

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

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

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.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Evaluierungsbeirat**

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

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

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

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

(5) Das Plenum des Evaluierungsbeirats besteht aus

1. einem Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der den Vorsitz führt, und einem weiteren Vertreter der Österreichischen Ärztekammer,
2. je einem Vertreter der Ärztekammern in den Bundesländern,
3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,
4. einem Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
5. je einem Vertreter der Gebietskrankenkassen,
6. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
7. einem Vertreter der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft,
8. einem Vertreter der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
9. einem Vertreter der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
10. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,
11. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,

12. einem Vertreter der Bundesarbeitskammer sowie

13. einem Vertreter der Wirtschaftskammer Österreich,

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

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

(7) Ein Evaluierungsausschuss besteht aus

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

2. einem Vertreter der Ärztekammer des betreffenden Bundeslandes,

3. einem Vertreter des Bundesministers für Gesundheit,

4. einem Vertreter der betreffenden Gebietskrankenkasse,

5. einem gemeinsamen Vertreter der im Abs. 5 Z 6 bis 9 genannten Versicherungsträger,

6. einem Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH,

7. einem vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt,

8. einem Vertreter der Arbeitskammer des betreffenden Bundeslandes sowie

9. einem Vertreter der Wirtschaftskammer des betreffenden Bundeslandes,

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

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

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

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

Verfahrensgrundsätze zur Evaluierung und Kontrolle

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

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

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

§ 118a. (4) Wird im Rahmen der Qualitätsevaluierung ein Mangel festgestellt, so hat die Gesellschaft für Qualitätssicherung – erforderlichenfalls unter Setzung einer angemessenen Frist – den Arzt oder die Gruppenpraxis zur

(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

Geltende Fassung

Behebung des Mangels aufzufordern. Anschließend ist eine Kontrolle der Mängelbehebung durchzuführen. Wird dem Mängelbehebungsauftrag nicht nachgekommen, so hat die Gesellschaft Disziplinaranzeige beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten.

§ 118a. (5) Auf Anfrage eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers sowie einer Krankenfürsorgeeinrichtung sind die Ergebnisse der Evaluierung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsgruppenpraxis dem anfragenden Vertragspartner bekannt zu geben. Von Kontrollen ärztlicher Ordinationsstätten oder Gruppenpraxen sind der anfragende gesetzliche Krankenversicherungsträger oder die anfragende Krankenfürsorgeeinrichtung zu informieren, wobei diesen das Recht zusteht, einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen. Im Falle mehrerer anfragenden gesetzlichen Krankenversicherungsträger bzw. Krankenfürsorgeeinrichtungen steht diesen das Recht zu, gemeinsam einen Arzt der betreffenden Fachrichtung zur Teilnahme an der Kontrolle zu bestimmen.

§ 118a. (3) Die Meldungen gemäß § 49 Abs. 2a sowie die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind in ein Qualitätsregister aufzunehmen und zu anonymisieren.

§ 118a. (6) Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind dem Bundesminister für Gesundheit anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

§ 122. Der Vollversammlung obliegt

1. bis 5. ...

6. die Beschlussfassung über die Verordnungen gemäß § 117 Abs. 2 Z 4 bis 11 und § 117c Abs. 2 Z 1 bis 9,

7. ...

Vorgeschlagene Fassung

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.

§ 122. Der Vollversammlung obliegt

1. bis 5. ...

6. die Beschlussfassung über die Verordnungen gemäß § 117b Abs. 2 Z 4 bis 11 und § 117c Abs. 2 Z 1 bis 9,

7. ...

Geltende Fassung**Ausschüsse**

§ 124. (1) und (2) ...

Vorgeschlagene Fassung**Ausschüsse**

§ 124. (1) und (2) ...

(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.

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

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

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

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

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

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

Geltende Fassung

Vorgeschlagene Fassung

Zusammentreten des Wissenschaftlichen Beirats gemäß § 118b in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Artikel 2****Änderung des Zahnärztegesetzes****Gruppenpraxen**

§ 26. (1) Die Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs im Sinne des § 24 Abs. 1 kann auch als selbständig berufsbefugte Gruppenpraxis erfolgen, die in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft im Sinne des § 105 Unternehmensgesetzbuch (UGB), BGBl. I Nr. 120/2005, zu errichten ist. Einer Gruppenpraxis dürfen nur zur selbständigen Berufsausübung berechnete Angehörige des zahnärztlichen Berufs sowie Ärzte/Ärztinnen als persönlich haftende Gesellschafter/Gesellschafterinnen angehören. Andere Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter/Gesellschafterinnen angehören und daher am Umsatz oder Gewinn nicht beteiligt sein.

(2) Die Berufsbefugnis einer Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsbefugnis der an der Gruppenpraxis als persönlich haftende Gesellschafter/Gesellschafterinnen beteiligten Berufsangehörigen. Sofern eine Gruppenpraxis auch mit Ärzten/Ärztinnen errichtet wird, richtet sich die Frage der Berufsbefugnis auch nach dem Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169.

(3) Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin ist allein zur Geschäftsführung und Vertretung befugt. Eine Untersagung der Berufsausübung (§§ 46 f) bis zur Dauer von sechs Monaten hindert die Berufsangehörigen nicht an der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, wohl aber an der Vertretung und an der Geschäftsführung.

(4) Über Fragen der Ausübung eines bestimmten Berufs (Abs. 2) entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsbefugten Gesellschafter/Gesellschafterinnen. Gegen den Willen jener Gesellschafter/Gesellschafterinnen, die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegender Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden. Alle Gesellschafter/Gesellschafterinnen müssen ihre Rechte in eigenem Namen und auf eigene Rechnung innehaben. Die treuhändige Übertragung und Ausübung von Gesellschaftsrechten ist unzulässig. Die selbständige Ausübung des zahnärztlichen Berufs darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen

Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen

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

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

erfolgen. Eine Gruppenpraxis kann auch mit Ärzten/Ärztinnen errichtet werden.

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

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

1. Der Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter/Gesellschafterinnen nur zur selbständigen Berufsausübung berechnete Angehörige des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzte/Ärztinnen angehören.
2. Andere natürliche Personen und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafter/Gesellschafterinnen angehören und daher nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden.
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschaftsrechten ist unzulässig.

Geltende Fassung

(Gesellschafterversammlung) gebunden werden.

(5) Die Tätigkeit der Gesellschaft muss auf die Ausübung des zahnärztlichen bzw. ärztlichen Berufs einschließlich der erforderlichen Hilfstätigkeiten und die Verwaltung des Gesellschaftervermögens beschränkt sein.

(6) Eine Gruppenpraxis kann nur einen Berufssitz im Bundesgebiet haben. Jeder Sitz einer Gruppenpraxis ist auch gleichzeitig Berufssitz der an ihr beteiligten Berufsangehörigen.

(7) In der Firma der Gruppenpraxis sind jedenfalls der Name eines/einer Gesellschafter/Gesellschafterin und die in der Gruppenpraxis vertretenen Berufs- bzw. Fachrichtungen anzuführen.

(8) Jeder/Jede einer Gruppenpraxis als persönlich haftender/haftende Gesellschafter/Gesellschafterin angehörende Angehörige des zahnärztlichen Berufs hat, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrags, für die Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Meldepflicht gemäß § 14 Abs. 1 Z 4, zu sorgen. Er/Sie ist für die Erfüllung seiner/ihrer Berufs- und Standespflichten persönlich verantwortlich, diese Verantwortung kann weder durch den Gesellschaftsvertrag noch durch Beschlüsse der Gesellschafter/Gesellschafterinnen oder Geschäftsführungsmaßnahmen eingeschränkt oder aufgehoben werden.

Vorgeschlagene Fassung

4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafter/Gesellschafterinnen beteiligten Angehörigen des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf die
 - a) Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis einschließlich Hilfstätigkeiten und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang stehende Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) Verwaltung des Gesellschaftsvermögens beschränkt werden.
6. Jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.
7. Unzulässig sind
 - a) die Anstellung von Gesellschaftern/Gesellschafterinnen und anderen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen sowie
 - b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafter/Gesellschafterinnen zu anderen Angehörigen des zahnärztlichen Berufs, Dentisten/Dentistinnen und Ärzten/Ärztinnen oder Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung zahnärztlichen bzw. ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgeht.
8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als den in Z 1 Genannten ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert.
9. Die Berufsausübung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter/Gesellschafterinnen (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.
10. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten Gesellschafter/Gesellschafterinnen. Gegen den Willen jener Gesellschafter/Gesellschafterinnen, die über die

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.

11. Für die Patienten/Patientinnen ist die freie Wahl des/der Behandlers/Behandlerin unter den Gesellschaftern/Gesellschafterinnen desselben Berufs oder gegebenenfalls derselben Fachrichtung zu gewährleisten.

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

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

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

(6) Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin ist, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung des Gesellschaftsvertrags, zur Einhaltung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, insbesondere der Meldepflicht nach § 14 einschließlich der Vorlage des Gesellschaftsvertrages und gegebenenfalls des Bescheids über die Zulassung als Gruppenpraxis gemäß § 26b verpflichtet. Jeder/Jede Gesellschafter/Gesellschafterin ist für die Erfüllung seiner/ihrer

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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.

Gründung von Gruppenpraxen

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

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

voraus.

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

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

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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, 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,

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

3. der durchschnittlichen Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 2 sowie
 4. der Entwicklungstendenzen in der Zahnmedizin und Humanmedizin eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.
- (3) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat im Rahmen des Zulassungsverfahrens
1. ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH oder eines vergleichbaren Planungsinstituts einzuholen sowie
 2. seiner Entscheidung begründete Stellungnahme der jeweiligen Landesgesundheitsplattform über das Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 2 zugrunde zu legen.
- (4) Parteistellung im Sinne des § 8 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 (AVG), BGBl. Nr. 51, und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930, haben auch
1. die betroffenen Sozialversicherungsträger,
 2. die Österreichische Zahnärztekammer,
 2. die örtlich zuständige Landesärztekammer, sofern auch Ärzte/Ärztinnen Gesellschafter/Gesellschafterinnen sind, sowie
 4. die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten.
- (5) Wesentliche Änderungen des Leistungsangebots (Abs. 1) bedürfen der Zulassung durch den Landeshauptmann unter Anwendung der Abs. 1 bis 4.
- (6) Der/Die Landeshauptmann/Landeshauptfrau hat unter größtmöglicher Schonung wohl erworbener Rechte Bescheide zurückzunehmen oder abzuändern, wenn sich
1. die für die Zulassung maßgeblichen Umstände geändert haben oder
 2. nachträglich hervorkommt, dass eine erforderliche Voraussetzung schon ursprünglich nicht bestanden hat oder
 3. die Auflagen des Zulassungsbescheids nach erfolglosem Verstreichen einer zur Einhaltung der Auflagen gesetzten Frist nicht eingehalten werden.

Die Nichteinhaltung von Auflagen gemäß Z 3 ist eine Berufspflichtverletzung.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

Berufshaftpflichtversicherung

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

(2) Die Mindestversicherungssumme für jeden Versicherungsfall zur Deckung der aus der zahnärztlichen Berufsausübung entstehenden Schadenersatzansprüche hat 2.000.000 Euro zu betragen.

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

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

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

eines entsprechenden Versicherungsvertrags nachzuweisen.

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

Übergangsbestimmung zu Gruppenpraxen

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

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

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

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

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

Artikel 3**Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten**

§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2002.
5. selbständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen

§ 2. (1) Krankenanstalten im Sinne des § 1 sind:

4. die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH im Sinne des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2002 2002 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 63/2009;
5. selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der

Geltende Fassung

dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist.

(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der einer Anstalt entspricht, sind nicht als Ordinationsstätten von Ärzten oder Zahnärzten anzusehen. Sie unterliegen den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

Derzeit nicht enthalten

§ 3. (1) Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betriebe einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt haben den Anstaltszweck (§ 2 Abs. 1) und das in Aussicht genommene Leistungsangebot genau zu bezeichnen.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot sowohl nach dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie bei der Errichtung einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen, bei Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Kassenvertragszahnärzte und Kassenvertragsdentisten, ein Bedarf

Vorgeschlagene Fassung

Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen ist zulässig.

(3) Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und durch die Anstellung 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.

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (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.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- 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;

Geltende Fassung

gegeben ist;

(2a) Beabsichtigt der Träger der Krankenanstalt Mittel auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (im Folgenden kurz: Träger der Fondsrankenanstalt) in Anspruch zu nehmen, so hat er dies bereits im Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung bekannt zu geben. In diesem Fall ist neben den Voraussetzungen des Abs. 2 die Errichtungsbewilligung auch davon abhängig, dass die Errichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan entspricht.

Derzeit nicht enthalten

(3) Im Bewilligungsverfahren nach Abs. 2 ist ein Gutachten des Landeshauptmannes einzuholen, das zu dem Antrag vom Standpunkt der sanitären Aufsicht Stellung nimmt.

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 und bei Fondsrankenanstalten überdies eine Bewilligung gemäß Abs. 2a erteilt worden ist;
- e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen

Vorgeschlagene Fassung

(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.

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

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

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

eine Unterversorgung im Einzugsgebiet besteht..

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

(4) Eine Bewilligung zum Betriebe einer Krankenanstalt darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

- a) die Bewilligung zur Errichtung im Sinne des Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 2b oder 2c erteilt worden ist;
- e) ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes (§ 7 Abs. 1) namhaft gemacht wurde und für die Leitung der

Geltende Fassung

Dienstes (§§ 7 Abs. 1 und 7a Abs. 1) 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.

Derzeit nicht enthalten

(5) Ist der Rechtsträger der Krankenanstalt ein Krankenversicherungsträger, so bedarf es lediglich bei Ambulatorien einer Bewilligung zur Errichtung; diese ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung der Ärzte bzw. Zahnärzte und Dentisten 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 der Bedarf durch die Landesregierung festgestellt ist. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines Ambulatoriums betraut. Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b, c und d gegeben sind.

(6) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und betroffene Sozialversicherungsträger, bei selbständigen Ambulatorien auch die zuständige Ärztekammer bzw. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des nach § 3 Abs. 2 lit. a zu prüfenden Bedarfes Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 131 Abs. 2 B-VG haben.

(7) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Errichtung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers hat die zuständige Ärztekammer bzw. bei Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß

Vorgeschlagene Fassung

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;

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

(5) Die beabsichtigte Errichtung einer allgemeinen Krankenanstalt durch einen Sozialversicherungsträger ist der Landesregierung anzuzeigen. Die Bewilligung zum Betriebe der Krankenanstalt eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 4 lit. b bis e gegeben sind.

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

entfällt

Geltende Fassung

Art. 131 Abs. 2 B-VG, wenn

- a) über das Vorhaben des Krankenversicherungsträgers kein Einvernehmen im Sinne des § 339 ASVG zustande gekommen ist,
- b) der Antrag des Krankenversicherungsträgers nicht mit einem nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmen übereinstimmt oder
- c) die Entscheidung der Behörde über den Inhalt des nach § 339 ASVG erzielten Einvernehmens hinausgeht.

(8) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre einer Krankenanstalt, die entgegen den Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 betrieben wird, zu erlassen.

Vorgeschlagene Fassung

(7) Durch die Landesgesetzgebung sind nähere Vorschriften über die Voraussetzungen zur Bewilligung der Errichtung und des Betriebes sowie die Sperre einer Krankenanstalt, die entgegen den Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 betrieben wird, zu erlassen.

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,

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

- 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.

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

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

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

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

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

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

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

1. die Bewilligung zur Errichtung erteilt worden ist;
2. die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen

Geltende Fassung

§ 3a. Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der Medizinischen Universität näher zu regeln.

Vorgeschlagene Fassung

medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen vorhanden sind und die Betriebsanlage sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen erfüllt sind;

3. gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung (§ 6) keine Bedenken bestehen;
4. ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen oder ein geeigneter Zahnarzt als verantwortlicher Leiter des zahnärztlichen Dienstes (§§ 7 Abs. 1 und 7a Abs. 1) namhaft gemacht wurde sowie glaubhaft gemacht wird, dass auch im übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert sein wird; und
5. der Abschluss einer Haftpflichtversicherung nachgewiesen ist, sofern eine solche gemäß § 62g erforderlich ist.

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

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

§ 3c. Bei der Errichtung und beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Das Zusammenwirken beim Betrieb der Krankenanstalt ist in einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Krankenanstalt und dem Träger der Medizinischen Universität näher zu regeln.

Geltende Fassung**Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten**

§ 3b. (1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 2a Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist,

1. dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. dass das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
3. dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
4. dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
5. dass die Behandlung und Pflege von Pflinglingen ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

(2) Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Pflinglingen der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen..

§ 5. Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung auf einen anderen Rechtsträger und jede Änderung ihrer Bezeichnung bedarf gleichfalls der Bewilligung der Landesregierung (§ 3 Abs. 2 lit. d).

§ 7.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur einer

Vorgeschlagene Fassung**Staatsgrenzen überschreitende dislozierte Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten**

§ 3d. (1) Eine örtlich getrennte Unterbringung gemäß § 2a Abs. 3 im grenznahen Gebiet eines Nachbarstaates ist nur für einzelne vorgesehene Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten in ihrer Gesamtheit zulässig und bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung darf nur räumlich beschränkt für beidseits in Staatsgrenznähe gelegene Krankenanstalten und nur dann erteilt werden, wenn nachgewiesen ist,

1. dass durch die im jeweiligen ausländischen Staatsgebiet geltende Rechtslage sowie durch das zugrunde liegende Kooperationsübereinkommen der Standard von Behandlung und Pflege zumindest jenem Standard entspricht, der aufgrund der österreichischen Rechtsordnung gegeben ist,
2. dass das Vorhaben im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehen ist,
3. dass den österreichischen Finanzierungsregelungen Rechnung getragen wird,
4. dass auf den Behandlungsvertrag österreichisches Recht anwendbar und ein österreichischer Gerichtsstand gegeben ist,
5. dass die Behandlung und Pflege von Pflinglingen ausschließlich durch Personal der in Österreich gelegenen Krankenanstalt und unter deren Leitung erfolgt.

(2) Eine erteilte Genehmigung ist zu widerrufen, wenn eine der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht oder nicht mehr vorliegt.

(3) Bei der dislozierten Führung von Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten einer im Ausland gelegenen Krankenanstalt in einer österreichischen Krankenanstalt hat ausschließlich die Behandlung und Pflege von Pflinglingen der im Ausland gelegenen Krankenanstalt und ausschließlich durch Personal dieser Krankenanstalt sowie unter der Leitung der im Ausland gelegenen Krankenanstalt zu erfolgen.

§ 5. Die Verpachtung einer Krankenanstalt, ihre Übertragung 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).

§ 7.

(5) Die Bestellung des ärztlichen Leiters und des Leiters der Prosektur einer

Geltende Fassung

Krankenanstalt bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs.1 bis 4 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

§ 7a.

(3) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs.1 und 2 vorgesehenen Bedingungen entsprechen. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung eines Zahnambulatoriums gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Zahnarztes bzw. Arztes zu erteilen.

§ 8a.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

§ 8d. Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit für

Vorgeschlagene Fassung

Krankenanstalt bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs.1 bis 4 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen. Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum ärztlichen Leiter von zwei Krankenanstalten bestellt wurde. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung einer Krankenanstalt gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Arztes zu erteilen.

§ 7a.

(3) Die Bestellung des verantwortlichen Leiters eines Zahnambulatoriums bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die in Betracht kommenden Zahnärzte bzw. Ärzte den für ihre Bestellung in den Abs. 1 und 2 vorgesehenen Bedingungen nicht entsprechen. Die Genehmigung ist weiters zu versagen, wenn der für die ärztliche Leitung in Aussicht Genommene bereits zum zahnärztlichen bzw. ärztlichen Leiter von zwei selbstständigen Ambulatorien bestellt wurde. Eine solche Genehmigung ist bei der Errichtung eines Zahnambulatoriums gleichzeitig mit der Bewilligung zum Betrieb und sonst vor Dienstantritt des Zahnarztes bzw. Arztes zu erteilen.

§ 8a.

(5) In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger 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.

§ 8d. Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, im Rahmen eines regionalen Strukturplanes Gesundheit für

Geltende Fassung

Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.
2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.
3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.
4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.
5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen, Departments und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.
6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des § 2a

Vorgeschlagene Fassung

Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (im Folgenden: ÖSG) befindet. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(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.

Geltende Fassung

(Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlerworbener Rechte möglich ist.

7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Abteilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.
9. In den Fachrichtungen Augenheilkunde, HNO, Orthopädie und Urologie können zur Abdeckung von regionalen Versorgungslücken in Regionen, in denen auf Grund geringer Besiedlungsdichte die Tragfähigkeit für eine Vollabteilung nicht gewährleistet ist und in denen gleichzeitig Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen von § 2a hinausgehende Konsiliararztstätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.
10. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen,

Vorgeschlagene Fassung

Geltende Fassung

Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

11. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.
12. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (zB radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.
13. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (zB dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.
14. Für jedes Land sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für jedes Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.

Vorgeschlagene Fassung

Geltende Fassung

§ 40. (1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

- e) Der § 20 mit der Maßgabe, dass Krankenanstalten, deren Betrieb die Erzielung eines Gewinns bezweckt, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen haben.

Derzeit nicht enthalten

Vorgeschlagene Fassung

§ 40. (1) Für die Errichtung und den Betrieb privater Krankenanstalten gelten die Bestimmungen der Hauptstücke A und B zur Gänze und die des Hauptstückes C wie folgt:

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

§ 60.

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

Haftpflichtversicherung

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

(2) Für den Versicherungsvertrag muss Folgendes gelten:

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

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

Geltende Fassung

Derzeit nicht enthalten

Derzeit nicht enthalten

Vorgeschlagene Fassung

Verlangen der Landesregierung über solche Umstände Auskunft zu erteilen.

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

§ 62h. Wenn eine bettführende 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 Pfegling vor Inanspruchnahme der Leistung nachweislich aufzuklären ist. Gleiches gilt, wenn eine bettenführende Krankenanstalt oder ein selbstständiges Ambulatorien über das bewilligte Leistungsangebot hinaus Leistungen erbringt.

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

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass jedenfalls Verfahren zur Errichtung einer bettenführenden Krankenanstalt bzw. eines selbständigen 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.

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (72. Novelle)**Ausnahmen von der Vollversicherung**

§ 5. (1) unverändert.

(2) Ein Beschäftigungsverhältnis gilt als geringfügig, wenn es
1. unverändert.

Ausnahmen von der Vollversicherung

§ 5. (1) unverändert.

(2) Ein Beschäftigungsverhältnis gilt als geringfügig, wenn es
1. unverändert.

Geltende Fassung

2. für mindestens einen Kalendermonat oder auf unbestimmte Zeit vereinbart ist und im Kalendermonat kein höheres Entgelt als 296,21 € gebührt.

Keine geringfügige Beschäftigung liegt hingegen vor, wenn das im Kalendermonat gebührende Entgelt den in Z 2 genannten Betrag nur deshalb nicht übersteigt, weil

- infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder
- die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Kalendermonates begonnen oder geendet hat oder unterbrochen wurde.

Auch gilt eine Beschäftigung als Hausbesorger nach dem Hausbesorgergesetz, BGBl. Nr. 16/1970, nicht als geringfügig, außer während der Zeit

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, oder
- eines Karenzurlaubes gemäß den §§ 15, 15a, 15b und 15d MSchG und den §§ 2, 5 und 9 des Eltern- Karenzurlaubsgesetzes (EKUG), BGBl. Nr. 651/1989, bei Anspruch auf Wochengeld bzw. auf Karenzgeld nach dem Karenzgeldgesetz (KGG), BGBl. I Nr. 47/1997.

Auf Beschäftigungsverhältnisse, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, ist ausschließlich die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (Z 2) anzuwenden. An die Stelle der im ersten Satz genannten Beträge treten ab Beginn jedes Beitragsjahres (§ 242 Abs. 10) die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

Sonstige Teilversicherung

- § 8. (1) 1. und 2. unverändert.
3. a) bis k) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

2. für mindestens einen Kalendermonat oder auf unbestimmte Zeit vereinbart ist und im Kalendermonat kein höheres Entgelt als 296,21 € gebührt.

Keine geringfügige Beschäftigung liegt hingegen vor, wenn das im Kalendermonat gebührende Entgelt den in Z 2 genannten Betrag nur deshalb nicht übersteigt, weil

- infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder
- die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Kalendermonates begonnen oder geendet hat oder unterbrochen wurde.

Auch gilt eine Beschäftigung als Hausbesorger nach dem Hausbesorgergesetz, BGBl. Nr. 16/1970, nicht als geringfügig, außer während der Zeit

- eines Beschäftigungsverbotes gemäß den §§ 3 und 5 des Mutterschutzgesetzes (MSchG), BGBl. Nr. 221/1979, oder
- einer Karenz nach den §§ 15, 15a, 15b und 15d MSchG und den §§ 2, 5 und 9 des Väter-Karenzgesetzes (VKG), BGBl. I Nr. 103/2001, bei Anspruch auf Wochengeld oder während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld nach den § 3 Abs. 1 und § 5 des Kinderbetreuungsgeldgesetzes (KBGG), BGBl. I Nr. 103/2001.

Auf Beschäftigungsverhältnisse, die mit Dienstleistungsscheck entlohnt werden, ist ausschließlich die monatliche Geringfügigkeitsgrenze (Z 2) anzuwenden. An die Stelle der im ersten Satz genannten Beträge treten ab Beginn jedes Beitragsjahres (§ 242 Abs. 10) die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a Abs. 1) vervielfachten Beträge.

Sonstige Teilversicherung

- § 8. (1) 1. und 2. unverändert.
3. a) bis k) unverändert.
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;

Geltende Fassung

4. und 5. unverändert.

(1a) bis (6) unverändert.

Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Pflichtversicherung der in den §§ 4 Abs. 1 Z 12 und 8 Abs. 1 Z 1 lit. c und e, Z 3 lit. h und i sowie Z 4 und 5 bezeichneten Personen und der Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c) und die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen beginnt mit dem Eintritt des Tatbestandes, der den Grund der Versicherung bildet. Das Nähere hinsichtlich der Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen wird durch die Verordnung über die Einbeziehung geregelt.

(6) und (7) unverändert.

Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen; Gebietskrankenkassen, die am 30. Juni 1994 eine

Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt zu deren Betrieb verpflichtet. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung

§ 28. 1. unverändert.

2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) für

- a) die gemäß § 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der

Vorgeschlagene Fassung

4. und 5. unverändert.

(1a) bis (6) unverändert.

Beginn der Pflichtversicherung

§ 10. (1) bis (4) unverändert.

(5) Die Pflichtversicherung der in den §§ 4 Abs. 1 Z 12 und 8 Abs. 1 Z 1 lit. c und e, Z 3 lit. h, i und l sowie Z 4 und 5 bezeichneten Personen und der Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient (§ 8 Abs. 1 Z 3 lit. c), und die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen beginnt mit dem Eintritt des Tatbestandes, der den Grund der Versicherung bildet. Das Nähere hinsichtlich der Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen wird durch die Verordnung über die Einbeziehung geregelt.

(6) und (7) unverändert.

Träger der Krankenversicherung

§ 23. (1) bis (5) unverändert.

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- a) Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- b) Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen; Gebietskrankenkassen, die am 30. Juni 1994 eine

Krankenanstalt im Sinne des § 2 Abs. 1 Z 1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, betreiben, sind ab diesem Zeitpunkt zu deren Betrieb verpflichtet. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung

§ 28. 1. unverändert.

2. die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (§ 13 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) für

- a) die gemäß § 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes in der

Geltende Fassung

Unfallversicherung pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre teilversicherten Familienangehörigen, soweit es sich nicht um eine Teilversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i handelt, sowie die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. d teilversicherten Angehörigen von Orden, Kongregationen und Anstalten,

b) bis j) unverändert.

3. unverändert.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) unverändert.

(5) 1. bis 10. unverändert.

11. über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes im Falle von Leistungen der Krankenversicherung an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers im Sinne des § 129 Abs. 5;

12. bis 34. unverändert.

(5a) bis (12) unverändert.

Meldung nur unfallversicherter Personen

§ 37. Für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten mit Ausnahme der im § 7 Z 3 lit. a und b und der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h und i genannten Personen sind die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 36 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind. Für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a in der Unfallversicherung Pflichtversicherten sind die Meldungen beim Träger der Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen zu erstatten, wobei die Bestimmungen der §§ 18 und 21 des Gewerblichen

Vorgeschlagene Fassung

Unfallversicherung pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen und ihre teilversicherten Familienangehörigen, soweit es sich nicht um eine Teilversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l handelt, sowie die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. d teilversicherten Angehörigen von Orden, Kongregationen und Anstalten,

b) bis j) unverändert.

3. unverändert.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 31. (1) bis (4) unverändert.

(5) 1. bis 10. unverändert.

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

12. bis 34. unverändert.

(5a) bis (12) unverändert.

Vertragspartner-Analyse

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

Meldung nur unfallversicherter Personen

§ 37. Für die Meldungen der nur in der Unfallversicherung pflichtversicherten mit Ausnahme der im § 7 Z 3 lit. a und b und der im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a, h, i und l genannten Personen sind die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 36 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Meldungen beim zuständigen Träger der Unfallversicherung zu erstatten sind. Für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a in der Unfallversicherung Pflichtversicherten sind die Meldungen beim Träger der Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen zu erstatten, wobei die Bestimmungen der §§ 18 und 21 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden sind. Das

Geltende Fassung

Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden sind. Das Nähere wird in der Satzung des Trägers der Unfallversicherung bestimmt.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) bis (4) unverändert.

(5) Als Beitrag für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Personen hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt zuzüglich zu dem aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds zu leistenden Beitrag jährlich den Betrag bereitzustellen, der zur Deckung des Aufwandes der Unfallversicherung für diese Personen notwendig ist.

(6) unverändert.

Auszahlung der Leistungen

§ 104. (1) bis (4) unverändert.

(5) Auf Verlangen des Versicherungsträgers haben die Anspruchsberechtigten Lebens- oder Witwen(Witwer)schaftsbestätigungen beizubringen. Solange diese Bestätigungen nicht beigebracht sind, können die Renten (Pensionen) zurückgehalten werden.

(6) und (7) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. 1. bis 3. unverändert.

Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBGG sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre. Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt auch mit Beginn eines Beschäftigungsverbotes nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz als eingetreten.

Vorgeschlagene Fassung

Nähere wird in der Satzung des Trägers der Unfallversicherung bestimmt.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung

§ 74. (1) bis (4) unverändert.

(5) Als Beitrag für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l teilversicherten Personen hat die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt zuzüglich zu dem aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds zu leistenden Beitrag jährlich den Betrag bereitzustellen, der zur Deckung des Aufwandes der Unfallversicherung für diese Personen notwendig ist.

(6) unverändert.

Auszahlung der Leistungen

§ 104. (1) bis (4) unverändert.

(5) Auf Verlangen des Versicherungsträgers haben die Anspruchsberechtigten Lebens- oder Witwen(Witwer)schafts- oder Hinterbliebenenbestätigungen beizubringen. Solange diese Bestätigungen nicht beigebracht sind, können die Renten (Pensionen) zurückgehalten werden.

(6) und (7) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 120. 1. bis 3. unverändert.

Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, oder KBGG sowie bei Versicherten nach § 43 Abs. 2 in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre. Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt auch mit Beginn eines Beschäftigungsverbotes nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz als eingetreten.

Geltende Fassung**Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung**

§ 122. (1) unverändert.

(2) 1. bis 2. unverändert.

3. an Personen, die gemäß § 12 Abs. 3 lit. g AIVG oder gemäß § 21a AIVG keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben;

4. an Personen, die gemäß § 2 Abs. 2 Z 6 KGG oder gemäß § 2 Abs. 3 KGG keinen Anspruch auf Karenzgeld oder gemäß § 79 Abs. 39 AIVG in Verbindung mit § 2 Abs. 3 KGG keinen Anspruch auf Karenzurlaubsgeld haben.

(3) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muss, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin aus einem dieser Gründe unmittelbar im Anschluß an einen Zeitraum des Bezuges eines Karenzgeldes nach dem KGG ihre vorherige Beschäftigung nicht wieder aufgenommen hat. Die Voraussetzung von mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonaten entfällt, wenn die Versicherte in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mindestens zwölf Monate in der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert war. Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Pflichtversicherung und dem Eintritt des Versicherungsfalles oder danach während der Zeit, für die Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht, der Versicherungsfall der Krankheit ein, gebühren die Leistungen aus diesem

Vorgeschlagene Fassung**Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung**

§ 122. (1) unverändert.

(2) 1. bis 2. unverändert.

3. an Personen, die gemäß § 12 Abs. 3 lit. g AIVG oder gemäß § 21a AIVG keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben.

4. aufgehoben.

(3) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt und der Beginn der 32. Woche vor dem Eintritt des Versicherungsfalles in den Zeitraum des Bestandes der beendeten Pflichtversicherung, die mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonate ununterbrochen gedauert haben muss, fällt; fallen in diesen Zeitraum auch Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Zeiten eines Leistungsbezuges aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, so gelten solche Zeiten bei der Anwendung dieser Bestimmung als Zeiten der Pflichtversicherung. Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind jedoch nicht zu gewähren, wenn die Pflichtversicherung auf Grund einer einvernehmlichen Lösung des Dienstverhältnisses, einer Kündigung durch die Dienstnehmerin, eines unberechtigten vorzeitigen Austrittes oder einer verschuldeten Entlassung der Dienstnehmerin geendet hat oder wenn die Dienstnehmerin ihre vorherige Beschäftigung unmittelbar im Anschluß an eine Karenz nach § 15 MSchG aus einem dieser Gründe nicht wieder aufgenommen hat oder wenn die Dienstnehmerin durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber die Karenz über das in § 15 Abs. 1 MSchG genannte Ausmaß hinaus verlängert hat. Die Voraussetzung von mindestens 13 Wochen bzw. drei Kalendermonaten entfällt, wenn die Versicherte in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung mindestens zwölf Monate in der Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert war. Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Pflichtversicherung und dem Eintritt des Versicherungsfalles oder danach während der Zeit, für die Anspruch auf Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht, der

Geltende Fassung

Versicherungsfall.

(3a) bis (5) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 125. (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; liegt ein solcher Beitragszeitraum nicht vor, so ist der laufende Beitragszeitraum maßgebend. Lohn- und Gehaltserhöhungen auf Grund von Normen kollektiver Rechtsgestaltung sind zu berücksichtigen.

(2) bis (5) unverändert.

Leistungen an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers

§ 129. (1) Haben Versicherte oder deren Angehörige ihren Wohnsitz außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Versicherungsträgers, so ist auf dessen Ersuchen der für den Wohnsitz zuständige Versicherungsträger verpflichtet, die Leistungen gegen Kostenersatz zu gewähren. In dem Ersuchen sind Art und Ausmaß der zu gewährenden Leistungen zu bezeichnen. Bei der Ermittlung des Kostenersatzes ist die Verrechnung von Kosten für Verwaltungsauslagen ausgeschlossen. Die mit dem Versicherungsträger des Wohnsitzes in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte, Apotheker, Krankenanstalten usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet.

(2) Die im Abs. 1 vorgesehene Regelung gilt entsprechend für den Versicherten und seine Angehörigen, wenn sie während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels ihres zuständigen Versicherungsträgers erkranken.

Vorgeschlagene Fassung

Versicherungsfall der Krankheit ein, gebühren die Leistungen aus diesem Versicherungsfall.

(3a) bis (5) unverändert.

Bemessungsgrundlage

§ 125. (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.

(2) bis (5) unverändert.

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

§ 129. (1) Haben Versicherte oder deren Angehörige ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Krankenversicherungsträgers, so ist der für den gewöhnlichen Aufenthalt zuständige Krankenversicherungsträger verpflichtet, Sachleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit und Mutterschaft sowie die Zahnbehandlung nach § 153 ASVG gegen Verrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten ohne Verwaltungsauslagen zu gewähren. Die Bewilligung und Übernahme der Kosten von Anstaltspflege und Heilbehelfen erfolgt nach den Bestimmungen des zuständigen Krankenversicherungsträgers. Die mit dem aushelfenden Krankenversicherungsträger in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/Apothekerinnen usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet. Alle übrigen Leistungen sowie Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse sind beim zuständigen Krankenversicherungsträger nach dessen Kriterien in Anspruch zu nehmen.

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

Geltende Fassung

(3) Erstreckt sich der örtliche Wirkungsbereich eines Versicherungsträgers über das Gebiet eines Landes hinaus, so kann dieser Versicherungsträger, sofern es zur besseren Betreuung der Versicherten und ihrer Angehörigen angebracht ist, einen anderen nach dem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherten (der Angehörigen) zuständigen Versicherungsträger gegen Kostenersatz mit der Erbringung der Leistungen betrauen. Abs. 1 vorletzter und letzter Satz sind entsprechend anzuwenden.

(4) Das Ersuchen um Betreuung von Versicherten (Angehörigen) ist an die Gebietskrankenkasse zu richten, in deren Sprengel der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten (seiner Angehörigen) liegt.

(5) Der Hauptverband kann mit Zustimmung des Bundesministers für Arbeit und Soziales bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme sowie die Festsetzung und die Verrechnung des Kostenersatzes aufstellen. Diese Richtlinien sind im Internet zu verlautbaren.

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt, hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

(2) bis (6) unverändert.

Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) bis (4) unverändert.

(5) Befindet sich ein Versicherter (Angehöriger) in Anstaltspflege, so besteht für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind.

Vorgeschlagene Fassung

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

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

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. 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

(2) bis (6) unverändert.

Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) bis (4) unverändert.

(5) Befindet sich ein Versicherter (Angehöriger) in Anstaltspflege, so besteht für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind.

Geltende Fassung**Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege**

§ 144. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) und (6) unverändert.

Wochengeld

§ 162. (1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Weibliche Versicherte nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG, KGG oder KBBG sowie Versicherte nach § 43 Abs. 2 KGG im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre. Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 und 4 haben weiters für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotess für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz Anspruch auf Wochengeld.

(2) unverändert.

(3) Das Wochengeld gebührt in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des

Vorgeschlagene Fassung**Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege**

§ 144. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) und (6) unverändert.

Wochengeld

§ 162. (1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld. Weibliche Versicherte nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnittentbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Über die vorstehenden Fristen vor und nach der Entbindung hinaus gebührt das Wochengeld ferner für jenen Zeitraum, während dessen Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem AIVG oder KBBG im Einzelfall bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 auf Grund eines arbeitsinspektions- oder amtsärztlichen, bei Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 auf Grund eines amtsärztlichen Zeugnisses nachgewiesen wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre. Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 2 und 4 haben weiters für den Zeitraum eines Beschäftigungsverbotess für werdende Mütter nach § 13a Abs. 5 Tabakgesetz Anspruch auf Wochengeld.

(2) unverändert.

(3) Das Wochengeld gebührt in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen in den letzten 13 Wochen (bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, in den letzten drei Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der

Geltende Fassung

Versicherungsfalles der Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Für Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 ist das tägliche Nettoeinkommen unter Zugrundelegung des im ersten Satz genannten Arbeitsverdienstes nach § 21 Abs. 3 zweiter Satz AIVG zu berechnen. Wurde von Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, lediglich im Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft ein Arbeitsverdienst erzielt, so gilt dieser für die Ermittlung des durchschnittlichen in den letzten drei Kalendermonaten gebührenden Arbeitsverdienstes als im letzten vollen Kalendermonat vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erzielt. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem KBGG, nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 oder nach dem Karenzgeldgesetz, so gilt für diese Zeiten als Arbeitsverdienst jenes Wochengeld, das auf Grund des Abs. 3a Z 2 in Verbindung mit Abs. 5 Z 3, des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 oder des Karenzgeldgesetzes beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte. Bei Versicherten, deren Lehrverhältnis während des genannten Zeitraumes geendet hat, ist, wenn es für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes der Arbeitsverdienst im letzten Beitragszeitraum, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, heranzuziehen. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum

a) bis c) unverändert.

(3a) bis (5) unverändert.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) bis (3) unverändert.

(4) In der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i sind Arbeitsunfälle Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Schul(Universitäts)ausbildung ereignen. Abs. 2 Z 1, 2, 5, 6, 7 und 9 sowie Abs. 6 sind entsprechend anzuwenden.

Vorgeschlagene Fassung

Mutterschaft gebührenden Arbeitsverdienstes, vermindert um die gesetzlichen Abzüge; die auf diesen Zeitraum entfallenden Sonderzahlungen sind nach Maßgabe des Abs. 4 zu berücksichtigen. Für Dienstnehmerinnen nach § 4 Abs. 4 ist das tägliche Nettoeinkommen unter Zugrundelegung des im ersten Satz genannten Arbeitsverdienstes nach § 21 Abs. 3 zweiter Satz AIVG zu berechnen. Wurde von Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, lediglich im Kalendermonat des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft ein Arbeitsverdienst erzielt, so gilt dieser für die Ermittlung des durchschnittlichen in den letzten drei Kalendermonaten gebührenden Arbeitsverdienstes als im letzten vollen Kalendermonat vor dem Eintritt des Versicherungsfalles erzielt. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum auch Zeiten des Bezuges einer Leistung nach dem KBGG, 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, des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 beim Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während des Leistungsbezuges gebührt hätte. Bei Versicherten, deren Lehrverhältnis während des genannten Zeitraumes geendet hat, ist, wenn es für die Versicherte günstiger ist, für die Ermittlung der Höhe des Wochengeldes der Arbeitsverdienst im letzten Beitragszeitraum, vermindert um die gesetzlichen Abzüge, heranzuziehen. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum

a) bis c) unverändert.

(3a) bis (5) unverändert.

Arbeitsunfall

§ 175. (1) bis (3) unverändert.

(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.

Geltende Fassung

(5) und (6) unverändert.

Berufskrankheiten

§ 177. (1) und (2) unverändert.

(3) In der Unfallversicherung der gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i Teilversicherten stehen die Schul(Universitäts)ausbildung (§ 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. (BGBl. Nr. 704/1976, Art. III Z 5) - 1.1.1977; (BGBl. Nr. 647/1982, Art. III Z 2) - 1.1.1983.

Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i

§ 181b. Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage für Barleistungen,

a) bis c) unverändert.

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachten Beträge. Die Bemessungsgrundlage nach § 180 hat für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten außer Betracht zu bleiben.

Unfallheilbehandlung für selbständig Erwerbstätige, deren mitversicherte Angehörige sowie für Schüler und Studenten

§ 192. Die gemäß § 7 Z 2 lit. b teilversicherten Zwischenmeister (Stückmeister), die gemäß § 7 Z 3 lit. c teilversicherten öffentlichen Verwalter, die gemäß den §§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, sowie ihre im Betrieb tätigen gemäß § 19 Abs. 1 Z 2 versicherten Angehörigen, ferner die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i dieses Bundesgesetzes teilversicherten Schüler und Studenten, die gemäß den §§ 3 und 11 Abs. 1 Z 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes Unfallversicherten sowie die gemäß § 11 Abs. 1 Z 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes versicherten Angehörigen erhalten die Heilbehandlung gemäß § 191 erst vom Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Der Träger der Unfallversicherung kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit durch die Satzung bestimmen, ob, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit schon von einem früheren Zeitpunkt an Heilbehandlung nach § 191 oder an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren

Vorgeschlagene Fassung

(5) und (6) unverändert.

Berufskrankheiten

§ 177. (1) und (2) unverändert.

(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.

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

§ 181b. Für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage für Barleistungen,

a) bis c) unverändert.

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108f) vervielfachten Beträge. Die Bemessungsgrundlage nach § 180 hat für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten außer Betracht zu bleiben.

Unfallheilbehandlung für bestimmte Gruppen von Teilversicherten

§ 192. Die gemäß § 7 Z 2 lit. b teilversicherten Zwischenmeister (Stückmeister), die gemäß § 7 Z 3 lit. c teilversicherten öffentlichen Verwalter, die gemäß den §§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, sowie ihre im Betrieb tätigen gemäß § 19 Abs. 1 Z 2 versicherten Angehörigen, ferner die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l dieses Bundesgesetzes teilversicherten Schüler und Studenten, die gemäß den §§ 3 und 11 Abs. 1 Z 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes Unfallversicherten sowie die gemäß § 11 Abs. 1 Z 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes versicherten Angehörigen erhalten die Heilbehandlung gemäß § 191 erst vom Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Der Träger der Unfallversicherung kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit durch die Satzung bestimmen, ob, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit schon von einem früheren Zeitpunkt an Heilbehandlung nach § 191 oder an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren sind..

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
sind.	
Familien- und Taggeld bei Gewährung von Anstaltspflege	Familien- und Taggeld bei Gewährung von Anstaltspflege
§ 195. (1) bis (6) unverändert.	§ 195. (1) bis (6) unverändert.
(7) Die in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i Teilversicherten sind vom Anspruch auf Familien- und Taggeld ausgeschlossen.	(7) Die in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten sind vom Anspruch auf Familien- und Taggeld ausgeschlossen.
Übergangsgeld	Übergangsgeld
§ 199. (1) unverändert.	§ 199. (1) unverändert.
(2) Das Übergangsgeld gebührt im Ausmaß von 60 v. H. der Bemessungsgrundlage. Es ist für die Angehörigen von Versehrten (§ 123) zu erhöhen, und zwar für den Ehegatten um 10 v. H. und für jeden sonstigen Angehörigen um 5 v. H. der Bemessungsgrundlage. Das Gesamtausmaß des erhöhten Übergangsgeldes darf die Bemessungsgrundlage nicht übersteigen. Es gebührt monatlich in der Höhe eines Zwölftels des Jahresbetrages, gerundet auf Cent.	(2) Das Übergangsgeld gebührt im Ausmaß von 60 v. H. der Bemessungsgrundlage. Es ist für die Angehörigen von Versehrten (§ 123) zu erhöhen, und zwar für den Ehegatten/die Ehegattin oder den eingetragenen Partner/die eingetragene Partnerin um 10 v. H. und für jeden sonstigen Angehörigen um 5 v. H. der Bemessungsgrundlage. Das Gesamtausmaß des erhöhten Übergangsgeldes darf die Bemessungsgrundlage nicht übersteigen. Es gebührt monatlich in der Höhe eines Zwölftels des Jahresbetrages, gerundet auf Cent.
(3) und (4) unverändert.	(3) und (4) unverändert.
Anspruch auf Versehrtenrente	Anspruch auf Versehrtenrente
§ 203. (1) unverändert.	§ 203. (1) unverändert.
(2) Wegen Arbeitsunfällen der gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten sowie wegen einer Berufskrankheit im Sinne des § 177 Abs. 2 und 3 besteht, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, nur dann Anspruch auf Versehrtenrente, wenn die dadurch bewirkte Minderung der Erwerbsfähigkeit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus mindestens 50 v. H. beträgt; die Versehrtenrente gebührt für die Dauer der Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 vH.	(2) Wegen Arbeitsunfällen der nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten sowie wegen einer Berufskrankheit im Sinne des § 177 Abs. 2 und 3 besteht, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, nur dann Anspruch auf Versehrtenrente, wenn die dadurch bewirkte Minderung der Erwerbsfähigkeit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus mindestens 50 v. H. beträgt; die Versehrtenrente gebührt für die Dauer der Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 vH.
Anfall der Versehrtenrente	Anfall der Versehrtenrente
§ 204. (1) bis (3) unverändert.	§ 204. (1) bis (3) unverändert.
(4) Bei den in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i Teilversicherten fällt die Versehrtenrente mit dem Zeitpunkt an, in dem der Schulbesuch voraussichtlich abgeschlossen gewesen und der Eintritt in das Erwerbsleben erfolgt wäre.	(4) Bei den in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten fällt die Versehrtenrente mit dem Zeitpunkt an, in dem der Schulbesuch voraussichtlich abgeschlossen gewesen und der Eintritt in das Erwerbsleben erfolgt wäre.
(5) unverändert.	(5) unverändert.

Geltende Fassung**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

§ 210. (1) Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und erreicht die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz mindestens 20% (bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schülern und Studenten, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, ferner bei Mitberücksichtigung einer Berufskrankheit im Sinne des § 177 Abs. 2 mindestens 50%), so ist spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des letzten Versicherungsfalles an eine Gesamtrente festzustellen. Eine abgefundene Versehrtenrente ist bei der Bildung der Gesamtrente so zu berücksichtigen, dass die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der abgefundenen Rente zugrunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Versehrtengeld aus der Unfallversicherung

§ 212. (1) und (2) unverändert.

(3) Die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i teilversicherten Schüler und Studenten, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, erhalten als einmalige Leistung ein Versehrtengeld, wenn die Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v. H. verursachen. Dieses Versehrtengeld wird nach dem Grad der nach Abschluß der Heilbehandlung bestehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit bemessen und beträgt bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von

weiterer Text unverändert.

Teilersatz der Bestattungskosten

§ 214. (1) bis (3) unverändert.

(4) Wurden die Bestattungskosten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtungen von anderen Personen als dem Ehegatten, den leiblichen Kindern, den Wahlkindern, den Stiefkindern, dem Vater, der Mutter, den Geschwistern bestritten, so gebührt der Teilersatz der Bestattungskosten zur Gänze diesen Personen in der angeführten Reihenfolge, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in

Vorgeschlagene Fassung**Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen**

§ 210. (1) Wird ein Versehrter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und erreicht die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit aus Versicherungsfällen nach diesem Bundesgesetz mindestens 20% (bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, ferner bei Mitberücksichtigung einer Berufskrankheit im Sinne des § 177 Abs. 2 mindestens 50%), so ist spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des letzten Versicherungsfalles an eine Gesamtrente festzustellen. Eine abgefundene Versehrtenrente ist bei der Bildung der Gesamtrente so zu berücksichtigen, dass die Gesamtrente um den Betrag gekürzt wird, der dem Grad der abgefundenen Rente zugrunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(2) bis (4) unverändert.

Versehrtengeld aus der Unfallversicherung

§ 212. (1) und (2) unverändert.

(3) Die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l Teilversicherten, außer in den Fällen des § 175 Abs. 5 Z 2, erhalten als einmalige Leistung ein Versehrtengeld, wenn die Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 v. H. verursachen. Dieses Versehrtengeld wird nach dem Grad der nach Abschluß der Heilbehandlung bestehenden Minderung der Erwerbsfähigkeit bemessen und beträgt bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von

weiterer Text unverändert.

Teilersatz der Bestattungskosten

§ 214. (1) bis (3) unverändert.

(4) Wurden die Bestattungskosten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtungen von anderen Personen als dem Ehegatten/der Ehegattin oder dem eingetragenen Partner/der eingetragenen Partnerin, den leiblichen Kindern, den Wahlkindern, den Stiefkindern, den Eltern, den Geschwistern bestritten, so gebührt der Teilersatz der Bestattungskosten zur Gänze diesen Personen in der angeführten Reihenfolge, wenn sie mit dem Verstorbenen zur

Geltende Fassung

häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

(5) unverändert.

Rente für hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen

§ 216. Die Bestimmungen über die Witwen(Witwer)rente nach § 215 mit Ausnahme des Abs. 4 sublit. bb und nach § 215a sind auf hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen sinngemäß anzuwenden.

Besonderer Pauschbetrag

§ 319a. (1) unverändert.

(2) Der Pauschbetrag wird für das Kalenderjahr 1975 mit 255,1 Millionen Schilling festgesetzt. An die Stelle dieses Betrages tritt für jedes folgende Kalenderjahr ein vom Hauptverband festgesetzter Betrag. Bei der Festsetzung des Pauschbetrages sind die Veränderungen der Aufwendungen der im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit des vorangegangenen Jahres gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr zu berücksichtigen. Dabei sind die Aufwendungen für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit um die Überweisungen gemäß § 447f zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i sowie auf die Auswirkungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, BGBl. Nr. 399/1974, auf die Aufwendungen für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsprechend Bedacht zu nehmen. Der Pauschbetrag ist im Internet zu verlautbaren.

Schadenersatzpflicht und Haftung bei juristischen Personen

§ 335. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z 4, 5 und 8) sowie bei den gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h und i in der Unfallversicherung Teilversicherten steht für die Anwendung der Abs. 1 und 2 sowie der §§ 333 und 334 der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung beziehungsweise die Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge erfolgt, dem Dienstgeber gleich.

Vorgeschlagene Fassung

Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

(5) unverändert.

Rente für hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen

§ 216. Die Bestimmungen über die Witwen(Witwer)rente nach § 215 mit Ausnahme des Abs. 4 sublit. bb und nach den §§ 215a und 220 sind auf hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen sinngemäß anzuwenden.

Besonderer Pauschbetrag

§ 319a. (1) unverändert.

(2) Der Pauschbetrag wird für das Kalenderjahr 1975 mit 255,1 Millionen Schilling festgesetzt. An die Stelle dieses Betrages tritt für jedes folgende Kalenderjahr ein vom Hauptverband festgesetzter Betrag. Bei der Festsetzung des Pauschbetrages sind die Veränderungen der Aufwendungen der im Abs. 1 genannten Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit des vorangegangenen Jahres gegenüber dem zweitvorangegangenen Jahr zu berücksichtigen. Dabei sind die Aufwendungen für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit um die Überweisungen gemäß § 447f zu vermindern. Desgleichen ist auf die Aufwendungen für die Unfallversicherung der Teilversicherten nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h, i und l sowie auf die Auswirkungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, BGBl. Nr. 399/1974, auf die Aufwendungen für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit entsprechend Bedacht zu nehmen. Der Pauschbetrag ist im Internet zu verlautbaren.

Schadenersatzpflicht und Haftung bei juristischen Personen

§ 335. (1) und (2) unverändert.

(3) Bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z 4, 5 und 8) sowie bei den nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c, h, i und l in der Unfallversicherung Teilversicherten steht für die Anwendung der Abs. 1 und 2 sowie der §§ 333 und 334 der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung, die institutionelle Kinderbetreuung beziehungsweise die Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge erfolgt, dem Dienstgeber gleich.

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

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 7 des Krankenanstaltengesetzes) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen.

(2) unverändert.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Ärzten**Ärzteausschüsse**

§ 340. Unverändert.

Gesamtverträge

§ 341. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes oder für den Sitz der Gruppenpraxis geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

(4) unverändert.

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

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung von Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 7 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) haben die Träger der Krankenversicherung das Einvernehmen mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen. Kommt ein Einvernehmen innerhalb von drei Monaten nach der diesbezüglichen Anzeige des Krankenversicherungsträgers nicht zustande, so ist über Ersuchen des Krankenversicherungsträgers oder der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung innerhalb weiterer drei Monate der Versuch zu unternehmen, das Einvernehmen zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer herzustellen.

(2) unverändert.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (Hauptverband) zu den Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten**1. Unterabschnitt****Ärztinnen/Ärzte****Ärzteausschüsse**

§ 340. Unverändert.

Gesamtverträge

§ 341. (1) und (2) unverändert.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

(4) unverändert.

Geltende Fassung**Inhalt der Gesamtverträge**

§ 342. (1) unverändert.

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten und Vertrags-Gruppenpraxen ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

(2a) 1. bis 3. unverändert.

4. die allgemeine Kostenentwicklung bei den Vertragsärztinnen und -ärzten (Vertrags-Gruppenpraxen);

5. bis 8. unverändert.

(3) Die vorherige Zustimmung der Gesamtvertragspartner ist erforderlich, wenn

1. ein oder mehrere Gesellschafter nach dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit einer Vertrags-Gruppenpraxis zusätzlich in diese aufgenommen werden oder
2. sich eine Änderung hinsichtlich der medizinischen Fachgebiete, die von der Vertrags-Gruppenpraxis vertreten werden, ergibt.

Vorgeschlagene Fassung**Inhalt der Gesamtverträge**

§ 342. (1) unverändert.

(2) 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 in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge sollen eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe (§ 131) bzw. für die Tätigkeit von Vertrags-Gruppenpraxen einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme von Wahl-Gruppenpraxen enthalten.

(2a) 1. bis 3. unverändert.

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

5. bis 8. unverändert.

(3) entfällt.

Sonderregelungen für Gruppenpraxen

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

(2) Die Vergütung der Tätigkeit von Gruppenpraxen ist unbeschadet des § 342 Abs. 2 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Leistungen von Gruppenpraxen, in denen mehrere Fachrichtungen vertreten sind, sind jedenfalls nach Pauschalmodellen (zB Fallpauschalen) zu honorieren. Bei der Vergütung der Tätigkeit sind das

Geltende Fassung**Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses**

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluß der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Zu diesem Zweck sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerber

Vorgeschlagene Fassung

Leistungsspektrum und die durch die Organisation als Gesellschaft allenfalls möglichen Wirtschaftlichkeitspotentiale (Synergieeffekte) zu berücksichtigen.

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

1. ein oder mehrere Gesellschafter/innen

a) zusätzlich in diese aufgenommen werden oder

b) unter Mitnahme der Planstelle aus der Gesellschaft ausscheiden oder

2. sich eine Änderung hinsichtlich der medizinischen Fachgebiete, die von der Vertrags-Gruppenpraxis vertreten werden, ergibt.

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

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

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses

§ 343. (1) Die Auswahl der Vertragsärzte und der Vertrags-Gruppenpraxen und der Abschluss der Einzelverträge zwischen dem zuständigen Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Die Einzelvertragsparteien können mit Zustimmung der zuständigen

Geltende Fassung

(Bewerberinnen) um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerber (Bewerberinnen) und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen; 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. Diese Einzelverträge sind sodann für alle Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wirksam. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs. 1 Z 1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 93/16/EWG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

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

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

Vorgeschlagene Fassung

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 des Ärztegesetzes 1998 Auflagen erteilt, so sind diese Inhalt des jeweiligen Einzelvertrages. Einzelverträge, die nicht im Rahmen der jeweils nach § 342 Abs. 1 Z 1 vereinbarten Zahl und örtlichen Verteilung abgeschlossen werden, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Hauptverbandes und der zuständigen Ärztekammer, bei Nichteinigung der Zustimmung des Hauptverbandes und der Österreichischen Ärztekammer. Mit approbierten Ärzten (§ 44 Abs. 1 des Ärztegesetzes 1998) kann kein Einzelvertrag abgeschlossen werden, es sei denn, der Arzt hat gemäß Artikel 36 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG das Recht erworben, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

(1a) Zur Auswahl nach Abs. 1 sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber um Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien). Dabei sind auch die fachliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber und die zeitliche Reihenfolge der Bewerbungen um Einzelverträge zu berücksichtigen. Für den Fall der Vergabe eines Gruppenpraxen-Einzelvertrages ist die Bewertung der sich jeweils gemeinsam bewerbenden Ärztinnen/Ärzte als Gesamtes vorzusehen. Für die Nachbesetzung einer in einer Gruppenpraxis gebundenen Planstelle ist prozentmäßig eine Bandbreite festzulegen, innerhalb derer die Bewerbungen, aus denen die Gruppenpraxis auswählen kann, liegen müssen. Die Reihungskriterien haben jedenfalls dem Gleichheitsgebot, der Erwerbsausübungs- und Niederlassungsfreiheit sowie den Bestimmungen der Europäischen Menschenrechtskonvention, BGBl. Nr. 210/1958, zu entsprechen. Vor Erlassung dieser Verordnung ist der Hauptverband anzuhören.

(1b) Solange kein Einvernehmen über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1 besteht, kann diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Besteht nach

Geltende Fassung

Leistungsanbietern/-anbieterinnen abdecken.

- (2) 1. bis 3. unverändert.
4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis
 - a) und b) unverändert.
 5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis;
 6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes oder eines persönlich haftenden Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird;
 7. des Erreichens der jeweils festgelegten Altersgrenze mit Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres.

In den Fällen der Z 4 bis 7 kann eine Vertrags-Gruppenpraxis das Erlöschen des Einzelvertrages verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung oder nach Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres, in welchem die Altersgrenze erreicht wurde, den betroffenen persönlich haftenden Gesellschafter aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Die Wiederaufnahme eines ausgeschlossenen persönlich haftenden Gesellschafters in eine Vertrags-Gruppenpraxis kann nur mit Zustimmung der zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen.

Vorgeschlagene Fassung

Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345a) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1. Bis zur Rechtskraft der Entscheidung kann die Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst.

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

- (2) 1. bis 3. unverändert.
4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis
 - a) und b) unverändert.
 5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes oder eines Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis;
 6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes oder eines Gesellschafters der Vertrags-Gruppenpraxis im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird;
 7. des Erreichens der jeweils festgelegten Altersgrenze mit Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres;
 8. des Verstoßes gegen § 342a Abs. 3 Z 1 lit. a oder Z 2.

In den Fällen der Z 4 bis 7 kann eine Vertrags-Gruppenpraxis das Erlöschen des Einzelvertrages verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung oder nach Ablauf des jeweiligen Kalendervierteljahres, in welchem die Altersgrenze erreicht wurde, den betroffenen persönlich haftenden Gesellschafter aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Die Wiederaufnahme eines ausgeschlossenen persönlich haftenden Gesellschafters in eine Vertrags-Gruppenpraxis kann nur mit Zustimmung der zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen. Die Rechtsfolge des Erlöschens des

Geltende Fassung

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt oder mit einer Vertrags-Gruppenpraxis verpflichtet, wenn der Arzt oder ein persönlich haftender Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, dass die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes oder der Vertrags-Gruppenpraxis erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren. Abs. 2 letzter Satz gilt sinngemäß.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Kündigt der Träger der Krankenversicherung, so hat er dies schriftlich zu begründen. Der gekündigte Arzt 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. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung für unwirksam erklären, wenn sie für den Arzt oder für einen persönlich haftenden Gesellschafter der Vertrags-Gruppenpraxis eine soziale Härte bedeutet und nicht eine so beharrliche oder eine so schwerwiegende Verletzung des Vertrages oder der ärztlichen Berufspflichten im Zusammenhang mit dem Vertrag vorliegt, dass die Aufrechterhaltung des Vertragsverhältnisses für den Träger der Krankenversicherung nicht zumutbar ist. Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung des Einzelvertrages abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt. Eine vom gekündigten Arzt (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.

Vorgeschlagene Fassung

Einzelvertrages nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt oder mit einer Vertrags-Gruppenpraxis verpflichtet, wenn der Arzt oder ein Gesellschafter einer Vertrags-Gruppenpraxis die Staatsbürgerschaft eines Mitgliedstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, dass die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes oder der Vertrags-Gruppenpraxis erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren. Abs. 2 letzter Satz gilt sinngemäß.

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

Geltende Fassung

(5) Erfolgt eine Kündigung des Vertragsverhältnisses wegen Verletzung von Bewilligungs- und Dokumentationspflichten nach § 350 Abs. 3 bei der Verschreibung von Arzneyspezialitäten, so kann abweichend von Abs. 4 die Kündigung nur dann für unwirksam erklärt werden, wenn gegen eine zuvor vom Versicherungsträger wegen wiederholter Verletzungen der Dokumentationspflichten auferlegte Bewilligungspflicht nicht verstoßen wurde.

Gesamtvertrag für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Betreuung

§ 343b. unverändert.

Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz

§ 343c. unverändert.

Zahnärzte/Zahnärztinnen

§ 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 an die Stelle der Österreichischen Ärztekammer und der Ärztekammern die Österreichische Zahnärztekammer tritt.

(2) Im Verfahren nach § 345 ist Abs. 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zwei Beisitzer/Beisitzerinnen auf Vorschlag der Österreichischen Zahnärztekammer bestellt werden, wobei Angehörige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen jener Landes Zahnärztekammer nach dem Zahnärztekammergesetz, BGBl. I Nr. 154/2005, die dem Gesamtvertrag

Vorgeschlagene Fassung

(5) aufgehoben.

Gesamtvertrag für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Betreuung

§ 343b. unverändert.

2. Unterabschnitt**Zahnärztinnen/Zahnärzte****Gesamtvertrag über den Tätigkeitsumfang der Zahnambulatorien und über Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz**

§ 343c. unverändert.

Zahnärzte/Zahnärztinnen

§ 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

Geltende Fassung

unterliegt, auf dem der streitgegenständliche Einzelvertrag beruht, nicht Beisitzer/Beisitzerin sein dürfen.

Paritätische Schiedskommission

§ 344. (1) unverändert.

(2) Die paritätische Schiedskommission besteht aus vier Mitgliedern, von denen zwei von der zuständigen Ärztekammer und zwei vom Krankenversicherungsträger, der Partei des Einzelvertrages ist, bestellt werden.

(3) Die paritätische Schiedskommission ist verpflichtet, über einen Antrag ohne unnötigen Aufschub, spätestens aber sechs Monate nach dessen Einlangen, mit Bescheid zu entscheiden. Wird der Bescheid dem Antragsteller innerhalb dieser Frist nicht zugestellt oder wird dem Antragsteller schriftlich mitgeteilt, dass wegen Stimmgleichheit keine Entscheidung zustande kommt, geht auf schriftliches Verlangen einer der Parteien die Zuständigkeit zur Entscheidung an die Landesberufungskommission über. Ein solches Verlangen

Vorgeschlagene Fassung

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.

3. Unterabschnitt**Schiedsverfahren****Paritätische Schiedskommission**

§ 344. (1) unverändert.

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

(3) Die paritätische Schiedskommission ist verpflichtet, über einen Antrag ohne unnötigen Aufschub, spätestens aber sechs Monate nach dessen Einlangen, mit Bescheid zu entscheiden. Wird der Bescheid dem Antragsteller innerhalb dieser Frist nicht zugestellt, geht auf schriftliches Verlangen einer der Parteien die Zuständigkeit zur Entscheidung an die Landesberufungskommission über. Ein solches Verlangen ist unmittelbar bei der Landesberufungskommission einzubringen. Das Verlangen ist abzuweisen, wenn die Verzögerung nicht auf

Geltende Fassung

ist unmittelbar bei der Landesberufungskommission einzubringen. Das Verlangen ist abzuweisen, wenn die Verzögerung nicht auf Stimmengleichheit oder nicht ausschließlich auf ein Verschulden der Behörde (§ 73 AVG 1950) zurückzuführen ist.

(4) unverändert.

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) bis (4) unverändert.

(5) bis (7) unverändert.

Unfallmeldung

§ 363. (1) bis (3) unverändert.

(4) Die im § 8 Abs. 1 Z 3 lit. h und i genannten Schulen, Lehranstalten und Universitäten 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 oder i 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 und i in der Unfallversicherung Teilversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung zu melden.

Berechtigung zur Datenverarbeitung

§ 460e. Die Versicherungsträger sind insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge und der gemäß § 45a des Arbeiterkammergesetzes 1992 zum

Vorgeschlagene Fassung

Stimmengleichheit oder nicht ausschließlich auf ein Verschulden der Behörde (§ 73 AVG 1950) zurückzuführen ist.

(4) unverändert.

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen

§ 347. (1) bis (4) unverändert.

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

(5) bis (7) unverändert.

Unfallmeldung

§ 363. (1) bis (3) unverändert.

(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.

Berechtigung zur Datenverarbeitung

§ 460e. Die Versicherungsträger sind insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten vorgesehenen Kostenbeiträge und der gemäß § 45a des Arbeiterkammergesetzes 1992 zum

Geltende Fassung

Zwecke der Erfassung der Kammerzugehörigen notwendigen Daten.

Überleitungsausschuss - Aufgaben

§ 538d. (1) unverändert.

(2) 1. bis 3. unverändert.

4. sämtliche Beschlüsse betreffend Bedienstete der kollegialen Führung im Sinne des § 6a des Krankenanstaltengesetzes, soweit diese Personen nicht unter Z 3 Berücksichtigung finden.

(3) bis (7) unverändert.

Vorgeschlagene Fassung

Zwecke der Erfassung der Kammerzugehörigen notwendigen Daten.

Überleitungsausschuss - Aufgaben

§ 538d. (1) unverändert.

(2) 1. bis 3. unverändert.

4. sämtliche Beschlüsse betreffend Bedienstete der kollegialen Führung im Sinne des § 6a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten, soweit diese Personen nicht unter Z 3 Berücksichtigung finden.

(3) bis (7) unverändert.

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

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

(3) Der Bundesminister für Gesundheit hat dafür zu sorgen, dass die Österreichische Ärztekammer bei der Entwicklung sektorenübergreifender Abrechnungsmodelle für den ambulanten Bereich eingebunden wird. Die

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung**

Gruppenpraxen sind verpflichtet, die Verrechnung ihrer Leistungen spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2013 auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen.

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

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes**Beiträge zur Familienversicherung in der Krankenversicherung**

§ 32. (1) Versicherte, die gemäß § 10 eine Familienversicherung abgeschlossen haben, haben für die Dauer dieser Versicherung den Beitrag nach Maßgabe des Abs. 2 zu entrichten (Familienbeitrag).

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 beträgt für Familienangehörige im Sinne des § 10 Abs. 1

a) und b) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) bis (4a) unverändert.

(5) Ein Anspruch auf Sachleistungen im Sinne des Abs. 3 erster Satz steht jedenfalls den Versicherten zu,

1. unverändert.
2. die auf Grund der Bestimmung des § 27 Abs. 4 erster Satz monatlich einen von der Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 5) bemessenen Beitrag zu leisten haben;
3. deren Beitragsschuld gemäß § 35 Abs. 7 gestundet ist.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 90. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt:

- a) und b) unverändert.
- c) erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 95 bis 98) an Stelle der ärztlichen Hilfe, der Versorgung mit Heilmitteln und jener Heilbehelfe, die nach dem Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind;

Beiträge zur Familienversicherung in der Krankenversicherung

§ 32. (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) Der Beitrag gemäß Abs. 1 beträgt für Familienangehörige im Sinne des § 10 Abs. 1 und für eingetragene Partner/eingetragene Partnerinnen im Sinne des § 11a

a) und b) unverändert.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) bis (4a) unverändert.

(5) Ein Anspruch auf Sachleistungen im Sinne des Abs. 3 erster Satz steht jedenfalls den Versicherten zu,

1. unverändert.
2. die auf Grund der Bestimmung des § 27 Abs. 5 erster Satz monatlich einen von der Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 5) bemessenen Beitrag zu leisten haben;
3. deren Beitragsgrundlage nach § 25a Abs. 5 ermittelt wurde.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 90. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt

- a) und b) unverändert.
- c) erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 95 bis 98) an Stelle der ärztlichen Hilfe, der Versorgung mit Heilmitteln und jener Heilbehelfe, die nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind;

Geltende Fassung

(2) bis (4) unverändert.

Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 95. (1) Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, ist als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 99). Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(3) unverändert.

Elektronische Datenverarbeitung

§ 231a. Der Versicherungsträger ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

Vorgeschlagene Fassung

(2) bis (4) unverändert.

Umfang und Dauer der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 95. (1) Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten, ist als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert. Wenn und solange es die Art der Krankheit zulässt, ist anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren (§ 99). Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer medizinischen Hauskrankenpflege nicht gegeben ist.

(2) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(3) unverändert.

Elektronische Datenverarbeitung

§ 231a. Der Versicherungsträger ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

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 Halbsatz sowie 231a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2010.

Geltende Fassung**Vorgeschlagene Fassung****Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes****Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege****Gewährung der Pflege in Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden, oder der medizinischen Hauskrankenpflege**

§ 89. (1) bis (3) unverändert.

§ 89. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG), oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

(5) unverändert.

(5) unverändert.

Elektronische Datenverarbeitung**Elektronische Datenverarbeitung**

§ 219a. Der Versicherungsträger ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

§ 219a. Der Versicherungsträger ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihm gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten vorgesehenen Kostenbeiträge notwendigen Daten.

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.

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes**Beitragsgrundlage****Beitragsgrundlage**

§ 19. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

§ 19. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge ist

1. a) bis c) unverändert.

1. a) bis c) unverändert.

d) die Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegenuß (zur Pension) begründen, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Nebengebühreuzulagengesetzes,

d) die Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegenuß (zur Pension) begründen, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Pensionsgesetzes 1965,

Geltende Fassung

BGBI. Nr. 485/1971,

- e) bis g) unverändert.
- 2. für die in § 1 Abs. 1 Z 7 und 14 lit. b genannten Versicherten die dort bezeichneten Pensionsleistungen, ausgenommen die Nebengebühreuzulage im Sinne des Nebengebühreuzulagengesetzes;
- 3. bis 8. unverändert.
- (2) bis (8) unverändert.

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

- a) und b) unverändert.
- c) die Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegehalt (zur Pension) begründen, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Nebengebühreuzulagengesetzes,
- d) und e) unverändert.
- 2. bis 6. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 53. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

- 1. und 2. unverändert.
- 3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen und Bezieherinnen einer Leistung nach dem Karenzgeldgesetz (KGG) sowie bei Versicherten gemäß § 43 Abs. 2 KGG in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

Vorgeschlagene Fassung

- e) bis g) unverändert.
- 2. für die in § 1 Abs. 1 Z 7 und 14 lit. b genannten Versicherten die dort bezeichneten Pensionsleistungen, ausgenommen die Nebengebühreuzulage im Sinne des Pensionsgesetzes 1965;
- 3. bis 8. unverändert.
- (2) bis (8) unverändert.

Beitragsgrundlage

§ 26. (1) Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist (sind)

- a) und b) unverändert.
- c) die Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegehalt (zur Pension) begründen, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Pensionsgesetzes 1965,
- d) und e) unverändert.
- 2. bis 6. unverändert.
- (2) bis (4) unverändert.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 53. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

- 1. und 2. unverändert.
- 3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsfall der Mutterschaft bei Dienstnehmerinnen in jenem Zeitpunkt und für jenen Zeitraum als eingetreten, in dem diese auf Grund besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund des Zeugnisses eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht beschäftigt werden dürfen, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

Geltende Fassung
Krankenbehandlung

§ 62. (1) bis (4) unverändert.

(5) Befindet sich ein Versicherter (Angehöriger) in Anstaltspflege, so besteht für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind.

(6) unverändert.

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 66. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957) und in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 des Krankenanstaltengesetzes).

Bemessungsgrundlage

§ 93. (1) Bemessungsgrundlage ist unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2, 3, 3a und 3b das Gehalt (der sonstige monatliche Bezug) bzw. die Entschädigung des Versicherten im Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles einschließlich der ruhegenußfähigen (pensionsfähigen) Zulagen, der Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegenuß (zur Pension) begründen, allfällige Teuerungszulagen und finanzielle Zuwendungen einer (ausgegliederten) Einrichtung, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Nebengebührengesetzes. Kürzungen des Gehaltes (des sonstigen monatlichen Bezuges) im Einzelfall auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften bleiben außer Betracht.

(2) bis (4) unverändert.

Rente für hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen

§ 114a. Die Bestimmungen über die Witwen(Witwer)rente nach den §§ 112 und 113 sind auf hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen mit Ausnahme des § 113 Abs. 7 lit. d sublit. bb sinngemäß anzuwenden.

Vorgeschlagene Fassung
Krankenbehandlung

§ 62. (1) bis (4) unverändert.

(5) Befindet sich ein Versicherter (Angehöriger) in Anstaltspflege, so besteht für diese Zeit kein Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind.

(6) unverändert.

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

§ 66. (1) bis (3) unverändert.

(4) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 3 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)) und in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG).

Bemessungsgrundlage

§ 93. (1) Bemessungsgrundlage ist unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2, 3, 3a und 3b das Gehalt (der sonstige monatliche Bezug) bzw. die Entschädigung des Versicherten im Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles einschließlich der ruhegenußfähigen (pensionsfähigen) Zulagen, der Zulagen, die Anspruch auf eine Zulage zum Ruhegenuß (zur Pension) begründen, allfällige Teuerungszulagen und finanzielle Zuwendungen einer (ausgegliederten) Einrichtung, ausgenommen die anspruchsbegründenden Nebengebühren im Sinne des Pensionsgesetzes 1965. Kürzungen des Gehaltes (des sonstigen monatlichen Bezuges) im Einzelfall auf Grund dienstrechtlicher Vorschriften bleiben außer Betracht.

(2) bis (4) unverändert.

Rente für hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen

§ 114a. Die Bestimmungen über die Witwen(Witwer)rente nach den §§ 112, § 113 und 116 sind auf hinterbliebene eingetragene Partner/Partnerinnen mit Ausnahme des § 113 Abs. 7 lit. d sublit. bb sinngemäß anzuwenden.

Geltende Fassung**Datenverarbeitung**

§ 159a. Die Versicherungsanstalt ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Krankenanstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge und der gemäß § 45a des Arbeiterkammergesetzes 1992 zum Zwecke der Erfassung der Kammerzugehörigen notwendigen Daten.

Vorgeschlagene Fassung**Datenverarbeitung**

§ 159a. Die Versicherungsanstalt ist insoweit zur Ermittlung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000 ermächtigt, als dies zur Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung ist. Zu den ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben zählt auch die Übermittlung der bei der Einhebung der im § 27a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes vorgesehenen Kostenbeiträge und der gemäß § 45a des Arbeiterkammergesetzes 1992 zum Zwecke der Erfassung der Kammerzugehörigen notwendigen Daten.

Schlussbestimmungen 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.