

Referentenentwurf 09.02.2017

**Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 ó PVG 2017) erlassen und das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Unterbringungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 ó GRUG 2017)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

## **Artikel 1**

### **Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz 2017 ó PVG 2017)**

#### **Geltungsbereich**

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

#### **Primärversorgungseinheit**

§ 2. (1) Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.

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

(3) Orts- und bedarfsabhängig können Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert eingebunden werden.

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

(5) Eine Primärversorgungseinheit kann entsprechend den örtlichen Verhältnissen an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet sein (Primärversorgungstypus). Sie kann nach

Maßgabe der **Z 1 und 2** in jeder zulässigen Organisationsform in der jeweils zulässigen Rechtsform geführt werden.

1. Eine an einem Standort eingerichtete Primärversorgungseinheit kann nur in der Organisationsform
  - a) einer Gruppenpraxis oder
  - b) eines selbständigen Ambulatoriums geführt werden.
2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, zB in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, anderen nichtärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.

### **Öffentliches Interesse**

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

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

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

### **Anforderungen an die Primärversorgungseinheit**

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

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

### **Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit**

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

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

abzudecken.

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

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

### **Versorgungskonzept**

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

1. Betreffend Leistungen:
  - a) Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
  - b) Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums,
  - c) Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten.
2. Betreffend Organisation:
  - a) Regelungen zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
  - b) zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,
  - c) zur aufeinander zeitlich abgestimmten Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten,
  - d) zum gemeinsamen Auftritt nach außen.

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

### **Zweckwidmung finanzieller Mittel**

§ 7. Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz sind sektorenübergreifende Vorhaben im Sinne des Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, für deren Errichtung und Betrieb Mittel zweckgewidmet werden können.

### **Verträge mit der Primärversorgungseinheit**

§ 8. (1) Durch einen Primärversorgungsvertrag werden im Sinne des § 338 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu einer Primärversorgungseinheit geregelt. In diesem Primärversorgungsvertrag werden die Festlegungen des RSG (§ 21 des Gesundheits-Zielsteuergesetzes) und - wenn anwendbar - ein Gesamtvertrag nach § 342b ASVG konkretisiert; die Aufgaben der Primärversorgungseinheit nach Abs. 6 sind hiebei zu berücksichtigen.

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

(3) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von Gruppenpraxen (§ 52a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998) geführt werden, sind

1. hinsichtlich der ärztlichen Hilfe das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum entsprechend dem Inhalt des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG,
2. weitere im Zusammenhang mit der Erbringung der ärztlichen Hilfe stehende geltende Gesamtverträge wie zB der e-card-Gesamtvertrag, der Mutter-Kind-Pass-Gesamtvertrag oder der Vorsorgegesamtvertrag und
3. hinsichtlich der durch nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erbringenden Leistungen die Spezifizierung dieser Leistungen samt deren Abgeltung.

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

(4) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957) geführt werden, sind das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum und die wechselseitigen Rechte und Pflichten einschließlich der Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12 ASVG) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13 ASVG.

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

(6) Einer Primärversorgungseinheit können von dem für die Vollzugsbehörden zuständigen Rechtsträger vertraglich auch

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

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

#### **Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen**

§ 9. (1) Abweichend von § 52a Abs. 3 Z 4, 7 und 11 ÄrzteG 1998 gelten folgende Rahmenbedingungen:

1. Die Berufsbefugnis einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligten Ärztinnen und Ärzte, der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie der angestellten Angehörigen anderer nichtärztlicher Gesundheitsberufe;
2. (**Verfassungsbestimmung**) Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen unterliegen dem Kompetenztatbestand § Gesundheitswesen nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG, auch wenn darin Ärztinnen und Ärzte als Angestellte tätig sind, sofern das Verhältnis zwischen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern und Vollzeitäquivalenten der angestellten Ärztinnen und Ärzte die Verhältniszahl 1:1 nicht übersteigt;
3. Für die Patientinnen und Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern sowie den angestellten Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten.

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

(3) Abweichend von § 52a Abs. 5 ÄrzteG 1998 ist der Abschluss eines Behandlungsvertrags auch durch eine zur selbständigen Berufsausübung berechnigte angestellte Ärztin/einen zur selbständigen Berufsausübung berechnigten Arzt zulässig.

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

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

Die Gruppenpraxis darf ihre ärztliche Tätigkeit erst nach Eintragung in die Ärzteliste aufnehmen.

(5) § 52c ÄrzteG 1998 ist nicht anzuwenden.

#### **Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien**

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

1. Abweichend von § 3a Abs. 2 Z 1 und Abs. 3, 5, 7 und 9 KAKuG ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8) vorliegt.
2. Eine Bewilligung zum Betrieb einer Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 3b Abs. 1 oder 2 KAKuG erfüllt sind. § 6 KAKuG ist nicht anzuwenden.
3. Für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums entfällt die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission nach § 40 Abs. 1 lit. c in Verbindung mit § 19a KAKuG.
4. In einer Primärversorgungseinheit muss die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter nach § 7 Abs. 2 KAKuG medizinisch in einem maßgeblichen Umfang tätig sein.

#### **Primärversorgungseinheit als Ausbildungsstätte**

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

#### **Bezeichnungsschutz und Informationspflicht**

**§ 12.** (1) Die Bezeichnung „Primärversorgungseinheit“ darf nur von nach diesem Bundesgesetz eingerichteten Primärversorgungseinheiten geführt werden. In der Firma ist jedenfalls der Zweck als Primärversorgung anzuführen.

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

1. eine vollständige Information über das Leistungsangebot in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 1 lit. b und d sowie über die zeitliche Verfügbarkeit in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 2 lit. b vorliegt,
2. leicht erkennbar ist, ob sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der Primärversorgungseinheit oder der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen und
3. eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der Primärversorgungseinheit erfolgt, sofern die Patientin/der Patient der Weitergabe nicht widersprochen hat.

#### **Haftpflichtversicherung**

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

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

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

(3) Die Versicherung hat auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen eine Gesellschafterin oder einen Gesellschafter auf Grund seiner Gesellschafterstellung bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Primärversorgungseinheit auch die Gesellschafterinnen und Gesellschafter unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

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

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

### Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

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

(2) Die Planungsvorgaben des RSG werden bei Einigung im Verhandlungsweg durch die Gesamtvertragsparteien im Stellenplan nach **§ 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG** konkretisiert. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die örtliche Gebietskrankenkasse hat zunächst ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind sowie erforderlichenfalls danach die weiteren niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls für Kinder- und Jugendheilkunde in der Versorgungsregion zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.
2. Kann die Besetzung durch den Personenkreis nach **Z 1** nach angemessener festgesetzter Frist nicht oder nicht zur Gänze vorgenommen werden, so hat die Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit in allgemeiner Form über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Der Wortlaut der jeweiligen Einladung hat den Vorgaben des RSG, insbesondere im Hinblick auf den vorgesehenen Planungszeitraum, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich - jedenfalls auf der Website der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse - kundzumachen.

(3) Soweit die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb eines halben Jahres nach Abbildung im RSG (**§ 21 Abs. 8 G-ZG**) erfolgt, ist **Abs. 2 Z 1** mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in dem im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse. Die Gebietskrankenkasse hat hierbei auch die Interessen der in Betracht kommenden Sondersicherungsträger wahrzunehmen.

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

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

heranzuziehen. Bei der Auswahl ist sicher zu stellen, dass durch den Vertragsabschluss die Diversität der Anbieter/innen gewährt bleibt und keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. In der Einladung ist das für die Gesamtbeurteilung der Bewerbungen maßgebliche Bewertungsschema darzustellen, wobei für die Bewertung des Versorgungskonzepts mindestens 40 Prozent der erzielbaren Punkte vorzusehen sind.

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

### Verweisungen

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

### Vollziehung

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

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

### In-Kraft-Treten

§ 17. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

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

(3) Die Umsetzung der im RSG vorgenommenen Planung von Vollzeitäquivalenten in Primärversorgungseinheiten darf bis zum Jahr 2025 bis zu 2/3 der Anzahl jener Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin umfassen, die (deren Gruppenpraxis) im Zeitpunkt der Beschlussfassung des RSG in einem Vertragsverhältnis zur jeweiligen Gebietskrankenkasse stehen und bis Ende des Jahres 2025 das 65. Lebensjahr vollenden.

(4) Bis Ende des Jahres 2022 ist durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen eine Evaluierung der in Abs. 3 festgelegten Planungsvorgaben sowie deren Umsetzung durchzuführen.ö

### Artikel 2

#### Änderung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes

Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz ó G-ZG), BGBl. I Nr. xx/2017, wird wie folgt geändert.

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

§(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes 2017, BGBl. I Nr. 26/2017, gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

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

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

### Artikel 3

#### Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (xx. Novelle zum ASVG)

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

1. Dem § 81 wird folgender Abs. 4 angefügt:

§(4) Zulässig ist auch der Einsatz von Mitteln zur Abdeckung des die Sozialversicherung betreffenden Finanzierungsbedarfs für Finanzierungsinhalte nach Art. 31 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.ö

2. § 131 Abs. 3 erster Satz lautet:

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

3. § 131a samt Überschrift lautet:

#### **šKostenerstattung bei Fehlen vertraglicher Regelungen**

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

4. § 135 Abs. 1 erster Satz lautet:

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

5. § 135 Abs. 2 erster Satz lautet:

šIn der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für die erkrankte Person in angemessener Zeit erreichbaren Ärztinnen/Ärzten freigestellt sein.ö

6. § 135 Abs. 3 erster Satz lautet:

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

7. Die Überschrift des Sechsten Teils lautet:

#### **šBeziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Hauptverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnernö**

8. § 338 Abs. 1 erster Satz lautet:

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

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

šDie beiden Fristen verkürzen sich um die Dauer eines Auswahlverfahrens nach **§ 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017.ö**



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

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

11. § 342 Abs. 1 Z 9 entfällt.

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

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

1. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben und wird die Primärversorgungseinheit nach einem Auswahlverfahren nach § 14 Abs. 2 des Primärversorgungsgesetzes 2017 dennoch als selbständiges Ambulatorium unter Vertrag genommen, so ist der Stellenplan um die im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.
2. Regelt der Stellenplan (Abs. 1 Z 1) die Umsetzung der Planungsvorgaben vor Durchführung eines Auswahlverfahrens nach § 14 Abs. 3 des Primärversorgungsgesetzes 2017 nicht, so ist der Stellenplan
  - a) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem selbständigen Ambulatorium um die Hälfte der im selbständigen Ambulatorium gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente
  - b) im Falle des Vertragsabschlusses mit einem Vertragspartner nach dem Sechsten Teil 1. Unterabschnitt in vollem Ausmaß der ärztlichen in der Primärversorgungseinheit gebundenen ärztlichen Vollzeitäquivalente
 jeweils bei Freiwerden einer geeigneten Planstelle zu reduzieren.ö

13. Die Überschrift zu § 342a lautet:

**§Sonderregelungen für Gruppenpraxen, die keine Primärversorgungseinheiten sindö**

14. § 342b wird durch folgende §§ 342b bis 342c samt Überschriften ersetzt; der bisherige § 342b erhält die Bezeichnung §342dö.

**§Gesamtvertrag und Inhalt des Gesamtvertrags für Primärversorgungseinheiten betreffend ärztliche Hilfe**

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

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

1. das aus den §§ 4 und 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017 abgeleitete Mindestleistungsspektrum;
2. die Rechte und Pflichten der Vertragspartner nach § 8 Abs. 3 und 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017, insbesondere auch Regelungen über die Grundsätze der Vergütung sowie die Überprüfung der Identität der/des Patientin/Patienten und die rechtmäßige Verwendung der e-card;
3. die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise einschließlich Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, zB in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte (Ökonomieprinzip);
4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;

5. die Zusammenarbeit mit dem chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger unter Zugrundelegung des Erstattungskodex (§ 31 Abs. 3 Z 12) und der Richtlinien nach § 31 Abs. 5 Z 10 und 13;
6. die Verlautbarung des Gesamtvertrags und seiner Abänderungen.

Der Gesamtvertrag kann sich auf die Regelung von bloßen Grundzügen beschränken, wenn regionale Besonderheiten dies erforderlich machen.

(3) Das Honorierungssystem bezüglich der Leistungen der Primärversorgungseinheit hat dazu beizutragen, dass die dem **Primärversorgungsgesetz 2017 (§§ 4, 5 und 6)** zu Grunde liegenden Ziele erreicht und die sich aus diese Versorgungsform ergebenden Anforderungen sicher erfüllt werden. Die Honorierung hat sich aus Grund- und Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütungen sowie aus Bonuszahlungen für die Erreichung definierter Ziele zusammensetzen und ist in Grundzügen im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit sind auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren. Die sich aus einzelnen Elementen zusammensetzende Grundpauschale dient, unabhängig vom Patientenkontakt zur Abgeltung der zur Verfügung gestellten Infrastruktur, der technischen und apparativen Ausstattung sowie der mit dieser erbrachten Leistungen, und der Abgeltung der Leistungen des nichtärztlichen Personals; sie soll mindestens xx % des Gesamthonorars betragen; zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung können hiebei Regelung über örtliche Differenzierungen getroffen werden. Mit Fallpauschalen soll der Behandlungsaufwand pro Patient/in abgebildet werden, wobei nach Indikationsgruppen differenziert werden kann. Für Leistungen mit besonderem Betreuungs- und Behandlungsaufwand sind Einzelleistungsvergütungen zu vereinbaren. Bonuszahlungen können für spezielle vereinbarte Versorgungsziele, insbesondere in Umsetzung der im Versorgungskonzept festgelegten Versorgungsziele vereinbart werden.

(4) Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse und die jeweilige Landesärztekammer können innerhalb des nach Abs. 3 festgesetzten Rahmens für das jeweilige Bundesland bzw. die jeweilige Region unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte im unmittelbaren Einzugsgebiet einer Primärversorgungseinheit Zu- und Abschläge sowie Bandbreiten der Honorierung vereinbaren, wobei das Gebot der Objektivität, Transparenz und Nichtdiskriminierung zu beachten ist. Das Verhältnis der verschiedenen Honorierungselemente zueinander ist darin, soweit der für die Erbringung der Leistung erforderliche Aufwand dies rechtfertigt, regional zu differenzieren. Des Weiteren können Gegenstände des Gesamtvertrages nach Abs. 2 konkretisiert werden, insoweit sich der Gesamtvertrag auf die Regelung von Grundzügen beschränkt.

#### **Primärversorgungsvertrag und Primärversorgungs-Einzelvertrag**

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

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

(3) Im Falle, dass

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

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

1. der Auflösung des Trägers der Krankenversicherung;
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit einer Primärversorgungseinheit nicht mehr in Frage kommt;
3. der Auflösung der Primärversorgungseinheit;

4. der rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit oder eines/einer dort angestellten Arztes/Ärztin
  - a) wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener gerichtlich strafbarer Handlungen zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe oder
  - b) wegen einer mit Bereicherungsvorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung;
5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin der Primärversorgungseinheit oder eines/einer dort angestellten Arztes/Ärztin;
6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden eines/einer Gesellschafters/Gesellschafterin oder der Primärversorgungseinheit im Zusammenhang mit der Ausübung der vertraglichen Tätigkeit festgestellt wird.

In den Fällen der **Z 4 bis 6** kann eine Primärversorgungseinheit das Erlöschen des Primärversorgungsvertrags verhindern, wenn sie innerhalb von vier Wochen ab Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung den/die betroffene/n Gesellschafter/in aus der Primärversorgungseinheit ausschließt oder das Dienstverhältnis mit der/dem angestellten Ärztin/Arzt beendet. Die Wiederaufnahme eines/einer ausgeschlossenen Gesellschafters/Gesellschafterin oder in eine Primärversorgungseinheit kann nur mit Zustimmung der zuständigen Sozialversicherungsträger erfolgen. Die Rechtsfolge des Erlöschens des Primärversorgungsvertrags nach Z 4 und 5 kann nicht nach § 44 Abs. 2 StGB nachgesehen werden.

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

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

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

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

1. wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen;
2. Nichterfüllung der im Primärversorgungsvertrag vereinbarten auf Kosten der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen;
3. Änderung der Organisation der Primärversorgungseinheit oder des Versorgungskonzepts, wenn dies im Widerspruch zu den vereinbarten Planungsvorgaben steht;
4. Wegfall der dem Auswahlverfahren nach **§ 14 des Primärversorgungsgesetzes 2017** zu Grunde gelegten Voraussetzungen oder wesentliche Änderung derselben, im zweiten Fall dann, wenn innerhalb eines Jahres keine Vertragsänderung zustande kommt; hiebei ist **Abs. 10** zu beachten.

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

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

(10) Im Falle einer Kündigung nach **Abs. 8 Z 4** sind die von der Primärversorgungseinheit oder der/dem gekündigte/n freiberuflich tätige/n Ärztin oder Arzt im Vertrauen auf die Treffsicherheit der Planung eingegangenen Verpflichtungen zu berücksichtigen, indem finanzielle Abgeltungen geleistet werden oder die Kündigungsfrist in entsprechender Dauer, zumindest mit drei Jahren, zu bemessen ist.

(11) Einzelverträge nach § 343 mit Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die nach In-Kraft-Treten **des Primärversorgungsgesetzes 2017** abgeschlossen werden, können unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach **§ 343 Abs. 4** gekündigt werden, wenn bei Vertragsabschluss die Planung einer Primärversorgungseinheit im selben Versorgungsgebiet im RSG abgebildet ist und die Ärztin oder der Arzt die Beteiligung an einer Primärversorgungseinheit entgegen einer vorvertraglichen Zusage ablehnt.

(12) Schließen sich Vertragsärztinnen oder -ärzte (Vertrags-Gruppenpraxen) zu einer Primärversorgungseinheit nach dem **Primärversorgungsgesetz 2017** zusammen, so erlöschen ihre bisherigen (Gruppenpraxis-)Einzelverträge.

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

*15. § 343 Abs. 1b zweiter Satz lautet:*

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

*16. § 343 Abs. 1c lautet:*

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

*17. § 350 Abs. 1 Z 2 lit. a lautet:*

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

*18. Dem § 7xx wird folgender § 7xx. angefügt:*

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

**§ 7xx.** (1) Die §§ í . in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(2) Im Falle der Auflösung der Primärversorgungseinheit oder des Ausscheidens einer/eines freiberuflich tätigen Ärztin oder Arztes bis 31. Dezember 2025 leben die erloschenen Einzelverträge wieder auf.

(3) Bis zur Implementierung eines Honorierungssystems im Sinne des **§ 342 Abs. 3 und 4** ist die Honorierung über ein ausschließliches Pauschalsystem zulässig um mögliche betriebswirtschaftliche Risiken oder Unabwägbarkeiten beim Umstieg in neue Versorgungsstrukturen abzudecken. Bis dahin hat der Hauptverband dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen halbjährlich über den Fortschritt der Verhandlungen für ein Honorierungssystem im Sinne des **§ 342 Abs. 3 und 4** zu berichten.ö

#### **Artikel 4** **Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes**

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

1. Dem § 43 wird folgender Abs. 3 angefügt:

§(3) Zulässig ist auch der Einsatz von Mitteln zur Abdeckung des die Sozialversicherung betreffenden Finanzierungsbedarfs für Finanzierungsinhalte nach Art. 31 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.ö

2. Im § 193 erster Satz wird nach dem Ausdruck §Heilmasseuren/Heilmasseurinnen,ö der Ausdruck §Primärversorgungseinheiten,ö eingefügt.

3. Nach § 36x wird folgender § 36y samt Überschrift angefügt:

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

§ 36y. Die §§ in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.ö

#### **Artikel 5** **Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes**

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

1. Dem § 41 wird folgender Abs. 3 angefügt:

§(3) Zulässig ist auch der Einsatz von Mitteln zur Abdeckung des die Sozialversicherung betreffenden Finanzierungsbedarfs für Finanzierungsinhalte nach Art. 31 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.ö

2. Im § 80 Abs. 2 dritter Satz wird nach dem Ausdruck §Dentisten/Dentistinnenö der Ausdruck § , Primärversorgungseinheitenö eingefügt.

3. § 85 Abs. 2 erster Satz lautet:

§In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für die erkrankte Person in angemessener Zeit erreichbaren Ärztinnen/Ärzten freigestellt sein.ö

4. Im § 181 erster Satz wird nach dem Ausdruck §Heilmasseuren/Heilmasseurinnen,ö der Ausdruck §Primärversorgungseinheiten,ö eingefügt.

5. Nach § 34x wird folgender § 34x samt Überschrift angefügt:

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

§ 34x. Die §§ in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.ö

#### **Artikel 6** **Änderung des Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes**

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

1. Dem § 27 wird folgender Abs. 3 angefügt:

§(3) Zulässig ist auch der Einsatz von Mitteln zur Abdeckung des die Sozialversicherung betreffenden Finanzierungsbedarfs für Finanzierungsinhalte nach Art. 31 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.ö

2. § 63 Abs. 2 erster Satz lautet:

§In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für die erkrankte Person in angemessener Zeit erreichbaren Ärztinnen/Ärzten freigestellt sein.ö

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

4. Nach § 23x wird folgender § 23x samt Überschrift angefügt:

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

§ 23x. Die §§ in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.“

**Artikel 7**  
**Änderung des Unterbringungsgesetzes**

Das Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 18/2010, wird wie folgt geändert:

§ 8 lautet:

§ 8. Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt, ein Polizeiarzt oder eine Primärversorgungseinheit, die hierfür gemäß § 5 Abs. 5 des Primärversorgungsgesetzes 2017, BGBl. I Nr. xx/2017 vertraglich verpflichtet wurde, untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen. In der Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.“