

Gesamte Rechtsvorschrift für Primärversorgungsgesetz, Fassung vom 12.11.2017

Langtitel

Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG)
 StF: BGBl. I Nr. 131/2017 (NR: GP XXV IA 2255/A AB 1714 S. 188. BR: AB 9882 S. 871.)

Text

Geltungsbereich

§ 1. (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.

(2) 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.

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 sollen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein.

(3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken.

(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 (§ 52a des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998) oder
 - b) eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 5 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957) geführt werden.

2. Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, zB in Form eines Vereins, geführt, so kann diese nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie 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 und Erreichbarkeit für die Patientinnen und Patienten,
2. ein erweitertes Angebot an Leistungen der Primärversorgung, pflegerischer und sozialer 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 jedenfalls 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 und multimorbiden Patientinnen und Patienten sowie Palliativpatientinnen und -patienten,
 - b) der Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsstufen und
 - c) in der Betreuung in anderen Versorgungsbereichen, insbesondere durch Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen
7. barrierefreier Zugang und 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 insbesondere für

1. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
2. die Versorgung älterer Personen,
3. die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten,
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 Leistungsumfanges hat die Primärversorgungseinheit im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet über ein Versorgungskonzept zu verfügen. 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: Regelungen

- a) 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 und zu den in diesen erbrachten Leistungen,
- d) zum gemeinsamen Auftritt nach außen.

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

Begriffsbestimmungen zu den Verträgen einer Primärversorgungseinheit

§ 7. In diesem Gesetz bezeichnet der Begriff:

1. „Primärversorgungs-Gesamtvertrag“ den Vertrag nach § 342b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu Primärversorgungseinheiten, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, regelt;
2. „Primärversorgungsvertrag“ den Vertrag, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu einer Primärversorgungseinheit regelt;
3. „Primärversorgungs-Einzelvertrag“ den Vertrag, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der ärztlichen Leistungen regelt, sofern diese an mehreren Standorten eingerichtet wird und es sich um keine Gruppenpraxis mit dislozierten Standorten handelt;
4. „Primärversorgungs-Sondervertrag“ den Vertrag nach § 342c Abs. 13 ASVG, der für den Fall, dass ein Primärversorgungs-Gesamtvertrag nicht zustande kommt oder danach ein vertragsloser Zustand eintritt, die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu Primärversorgungseinheiten, sofern diese nicht in der Organisationsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) betrieben werden, regelt.

Verträge mit der Primärversorgungseinheit

§ 8. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu einer Primärversorgungseinheit werden durch einen Primärversorgungsvertrag geregelt. In diesem Primärversorgungsvertrag werden die Festlegungen des RSG (§ 21 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) umgesetzt, wobei hiebei allenfalls die Aufgaben der Primärversorgungseinheit nach Abs. 7 zu berücksichtigen sind. Wird die Primärversorgungseinheit

1. in der Betriebsform einer Gruppenpraxis geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 3; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des

Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG;

2. in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 4;
3. im Falle eines Netzwerkes nach § 2 Abs. 5 Z 2
 - a) in der Betriebsform einer dislozierten Gruppenpraxis geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 3; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG;
 - b) in allen anderen Betriebsformen (zB als Verein) geführt, so bestimmt sich der Inhalt des Primärversorgungsvertrags nach Abs. 5; für Abs. 3 Z 1 und 2 unter Zugrundelegung des Gesamtvertrags nach § 342b ASVG oder eines Primärversorgungs-Sondervertrags nach § 342c Abs. 13 ASVG.

(2) Für den rechtswirksamen Abschluss eines Primärversorgungsvertrags sind die Abbildung der Primärversorgungseinheit im RSG (§ 21 Abs. 8 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes) über den Bedarf einer Primärversorgungseinheit sowie das Vorliegen eines 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 ist gegenüber den Krankenversicherungsträgern für die Erbringung der vereinbarten Leistungen verantwortlich.

(3) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von Gruppenpraxen (§ 52a ÄrzteG 1998) geführt werden, sind

1. hinsichtlich der ärztlichen Hilfe das auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 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 Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag und
3. hinsichtlich der durch nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erbringenden Leistungen die Spezifizierung dieser Leistungen samt deren Abgeltung; die Abgeltung aber nur insoweit, als diese nicht in einer Pauschale nach § 342b Abs. 3 und 4 ASVG enthalten oder von Z 1 umfasst ist. Die Abgeltung hat sich an zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestehenden Tarifen zu orientieren.

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

(4) Inhalt des Primärversorgungsvertrags für Primärversorgungseinheiten, die in der Betriebsform von selbständigen Ambulatorien (§ 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) 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 aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge entsprechend dem Inhalt des Primärversorgungs-Gesamtvertrags einschließlich der jeweiligen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung nach § 342b Abs. 4 ASVG abschließen. Die Primärversorgungs-Einzelverträge sind integrativer Bestandteil des Primärversorgungsvertrags und vom Bestehen des Primärversorgungsvertrags abhängig. 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-Sondervertrag Inhalt des Primärversorgungsvertrags.

(6) Der Abschluss, das Erlöschen, die Auflösung sowie die Kündigung des Primärversorgungsvertrags bzw. des Primärversorgungs-Einzelvertrags von Primärversorgungseinheiten, die in den Betriebsformen nach Abs. 1 Z 1 und Z 3 geführt werden, richtet sich nach § 342c ASVG.

(7) Einer Primärversorgungseinheit können mit ihrer Zustimmung von dem für die Vollzugsbehörden zuständigen Rechtsträger 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 und der Sozialberufe durchzuführen sind,

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

Primärversorgungseinheiten in Form von Gruppenpraxen

§ 9. (1) § 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 im Sinne der Kriterien des § 52c Abs. 2 ÄrzteG 1998 erreicht werden kann.

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

1. die Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist,
2. – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags (§ 8) vorliegt und
3. die Eintragung ins Firmenbuch erfolgt ist.

Außer in den Fällen des § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a ÄrzteG 1998 darf die Gruppenpraxis ihre ärztliche Tätigkeit erst nach bescheidmäßiger Feststellung durch den Landeshauptmann, dass die Voraussetzungen der Z 1 bis 3 erfüllt sind und der anschließenden Eintragung in die Ärzteliste aufnehmen.

(3) § 52c ÄrzteG 1998 ist nicht anzuwenden.

(4) Wird eine Primärversorgungseinheit in der Form eines selbständigen Ambulatoriums geführt, so begründet dessen ärztliche Leitung einen Berufssitz gemäß § 45 ÄrzteG 1998.

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 und 7 KAKuG ist die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbständigen Ambulatoriums nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 – 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 ist die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter nach § 7 KAKuG hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.

Primärversorgungseinheit als Ausbildungseinrichtung

§ 11. Die Primärversorgungseinheit soll die Funktion als Ausbildungseinrichtung 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.

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

1. eine vollständige, ortsübliche und leicht zugängliche Information über das Leistungsangebot in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 1 lit. b sowie über die zeitliche Verfügbarkeit in Umsetzung des § 6 Abs. 1 Z 2 lit. c vorliegt,
2. leicht erkennbar ist, ob sie einen allfälligen Behandlungsvertrag mit der Primärversorgungseinheit oder der/dem einzelnen Leistungsanbieterin/Leistungsanbieter abschließen und
3. ersichtlich ist, dass eine Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten an die in diesem Fall eingebundenen Behandlerinnen und Behandler innerhalb der Primärversorgungseinheit erfolgt; Patienten und Patientinnen haben gegenüber der Primärversorgungseinheit nach § 2 Abs. 5 Z 2 das Recht, der Verwendung von Gesundheitsdaten entsprechend § 24a des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012 zu widersprechen.

Haftpflichtversicherung

§ 13. (1) Sofern keine berufs- oder krankenanstaltenrechtlichen 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 an der Primärversorgungseinheit beteiligte Personen bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Primärversorgungseinheit auch die an der Primärversorgungseinheit beteiligten Personen 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 (§ 21 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) sollen durch die Gesamtvertragsparteien im Verhandlungsweg im Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 in Verbindung mit § 342 Abs. 1a ASVG konkretisiert werden, wobei für die Wahrung der in Abs. 3 vorgesehenen Frist von sechs Monaten die Einigung zwischen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der jeweiligen Landesärztekammer maßgeblich ist. In diesem Fall ist wie folgt vorzugehen:

1. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.
2. Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat diese Einladung zur Bewerbung für die Primärversorgungseinheit über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen.

Die Einladung hat jedenfalls den Vorgaben des RSG, im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen sind öffentlich – jedenfalls auf der Website der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse – kundzumachen.

(3) Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung im RSG (§ 21 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) erfolgt, ist Abs. 2 Z 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass zunächst die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion einzuladen sind. Für den Fall, dass nach vier Monaten innerhalb der sechs-monatigen Frist keine Einigung abzusehen ist, so sind den Verhandlungen die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband beizuziehen.

(4) Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, im Fall des Abs. 2 Z 1 im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer. Bewerbungen, die zur Erreichung der Planungsvorgaben ein Übergangskonzept vorsehen, sind von der Auswahl nicht ausgeschlossen.

(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. im Fall des Abs. 2 Z 2 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 Vielfalt der Anbieter/innen gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. In der Einladung ist das für die Gesamtbeurteilung der Bewerbungen maßgebliche Bewertungsschema darzustellen.

(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 des Bundesgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, folgenden Tag in Kraft.

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

(3) Im Zuge der Implementierung von Primärversorgungseinheiten nach diesem Bundesgesetz haben Gruppenpraxen die eine zum 31. Dezember 2017 bestehende, mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer zustande gekommene Sondereinbarung zu einem Gruppenpraxis-Einzelvertrag nach § 343 Abs. 1 ASVG mit Zielsetzung auf eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung mit einer Gebietskrankenkasse abgeschlossen haben, das Recht auf Abschluss eines Primärversorgungsvertrags nach diesem Bundesgesetz, wobei § 14 nicht anzuwenden ist.