

sondern auch für das Verschulden seiner Mitarbeiter haftet (so genannte **Erfüllungsgehilfenhaftung**). Schadenersatzpflichtig wird andererseits (auch) der unmittelbare Schädiger (zB der Spitalsarzt oder die Mitarbeiterin in der Ordination), weil er gegen das berufsrechtliche Gebot der sorgfaltsgemäßen Behandlung verstoßen, aber auch deshalb, weil er ein „absolut geschütztes Rechtsgut“ (Leib und Leben) gefährdet hat (Haftung ex delicto). Schadenersatzansprüche verjähren grundsätzlich drei Jahre ab Kenntnis von Schaden und Schädiger, spätestens aber 30 Jahre nach Schadenszufügung. Da Gesundheitsberufe, aber auch Gesundheitsbetriebe gesetzlich zum Abschluss einer **Berufshaftpflichtversicherung** verpflichtet sind, wird Schadenersatz in der Regel durch eine Haftpflichtversicherung geleistet. Der Gesundheitsberufsangehörige, der seine Leistung sorgfaltswidrig erbracht hat, kann allerdings unter Umständen strafgerichtlich wegen fahrlässiger Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung verfolgt werden.

- Verfahren wegen behaupteter Behandlungszwischenfälle werden in der Praxis allerdings regelmäßig nicht vor Gericht ausgetragen, sondern über die bei den Landesärzte- bzw Landeszahnärztekammern eingerichteten **Patientenschlichtungsstellen** abgewickelt.
- In allen Bundesländern sind überdies **Patientenentschädigungsfonds** eingerichtet, die bei besonderen Härtefällen Leistungen erbringen, auch wenn kein Verschulden des Behandlers vorliegt.

### IN KÜRZE:

Für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen bzw Medizinsubstanzen gilt im Wesentlichen Folgendes:

- **Spitalkosten:** Die Finanzierung der Krankenanstalten erfolgt weit überwiegend aus öffentlichen Mitteln (2010: rund 90%), der Rest wird vor allem durch die Zahlungen der privaten Krankenversicherer für Sonderklassepatienten sowie durch Selbstbehalte aufgebracht (*Hofmarcher*, Das österreichische Gesundheitssystem 136 ff). Die öffentlichen Mittel kommen, grob gesprochen, je zur Hälfte von den gesetzlichen Krankenversiche-

Trägern und den Gebietskörperschaften (wobei hier die Länder den weitaus größten Teil tragen, dazu kommen Mittel des Bundes und der Gemeinden).

- In öffentlichen bzw privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (sogenannten Fondskrankenanstalten) werden die Leistungen, allerdings bei weitem nicht kostendeckend, aus dem (vorwiegend durch die Krankenversicherungsträger gespeisten) **Landesgesundheitsfonds** nach einem Punktesystem vergütet. Das nach Abzug sonstiger Einnahmen (vor allem Selbstbehalte der Patienten sowie Leistungen der privaten Krankenversicherung für Sonderklasseaufenthalte) verbleibende Defizit wird weitgehend von den Ländern, zu einem geringeren Teil auch von den Gemeinden übernommen.
- Bei der Inanspruchnahme privater Krankenanstalten leisten die gesetzlichen Krankenversicherungsträger in der Regel einen Zuschuss, ansonsten werden sie aber von den Patienten selbst (bzw von deren privaten Krankenversicherungen) bezahlt.
- Eine Zwischenposition nimmt die **Sonderklasse** in den öffentlichen Krankenanstalten ein. Dabei handelt es sich um eigene Stationen innerhalb der Abteilungen öffentlicher Krankenanstalten, die Privatpatienten versorgen. Deren Mehrkosten gegenüber der allgemeinen Gebührenklasse werden vom Patienten selbst oder von dessen privater Krankenversicherung getragen.
- **Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte:** Die Honorare niedergelassener Ärzte bzw Zahnärzte werden – sofern sie Verträge mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abgeschlossen haben (Kassenärzte/Kassenzahnärzte) – direkt von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern bezahlt. Je nach Krankenversicherungsträger sind vom Versicherten entweder prozentuelle Selbstbehalte (bei den Sondersicherungsträgern SVS und BVAEB) oder eine einmal jährlich fällig werdende e-Card-Gebühr (bei der ÖGK) zu entrichten. Die Honorare niedergelassener Ärzte/Zahnärzte ohne Kassenvertrag (Wahlärzte) müssen vom Patienten selbst beglichen werden, der dann die Möglichkeit hat, (teilweisen) Rückersatz bei seiner gesetzlichen Krankenversicherung zu beanspruchen, bzw – falls er eine solche abgeschlossen hat – von seiner privaten Krankenversicherung.

- **Arzneimittel und Medizinprodukte:** Die Kosten notwendiger, auf Kassenrezept abgegebener Arzneimittel werden direkt von den Apotheken den gesetzlichen Krankenversicherungen verrechnet, wobei der Patient einen Selbstbehalt in Form einer Rezeptgebühr zu bezahlen hat. Die Kosten sonstiger Arzneimittel müssen privat vom Patienten finanziert werden. Für Medizinprodukte gilt in der Regel, dass diese vom Patienten zu bezahlen sind, allerdings häufig ein Kostenzuschuss durch die gesetzliche Krankenversicherung geleistet wird.
- **Krankentransporte:** Die Finanzierung des Rettungs- und Notarztwesens erfolgt einerseits durch pauschale Unterstützung der öffentlichen Hand und Spendererträge der Rettungsorganisationen, andererseits durch Kostenverrechnung von Krankentransporten an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.
- **Nichtärztliche, extramural tätige Gesundheitsberufe:** Die Kosten physiotherapeutischer, logopädischer oder ergotherapeutischer Behandlungen, von freiberuflich tätigen Heilmassseuren sowie diagnostische Leistungen von klinischen Psychologen werden vom gesetzlichen Krankenversicherungsträger übernommen, wenn sie aufgrund ärztlicher Verschreibung erbracht werden. Je nach Satzung des Krankenversicherungsträgers können auch Kosten psychotherapeutischer Behandlungen übernommen werden.
- **Rehabilitationseinrichtungen und Kuranstalten:** Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden in vorwiegend der Rehabilitation dienenden Krankenanstalten erbracht und vom Kranken-, Unfall- oder Pensionsversicherungsträger bezahlt (wobei den Patienten eine nach Einkommen gestaffelte Zuzahlungspflicht trifft). Die Behandlung in Kuranstalten kann vom Krankenversicherungsträger (als freiwillige Leistung) übernommen werden (ebenfalls mit nach Einkommen gestaffelter Zuzahlungspflicht des Patienten) oder zumindest ein Zuschuss geleistet werden.
- **Häuslicher Pflegebedarf:** Die Kosten von Pflegeleistungen außerhalb von Pflegeeinrichtungen sind vom Pflegebedürftigen selbst zu bezahlen. Allerdings wird aus Mitteln des Bundes durch die Pensionsversicherung ein je nach Pflegebedarf abgestuftes Pflegegeld zur zumindest teilweisen Abdeckung der angefallenen

Pflegeaufwendungen bezahlt. Außerdem werden nach landesgesetzlichen Vorschriften Kostenbeiträge aus Mitteln der Sozialhilfe (durch die Gemeinden bzw Sozialhilfeverbände) geleistet.

- **Pflege in Alters- und Pflegeheimen:** Bei Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen ist das Pflegegeld weitgehend an den Heimträger abzutreten. Die zusätzlich auflaufenden Kosten sind prinzipiell vom Bewohner selbst zu tragen. Wegen der hohen Kosten von Alters- und Pflegeheimen wird allerdings meist ein wesentlicher Teil des Aufwands von der Sozialhilfe (die für Heime nach den jeweiligen Landesgesetzen von den Gemeinden bzw Sozialhilfeverbänden zu finanzieren ist) übernommen.

## VII. Öffentliche Gesundheitsverwaltung

### VORWEG:

Die europäischen Gesundheitssysteme werden grob in zwei unterschiedliche Kategorien eingeteilt: Staaten mit verstaatlichten Gesundheitsdiensten (Beveridge-Systeme) und Staaten – wie Österreich – mit gesetzlichen Krankenversicherungen (Bismarck-Systeme). In Österreich hat der Staat, abgesehen von der besonderen Rolle, die insbesondere die Länder bei der Rechtsträgerschaft von öffentlichen Krankenanstalten spielen, nicht die Aufgabe, selbst Gesundheitsleistungen anzubieten. Trotzdem hat die öffentliche Gesundheitsverwaltung einige spezifische Aufgaben, die ihr vorbehalten bleiben:

- **Ressourcenplanung und Gesundheitsberichterstattung:** Die Ressourcenplanung von Gesundheitsangeboten spielt in modernen Gesundheitssystemen deshalb eine so große Rolle, weil gesellschaftspolitischer Konsens besteht, dass die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen nicht einfach dem Markt überlassen werden kann. Ziel der Gesundheitspolitik ist es vielmehr, jedem, der Bedarf an Gesundheitsleistungen hat, Zugang zu diesen zu verschaffen, unabhängig von seinen finanziellen Verhältnissen. Der Staat hat daher die Steuerungsaufgabe, dafür zu sorgen, dass die notwendigen Gesundheitsleistungen flächendeckend zur Verfügung stehen. Gleichzeitig trachtet er, da der Aufwand weitgehend aus öffentlichen Mitteln finanziert wird, danach, dass keine

Überkapazitäten entstehen. Voraussetzung für eine effektive Ressourcenplanung sind Bedarfsanalysen, die durch die staatlich organisierte Gesundheitsberichterstattung geliefert werden.

- **Schutz vor Epidemien:** Die von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern (zumindest mit-)finanzierten Leistungen der Krankenanstalten und niedergelassenen Gesundheitsleistungsanbieter übernehmen im Wesentlichen die Aufgabe, die Bevölkerung mit kurativen Leistungen zu versorgen. Der – angesichts der modernen hygienischen Bedingungen und des Fortschritts der Medizin allerdings im historischen Vergleich nicht mehr so bedeutungsvolle – Schutz vor Epidemien ist hingegen weiterhin eine Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsverwaltung. Dazu gehören behördliche Maßnahmen beim Ausbruch schwerer, übertragbarer Erkrankungen sowie das Impfwesen.
- **Gesundheitsförderung:** Was vorbeugenden Gesundheitsschutz anlangt, wird unterschieden: unter Primärprävention wird die Verhinderung von Krankheiten durch Gesundheitsförderung verstanden (etwa Erziehung zu gesundheitsbewusster Lebensweise), unter Sekundärprävention die frühzeitige Erkennung von Krankheitsanzeichen (Gesundheitsvorsorge) und unter Tertiärprävention die Verhinderung von Folgeschäden nach einer bereits eingetretenen Erkrankung (zB durch Kuraufenthalte). Während die Sekundär- und Tertiärprävention zu den Aufgaben der Sozialversicherung zählen, verbleibt die Gesundheitsförderung vor allem Aufgabe der staatlichen Gesundheitsverwaltung.
- **Sanitäre Aufsicht:** Anbieter von Gesundheitsleistungen, vor allem Gesundheitsbetriebe und Hersteller von Gesundheitssubstanzen, unterliegen wegen ihrer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit strengen gesetzlichen Vorgaben, deren Einhaltung von Behörden im Rahmen der sanitären Aufsicht überprüft wird.

**611** Die Prinzipien des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind noch immer im Reichssanitätsgesetz 1870 enthalten. Demnach obliegt der staatlichen Gesundheitsverwaltung insbesondere die Beaufsichtigung des Sanitätspersonals, der Kranken- und Kuranstalten, Maßnahmen gegen die Ausbreitung gefährlicher Infektionskrankheiten, die Leitung des Impfwesens, die Anordnung und Vornahme der sanitätspolizeilichen Obduktionen und die Überwachung der Totenbeschau (§ 3 Reichssanitätsg).

Um die der staatlichen Gesundheitsverwaltung zukommenden Aufgaben zu erfüllen, verfügen die Gebietskörperschaften (vor allem Bund und Länder) über eigene Sanitätsbehörden. **612**

## A. Planung der Gesundheitsleistungen

**Literatur:** *Jabornegg/Resch/Seewald* (Hrsg), Planung und Finanzierung der Krankenhausbehandlung (2005) 79; *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, Die Verbindlichkeitsklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018/46; *L. Mayer*, Anpassung des gesamtvertraglichen Stellenplanes, JAS 2017, 419; *Pabel*, Versorgungspflichten des Landes im stationären Krankenanstaltenwesen, RdM 2011/140; *N. Raschauer*, Zielsteuerung-Gesundheit neu, RdM 2014/149; *N. Raschauer*, Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Weiterentwicklung des ärztlichen Vertragspartnerrechts, RdM 2016/135; *Risak*, Der Stellenplan für Kassenärzte, RdM 2015/143; *Schrammel*, Verhältnis: Großgeräteplan zur Sachleistungserbringung, DRdA 2000, 296; *Schrattbauer*, RSG und gesamtvertragliche Stellenplanung, RdM 2017/96; *Schrattbauer*, Rechtsnatur und rechtliche Verbindlichkeit der Strukturpläne im Gesundheitswesen, SozSi 2016, 168; *Souhrada*, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 2017, 104; *P. Steiner*, Zum Versorgungsauftrag öffentlicher Krankenanstalten, RdM 2010, 164. *Siehe auch die Allgemeinen Literaturangaben am Beginn des Buches.*

### 1. Planungsinstrumente

Die Steuerung des Gesundheitssystems läuft auf verschiedenen Ebenen ab. Der Bund ist zuständig für die Gesetzgebung im Sozialversicherungswesen und damit für die gesetzlichen Vorgaben zur Stellenplanung der niedergelassenen Gesundheitsberufe, insbesondere der Kassenärzte. Außerdem trägt er zur Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten bei und ist Gesetzgeber des Bundes-Krankenanstaltengesetzes (BundeskAG). Umgekehrt ist der Betrieb und zu einem großen Teil die Finanzierung der öffentlichen Krankenanstalten seit jeher Ländersache bzw beschließen die Landesgesetzgeber die Landeskrankenanstaltengesetze nach den Vorgaben des Bundes-Krankenanstaltengesetzes. **613**

Um diese unterschiedlichen Ebenen auch auf Planungsebene zu koordinieren, sind Bund und Länder dazu übergegangen, miteinander Gliedstaatsverträge (Art 15 a B-VG) abzuschließen. Mit diesen Gliedstaatsverträgen verpflichten sich der Bund und die Länder zu einem koordinierten Vorgehen in ihren jeweiligen Kompetenzbereichen. **614**

Derzeit beruht die Planung auf zwei Gliedstaatsverträgen, nämlich der **Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens**, dessen derzeitige Fassung mit 1. 1. 2017 in Kraft getreten ist und die bis zu ihrer Kündigung, zumindest aber bis 31. 12. 2020 gilt **615**

(Art 53 Gliedstaatsvereinbarung-Organisation), und der **Vereinbarung Zielsteuerung – Gesundheit**, in Kraft getreten ebenfalls mit 1. 1. 2017 und derzeit unbefristet mit jederzeitiger Kündigungsmöglichkeit abgeschlossen (Art 28, 29 Gliedstaatsvereinbarung-Zielsteuerung). Die gesetzliche Umsetzung dieser Vereinbarungen erfolgte auf Bundesebene vor allem im Bundes-Krankenanstaltengesetz (Bundes-KAG), in den Sozialversicherungsgesetzen (insbesondere im ASVG) sowie in einem eigenen Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung – Gesundheit (G-ZG). Auf Ebene der Länder wurden die Vereinbarungen zum Teil im Rahmen der Landeskrankenanstaltengesetze, zum Teil auch in eigenen Landesgesetzen umgesetzt (zB Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 LGBI 2018/10; Oö Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 LGBI 2013/83).

**616** Näher ausgeführt wird das G-ZG und damit die Planung der Gesundheitsangebote vor allem durch den **Österreichischen Strukturplan Gesundheit** (ÖSG) und die für jedes Bundesland bestehenden **Regionalen Strukturpläne Gesundheit** (RSG). Der ÖSG wird auf **Bundesebene zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungen** abgestimmt (§ 20 Abs 3 G-ZG), die RSGs **auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung** (§ 21 Abs 7 G-ZG). Sowohl der ÖSG als auch der RSG entfalten zunächst keine Außenwirkung und binden nur die Vertragsparteien. Wird eine **verbindliche Außenwirkung** für bestimmte Teile des ÖSG oder eines RSG angestrebt, können diese von der eigens dazu eingerichteten **Gesundheitsplanungs GmbH** (deren Gesellschafter der Bund, die Länder und der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sind) als Verordnung für verbindlich erklärt werden (die Konstruktion ist allerdings verfassungsrechtlich umstritten, vgl ua *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, Die Verbindlicherklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018/46).

**617** Sowohl der ÖSG als auch die RSG enthalten Planungsvorgaben für den intra- und extramuralen Bereich (also für Spitäler und für niedergelassene Gesundheitsberufe). Werden die Teile des jeweiligen RSG, die die Krankenanstalten betreffen, nicht durch Verordnung für verbindlich erklärt, erlässt die jeweilige Landesregierung durch eine eigene Verordnung einen verbindlichen **Krankenanstaltenplan**. Für niedergelassene Kassenärzte wird der **Stellenplan** unter Bedachtnahme auf den RSG (keine zwingende Bindung an den RSG!) zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern und der Österreichischen Ärztekammer bzw den Landesärztekammern **durch Gesamtvertrag** festgelegt (§ 342 Abs 1 Z 1 ASVG). Der bundesweite Gesamtvertrag soll einen Rahmen schaffen, der durch länderweise abzuschließende Gesamtverträge mit den örtlich zuständigen

Landesärztekammern präzisiert wird (§ 342 Abs 2 b ASVG). Ein ähnliches System gilt für die Kassenzahnärzte, für die der Stellenplan ebenfalls mit den Landes Zahnärztekammern vereinbart wird (§ 35 Abs 2 Z 3 ZÄKG).

## 2. Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird von der **Bundes-Zielsteuerungskommission** und damit von den Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung einstimmig beschlossen (§ 26 Abs 3 Z 1, 4 Z 1 lit j G-ZG). Er ist seit 30. 6. 2019 in seiner mittlerweile fünften Revision in Kraft und wird ständig weiterentwickelt. **618**

Der ÖSG enthält insbesondere quantitative und qualitative **Planungsvorgaben** für die Dimensionierung der extra- und intramuralen Versorgungskapazitäten, verbindliche Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen, Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden (den intra- und extramuralen Bereich umfassenden) Prozessmanagement, für die Planung von Primärversorgungseinheiten, die verbindliche überregionale Versorgungsplanung hochspezialisierter Leistungen von überregionaler Bedeutung sowie die Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (§ 20 Abs 1 G-ZG). Der ÖSG ist im Internet zu veröffentlichen (unter [www.ris.bka.gv.at/sonstigeKundmachungen](http://www.ris.bka.gv.at/sonstigeKundmachungen), abgefragt am 31. 7. 2019). Er enthält neben dem Textteil eine **Planungsmatrix** (die den Iststand beschreibt), eine **Versorgungsmatrix** (die insbesondere Richtwerte für die notwendige Versorgung je Region enthält) sowie eine **Leistungsmatrix** (in der vor allem Qualitätskriterien für spezifische Leistungen beschrieben sind). Zu Zwecken der Planung ist das Bundesgebiet in vier **Versorgungszonen** sowie eine Ebene tiefer in 32 **Versorgungsregionen** unterteilt. Für Großgeräte enthält der ÖSG überdies einen eigenen bundesweiten Großgeräteplan (als **Großgeräte** definiert der ÖSG derzeit [2019] Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Emissions-Computer-Tomographie, Strahlentherapie, Koronarangiographie, Positronen-Emissions-Tomographie). **619**

## 3. Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

Für jedes Bundesland besteht ein Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG). Die RSG haben in näherer Ausführung des ÖSG Planungsvorgaben für den intra- und extramuralen Bereich zu erstellen. Die RSGs werden in den **Landes-Zielsteuerungskommissionen** vorbereitet. Die Lan- **620**



des-Zielsteuerungskommissionen bestehen aus je fünf Vertretern des Landes und der Sozialversicherungsträger (sowie einem Vertreter des Bundes, der allerdings nur über ein Vetorecht gegen Beschlüsse verfügt, die gegen Bundesvorgaben verstoßen, Art 26 Gliedstaatsvereinbarung-Organisation). Die gesetzliche Grundlage für die Zielsteuerungskommissionen findet sich im jeweiligen Landesrecht (zB §§ 7f Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 LGBl 2018/10; § 10 Oö Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 LGBl 2013/83).

**621** Im RSG sind insbesondere festzulegen

- die standortbezogenen **Kapazitätsplanungen** für den **stationären** Bereich sowie
- die **Kapazitätsplanung** für die **ambulante** Versorgung (sowohl durch niedergelassene Leistungserbringer als auch durch Spitalsambulanzen) und
- die Bedarfsplanung für die **Primärversorgungseinheiten** (§ 21 Z 3, 4 G-ZG bzw die ausführenden Landesvorschriften).

#### **4. Planung von bettenführenden Krankenanstalten**

**622** Die Errichtung von Krankenanstalten, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bedarf einer Genehmigung durch die jeweils zuständige Landesregierung (siehe Rz 301 ff). Voraussetzung für die Genehmigung der Errichtung bettenführender Krankenanstalten ist unter anderem die Übereinstimmung mit den Planungsvorgaben (§ 3 Abs 2 lit a Bundes-KAG). Diese Planungsvorgaben können entweder in einer den RSG verbindlich erklärenden Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH oder in einem auf Basis des RSG von der Landesregierung erlassenen Krankenanstaltenplan enthalten sein (§§ 23, 24 G-ZG, § 10a Bundes-KAG). Im **Landeskrankenanstaltenplan** sind jedenfalls die Standorte der fondsfinanzierten Krankenanstalten (also öffentlichen und gemeinnützigen Krankenanstalten, siehe Rz 532 ff) sowie je Standort die maximale Gesamtbettenanzahl, die medizinischen Fachbereiche, die fachrichtungsbezogenen Organisationsformen, die Art und Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte, festzulegen und außerdem allfällige Referenzzentren zu bestimmen (§ 10a Abs 2 Bundes-KAG).

#### **5. Planung von selbständigen Ambulatorien**

**623** Krankenanstalten, die keine Betten führen, sondern nur ambulante Leistungen erbringen, bedürfen ebenfalls einer Errichtungsbewilligung

durch die jeweils zuständige Landesregierung, sofern sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen. Diese setzt unter anderem voraus, dass ein **Zusatzbedarf gegenüber dem bestehenden Versorgungsangebot** für sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen (das in Spitalsambulanzen, Ambulatorien oder von niedergelassenen Ärzten oder Zahnärzten angeboten wird) vorliegt (§ 3 a Abs 2 Z 1 Bundes-KAG).

## 6. Planung von Primärversorgungseinheiten

Primärversorgungseinheiten dürfen nur in Übereinstimmung mit dem jeweiligen RSG und weiters nur dann betrieben werden, wenn sie über einen **Primärversorgungsvertrag** (also einen Direktabrechnungsvertrag) mit zumindest der Österreichischen Gesundheitskasse verfügen (§ 2 Abs 4 PrimVG). **624**

Wird eine Primärversorgungseinheit **von einer ärztlichen Gruppenpraxis** betrieben, darf sie nur gegründet werden, wenn die Primärversorgungseinheit **im RSG abgebildet** ist, eine **vorvertragliche Zusage der ÖGK** zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages vorliegt und die **Eintragung ins Firmenbuch** erfolgt ist (§ 9 Abs 2 PrimVG). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss durch Bescheid des Landeshauptmanns festgestellt sein, es sei denn, jeder Gesellschafter der Gruppenpraxis hatte zuvor bereits einen Einzelvertrag mit der ÖGK oder die zu gründende Gruppenpraxis ist als solche bereits im zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträger **vereinbarten Stellenplan** (siehe Rz 627) vorgesehen (§ 9 Abs 2 PrimVG). **625**

Wird die Primärversorgungseinheit **von einem selbständigen Ambulatorium** betrieben, bedarf sie der Errichtungsbewilligung durch die Landesregierung, die zu erteilen ist, wenn sie **im RSG abgebildet** ist und eine **vorvertragliche Zusage der ÖGK** zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages vorliegt (§ 10 Z 1 PrimVG). **626**

## 7. Stellenplan für Kassenärzte und Kassenzahnärzte

Ein zwischen der ÖGK und der Österreichischen Ärztekammer abzuschließender **Gesamtvertrag** soll zukünftig den Rahmen für die Zahl und örtliche Verteilung der niedergelassenen Kassenärzte bzw Kassengruppenpraxen mit dem Ziel festlegen, dass unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse bzw der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung gesichert ist (§ 342 **627**