

VERFASSUNGSGERICHTSHOF
G 334-341/2021-29, V 265/2021-29
30. Juni 2022

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Der Verfassungsgerichtshof hat unter dem Vorsitz des Präsidenten
DDr. Christoph GRABENWARTER,

in Anwesenheit der Vizepräsidentin
Dr. Verena MADNER

und der Mitglieder

Dr. Markus ACHATZ,
Dr. Sieglinde GAHLEITNER,
Dr. Andreas HAUER,
Dr. Christoph HERBST,
Dr. Michael HOLOUBEK,
Dr. Helmut HÖRTENHUBER,
Dr. Claudia KAHR,
Dr. Georg LIENBACHER,
Dr. Michael MAYRHOFER und
Dr. Ingrid SIESS-SCHERZ

sowie der Ersatzmitglieder

Dr. Angela JULCHER und
MMag. Dr. Barbara LEITL-STAUDINGER

als Stimmführer, im Beisein der verfassungsrechtlichen Mitarbeiterin
Mag. Julia Constanze JUNGWIRTH
als Schriftführerin,

in dem von Amts wegen eingeleiteten Verfahren zur Prüfung der Verfassungsmäßigkeit von 1. §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG, BGBl. I 26/2017, 2. § 3a Abs. 3a KAKuG, BGBl. 1/1957, idF BGBl. I 26/2017, 3. § 17 NÖGUS-G 2006, LGBl. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. 92/2017, 4. § 17a Abs. 4 und 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017, 5. § 4 Abs. 1 SKAG, LGBl. 24/2000 (WV), idF LGBl. 25/2018, 6. § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. 10/2018, 7. § 6a Abs. 6a Oö. KAG 1997, LGBl. 132/1997 (WV), idF LGBl. 97/2017 und 8. § 10c Abs. 3 NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. 93/2017 sowie zur Prüfung der Gesetzmäßigkeit von 1. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) und 2. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) in der Fassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) in seiner heutigen nichtöffentlichen Sitzung gemäß Art. 140 B-VG und Art. 139 B-VG zu Recht erkannt:

- I. 1. § 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz und Abs. 4 bis 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, wird als verfassungswidrig aufgehoben.
 2. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2023 in Kraft.
 3. Frühere gesetzliche Bestimmungen treten nicht wieder in Kraft.

4. Der Bundeskanzler ist zur unverzüglichen Kundmachung dieser Aussprüche im Bundesgesetzblatt I verpflichtet.
- II. Die §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, § 3a Abs. 3a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, idF BGBl. I Nr. 26/2017, § 17 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl. für Niederösterreich Nr. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. für Niederösterreich Nr. 92/2017, § 10c Abs. 3 NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. für Niederösterreich Nr. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. für Niederösterreich Nr. 93/2017, § 17a Abs. 4 des Landesgesetzes über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. für Oberösterreich Nr. 83/2013, idF LGBl. für Oberösterreich Nr. 96/2017, § 6a Abs. 6a Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. für Oberösterreich Nr. 132/1997 (WV), idF LGBl. für Oberösterreich Nr. 97/2017, und § 10 des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBl. für Wien Nr. 10/2018, werden nicht als verfassungswidrig aufgehoben.
- III. Im Übrigen wird das Gesetzesprüfungsverfahren eingestellt.
- IV. 1. Die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), und die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in der Fassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnungen des Bundes in Geltung standen, gesetzwidrig.

2. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist zur unverzüglichen Kundmachung dieser Aussprüche im Bundesgesetzblatt II verpflichtet.
- V. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnung des Landes Oberösterreich in Geltung standen, nicht gesetzwidrig.
- VI. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in der Fassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnung des Landes Niederösterreich in Geltung standen, nicht gesetzwidrig.

Entscheidungsgründe

I. Anlassverfahren, Prüfungsbeschluss und Vorverfahren

1. Beim Verfassungsgerichtshof sind folgende, zu V 46/2019, V 419/2020, V 426/2020, V 498/2020, V 539/2020, V 607/2020 und V 244/2021 protokollierte, auf Art. 139 B-VG gestützte Verordnungsprüfungsanträge anhängig: 1
- 1.1. V 46/2019 2
- 1.1.1. Die Salzburger Landesregierung erteilte mit Bescheid vom 18. Februar 2016 der mitbeteiligten Partei des Anlassverfahrens vor dem Landesverwaltungsgericht 3

Salzburg gemäß § 14 Abs. 2 lit. c und f iVm § 12a Abs. 1 und § 12d Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG) die Bewilligung zur Erweiterung eines selbständigen Ambulatoriums durch Errichtung einer näher beschriebenen MR-PET-Anlage, welche Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie kombiniere, in Salzburg (Stadt). Gegen diesen Bescheid erhob der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Beschwerde.

1.1.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Landesverwaltungsgericht Salzburg im zweiten Rechtsgang (vgl. VwGH 13.12.2018, Ro 2017/11/0009) den auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG gestützten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "§ 4 iVm der Tabelle betreffend Salzburg auf Seite 7 der Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG-VO 2018) als gesetzwidrig", in eventu diese Verordnung zur Gänze aufheben.

4

Begründend führt das Landesverwaltungsgericht Salzburg aus, es habe das Verfahren nach den §§ 14 Abs. 2 iVm 12a Abs. 2a SKAG idF LGBl. 25/2018 fortzusetzen. Das anhängige Bewilligungsverfahren habe die Errichtung und den Betrieb eines PET-MR zum Gegenstand. Infolgedessen habe das Landesverwaltungsgericht § 4 iVm der Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018) anzuwenden, da § 4 Abs. 1 ÖSG VO 2018 unter dem Begriff "PET" in einem Klammerausdruck sowohl PET-CT als auch PET-MR erfasse und somit beide Gerätetypen unter die einschlägige Festlegung fielen. Die angefochtenen Bestimmungen seien somit präjudiziell.

5

In der Sache macht das antragstellende Landesverwaltungsgericht geltend, die angefochtene Verordnung sei "kompetenzrechtswidrig"; die Doppelfunktion der Gesundheitsplanungs GmbH führe zur Kompetenzwidrigkeit der Verordnung. Dies führe die Weisungsbefugnisse der obersten Organe "ad absurdum", weil keine umfassenden, klar voneinander abzugrenzenden Weisungsbefugnisse bestünden. Anstelle einer "Mischverordnung" hätten zwei getrennte Verordnungen erlassen werden müssen, weshalb die ÖSG VO 2018 auch gesetzwidrig sei.

6

1.2. V 419/2020

7

1.2.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 30. August 2017 einen Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs an der Erweiterung des Leistungsangebotes ihrer Krankenanstalt, eines Instituts für Kieferorthopädie (selbständiges Ambulatorium), um fünf weitere Behandlungstühle zur kieferorthopädischen Behandlung von Patienten mit schwerwiegenden Zahnfehlstellungen samt Ausdehnung der Öffnungszeiten und Aufstockung des Personals gemäß § 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 1 Wr. KAG. Dies entspricht nach den Feststellungen des antragstellenden Verwaltungsgerichtes Wien einem Versorgungsäquivalent (VEA) zur Versorgung von 100 neu begonnenen Fällen innerhalb eines Kalenderjahres. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens hat mit Bescheid vom 15. November 2019 dem Antrag Folge gegeben und festgestellt, dass an der geplanten Änderung der Krankenanstalt ein Bedarf bestehe. Gegen diesen Bescheid erhob die Österreichische Zahnärztekammer Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien (§ 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 8 Wr. KAG). Sie begründete ihre Beschwerde unter anderem damit, dass die Bedarfsprüfung durch die Verwaltungsbehörde grob lückenhaft geblieben sei und die eingeholten Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH keine taugliche Grundlage für ausreichende Feststellungen zu den bedarfsrelevanten Kriterien des § 5 Abs. 3 Wr. KAG bilden würden. Am 9. Jänner 2020 trat die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien (RSG Wien – VO 2019), kundgemacht am 8. Jänner 2020 unter Nr. 1/2020 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in Kraft.

8

1.2.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 419/2020 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventu § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben.

9

Begründend führt das Verwaltungsgericht Wien auf das Wesentliche zusammengefasst aus, § 23 G-ZG als gesetzliche Grundlage der angefochtenen Verordnung verstoße gegen das Staatsorganisationsrecht: Die Konstruktion sei unsachlich. Es fehle den obersten Organen an effektiven Steuerungsmöglichkeiten. Fraglich sei, ob die verbandsübergreifende Beleihung mit dem Grundsatz der Trennung der

10

Vollziehungsbereiche vereinbar sei. Die Verpflichtung der Landesgesetzgebung zur Beleihung einer bestimmten GmbH verstoße gegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG. Hinsichtlich des Gesundheitswesens fehle es an der Zustimmung der Länder iSv Art. 102 B-VG. § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 ermangle der Zustimmung des Bundes zur Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH iSv Art. 97 Abs. 2 B-VG. Die Kundmachungsbestimmung des § 23 Abs. 6 G-ZG sehe hinsichtlich der Angelegenheiten nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG eine verfassungswidrige Mitwirkung von Bundesorganen, nämlich des das RIS bereitstellenden Bundesministers, vor. Wenn aber die gesetzlichen Grundlagen unbedenklich sein sollten, so wäre die RSG Wien – VO gesetzswidrig, weil sie als "gemischte Verordnung" gegen den Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche verstoße.

1.3. V 426/2020

11

1.3.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 8. November 2019 einen Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs für ein Ambulatorium für Kinder- und Jugendheilkunde in 1100 Wien gemäß § 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 1 Wr. KAG. Mit Stellungnahme vom 20. Jänner 2020 führte die Österreichische Ärztekammer aus, dass in Anbetracht des Vorhabens der Errichtung einer Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde am geplanten Standort von keinem Bedarf an einem selbständigen Ambulatorium auszugehen sei. Der Wiener Gesundheitsfonds führte in seiner Stellungnahme vom 20. Jänner 2020 aus, dass das Vorhaben im Hinblick auf die RSG Wien – VO 2019 plankonform sei. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens stellte daraufhin mit Bescheid vom 26. Februar 2020 gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des Vorhabens fest. Gegen diesen Bescheid erhob die Österreichische Ärztekammer Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien (§ 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 8 Wr. KAG), in der u.a. geltend gemacht wird, dass eine konkrete Überprüfung des Bedarfs nicht nachvollziehbar sei und dass ein Gutachten zur Übereinstimmung des Vorhabens mit "den Verordnungen" einzuholen gewesen wäre.

12

1.3.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 426/2020 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien,

13

Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventuelle § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben. Die vorgebrachten Bedenken entsprechen den im Verfahren zu V 419/2020 geltend gemachten.

1.4. V 498/2020 14

1.4.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 6. Februar 2020 einen Antrag auf Feststellung, dass das geplante Ambulatorium für Zahnmedizin an einem näher bezeichneten Standort in 1040 Wien gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform sei. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens stellte daraufhin mit Bescheid vom 11. Mai 2020 gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des Vorhabens fest. Gegen diesen Bescheid erhob die Österreichische Zahnärztekammer Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien, in der u.a. Rechtswidrigkeit auf Grund der Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend gemacht und die Gesetz- und Verfassungswidrigkeit der Rechtsgrundlagen des angefochtenen Bescheides behauptet wird. 15

1.4.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 498/2020 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventuelle § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben. Die vorgebrachten Bedenken entsprechen den im Verfahren zu V 419/2020 geltend gemachten. 16

1.5. V 539/2020 17

1.5.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 31. Jänner 2020 einen Antrag auf Feststellung, dass das geplante Ambulatorium für Zahnmedizin an einem näher bezeichneten Standort in 1210 Wien gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform sei. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens stellte daraufhin mit Bescheid vom 27. Mai 2020 gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des Vorhabens fest. Gegen diesen Bescheid erhob die Österreichische Zahnärztekammer Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien, in der u.a. inhaltliche Rechtswidrigkeit und Rechtswidrigkeit 18

auf Grund der Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend gemacht und die Gesetz- und Verfassungswidrigkeit der Rechtsgrundlagen des angefochtenen Bescheides behauptet wird.

1.5.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 539/2020 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventu § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben. Die vorgebrachten Bedenken entsprechen den im Verfahren zu V 419/2020 geltend gemachten. 19

1.6. V 607/2020 20

1.6.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 30. Jänner 2020 einen Antrag auf Feststellung, dass das geplante Ambulatorium für Innere Medizin an einem näher bezeichneten Standort in 1210 Wien gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform sei. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens stellte daraufhin mit Bescheid vom 21. September 2020 gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des Vorhabens fest. Gegen diesen Bescheid erhoben die Österreichische Gesundheitskasse und die Ärztekammer für Wien Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien. Die Österreichische Gesundheitskasse brachte vor, die Behörde habe nicht berücksichtigt, dass auf Grund des aktuellen Ist-Standes ärztlicher ambulanter Versorgungseinheiten (ÄAVE) bei Genehmigung des gegenständlichen Laboratoriums der verbindliche Planungszielwert für 2020 für Innere Medizin überschritten werde. Die Ärztekammer für Wien machte geltend, dass aus den Zahlen der RSG-Verordnung kein Bedarf zu ersehen sei. 21

1.6.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 607/2020 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventu § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 22

dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben. Die vorgebrachten Bedenken entsprechen den im Verfahren zu V 419/2020 geltend gemachten Bedenken.

1.7. V 244/2021 23

1.7.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren vor dem Verwaltungsgericht Wien stellte mit Schriftsatz vom 13. März 2020 einen Antrag auf Feststellung, dass das geplante Ambulatorium für Zahnmedizin an einem näher bezeichneten Standort in 1090 Wien gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform sei. Die belangte Behörde des Ausgangsverfahrens stellte mit Bescheid vom 15. April 2021 gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des Vorhabens fest. Gegen diesen Bescheid erhob die Österreichische Zahnärztekammer Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien. Sie machte u.a. geltend, dass die Grundlagen des angefochtenen Bescheides gesetz- und verfassungswidrig seien. 24

1.7.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Verwaltungsgericht Wien, gestützt auf Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG, den zu V 244/2021 protokollierten Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze", in eventu § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben. Die vorgebrachten Bedenken entsprechen den im Verfahren zu V 419/2020 geltend gemachten. 25

2. Beim Verfassungsgerichtshof sind folgende, zu E 2445/2019, zu E 2462/2019 und zu E 2872/2020 protokollierte, auf Art. 144 B-VG gestützte Beschwerden anhängig: 26

2.1. E 2445/2019 und zu E 2462/2019 27

2.1.1. Die beschwerdeführende Gesellschaft vor dem Verfassungsgerichtshof stellte am 26. Juni 2008 den Antrag auf Bewilligung der Errichtung eines Institutes für Magnetresonanztomographie in Rohrbach gemäß Oö. Krankenanstaltengesetz 1997. Nach längerem Ruhen des Verfahrens modifizierte die beschwerdeführende Gesellschaft diesen Antrag mit Schriftsatz vom 3. Oktober 2018 und legte dar, dass ein entsprechender Bedarf bestehe. Mit Bescheid vom 23. Jänner 2019 wies die 28

Oberösterreichische Landesregierung den Antrag der beschwerdeführenden Gesellschaft mangels Bedarfes ab. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich wies die gegen diesen Bescheid erhobene Beschwerde der beschwerdeführenden Gesellschaft mit Erkenntnis vom 14. Mai 2019, LVwG-050128/2/GS/JW, als unbegründet ab. Begründend wurde dazu im Wesentlichen ausgeführt, dass das "gegenständlich beantragte MR-Gerät" in § 4 iVm Anlage 2 ("Versorgungsregion Mühlviertel") der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018) nicht vorgesehen sei, weshalb der Bedarf iSv § 6a Oö. KAG 1997 zu verneinen sei und sich eine Prüfung der weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erübrige. Bedenken gegen § 23 G-ZG und gegen diese Verordnung bestünden nicht (Hinweis auf *Souhrada*, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 3/2017, 104 ff.).

2.1.2. Weiters stellte die beschwerdeführende Gesellschaft am 26. November 2010 den Antrag auf Bewilligung der Errichtung eines Institutes für Magnetresonanztomographie in Vöcklabruck gemäß Oö. Krankenanstaltengesetz 1997. Nach längerem Ruhen des Verfahrens modifizierte die beschwerdeführende Gesellschaft diesen Antrag mit Schriftsatz vom 12. Oktober 2017 und legte dar, dass ein entsprechender Bedarf bestehe. Mit Bescheid vom 23. Jänner 2019 wies die Oberösterreichische Landesregierung den Antrag der beschwerdeführenden Gesellschaft mangels Bedarfes ab. Das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich wies die gegen diesen Bescheid erhobene Beschwerde der beschwerdeführenden Gesellschaft mit Erkenntnis vom 14. Mai 2019, LVwG-050127/2/GS/JW, als unbegründet ab und führte dazu im Wesentlichen aus, dass der Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018) zu entnehmen sei, dass in der "Versorgungsregion Traunviertel-Salzkammergut" im extramuralen Sektor ein einziges Magnetresonanzgerät vorgesehen sei. Dem "österreichischen Strukturplan 2017" sei eine detaillierte Darstellung der einzelnen im Großgeräteplan enthaltenen Geräte zu entnehmen, insbesondere seien die Großgeräte dem jeweiligen extramuralen Anbieter gemäß der Nummer des Ambulatoriums im Krankenanstaltenkataster zugeordnet. Den Planzahlen seien die tatsächlich vorhandenen (auch nicht plankonformen) Geräte gegenübergestellt. In der Ver-

29

sorgungszone Traunviertel-Salzkammergut sei nur ein Gerät extramural vorgesehen. Diese verordnete Planstelle sei im ÖSG-Anhang 10 (Großgeräteplan) "mit der Krankenanstaltennummer A40705 besetzt", weshalb der Bedarf iSv § 6a Oö. KAG 1997 zu verneinen sei und sich eine Prüfung der weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erübrige. Bedenken gegen § 23 G-ZG und gegen diese Verordnung bestünden nicht (Hinweis auf *Souhrada*, SozSi 3/2017, 104 ff.).

2.1.3. Gegen diese beiden Entscheidungen des Landesverwaltungsgerichtes Oberösterreich richten sich die zu E 2445/2019 und zu E 2462/2019 protokollierten, auf Art. 144 B-VG gestützte Beschwerden, in denen jeweils die Verletzung in den verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten auf Gleichheit vor dem Gesetz (Art. 7 B-VG, Art. 2 StGG), auf Unversehrtheit des Eigentums (Art. 5 StGG, Art. 1 1. ZPEMRK) und auf "Erwerbsausübungsfreiheit gemäß Art. 18 StGG", sowie in Rechten wegen Anwendung eines verfassungswidrigen Gesetzes (§ 23 G-ZG) sowie einer gesetzwidrigen Verordnung (ÖSG VO 2018) behauptet und die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Erkenntnisses beantragt wird. 30

Die beschwerdeführende Gesellschaft bringt in beiden Beschwerden im Wesentlichen übereinstimmend vor, dass die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH die verfassungsrechtlichen Beleihungsgrenzen überschreite, unter anderem, weil die "(rechtsformenmissbrauchende) In-Sich-Beleihung" objektiv unsachlich sei, weil Kernaufgaben und nicht bloß vereinzelt Aufgaben übertragen würden, weil hinreichende Leitungsbefugnisse fehlen würden, weil es an der Zustimmung der Länder iSv Art. 102 B-VG mangle, weil § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG gegen das Gebot der Trennung der Vollzugsbereiche von Bund und Ländern verstoßen würde und weil § 23 Abs. 6 G-ZG kompetenzwidrig sei. Weiters sei die ÖSG VO 2018 infolge Bevorzugung des intramuralen Bereiches inhaltlich unsachlich gestaltet. 31

2.2. E 2872/2020 32

2.2.1. Der Beschwerdeführer im zu E 2872/2020 protokollierten Verfahren stellte am 1. Oktober 2020 den Antrag auf Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums zur Durchführung von MRT-Untersuchungen sowie eines Ambulatoriums zur Durchführung von CT-Untersuchungen (durch Nutzung des Röntgen- 33

instituts eines näher bezeichneten Krankenhauses) in Hollabrunn gemäß NÖ Krankenanstaltengesetz. Mit Bescheid vom 3. April 2020 wies die Niederösterreichische Landesregierung den Antrag des Beschwerdeführers mangels Bedarfes ab. Das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich wies die gegen diesen Bescheid erhobene Beschwerde des Beschwerdeführers mit Erkenntnis vom 16. Juli 2020, LVwG-AV-599/001-2020, als unbegründet ab. Begründend wurde dazu im Wesentlichen ausgeführt, dass der Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018) zu entnehmen sei, dass in der "Versorgungsregion Weinviertel" im extramuralen Sektor lediglich "je zwei extramurale CT- bzw. MRT-Geräte" vorgesehen seien. Aus der Stellungnahme des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) ergebe sich, dass der Großgeräteplan für die Versorgungsregion Weinviertel keinen Bedarf für ein weiteres extramurales MRT-Geräte ausweise und dass der Großgeräteplan für das Landeskrankenhaus Hollabrunn keine Kooperation des bestehenden, intramuralen CT-Gerätes mit dem extramuralen Bereich vorsehe. Der Beschwerdeführer sei dem nicht auf gleicher fachlicher Ebene entgegengetreten. Es bestehe daher kein Bedarf iSv § 10c Abs. 3 NÖ KAG.

2.2.2. Gegen diese Entscheidung richtet sich die zu E 2872/2020 protokollierte, auf Art. 144 B-VG gestützte Beschwerde, in der die Verletzung in verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechten, insbesondere auf Erwerbsfreiheit gemäß Art. 6 StGG, sowie in Rechten wegen Anwendung verfassungswidriger Gesetze (§ 23 Abs. 5 G-ZG, § 3a Abs. 3a KAKuG, § 10c Abs. 3 NÖ KAG) sowie einer gesetzwidrigen Verordnung (ÖSG VO 2018) behauptet und die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Erkenntnisses beantragt wird.

2.2.3. Begründend führt der Beschwerdeführer auf das Wesentliche zusammengefasst aus: § 23 Abs. 5 G-ZG lasse der Landesgesetzgebung keinen Spielraum und verstoße deshalb gegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG. Weiters sei es dem Bundesgesetzgeber im Rahmen des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG verwehrt, die Landesorganisation zu regeln. Die ÖSG VO 2018 sei eine "kompetenzwidrige Mischverordnung". Der Gesundheitsplanungs GmbH würden nicht bloß vereinzelte Aufgaben, sondern vielmehr Kernaufgaben übertragen. Es fehle an einer effektiven Leitung und Steuerung hinsichtlich der Gesundheitsplanungs GmbH. Schließlich sei die

34

35

Bedarfsprüfung nach § 10c Abs. 3 NÖ KAG (§ 3a Abs. 3a KAKuG) überschießend und damit verfassungswidrig.

3. Bei der Behandlung der gegen diese Entscheidungen gerichteten Beschwerden bzw. der Gerichtsanträge auf Verordnungskontrolle sind im Verfassungsgerichtshof Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit von 36
 1. §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz und Abs. 4 bis 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I 26/2017, 37
 2. § 3a Abs. 3a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I/1957, idF BGBl. I 26/2017, 38
 3. § 17 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. 92/2017, 39
 4. § 17a Abs. 4 und 5 des Landesgesetzes über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017, 40
 5. § 4 Abs. 1 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. 24/2000 (WV), idF LGBl. 25/2018, 41
 6. § 10 des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBl. 10/2018, 42
 7. § 6a Abs. 6a Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. 132/1997 (WV), idF LGBl. 97/2017 und 43
 8. § 10c Abs. 3 Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. 93/2017 44
- sowie ob der Gesetzmäßigkeit von 45

1. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) und 46

2. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) in der Fassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit) 47

entstanden. Der Verfassungsgerichtshof hat daher am 6. Oktober 2021 beschlossen, diese Gesetzes- bzw. Verordnungsbestimmungen von Amts wegen auf ihre Verfassungs- bzw. Gesetzmäßigkeit zu prüfen. 48

4. Der Verfassungsgerichtshof legte seine Bedenken, die ihn zur Einleitung des Gesetzes- und des Verordnungsprüfungsverfahrens bestimmt haben, in seinem Prüfungsbeschluss wie folgt dar (ohne Hervorhebungen im Original): 49

"4. Zur Rechtslage

4.1. Gemäß Art. 10 Abs. 1 B-VG sind unter anderem das Sozial- und Vertragsversicherungswesen (Z 11) und das 'Gesundheitswesen mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht' (Z 12) in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Hingegen sind 'Heil- und Pflegeanstalten' – also im Besonderen das Krankenanstaltenrecht – nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG Bundessache nur in der Grundsatzgesetzgebung, hinsichtlich der Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung jedoch Landessache (vgl. dazu u.a. VfSlg. 12.023/1992, 17.232/2004). Während also das Berufsrecht der selbständig niedergelassenen Ärzte Bundessache ist (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG), unterfallen bettenführende Krankenanstalten und selbständige Ambulatorien Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (vgl. näher VfSlg. 12.023/1992).

4.2. Vor dem Hintergrund dieser geteilten Kompetenzrechtslage haben der Bund und die Länder die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit (kundgemacht u.a. in BGBl. I 97/2017) und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (kundgemacht u.a. in BGBl. I 98/2017) abgeschlossen. Mit letzterer Vereinbarung sind der Bund und die Länder unter anderem übereingekommen, den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als zentrale Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung einzusetzen. Mit Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017, haben sich der Bund und die Länder detailliert auf die Vorgangsweise zur Erarbeitung und Verbindlicherklärung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit geeinigt.

4.3. Diese Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG binden die jeweiligen Vertragspartner (zB VfSlg. 14.146/1995, 15.972/2000, 16.959/2003, 20.177/2017) und haben nicht selbst den Charakter genereller Normen (weshalb ihre Kundmachung auch nicht Teil des Rechtssetzungsverfahrens ist, sondern bloß der Information der Allgemeinheit dient, VfSlg. 17.232/2004). Insbesondere stellen sie – wie der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 14.146/1995 festgehalten hat – keine Zwischenstufe zwischen einfachem Gesetzesrecht und Verfassungsrecht dar; auch sind sie keine höherrangigen Normen, an denen ein Gesetz gemessen werden kann (zB VfSlg. 14.146/1995, 19.747/2013). Vielmehr handelt es sich um Vertragsnormen, die – gegebenenfalls – umsetzungsbedürftig sind (VfSlg. 20.177/2017). Gegebenenfalls können Bestimmungen von Art. 15a B-VG-Vereinbarungen auch zur Interpretation von einfachgesetzlichen Bestimmungen, die der Umsetzung solcher Vereinbarungen dienen, herangezogen werden (vgl. zB VfSlg. 19.964/2015). Die Umsetzung kann nach Umständen auch eine Verfassungsänderung bedingen, wenn ansonsten eine verfassungskonforme Verwirklichung des in einer Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Bedungenen nicht möglich wäre.

4.4. Zur Umsetzung dieser Übereinkommen hat der Bundesgesetzgeber mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I 26/2017, das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) erlassen, das überwiegend unmittelbar anwendbares Bundesrecht, bisweilen aber auch bloß Bundes-Grundsatzrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG enthält:

4.4.1. Gemäß § 19 Abs. 1 G-ZG sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung; dabei soll der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung sein. Der ÖSG hat in näher bestimmten Bereichen verbindliche Vorgaben für die RSG festzulegen (§ 20 Abs. 2 G-ZG; siehe zu den Inhalten des ÖSG und der RSG die §§ 20 f. G-ZG).

Der ÖSG ist 'auf der Bundesebene zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen' (§ 20 Abs. 3 G-ZG) und in der Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen (§ 20 Abs. 4 G-ZG). Die RSG sind 'auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen' (§ 21 Abs. 7 G-ZG, vgl. auch die – teilweise grundsatzgesetzlichen – Abs. 1 bis 6 leg. cit.; § 16 Abs. 4 NÖGUS-G 2006, § 9 Abs. 4 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) und in den Landes-Zielsteuerungskommissionen zu beschließen (vgl. § 21 Abs. 10 G-ZG; vgl. aber auch landesgesetzlich § 17a Abs. 2 und 3 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 5 Abs. 2 und § 24 Abs. 1 Z 3 SAGES-G 2016, § 9 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung herangezogen werden können (§ 23 Abs. 2 dritter Satz G-ZG, § 17a Abs. 3 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 2 Abs. 4 Z 7 lit. a NÖGUS-Gesetz 2006, § 9 Abs. 6 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat sodann die jeweils aktuelle Fassung des ÖSG jedenfalls im RIS (§ 22 Abs. 1 G-ZG) zu veröffentlichen; ebenso hat der Landeshauptmann die jeweils aktuelle Fassung des RSG im RIS zu veröffentlichen (§ 22 Abs. 2 G-ZG). § 59k Z 1 KAKuG qualifiziert den ÖSG (zunächst) als 'objektiviertes Sachverständigengutachten' (vgl. idS bereits Art. 5 Abs. 9 Z 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

4.4.2. § 23 G-ZG regelt die Verbindlicherklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG: Zunächst hat die Bundes-Zielsteuerungskommission (siehe § 25 Abs. 1 Z 1 und § 26 G-ZG) die 'für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG', die eine 'rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen des RSG bilden sollen', als solche 'auszuweisen' (§ 23 Abs. 1 G-ZG). Hinsichtlich der RSG wendet sich der – unmittelbar anwendbare – § 23 Abs. 2 G-ZG an die Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission: diese haben 'sicherzustellen', dass jene Planungsvorgaben des RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, als solche ausgewiesen werden. (Für den Fall, dass kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG 'bzw. deren Änderungen' in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, verweist § 24 G-ZG grundsatzgesetzlich auf § 10a KAKuG zu Krankenanstaltenplänen; vgl. landesgesetzlich zB § 39 Abs. 4 Oö. KAG 1997, § 4 Abs. 1a Sbg. KAG 2000, § 10 Abs. 4 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017.)

Die rechtliche Verbindlichkeit der solcherart ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG wird durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH hergestellt (§ 23 Abs. 1 zweiter Satz bzw. Abs. 2 zweiter Satz, Abs. 4 und Abs. 5 G-ZG), die zunächst ein Begutachtungsverfahren durchzuführen hat; wenn sich dabei Änderungen ergeben, ist vor der Verbindlicherklärung eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission (im Fall des ÖSG) bzw. der Landes-Zielsteuerungskommission (im Fall eines RSG) 'herbeizuführen' (§ 23 Abs. 1 und 2 G-ZG, jeweils vorletzter und letzter Satz). Gemäß § 23 Abs. 4 G-ZG erklärt die Gesundheitsplanungs GmbH die von der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. den Landes-

Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG, inso- weit sie Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen, für verbindlich. § 23 Abs. 5 G-ZG weist als Grundsatzbestimmung die Landesgesetzgeber an, die solcherart ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der jeweiligen RSG, soweit sie Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, durch die Gesundheitsplanungs GmbH für verbindlich erklären zu lassen (entsprechende ausführungsgesetzliche Bestimmungen finden sich etwa in § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Ge- setz 2013, § 4 Abs. 1 Sbg. KAG 2000 und § 10 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Ge- setz 2017). Gemäß § 23 Abs. 6 G-ZG hat die Gesundheitsplanungs GmbH 'die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen' (eine Kundmachungspflicht im RIS sehen auch § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006 und § 17a Abs. 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 [vor].)

4.4.3. Die Rechtsstellung der Bundes-Zielsteuerungskommission, der Landes-Ziel- steuerungskommissionen und der Gesundheitsplanungs GmbH stellt sich folgen- dermaßen dar:

4.4.3.1. Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Organ der Bundesgesund- heitsagentur (§ 25 Abs. 1 Z 1 G-ZG), die durch (den unmittelbar anwendbaren) § 56a KAKuG als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet ist. Ihr gehö- ren vier Vertreter des Bundes, vier Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreter der Länder an (§ 26 Abs. 1 G-ZG), wobei jede 'Kurie' eine Stimme hat. Die Bundes-Zielsteuerungskommission fasst ihre Beschlüsse in Angelegenheiten des ÖSG einstimmig (§ 26 Abs. 3 Z 1 und Abs. 4 Z 2 lit. j G-ZG). Die Bundes-Zielsteue- rungskommission ist nicht (ausdrücklich) Weisungen staatlicher Organe unterwor- fen.

4.4.3.2. Die Landes-Zielsteuerungskommissionen sind landesgesetzlich als Organe der Landesgesundheitsfonds eingerichtet (vgl. zB § 4 Abs. 1 Z 2 NÖGUS-G 2006, § 5 Abs. 1 Z 2 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 17 Abs. 1 Z 3 SAGES-Gesetz 2016, § 4 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Diese sind als Fonds mit ei- gener Rechtspersönlichkeit gestaltet (vgl. zB § 1 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 1 Abs. 1 Oö. [Gesundheitsfonds-Gesetz] 2013, § 1 Abs. 1 SAGES-Gesetz 2016, § 1 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Den Landes-Zielsteuerungskommissionen gehören fünf Vertreter des Landes, fünf Vertreter der Sozialversicherungsträger und ein Bundesvertreter an (zB § 8 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 10 Abs. 1 Oö. Gesund- heitsfonds-Gesetz 2013, § 22 Abs. 1 SAGES-Gesetz 2016, § 7 Abs. 1 Wr. Gesund- heitsfonds-Gesetz 2017). Gemäß § 28 Abs. 1 G-ZG hat der für das Gesundheitswe- sen zuständige Bundesminister einen Vertreter in die jeweilige Landes- Zielsteuerungskommission zu entsenden, der durch § 28 Abs. 2 leg. cit. ermächtigt ist, u.a. gegen rechtswidrige Beschlüsse ein Veto einzulegen. Gemäß § 29 Abs. 2 G-ZG haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger (jeweils) fünf Vertreter in die Landes-Zielsteuerungskommissionen zu entsenden, die dort (jeweils) eine 'Kurie mit einer Stimme' bilden (§ 29 Abs. 3 G-ZG). Für die Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission ist das Einvernehmen zwischen der Kurie des

Landes und der Kurie der Sozialversicherungsträger erforderlich (zB § 8 Abs. 4 Z 1 NÖGUS-G 2006, § 12 Abs. 2 Z 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 23 Abs. 4 SAGES-Gesetz 2016, § 7 Abs. 10 Z 4 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017); der Bundesvertreter ist vetoberechtigt (zB § 8 Abs. 4 Z 2 NÖGUS-G 2006, § 12 Abs. 2 Z 3 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 23 Abs. 4 Z 3 SAGES-Gesetz 2016, § 7 Abs. 10 Z 5 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Die Landes-Zielsteuerungskommissionen sind nicht (ausdrücklich) Weisungen staatlicher Organe unterworfen (vgl. auch § 19 NÖGUS-G 2006, § 28 SAGES-Gesetz 2016 und § 20 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 über die 'Aufsicht' über den Fonds).

4.4.3.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist eine auf Grundlage von § 23 Abs. 3 G-ZG eingerichtete Gesellschaft mit beschränkter Haftung, deren Gesellschafter der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sind. Die Gesellschafter entsenden jeweils einen Vertreter in die Generalversammlung der Gesellschaft, deren Beschlussfassung einstimmig erfolgt (§ 23 Abs. 3 G-ZG). Die Gesellschafter bestellen die Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH; sie besteht aus einem Geschäftsführer und zwei Stellvertretern (§ 23 Abs. 3 G-ZG). Gemäß § 7 Abs. 2 des vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Vorverfahren zu V 419/2020 vorgelegten Gesellschaftsvertrages wird die Gesellschaft 'durch den Geschäftsführer vertreten. Im Verhinderungsfall wird dieser durch die Stellvertreter gemeinsam vertreten.' Gemäß § 7 Abs. 3 dieses Gesellschaftsvertrages hat 'die Geschäftsführung [...] alle Entscheidungen und Verfügungen zu treffen, die nicht durch das Gesetz, diesen Gesellschaftsvertrag oder allenfalls durch die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung der Beschlussfassung der Generalversammlung vorbehalten sind'.

§ 7 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages ermächtigt die Generalversammlung, eine Geschäftsordnung für die Geschäftsführung zu erlassen. § 1 der vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz vorgelegten (außen als 'Entwurf' bezeichneten) 'Geschäfts- und Verfahrensordnung' (der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass es sich dabei um die im maßgeblichen Zeitraum geltende Version handelt) zählen die 'Durchführung von allgemeinen Begutachtungsverfahren zu Verordnungen zum ÖSG und zu Verordnungen zu den RSG' und die 'Kundmachung der Verordnungen zum ÖSG und der Verordnungen zu den RSG' zu den Aufgaben des Geschäftsführers, die von ihm 'im Einvernehmen mit beiden Stellvertretern auszuüben sind'. Unter dem Titel der 'Kundmachung der Verordnungen' legt § 3 der Geschäfts- und Verfahrensordnung fest, dass der 'Geschäftsführer' den Verordnungsentwurf nach der Rückmeldung im Begutachtungsverfahren 'zu unterzeichnen' und 'im Anschluss gemäß § 23 Abs. 6 [G-ZG] im Rechtsinformationssystem des Bundes als Verordnung zu veröffentlichen' hat.

Gemäß § 23 Abs. 7 G-ZG unterliegt 'die Tätigkeit der Gesellschaft', soweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind, der Aufsicht des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers und es ist die 'Gesellschaft' bei Besorgung ihrer

diesbezüglichen Aufgaben an dessen Weisungen gebunden. Die Grundsatzbestimmung des § 27 Abs. 8 G-ZG verpflichtet die Landesgesetzgeber, die 'Tätigkeit der Gesellschaft', soweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind, der Aufsicht und den Weisungen der jeweiligen Landesregierung zu unterstellen. Die Landesausführungsgesetze sehen entsprechende Bestimmungen vor (vgl. zB § 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 4 Abs. 1 Sbg. KAG 2000, § 10 Abs. 3 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).

4.4.4. Die Krankenanstaltengesetze der Länder sehen in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 3a KAKuG u.a. vor, dass die Bewilligung der Errichtung von selbständigen Ambulatorien grundsätzlich einen Bedarf voraussetzt, der im Fall der Existenz von Verordnungen nach den §§ 23 und 24 G-ZG am Maßstab dieser Verordnungen, also vor allem am Maßstab der als verbindlich erklärten Teile des ÖSG bzw. der RSG zu beurteilen ist. Vergleichbare Bestimmungen finden sich auch in § 52c Abs. 2 Ärztegesetz (siehe ferner § 47a Abs. 2 leg. cit.) und in § 26b Zahnärztegesetz für die Bewilligung von Gruppenpraxen. Die Bindung der Sozialversicherungsträger ergibt sich u.a. aus § 84a Abs. 1 ASVG. Die §§ 8 und 14 Primärversorgungsgesetz sichern die Beachtung der RSG bei der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten.

5. Der Verfassungsgerichtshof hegt gegen die hiemit in Prüfung gezogenen Bestimmungen folgende Bedenken:

5.1. Hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen der ÖSG-Verordnungen bzw. der RSG Wien – Verordnung 2019

5.1.1. § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG sieht die Erlassung von Teilen des ÖSG bzw. der RSG als Verordnung vor, und zwar sowohl solcher Teile, die – als Verordnung – Gesundheitswesen iSv Art. 10 B-VG regeln, als auch solcher Teile, die – als Verordnung – Krankenanstaltenrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zum Gegenstand haben.

5.1.1.1. Diese Verordnungen dürften durch die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG determiniert werden, die als unmittelbar anwendbares Bundesrecht erlassen wurden. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher zunächst das Bedenken, dass diese Bestimmungen als gesetzliche Determinierung von – auch – krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen (insofern) entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als Bundesgesetz und nicht als Grundsatzgesetz erlassen wurden.

5.1.1.2. § 23 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz und Abs. 2 vorletzter und letzter Satz G-ZG regelt das von der Gesundheitsplanungs GmbH durchzuführende Verfahren vor Erlassung dieser Verordnungen als unmittelbar anwendbares Bundesrecht. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass sich diese Verfahrensbestimmungen – lege non distinguente – auch auf [ÖSG]- und RSG-Verordnungen beziehen, soweit sie krankenanstaltenrechtliche Inhalte iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zum Gegenstand haben. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher vorläufig das Bedenken, dass diese Bestimmungen, soweit sie durch unmittelbar anwendbares

Bundesrecht (auch) das Verfahren zur Erlassung von krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG regeln, in Widerspruch zur bundesstaatlichen Kompetenzverteilung, konkret zu Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, stehen.

5.1.1.3. Die ÖSG- und RSG-Verordnungen kommen, so die vorläufige Annahme des Verfassungsgerichtshofes, derart zustande, dass zunächst der ÖSG zwischen Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung bzw. die RSG zwischen Vertretern der Länder und der Sozialversicherung (unter Einbeziehung des Bundes) akkordiert werden. Dieser Abstimmungsvorgang dürfte zumindest teilweise nicht hoheitlicher Natur sein (so dürfte etwa die Beteiligung von Bundesvertretern am Abstimmungsvorgang hinsichtlich des ÖSG in Belangen, die der Sache nach Krankenanstaltenrecht betreffen, schon aus Gründen der Kompetenzverteilung nicht hoheitlich deutbar sein). In einem weiteren Schritt dürfte das Ergebnis dieser Abstimmungen von den Zielsteuerungskommissionen zu beschließen sein (womit ihm zunächst einmal der Charakter eines 'objektivierten Sachverständigengutachtens' zukommen dürfte; vgl. § 59k Z 1 KAKuG) und dürften Teile für die Verbindlicherklärung auszuwählen sein. Die Tätigkeit dieser Zielsteuerungskommissionen dürfte, wenn sie hoheitlich als Teilschritt des Verordnungserlassungsverfahrens zu deuten wäre, mangels Weisungsergenz der obersten Organe der Vollziehung (siehe zur Konstruktion der Zielsteuerungskommissionen oben 4.4.3.1. und 4.4.3.2.) verfassungswidrig sein.

Die – zweifellos hoheitlich handelnde – Gesundheitsplanungs GmbH dürfte hingegen keinen Einfluss auf den Inhalt der ÖSG- und RSG-Verordnungen haben, insbesondere dürfte sie nicht zu entscheiden haben, welche Teile eines ÖSG oder von RSG für verbindlich zu erklären sind. Sie dürfte vielmehr verpflichtet sein, abgestimmte und von der zuständigen Zielsteuerungskommission beschlossene, ausgewiesene Teile des ÖSG bzw. der RSG als verbindlich zu erklären.

Damit dürfte aber die maßgebliche Festlegung des Verordnungsinhaltes – zumindest in wesentlichen Teilen – der Gesundheitsplanungs GmbH entzogen und (zumindest teilweise) nicht-hoheitlich handelnden oder (zumindest teilweise) der Ingerenz der (im Hinblick auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zuständigen) obersten Organe der Vollziehung nicht unterworfenen Organen überantwortet sein. Dies dürfte wiederum die verfassungsrechtlich gebotenen Verantwortungszusammenhänge unterlaufen. Daran dürfte auch nichts ändern, dass nach der Gesamtkonstruktion – zumindest in der Praxis – ein Verordnungsinhalt, der nicht vom Willen sowohl des Bundes als auch des Landes getragen ist, ausgeschlossen oder zumindest unwahrscheinlich scheint. Im Ergebnis dürfte damit die gewählte Konstruktion, die in § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG und den entsprechenden Landes-Ausführungsbestimmungen ihren Sitz hat, den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG an die Leitungsbefugnis oberster Organe der Vollziehung widersprechen.

Dabei wird zu erörtern sein, welche Bedeutung dem Umstand zukommt, dass es sich bei den hier in Rede stehenden Verordnungen um Planungsakte handeln

dürfte, die auf die finanziellen Verhältnisse zwischen staatlichen Organen und in der Folge insbesondere auf privatwirtschaftliche Maßnahmen abzielen.

In diesem Zusammenhang wird auch zu prüfen sein, ob ein verordnungserlassendes Organ durch die Zielsteuerungskommission derart gebunden werden darf, dass es im Ergebnis keine Entscheidungsbefugnis mehr hat.

Zudem wird im Gesetzesprüfungsverfahren zu prüfen sein, ob die vorläufig angenommene Prämisse dieser Bedenken, dass die Gesundheitsplanungs GmbH keinen Entscheidungsspielraum hat und jedenfalls zur Erlassung der von den Zielsteuerungskommissionen bezeichneten Teile der Strukturpläne als Verordnungen verpflichtet ist, tragfähig ist.

5.1.1.4. § 23 G-ZG und die für verbindlich zu erklärenden Teile des ÖSG und der RSG dürften nach der vorläufigen Annahme des Verfassungsgerichtshofes auch Regelungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens iSv Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG enthalten bzw. zu enthalten haben. Auch wenn die Anlassfälle lediglich die Wirkung des ÖSG und der RSG in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zum Gegenstand haben dürften, dürfte § 23 G-ZG diese beiden Kompetenzangelegenheiten in einer Weise verbinden, dass eine allfällige Verfassungswidrigkeit des § 23 Abs. 4 G-ZG in Bezug auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 iVm Art. 102 B-VG auf die Verfassungskonformität der Gesamtregelung durchschlagen dürfte. Dies jedenfalls dann, wenn sich – entgegen der unten (5.3.2.) dargelegten Annahme – ergeben sollte, dass § 23 G-ZG die Erlassung 'gemischter' Verordnungen auf den Gebieten des Gesundheitswesens und des Krankenanstaltenrechts vorsieht.

Art. 102 B-VG sieht für die Belange des Gesundheitswesens den Grundsatz der mittelbaren Bundesverwaltung vor, wonach die Vollziehung des Bundes im Bereich der Länder 'der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden' ausüben. Soweit in Angelegenheiten, die in mittelbarer Bundesverwaltung besorgt werden, 'Bundesbehörden' mit der Vollziehung betraut werden, unterstehen diese Bundesbehörden dem Landeshauptmann und es dürfen Gesetze, die die Einbindung von Bundesbehörden in Unterordnung unter den Landeshauptmann anordnen, nur mit Zustimmung der beteiligten Länder kundgemacht werden (Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz B-VG). Die Einrichtung von eigenen 'Bundesbehörden' für andere als die in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannten Angelegenheiten kann nach Art. 102 Abs. 4 B-VG ebenfalls nur mit Zustimmung der beteiligten Länder erfolgen.

Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass auch mit der Erlassung von Verordnungen beliehene Rechtsträger als (funktionelle) 'Bundesbehörden' iSv Art. 102 B-VG zu verstehen sind (vgl. VfSlg. 20.323/2019 und VfGH 12.6.2020, G 252/2019 zu Fällen der mittelbaren Staatsverwaltung durch beauftragte Rechtspersonen des öffentlichen Rechts).

Der Verfassungsgerichtshof hegt daher das Bedenken, dass die Betrauung der Gesundheitsplanungs GmbH (auch) mit der Erlassung von Verordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mangels – soweit ersichtlich – Zustimmung der Länder weder den Anforderungen des Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz noch jenen des Art. 102 Abs. 4 B-VG entsprechen dürfte; ein Fall des Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz B-VG dürfte schon deshalb nicht vorliegen, weil die Gesundheitsplanungs GmbH in den Belangen des Gesundheitswesens nicht den Landeshauptleuten unterstellt sein dürfte.

Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass auch die Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017, schon deshalb nicht als Zustimmung iSv Art. 102 B-VG gedeutet werden kann, weil Art. 5 Abs. 9 und 10 dieser Vereinbarung vorsieht, die Bundesgesundheitsagentur (hinsichtlich des ÖSG) bzw. die Landesgesundheitsfonds (hinsichtlich der RSG), nicht aber die Gesundheitsplanungs GmbH als Urheber dieser Verordnungen einzusetzen. Somit hegt der Verfassungsgerichtshof das Bedenken, dass die Beleihung nach § 23 Abs. 4 G-ZG in Widerspruch zu Art. 102 B-VG steht.

5.1.1.5. § 23 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 G-ZG sieht vor, dass die 'Gesundheitsplanungs GmbH' die ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG für verbindlich zu erklären hat. Gemäß § 23 Abs. 3 G-ZG verfügt die Gesundheitsplanungs GmbH (zumindest) über zwei Organe, nämlich das Kollegialorgan Generalversammlung, die schon kraft gesetzlicher Anordnung ihre Beschlüsse einstimmig zu fassen hat, und die monokratisch organisierte Geschäftsführung (arg.: Geschäftsführer und zwei Stellvertreter).

§ 23 Abs. 4 G-ZG dürfte damit als unmittelbar anwendbare Bestimmung nicht festlegen, welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH für den Akt der Verordnungserlassung zuständig sein soll. Auch das NÖGUS-Gesetz 2006, das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, das SKAG und das Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 dürften (für ihren Anwendungsbereich) keine Festlegung des zuständigen willensbildenden Organes enthalten.

Erst aus dem Gesellschaftsvertrag und der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gesundheitsplanungs GmbH dürfte sich ergeben, dass die Verordnungserlassung in die Zuständigkeit der Geschäftsführung fällt; dies dürfte auch der Praxis der Gesundheitsplanungs GmbH entsprechen.

Der Verfassungsgerichtshof hegt daher vorläufig das Bedenken, dass es Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG und dem daraus abzuleitenden Gebot der exakten Regelung von Behördenzuständigkeiten widerstreiten dürfte, wenn die zitierten Bestimmungen zwar die Gesundheitsplanungs GmbH mit Aufgaben der Erlassung von Verordnungen beleihen, aber offen lassen dürften, welches von mehreren in Betracht kommenden Gesellschaftsorganen konkret zuständig sei. Dies zumal das G-ZG sowohl ein Kollegialorgan als auch ein monokratisch organisiertes

Organ vorzusehen scheint, weshalb erhebliche Unterschiede in der Willensbildung bestehen dürften.

Im Gesetzesprüfungsverfahren wird insbesondere zu erörtern sein, ob der Gesetzgeber den Anforderungen des Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG genügt, wenn er eine Rechtsperson als solche mit Hoheitsgewalt beleiht und die Frage der Aufgabenverteilung und damit auch die Zuständigkeit zur Erlassung von Verordnungen für diese Rechtsperson deren innerer Organisation überlässt. Dabei wird auch zu prüfen sein, ob sich allenfalls aus § 18 Abs. 1 GmbH-Gesetz oder einer anderen Bestimmung des Gesellschaftsrechts Anhaltspunkte für die Zuständigkeit ergeben.

Sollte sich hingegen ergeben, dass aus dem Gesetz – wie in der Literatur vermutet wurde (*Stöger*, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, in Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [19]) – die Zuständigkeit der Generalversammlung der Gesundheitsplanungs GmbH abzuleiten ist, hegt der Verfassungsgerichtshof das Bedenken, dass die in Prüfung gezogenen Verordnungen vom unzuständigen Organ erlassen worden sind.

5.1.1.6. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes zu den verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung setzt diese insbesondere voraus, dass eine mit Hoheitsgewalt beliehene Rechtsperson der Weisungsbefugnis (letztlich) des zuständigen obersten Organs der Vollziehung unterworfen ist und dass hinreichende Instrumente zur Effektuierung der Weisungsbefugnis vorhanden sind (vgl. nur VfSlg. 14.473/1996).

Zwar ist die Gesundheitsplanungs GmbH bundesrechtlich (§ 23 Abs. 7 G-ZG) bzw. landesrechtlich (§ 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 4 Abs. 1 SKAG, § 10 Abs. 3 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) den Weisungen und der Aufsicht (letztlich) des jeweils zuständigen obersten Organs der Verwaltung unterworfen. Der Verfassungsgerichtshof hegt jedoch das Bedenken, dass diese Weisungs- und Aufsichtsbefugnisse nach der Konstruktion der Gesundheitsplanungs GmbH nicht hinreichend effektiv sein dürften: So dürften es die zitierten Bestimmungen nicht ermöglichen, eine Missachtung von Weisungen effektiv abzustellen. Auch die gesellschaftsrechtlichen Grundlagen der Gesundheitsplanungs GmbH dürften angesichts des Umstandes, dass der Bund bzw. die Länder nur jeweils ein Mitglied in die Generalversammlung der Gesundheitsplanungs GmbH, die kraft Gesetzes einstimmig zu entscheiden hat, zu entsenden befugt sein dürften, nicht ausreichen, die verfassungsrechtlichen Anforderungen an effektive Steuerungsmöglichkeiten zu erfüllen. Sollten sich die Steuerungsmöglichkeiten des Bundes bzw. des Landes also als unzureichend erweisen, so dürfte die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Befugnis zur Verordnungserlassung (§ 23 Abs. 4 und 5 G-ZG, § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 4 Abs. 1 SKAG, § 10 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) verfassungswidrig sein. Dabei wird auch zu prüfen sein, welche Bedeutung

dem Umstand zukommt, dass § 23 G-ZG nicht festzulegen scheint, im Ausmaß welcher Gesellschaftsanteile der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger an der Gesundheitsplanungs GmbH beteiligt sind.

5.1.1.7. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist eine Beleihung weiters auf einzelne Aufgaben der staatlichen Verwaltung beschränkt und sind jedenfalls Kernaufgaben von der Übertragung auf Beliehene ausgeschlossen (vgl. abermals VfSlg. 14.473/1996). Der Verfassungsgerichtshof hegt idS auch Zweifel, ob die Übertragung der (auch finanziellen) Planung für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung überschreitet. Im Gesetzesprüfungsverfahren wird in diesem Zusammenhang auch die Frage zu erörtern sein, welche Bedeutung insofern dem Umstand zukommt, dass die Gesundheitsplanungs GmbH – so die vorläufige Annahme des Verfassungsgerichtshofes – keinen Spielraum bei der Erlassung ihrer Verordnungen haben dürfte.

5.1.1.8. § 23 Abs. 5 G-ZG regelt als Grundsatzbestimmung, dass die Landesgesetzgebung vorzusehen hat, dass die Gesundheitsplanungs GmbH Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG, welche Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, für verbindlich zu erklären hat. Im Rahmen der Kompetenz des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG dürfte der Bundesgesetzgeber zwar auch befugt sein, wenn grundsätzliche Fragen betroffen sind, die Zuständigkeit zu Vollzugsakten auf dem Gebiet der Krankenanstalten grundsatzgesetzlich – bestehenden – Landesbehörden zuzuordnen, weil die Festlegung der sachlichen Zuständigkeit zum materiellen Recht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zählen dürfte (vgl. VfSlg. 17.232/2004). Dem Bundesgesetzgeber dürfte es im Rahmen des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG jedoch verwehrt sein, den Landesgesetzgeber zur Einrichtung neuer Landesbehörden zu verpflichten, weil er damit in die Landes-Organisationskompetenz (Art. 15 Abs. 1 B-VG) eingreifen dürfte (vgl. VfSlg. 8833/1980, 8834/1980). Entsprechend dürfte es dem Bundes-Grundsatzgesetzgeber aber auch verwehrt sein, die Länder zu Beleihungen zu verpflichten, weil auch damit ein – organisatorisches – Abweichen von der landesrechtlich zu regelnden Landesorganisation verbunden sein dürfte. § 23 Abs. 5 G-ZG begegnet daher dem Bedenken, dass diese Bestimmung in Widerspruch zu Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG steht.

5.2. Hinsichtlich der Bedarfsprüfung

Nach der Grundsatzbestimmung des § 3a KAKuG ist die Errichtung selbständiger Ambulatorien grundsätzlich bewilligungspflichtig. Gemäß § 3a Abs. 2 KAKuG darf die Errichtungsbewilligung u.a. nur erteilt werden, wenn nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das (näher beschriebene) bestehende Versorgungsangebot 'eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann', wobei bei der Beurteilung dieser Frage die in Abs. 3 leg. cit. genannten Kriterien zu berücksichtigen sind. Gemäß § 3a Abs. 3a KAKuG ist jedoch, wenn der Leistungsumfang in Verordnungen nach den §§ 23 f. G-ZG geregelt ist, 'hinsichtlich des

Bedarfs' die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen; ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden. § 6a Oö. KAG 1997 und § 10c Nö. KAG enthalten entsprechende ausführungsgesetzliche Bestimmungen. Mit diesen Regelungen ist im Ergebnis eine Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien angeordnet.

Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner bisherigen Rechtsprechung Regelungen zu krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungen aufgehoben, wenn sie lediglich dem Konkurrenzschutz zwischen privaten Krankenanstalten gedient haben (vgl. VfSlg. 13.023/1992, 14.552/1996, 15.740/2000), im Übrigen aber verhältnismäßige Bedarfsprüfungen im öffentlichen Interesse als verfassungskonform angesehen (vgl. VfSlg. 14.840/1997, 14.456/1999, 15.610/1999, 15.613/1999). Der Verfassungsgerichtshof hegt vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung keine Bedenken gegen das gesetzlich vorgesehene Tatbestandsmerkmal, dass die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums, dessen Genehmigung begehrt wird, zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots führen muss (§ 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG, § 10c Abs. 1 lit. a Nö. KAG, § 6a Abs. 5 Z 1 Oö. KAG).

Mit § 10c Abs. 3 Nö. KAG und § 6a Abs. 6a Oö KAG wird jedoch – in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 3a Abs. 3a KAKuG – unter den gegebenen Voraussetzungen an die Stelle dieser Prüfung die Vereinbarkeit mit Verordnungen nach § 23 G-ZG gesetzt, wobei diese Verordnungen u.a. die Zahl bestimmter Großgeräte taxativ festsetzen. Damit werden im Ergebnis selbständige Ambulatorien, die in den Anwendungsbereich dieser Bestimmungen fallen, starr kontingentiert.

Art. 6 StGG garantiert das Recht auf Erwerbsfreiheit, die von freiem Wettbewerb geprägt ist. Rechtliche Berufsanztrittshindernisse, die außerhalb der vom Berufsanztrittswerber beeinflussbaren Sphäre liegen, greifen nach der Rechtsprechung besonders schwer in die verfassungsrechtlich garantierte Erwerbsfreiheit ein. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher vorläufig das Bedenken, dass eine starre Kontingentierung bestimmter selbständiger Ambulatorien, wie sie (die nach vorläufiger Annahme des Verfassungsgerichtshofes zu den anhängigen Erkenntnisbeschwerden präjudiziellen) § 3a Abs. 3a KAKuG, § 10c Abs. 3 Nö. KAG bzw. § 6a Abs. 6a Oö KAG vorsehen, überschießend in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) eingreifen dürfte und damit verfassungswidrig wäre. Im Gesetzesprüfungsverfahren wird unter anderem zu erörtern sein, inwiefern die öffentlichen Interessen an der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, insbesondere im Bereich der Großgeräte, auch eine solche Kontingentierung zu rechtfertigen vermögen.

5.3. Zu den in Prüfung gezogenen Verordnungen

Der Verfassungsgerichtshof hegt gegen die in den zu E 2445/2019 und zu E 2462/2019 protokollierten Beschwerdeverfahren präjudiziellen Teile der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), Nr. 1/2018 der

Sonstigen Kundmachungen (RIS), und gegen die in dem zu E 2872/2020 protokollierten Beschwerdeverfahren präjudiziellen Teile der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), Nr. 1/2018 der Sonstigen Kundmachungen (RIS), idF der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), Nr. 6/2019 der Sonstigen Kundmachungen (RIS), folgende Bedenken:

5.3.1. Die genannten Verordnungen dürften jedenfalls auch auf Grundlage von § 23 Abs. 4 G-ZG, § 17 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 4 SKAG und § 10 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 ergangen sein. Sollten sich die oben dargelegten Bedenken gegen diese Gesetzesbestimmungen als zutreffend erweisen und zur Aufhebung zumindest einzelner dieser Bestimmungen führen, so dürfte es diesen Verordnungen an einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage fehlen. Daran dürfte auch nichts ändern, dass sich diese Verordnungen weiterhin auf entsprechende Verordnungsermächtigungen anderer Bundesländer stützen könnten.

5.3.2. Ferner geht der Verfassungsgerichtshof vorläufig davon aus, dass § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG vor dem Hintergrund der Trennung der Vollzugsbereiche des Bundes und der Länder die gesonderte Erlassung von Verordnungen einerseits für Angelegenheiten iSd Art. 10 B-VG und andererseits für Angelegenheiten iSd Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG vorsieht. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat mit der ÖSG VO 2018 bzw. mit der ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 übergreifende, 'gemischte' Verordnungen erlassen, die sich sowohl auf Angelegenheiten iSd Art. 10 B-VG als auch auf Angelegenheiten iSd Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG beziehen. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher vorläufig das Bedenken, dass die ÖSG VO 2018 bzw. die ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 insofern in Widerspruch zu ihren gesetzlichen Grundlagen stehen.

5.3.3. Sollte das Gesetzesprüfungsverfahren ergeben, dass die Erlassung des ÖSG und der RSG als Verordnungen in die Zuständigkeit der Generalversammlung der Gesundheitsplanungs GmbH fällt, bestünde überdies das Bedenken, dass die in Prüfung gezogenen Ordnungsbestimmungen von der unzuständigen Behörde erlassen worden wären (siehe näher oben bereits 5.1.1.5.).

Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass im zu E 2445/2019 protokollierten Verfahren jedenfalls § 4 iVm Anlage 2 Spalte 43 ÖSG VO 2018, dass im zu E 2462/2019 protokollierten Verfahren jedenfalls § 4 iVm Anlage 2 Spalte 45 ÖSG VO 2018 und dass im zu E 2872/2020 protokollierten Verfahren jedenfalls § 4 iVm Anlage 2 Spalte 33 der ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 präjudiziell sind. Eine isolierte Aufhebung dieser Spalten der Anlage 2 zu diesen Verordnungen dürfte jedoch dazu führen, dass für die betroffenen Versorgungsregionen eine Null-Festlegung angeordnet wäre, weshalb neben § 4 der genannten Verordnun-

gen jeweils die gesamte Anlage 2 in Prüfung zu ziehen ist. Im Zuge des Verordnungsprüfungsverfahrens wird auch zu prüfen sein, ob eine allfällige Aufhebung oder Feststellung der Gesetzwidrigkeit iSv Art. 139 Abs. 3 B-VG auf die gesamte Verordnung zu beziehen ist."

5. Die Bundesregierung hat eine Äußerung erstattet, in der sie beantragt, das Verfahren einzustellen, in eventu auszusprechen, dass die in Prüfung gezogenen Bestimmungen nicht als verfassungswidrig aufgehoben werden, für den Fall der Aufhebung aber eine Frist von 18 Monaten gemäß Art. 140 Abs. 5 B-VG zu setzen, und im Übrigen der Zulässigkeit des Gesetzesprüfungsverfahrens bzw. den im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken wie folgt entgegentritt (ohne Hervorhebungen im Original):

50

"[...]

II. Zur Zulässigkeit:

1. Zum Prüfungsumfang:

1.1. Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes soll ein Gesetzesprüfungsverfahren dazu dienen, die behauptete Verfassungswidrigkeit – wenn sie tatsächlich vorläge – zu beseitigen. Der Prüfungsumfang ist insbesondere so abzugrenzen, dass durch die Aufhebung der in Prüfung gezogenen Bestimmungen die angenommene Verfassungswidrigkeit gänzlich beseitigt werden kann (vgl. mutatis mutandis VfSlg. 16.191/2001, 18.397/2008, 18.891/2009, 19.178/2010, 19.674/2012).

1.2. Vor diesem Hintergrund scheint der Prüfungsbeschluss den Prüfungsumfang nicht richtig abzugrenzen:

1.3. Der Verfassungsgerichtshof hegt im Hinblick auf die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG das Bedenken, dass diese Bestimmungen als gesetzliche Determinierung von (auch) krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen, welche die Verbindlicherklärung von Teilen des ÖSG bzw. der RSG zum Inhalt haben, entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nicht als Grundsatzbestimmung erlassen wurden (Rz. 100 des Prüfungsbeschlusses). Dabei übersieht er jedoch offenbar, dass die Determinierung der RSG nicht (nur) in den genannten Bestimmungen erfolgt, sondern (auch) durch den nicht vom Prüfungsumfang mit umfassten § 21 G-ZG, welcher ebenso inhaltliche Vorgaben für die RSG enthält [...] und damit in untrennbarem Zusammenhang mit den genannten Bestimmungen steht.

1.4. Des Weiteren hegt der Verfassungsgerichtshof das Bedenken, dass § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2

und Art. 142 B-VG an die Leitungsbefugnis oberster Organe der Vollziehung widersprechen, da die maßgebliche Festlegung des Verordnungsinhaltes der Bundes- und den Landes-Zielsteuerungskommissionen überantwortet sei (Rz. 102 bis 107 des Prüfungsbeschlusses). Letzteres ergibt sich jedoch nicht aus § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG, sondern aus § 23 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz G-ZG [...]. Doch auch diese Bestimmungen sind vom Prüfungsumfang nicht mit umfasst.

1.5. Durch die Aufhebung der §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 sowie § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG würde daher nicht eine Rechtslage hergestellt, auf die die genannten Bedenken des Verfassungsgerichtshofes nicht mehr zuträfen.

1.6. Nach Auffassung der Bundesregierung erweist sich der Prüfungsbeschluss daher insoweit als unzulässig.

2. Zur Darlegung der Bedenken:

2.1. Gemäß dem – aufgrund von § 65 Z 2 VfGG im amtswegigen Gesetzesprüfungsverfahren sinngemäß anzuwendenden – § 62 Abs. 1 zweiter Satz VfGG hat der Antrag, ein Gesetz als verfassungswidrig aufzuheben, die gegen die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes sprechenden Bedenken im Einzelnen darzulegen. Dieses Erfordernis ist nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes nur dann erfüllt, wenn die Gründe der behaupteten Verfassungswidrigkeit – in überprüfbarer Art – präzise ausgebreitet werden, dh. dem Antrag mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen ist, mit welcher Verfassungsbestimmung die jeweils bekämpfte Gesetzesstelle in Widerspruch stehen soll und welche Gründe für diese Annahme sprechen (vgl. VfSlg. 11.150/1986, 13.851/1994, 14.802/1997, 19.933/2014).

2.2. Diesem Erfordernis genügt der Prüfungsbeschluss nur zum Teil:

2.3. Der Verfassungsgerichtshof hegt das Bedenken, dass die Übertragung der (auch finanziellen) Planung für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge auf einen privaten Rechtsträger gegen die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung verstoße (Rz. 121 des Prüfungsbeschlusses). Er ordnet jedoch in der Folge diese Bedenken keiner spezifischen Bestimmung des G-ZG oder des KAKuG zu.

2.4. Darüber hinaus werden im Prüfungsbeschluss keinerlei Bedenken gegen den – wiewohl in Prüfung gezogenen – § 23 Abs. 8 G-ZG vorgebracht.

2.5. Schließlich hegt der Verfassungsgerichtshof auch das Bedenken, dass § 3a Abs. 3a KAKuG auf verfassungswidrige Weise in den Schutzbereich der Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) eingreife (Rz. 124 bis 127 des Prüfungsbeschlusses), weil durch die in den durch Verordnung für verbindlich erklärten Plänen die Zahl bestimmter Großgeräte taxativ festgesetzt sei. Dieses Bedenken betrifft jedoch seinem Grunde nach – allenfalls bloß – § 20 Abs. 1 Z 10 und 11 G-ZG, in dem

inhaltliche Vorgaben für den ÖSG auch im Hinblick auf Großgeräte getroffen werden. Mit § 3a Abs. 3a KAKuG wird allerdings keinerlei Kontingentierung von Großgeräten angeordnet.

2.6. Der Prüfungsbeschluss ist daher auch aus diesem Grund insoweit unzulässig.

3. Im Übrigen sind für die Bundesregierung keine Anhaltspunkte erkennbar, die gegen die vorläufigen Annahmen des Verfassungsgerichtshofes hinsichtlich der Zulässigkeit des Prüfungsbeschlusses sprächen.

III. In der Sache:

Die Bundesregierung verweist einleitend auf die ständige Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes, wonach dieser in einem von Amts wegen eingeleiteten Verfahren zur Prüfung der Verfassungsmäßigkeit eines Gesetzes gemäß Art. 140 B-VG auf die Erörterung der aufgeworfenen Fragen beschränkt ist (vgl. zB VfSlg. 19.532/2011) und ausschließlich beurteilt, ob die in Prüfung gezogene Bestimmung aus den in der Begründung des Einleitungsbeschlusses dargelegten Gründen verfassungswidrig ist. Die Bundesregierung beschränkt sich daher im Folgenden auf die Erörterung der im Einleitungsbeschluss dargelegten Bedenken.

1. Zu den Bedenken im Hinblick auf Art. 12 B-VG:

1.1. Der Verfassungsgerichtshof hegt die Bedenken, dass die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG sowie § 23 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz und Abs. 2 vorletzter und letzter Satz G-ZG kompetenzwidrig seien (Rz. 100 und 101 des Prüfungsbeschlusses): Die Bestimmungen determinieren nach der vorläufigen Annahme des Gerichtshofes (auch) den Inhalt und das Verfahren von krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen. Entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG seien sie aber nicht als Grundsatzbestimmung ausgewiesen, sondern als (unmittelbar anwendbares) Bundesgesetz erlassen worden.

1.2. Dem ist zu entgegnen, dass diese Bestimmungen auf Kompetenztatbestände gestützt werden können, die eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes begründen, nämlich auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 ('Sozialversicherungswesen') und Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ('Gesundheitswesen'). Die Bundesregierung geht davon aus, dass die (Bundes-)Gesetzgebung im Hinblick auf den Umstand, dass keine entsprechenden (ausdrücklich als solche bezeichneten) Grundsatzbestimmungen erlassen wurden, von ihrer Kompetenz zur Grundsatzgesetzgebung in den Angelegenheiten der 'Heil- und Pflegeanstalten' (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) keinen Gebrauch gemacht hat, zumal im G-ZG an anderen Stellen sehr wohl von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht wird (siehe § 21 Abs. 2, 4 und 6, § 23 Abs. 5 und 8 und § 24 G-ZG). Insoweit der Bund keine Grundsätze aufgestellt hat, kann die Landesgesetzgebung die Angelegenheit frei regeln (Art. 15 Abs. 6 fünfter Satz B-VG).

1.3. Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass der Anwendungsbereich der genannten Bestimmungen nicht auf die Angelegenheiten des Art. 10 Abs. 1 Z 11 und 12 B-VG eingeschränkt wird (so wie dies in den Grundsatzbestimmungen in Bezug auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gehandhabt wird), da eine solche Einschränkung in den sonstigen Bestimmungen, die – zumindest theoretisch – auch Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG betreffen können, einerseits nur dort vorgesehen ist, wo eine Klarstellung unbedingt erforderlich ist (vgl. § 23 Abs. 4 und 7 G-ZG), und sich andererseits ein solch eingeschränkter Anwendungsbereich ohnedies aus der salvatorischen Klausel in § 1 Abs. 1 G-ZG ergibt.

1.4. Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, dass die in Prüfung gezogenen Bestimmungen kompetenzkonform sind.

2. Zu den Bedenken im Hinblick auf Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG:

2.1. Der Verfassungsgerichtshof hegt weiters das Bedenken, dass die im G-ZG gewählte 'Konstruktion' den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG nicht entspreche (Rz. 102 bis 107 des Prüfungsbeschlusses): Die Gesundheitsplanungs GmbH habe als zuständige Behörde keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erlassenden Verordnung. Vielmehr dürfte sie verpflichtet sein, solche Inhalte für verbindlich zu erklären, die von anderen Stellen festgelegt wurden, welche (zumindest teilweise) nicht-hoheitlich handeln oder (oder zumindest teilweise) der Ingerenz der obersten Organe der Vollziehung nicht unterliegen. Damit, so der Prüfungsbeschluss, werden die verfassungsrechtlich gebotenen Verantwortungszusammenhänge unterlaufen.

2.2. Was zunächst die Rechtsnatur der Akkordierung des ÖSG und der RSG durch Bund, Länder und Sozialversicherung betrifft (vgl. § 20 Abs. 3 und § 21 Abs. 7 G-ZG), schließt sich die Bundesregierung der Auffassung (Rz. 102 des Prüfungsbeschlusses) an, wonach diese Tätigkeiten nicht hoheitlicher Natur seien.

2.3.1. Nach Auffassung der Bundesregierung sind auch die im G-ZG geregelten Aufgaben der Zielsteuerungskommissionen nicht als hoheitliche Tätigkeiten aufzufassen, weshalb auch keine Weisungsingerenz der obersten Organe der Vollziehung gesetzlich vorgesehen werden müsste:

2.3.2. Die Zielsteuerungskommissionen sind unstrittig nicht mit der Setzung von Hoheitsakten betraut, sodass ihr Handeln lediglich als schlicht-hoheitliches Verwaltungshandeln qualifiziert werden könnte. Es ist aber im Allgemeinen davon auszugehen, dass eine 'Beleihung' ausgegliederter öffentlich-rechtlicher Rechtsträger zur Voraussetzung hat, dass dem Rechtsträger eine Befugnis zur Setzung von Rechtsakten übertragen wird. Die Übertragung einer Befugnis lediglich zu einem Handeln, das, würde es durch Behörden erfolgen, als schlicht-hoheitliches Verwaltungshandeln (und damit dennoch als 'Vollziehung' in einem

verfassungsrechtlichen Sinn) zu verstehen wäre, führt demnach noch nicht zur Qualifikation als Beleihung (vgl. etwa Wiederin, Die Beleihung, in Fuchs/Merli/Pöschl/Sturn/Wiederin/Wimmer [Hrsg.], Staatliche Aufgaben, private Akteure, Band 2, 2017, 31 [42 f mwN]).

2.3.3. Sollte der Verfassungsgerichtshof der Auffassung sein, dass eine Beleihung auch dann vorliegen kann, wenn der Rechtsträger mit der Befugnis zu schlicht-hoheitlichem Handeln ermächtigt wird, stellt die Bundesregierung zur Erwägung, das Handeln der Zielsteuerungskommissionen nicht als schlicht-hoheitliches Handeln ('Vollziehung' in einem verfassungsrechtlichen Sinn) zu qualifizieren, sondern als einen gesetzlich geordneten politischen Prozess.

2.4. Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, dass das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes, wonach die im G-ZG vorgesehene Konstruktion aufgrund fehlender Weisungsingerenz der obersten Organe hinsichtlich der Tätigkeit der Zielsteuerungskommissionen verfassungswidrig sei (Rz. 102 des Prüfungsbeschlusses), nicht zutrifft.

2.5. Die Bundesregierung ist weiters der Auffassung, dass es keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet, wenn ein Verwaltungsorgan wie die Gesundheitsplanungs GmbH durch Gesetz verpflichtet wird, einen Inhalt durch Verordnung für verbindlich zu erklären, der nicht vom Verwaltungsorgan selbst, sondern von anderen Stellen festgelegt wird. Im Einzelnen führt sie hiezu Folgendes aus:

2.6.1. Unproblematisch ist es zunächst, wenn im Gesetz eine Pflicht der Behörde zur Erlassung einer Verordnung bestimmten Inhalts vorgesehen wird:

2.6.2. Nach Lehre und Rechtsprechung ist es zulässig, eine Verwaltungsbehörde durch das Gesetz zur Erlassung einer Verordnung zu verpflichten (Rill, Art. 18 B-VG, in Kneihls/Lienbacher [Hrsg.], Rill-Schäffer-Kommentar. Bundesverfassungsrecht, 1. Lfg. 2001, Rz. 91 mwN; Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht⁵, 2017, Rz. 777; Muzak, B-VG⁶, 2020, Art. 18 B-VG, Rz. 32, mit Verweis auf VfSlg. 13.714/1994, 14.295/1995). Dies wird umso mehr für beliehene Rechtsträger gelten, zumal diese keine originäre Kompetenz zur Erlassung von Verordnungen gemäß Art. 18 Abs. 2 B-VG haben (vgl. VfSlg. 16.995/2003).

2.7.1. Unbedenklich ist es auch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH nur auf Initiative anderer eine Verordnung erlassen darf:

2.7.2. Der Verfassungsgerichtshof hat zwar aus der Stellung oberster Organe der Vollziehung abgeleitet, dass diese nur unter bestimmten Voraussetzungen an Anträge anderer Stellen gebunden werden dürfen (vgl. zB VfSlg. 14.977/1997). Dies gilt aber nicht für Organe, die keine obersten Organe sind (vgl. VfSlg. 13.880/1994). Es ist daher von vornherein nicht unzulässig, die Gesundheitsplanungs GmbH an Anträge anderer Stellen zu binden. Insofern ist es

auch verfassungsrechtlich unproblematisch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH nur dann zum Handeln ermächtigt (und verpflichtet) ist, wenn die jeweils zuständige Zielsteuerungskommission für verbindlich zu erklärende Teile des ÖSG oder der RSG ausweist.

2.8.1. Verfassungsrechtlich unbedenklich ist nach Auffassung der Bundesregierung schließlich auch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH keinen Einfluss auf den Inhalt der für verbindlich zu erklärenden Pläne hat:

2.8.2. Welchen Inhalt eine Verordnung haben muss, ist Verwaltungsbehörden regelmäßig heteronom vorgegeben, dies insbesondere durch das die Verordnung bestimmende Gesetz (vgl. Art. 18 Abs. 2 B-VG). So kann zB die Kultusbehörde verpflichtet sein, eine bestimmte Religionsgemeinschaft durch Verordnung anzuerkennen, also eine Verordnung mit einem bestimmten Inhalt zu erlassen (vgl. VfSlg. 11.931/1988). Die Straßenpolizeibehörde kann verpflichtet sein, auf Antrag einer Person mit Behinderung eine Verordnung mit einem bestimmten Inhalt (Errichtung eines 'Behindertenparkplatzes') zu erlassen (vgl. VwGH 28.1.2021, Ro 2019/02/0017).

2.8.3. Über die Determinierung des Inhalts von Verordnungen hinausgehend ist in einigen Gesetzen auch vorgesehen, dass die Behörde Inhalte, die von anderen Stellen stammen, durch Verordnung verbindlich erklärt, so etwa bei der Erklärung eines Kollektivvertrags zur Satzung durch das Bundeseinigungsamt auf Antrag einer kollektivvertragsfähigen Körperschaft [...], bei der Verbindlicherklärung der deutschsprachigen Fassung des Europäischen Arzneibuchs durch den Bundesminister für Gesundheit [...] oder bei der Verbindlicherklärung einer nationalen Norm, die von der Normungsorganisation angenommen wurde [...].

2.9.1. Schließlich weist die Bundesregierung darauf hin, dass das G-ZG sicherstellt, dass die jeweils zuständigen obersten Organe – ihrer Verantwortlichkeit entsprechend – Einfluss auf den Inhalt des ÖSG und der RSG ausüben können:

2.9.2. Die obersten Organe haben zunächst im Rahmen der Akkordierung (vgl. § 20 Abs. 3 und § 21 Abs. 7 G-ZG) Einfluss auf den Inhalt der Gesundheitsplanungsakte. In der Bundes-Zielsteuerungskommission, deren Vorsitz vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister geführt wird (§ 26 Abs. 2 G-ZG), kann der ÖSG nur im Einvernehmen zwischen den Kurien des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung beschlossen werden (§ 26 Abs. 3 Z 1 G-ZG). Die RSG können von der Landes-Zielsteuerungskommission nur im Einvernehmen zwischen den Kurien des Landes und der Sozialversicherung beschlossen werden (vgl. Art. 26 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG). Der Vertreter des Bundes hat ein Vetorecht (vgl. § 28 Abs. 2 G-ZG).

2.9.3. Die Strukturpläne sind daher regelmäßig vom gemeinsamen politischen Willen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung getragen. Es erscheint damit geradezu ausgeschlossen, dass ein Gesundheitsplan gegen den Willen der

zuständigen obersten Organe der Vollziehung zustande kommt und Verbindlichkeit erlangt.

2.10. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass die in Prüfung gezogenen Bestimmungen nicht den Anforderungen des Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG widersprechen.

3. Zu den Bedenken im Hinblick auf Art. 102 B-VG:

3.1. Der Verfassungsgerichtshof hegt weiters das Bedenken, dass die in § 23 Abs. 4 G-ZG vorgesehene Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH gegen Art. 102 B-VG verstoße (Rz. 108 bis 112): § 23 Abs. 4 G-ZG sei (auch) eine Regelung auf dem Gebiet des 'Gesundheitswesens' (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG); das Gesundheitswesen sei gemäß Art. 102 B-VG in mittelbarer Bundesverwaltung zu vollziehen. Ein mit der Erlassung von Verordnungen beliehener Rechtsträger sei als (funktionelle) 'Bundesbehörde' iSd. Art. 102 B-VG zu verstehen. Da die Länder dem entsprechenden Gesetzesbeschluss nicht zugestimmt haben, erfülle die Betrauung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Erlassung von Verordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens weder die Anforderungen des Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz B-VG noch jene des Art. 102 Abs. 4 B-VG.

3.2.1. Vorweg weist die Bundesregierung darauf hin, dass das im Prüfungsbeschluss gehegte Bedenken die grundsätzliche Frage aufwirft, wie sich die Ausgliederung von Staatsaufgaben zu den verfassungsrechtlich vorgesehenen Modellen der Vollziehung verhält; nämlich, ob die verfassungsrechtlichen Vorgaben, die im Fall der Vollziehung durch staatliche Organe zur Anwendung gelangen, gleichermaßen dann zur Anwendung gelangen, wenn die Vollziehung nicht durch staatliche Organe, sondern durch ausgegliederte Rechtsträger besorgt wird.

3.2.2. Wäre es zutreffend, dass Art. 102 B-VG auf die Angelegenheiten des Gesundheitswesens schlechthin anzuwenden wäre, könnte daraus der Schluss gezogen werden, dass diese Bestimmung einer (über vereinzelt Angelegenheiten hinausgehenden) Ausgliederung von Aufgaben per se entgegensteht und die Vollziehung in den Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung dem Landeshauptmann und den ihm unterstellten Behörden (das sind ausschließlich die Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Städte mit eigenem Statut; vgl. § 8 Abs. 5 lit. b ÜG 1920) verfassungsrechtlich vorbehalten ist (vgl. auch Wielinger, BVG ÄmterLReg. § 8/5 lit a und b ÜG 1920, in Korinek/Holoubek [Hrsg.], Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar, 10. Lfg. 2011, Rz. 19, nach dem es unzulässig ist, einen Rechtsträger 'ausschließlich oder primär zu dem Zweck zu schaffen, ihm die Besorgung hoheitlicher Aufgaben aus der Landesvollziehung oder der mittelbaren Bundesverwaltung zu übertragen').

3.2.3. Dieser Auffassung steht freilich die jüngere Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes entgegen, wonach Beleihungen grundsätzlich zulässig

sind (vgl. insb. VfSlg. 14.473/1996). Soweit ersichtlich hat der Verfassungsgerichtshof in dieser jüngeren Rechtsprechung – siehe demgegenüber das Erk. VfSlg. 3685/1960, in dem ausdrücklich auf Art. 102 B-VG abgestellt wird – zur Beurteilung der Zulässigkeit der Beleihung an sich nie auf Art. 102 B-VG Bezug genommen.

3.3.1. Abgesehen davon kann Art. 102 B-VG auf Beleihungen nur dann anwendbar sein, wenn der beliehene Rechtsträger als 'Bundesbehörde' im Sinn dieser Bestimmung zu qualifizieren ist; nur in einem solchen Fall würde das Zustimmungsrecht der Länder zu Anwendung gelangen. Im Einzelnen führt die Bundesregierung hiezu Folgendes aus:

3.3.2. Ob Art. 102 B-VG auf die Begründung von Zuständigkeiten privater Rechtsträger anwendbar ist, ist in der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bisher nicht entschieden worden. In einem obiter dictum (VfSlg. 19.721/2012) hat der Gerichtshof die Auffassung vertreten, dass Art. 102 Abs. 4 B-VG auch auf Beleihungen anwendbar sei. In einem Prüfungsbeschluss hat er diese Frage – lediglich – aufgeworfen (VfSlg. 19.728/2012), ist in weiterer Folge jedoch nicht darauf eingegangen.

3.3.3. Nach Auffassung der Bundesregierung liegt dem Begriff der 'Bundesbehörde' iSd. Art. 102 Abs. 1 und Abs. 4 B-VG ein – wie weitreichend auch immer geartetes – organisatorisches Verständnis zugrunde. Die Bundesregierung verkennt dabei nicht, dass der Verfassungsgerichtshof in seinem Erk. VfSlg. 20.323/2019 implizit (jedoch ohne nähere Begründung) die zuvor in der Lehre vertretene enge Auslegung des Begriffs der 'Bundesbehörde' (vgl. Pernthaler, Die verfassungsrechtlichen Schranken der Selbstverwaltung in Österreich, 3. ÖJT, Bd. I/3, 1967, 77) ablehnt und auch Selbstverwaltungskörper als 'Bundesbehörden' ansieht. Daraus aber folgt – entgegen der in der Literatur vertretenen Auffassung (vgl. Wiederin, [Anmerkung zu VfSlg. 20.323/2019], RdM 2019, 181 [184]) – nicht, dass beliehene private Rechtsträger gleichermaßen als 'Bundesbehörden' anzusehen sind, legt man diesem Begriff ein (wenn auch etwas abgeschwächtes) staatsorganisatorisches Verständnis zu Grunde.

3.3.4. Das Argument von Wiederin, aaO, wonach Zweifel an der Richtigkeit des (engen) organisatorischen Begriffs der 'Bundesbehörden' in Art. 102 B-VG angebracht seien, ist jenes, dass dieser Begriff nicht nur in Art. 102 Abs. 1 und 4 B-VG genannt wird, sondern auch in Art. 102 Abs. 2 B-VG. Stellten Selbstverwaltungskörper keine 'Bundesbehörden' iSd. Art. 102 Abs. 2 B-VG dar, wäre es demnach unzulässig, die in dieser Bestimmung genannten Angelegenheiten durch Selbstverwaltungskörper besorgen zu lassen. Dies hätte etwa zur Konsequenz, dass die Vollziehung des 'Sozialversicherungswesens' durch Selbstverwaltungskörper in unmittelbarer Bundesverwaltung ausgeschlossen wäre. Nach Ansicht der Bundesregierung verfängt dieses Argument aber in Bezug auf die Vollziehung durch beliehene private Rechtsträger nicht in gleichem Maße,

wenn man annimmt, dass Beliehene überhaupt nicht als 'Bundesorgane' iSd. Art. 102 B-VG (und auch nicht dessen Abs. 2) anzusehen sind.

3.3.5. Während für Selbstverwaltungskörper nämlich noch gesagt werden kann, dass sie in einem bestimmten 'Vollziehungsbereich' eingerichtet sind (vgl. VfSlg. 4413/1963) und sich demnach staatliches Handeln auch auf die Organisation des Selbstverwaltungskörpers selbst beziehen kann (wobei die Kompetenz zur Vollziehung nicht mit jener der Gesetzgebung zusammenfallen muss – vgl. Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG), kann dies für beliehene private Rechtsträger nicht gleichermaßen gesagt werden. Diese müssen nicht durch das jeweilige (die Kompetenz zur Regelung der Organisation des Beliehenen einschließende) Materiengesetz geschaffen werden, sondern es kann das Materiengesetz auch die Zuständigkeit solcher privater Rechtsträger begründen, die nicht erst gesetzlich errichtet werden, sondern schon zuvor durch privatrechtlichen Rechtsakt errichtet wurden (vgl. Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht⁵, 2017, Rz. 115). In einem solchen Fall kann aber nicht beurteilt werden, in welchem Vollziehungsbereich der private Rechtsträger eingerichtet ist und ob es sich sohin um eine 'Bundesbehörde' handelt.

3.3.6. Auch vor dem Hintergrund des Erkenntnisses VfSlg. 17.421/2004, betreffend die Gebühreninkasso Service GmbH, ist davon auszugehen, dass auch der Verfassungsgerichtshof in seiner bisherigen Rechtsprechung implizit die Auffassung vertreten dürfte, dass Beliehene nicht als in einem bestimmten Vollziehungsbereich eingerichtete Behörden anzusehen sind und sich sohin die Frage der Trennung der Vollziehungsbereiche gar nicht stellt (siehe Mayr, Organisationsrechtliche Fragen einer einzigen nationalen Akkreditierungsstelle, in Lienbacher/Wielinger [Hrsg.], Öffentliches Recht. Jahrbuch 2010, 2010, 93 [102 f]; Pürgy, Die Mitwirkung von Beliehenen des Bundes an der Landesvollziehung, ZfV 2011, 745 [746 f, 753]).

3.3.7. Die gegenteilige Deutung, wonach eine beliehene Gesellschaft des Privatrechts eine 'Bundesbehörde' iSd. Art. 102 Abs. 1 und 4 B-VG darstellt, erscheint auch mit der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs zur Anwendbarkeit sonstiger verfassungsgesetzlicher Bestimmungen auf Beleihungen nur schwer vereinbar. So sollen auch Art. 18 Abs. 2 B-VG und Art. 20 Abs. 1 B-VG nicht unmittelbar auf Beliehene anwendbar (VfSlg. 16.995/2003 bzw. 16.400/2001) und die Begriffe der 'Verwaltungsbehörden' bzw. der 'Organe' in den genannten Bestimmungen in einem organisatorischen Sinne aufzufassen sein.

3.3.8. Wären beliehene Private als 'Bundesbehörden' anzusehen, sodass die bundesstaatliche Kompetenzverteilung auch auf diese anzuwenden wäre, so hätte dies überdies zur Folge, dass eine Beleihung Privater in den Angelegenheiten des Art. 11 B-VG gänzlich ausgeschlossen wäre, zumal diese Angelegenheiten (ausschließlich) durch Landesbehörden zu vollziehen sind und eine davon abweichende Zuständigkeit von 'Bundesbehörden' mangels verfassungsrechtlicher Ermächtigung – auch mit Zustimmung der Länder – nicht begründet werden

dürfte (vgl. Wiederin, Öffentliche und private Umweltverantwortung – Verfassungsrechtliche Vorgaben, in ÖWAV [Hrsg.], Staat und Privat im Umweltrecht. Österreichische Umweltrechtstage 2000, 2000, 75 [89]).

3.4. Die Bundesregierung übersieht indes nicht, dass dem Prinzip der mittelbaren Bundesverwaltung in der jüngeren Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes eine Schutzfunktion zugunsten der Stellung des Landeshauptmannes zugeschrieben wird, nämlich dahingehend, dass Art.102 B-VG einen Vollziehungsvorbehalt zu Gunsten der in dieser Bestimmung genannten Behörden (des Landeshauptmanns und der ihm unterstellten Bezirksverwaltungsbehörden und Städte mit eigenem Statut) enthält. Die Bundesregierung gibt jedoch zu bedenken, dass der Vorbehalt zu Gunsten dieser Behörden schon immer dann nicht zum Tragen kommt, wenn ein privater Rechtsträger beliehen wird.

3.5. Nach Ansicht der Bundesregierung sprechen daher die besseren Gründe dafür, dass eine beliehene Gesellschaft des Privatrechts wie die Gesundheitsplanungs GmbH keine Bundesbehörde iSd. Art. 102 B-VG ist und die entsprechende in Prüfung gezogene Bestimmung daher nicht verfassungswidrig ist.

4. Zu den Bedenken im Hinblick auf Art. 18 Abs. 1 iVm. Art. 83 Abs. 2 B-VG:

4.1. § 23 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 G-ZG sieht vor, dass die Gesundheitsplanungs GmbH die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären hat. Der Verfassungsgerichtshof hegt im Prüfungsbeschluss das Bedenken, dass diese Zuständigkeitsregelung gegen das aus Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm. Art. 83 Abs.2 B-VG abzuleitende Gebot der exakten Regelung von Behördenzuständigkeiten verstoße, da die zitierten Bestimmungen offen lassen, welches der Organe der beliehene Gesellschaft konkret zuständig sei (Rz. 113 bis 118).

4.2. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass es im Hinblick auf Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm. Art. 83 Abs.2 B-VG zulässig ist, einer GmbH durch Gesetz die Kompetenz zur Ausübung von Hoheitsgewalt zu übertragen, ohne im Gesetz ausdrücklich festzulegen, welches Organ der beliehene Gesellschaft zur Willensbildung betreffend die Erlassung des Hoheitsakts zuständig ist. Begründend führt sie dazu Folgendes aus:

4.3. Gemäß Art. 83 Abs.2 B-VG darf niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden. Diese Bestimmung bindet nicht nur die Vollziehung, sondern auch die Gesetzgebung. Das bedeutet nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes, dass die sachliche Zuständigkeit der Behörde im Gesetz selbst festgelegt sein muss (VfSlg. 2909/1955, 3156/1957, 6675/1972). Art. 18 iVm. Art. 83 Abs. 2 B-VG verpflichtet die Gesetzgebung zu einer – strengen

Prüfungsmaßstäben standhaltenden – präzisen Regelung der Behördenzuständigkeit (vgl. zB VfSlg. 19.991/2015 mwH). Eine Zuständigkeitsfestlegung muss klar und unmissverständlich sein (VfSlg. 19.965/2015).

4.4.1. In § 23 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 G-ZG wird übereinstimmend die Gesundheitsplanungs GmbH zur Erlassung einer Verordnung ermächtigt. Behörde ist somit nach dem klaren Wortlaut die Gesundheitsplanungs GmbH selbst, nicht jedoch eines ihrer Organe. Auch aufgrund der Materialien ist nicht zweifelhaft, dass die Gesundheitsplanungs GmbH selbst beliehen werden soll (vgl. ErlRV 1333 BlgNR XXV. GP, 9 f).

4.4.2. Es ist der Gesetzgebung auch grundsätzlich erlaubt, eine juristische Person des Privatrechts zur Ausübung von Hoheitsgewalt zu ermächtigen und damit dieser selbst die Stellung einer Behörde einzuräumen. Es ist nicht ersichtlich, dass es verfassungsrechtlich geboten sei, dass nicht der Rechtsträger selbst, sondern lediglich eines seiner Organe Behörde sein dürfe (vgl. Wiederin, Verbandskompetenzen, Behördenzuständigkeiten und Organbefugnisse in der sonstigen Selbstverwaltung, in FS Kopetzki, 2019, 723 [727 ff]). So wurden auch in anderen Fällen juristische Personen des Privatrechts – nicht jedoch eines ihrer Organe – gesetzlich zur Ausübung von Hoheitsgewalt ermächtigt, so zB die Austro Control GmbH, [...] die GIS Gebühren Info Service GmbH, [...] die Schienen-Control-GmbH [...] oder die Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH [...]. Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner bisherigen Rechtsprechung zu Beleihungen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen erhoben, eine juristische Person des Privatrechts selbst zu beleihen (vgl. zB VfSlg. 14.473/1996 zur Austro Control GmbH, VfSlg. 19.307/2011 zur Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH).

4.5. Da der Gesundheitsplanungs GmbH selbst – in verfassungsrechtlich zulässiger Weise – die Stellung einer Behörde zukommen soll, entspricht es nach Auffassung der Bundesregierung auch den Anforderungen des Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm. Art. 83 Abs. 2 B-VG, die Gesundheitsplanungs GmbH (und eben nicht eines ihrer Organe) als zuständige Behörde im Gesetz zu bezeichnen (vgl. Wiederin, Die Beleihung, in Fuchs/Merli/Pöschl/Sturn/Wiederin/Wimmer [Hrsg.], Staatliche Aufgaben, private Akteure, Band 2, 2017, 31 [62]).

4.6.1. Im Schrifttum wird demgegenüber teilweise die Auffassung vertreten, dass die Beleihung einer juristischen Person des Privatrechts gegen das Recht auf den gesetzlichen Richter verstoße, wenn sich das zuständige Organ nicht schon aus dem Gesetz ergebe (Kopetzki, Unterbringungsrecht, Band 1, 1995, 205 FN 1369 mwN).

4.6.2. Diesem Bedenken wird aber – nach Ansicht der Bundesregierung: zutreffend – entgegengehalten, dass es nur dann stichhaltig wäre, wenn ein bestimmtes Organ der juristischen Person und nicht die juristische Person selbst Behörde wäre. Soll jedoch die juristische Person selbst Behörde sein, dann ist mit ihrer Benennung im beleihenden Gesetz dem Recht auf einen gesetzlichen Richter

Genüge getan (vgl. Wiederin, Die Beleihung, in Fuchs/Merli/Pöschl/Sturn/Wiederin/Wimmer [Hrsg.], Staatliche Aufgaben, private Akteure, Band 2, 2017, 31 [62]).

4.7.1. Welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH zuständig ist, den behördlichen Willen zu bilden und die Kundmachung des Hoheitsakts zu bewirken, muss sich nicht bereits aus dem Gesetz ergeben. Denn insofern die juristische Person selbst Behörde ist, betreffen diese Fragen nicht die behördliche Zuständigkeit, sondern lediglich die innerbehördliche Organisation. Diese muss aber nicht im Gesetz geregelt werden:

4.7.2. Der Verfassungsgerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung ausgesprochen, dass die innere Einrichtung der Behörde, ihre Gliederung in Sektionen, Abteilungen usw. durch interne Verwaltungsmaßnahmen geregelt werden kann (VfSlg. 13.578/1993 mwH). Auch die Regelung der Approbationsbefugnis ist nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs eine Angelegenheit der inneren Organisation, die die Zuständigkeit der Behörde und damit auch das Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter nicht berührt (VfSlg. 10.338/1985). Diese Grundsätze können nach Auffassung der Bundesregierung auch auf die innere Organisation von beliehenen Gesellschaften des Privatrechts übertragen werden.

4.7.3. Insoweit der Verfassungsgerichtshof zu bedenken gibt, dass erhebliche Unterschiede in der Willensbildung zwischen den Organen der Gesundheitsplanungs GmbH bestehen dürften (Rz. 116 des Prüfungsbeschlusses), weist die Bundesregierung darauf hin, dass solche Divergenzen in jeder Behörde auftreten können. Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm. Art. 83 Abs. 2 B-VG wird hiedurch aber nicht berührt, weil innerbehördliche Divergenzen nicht die Zuständigkeit der Behörde anbelangen.

4.8. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass § 23 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 G-ZG im Hinblick auf Art. 18 Abs. 1 iVm. Art. 83 Abs. 2 B-VG unbedenklich ist.

4.9.1. Es kann daher in diesem Zusammenhang dahingestellt bleiben, ob sich aus den gesetzlichen Regelungen des Gesellschaftsrechts Anhaltspunkte für die innergesellschaftliche Zuständigkeit ergeben und welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH zuständig ist, den behördlichen Willen zu bilden und die Verordnung kundzumachen. Der Vollständigkeit halber weist die Bundesregierung auf Folgendes hin:

4.9.2. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Geschäftsführer einer beliehenen Gesellschaft gemäß den §§ 18 und 19 des Gesetzes über Gesellschaften mit beschränkter Haftung (im Folgenden: GmbHG), RGBl. Nr. 58/1906, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 86/2021, zur Willensbildung betreffend die Erlassung von Hoheitsakten zuständig ist. Denn

nach diesen Vorschriften wird die Gesellschaft nach außen vom Geschäftsführer vertreten, und bei einem Hoheitsakt wie einem Bescheid oder einer Verordnung handelt es sich um einen Akt, der nach außen gerichtet ist. Demgemäß ist auch in der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gesundheitsplanungs GmbH vorgesehen, dass der Geschäftsführer zuständig ist, den jeweiligen Verordnungsentwurf zu unterzeichnen und ihn als Verordnung der GmbH im RIS kundzumachen (§ 1 Z 1 lit. b und § 3 der Geschäfts- und Verfahrensordnung).

4.9.3. Die Geschäftsführung – bestehend aus einem Geschäftsführer und zwei Stellvertretern – wird durch die Generalversammlung bestellt (vgl. § 23 Abs. 3 G-ZG). Die Bestellung kann gemäß § 16 Abs. 1 GmbHG jederzeit widerrufen werden. Nach allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Regelungen kann die Generalversammlung dem Geschäftsführer auch jederzeit Weisungen erteilen (vgl. Enzinger, in Straube/Ratka/Rauter, WK GmbHG § 20 Rz. 30 [Stand 1.11.2018, rdb.at]).

4.9.4. Vor diesem Hintergrund erweisen sich nach Ansicht der Bundesregierung auch die im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken des Verfassungsgerichtshofes, wonach erhebliche Unterschiede in der Willensbildung zwischen den Organen der Gesundheitsplanungs GmbH bestehen dürften (Rz. 116 des Prüfungsbeschlusses), als unbegründet. Denn die Geschäftsführung ist insofern von der Generalversammlung 'abhängig', als sie von dieser ernannt und abberufen wird und an ihre Weisungen gebunden ist. Divergenzen zwischen den Organen der Gesellschaft werden daher in der Praxis kaum vorkommen bzw. können von der Generalversammlung – durch eine Weisung oder Neubestellung der Geschäftsführung – ausgeräumt werden.

5. Zu den Bedenken im Hinblick auf die Steuerungsbefugnisse oberster Organe der Vollziehung:

5.1. Der Verfassungsgerichtshof hegt weiters das Bedenken, dass die in § 23 Abs. 7 G-ZG vorgesehenen Weisungs- und Aufsichts Befugnisse des Bundesministers nicht hinreichend effektiv seien (Rz. 119 bis 120), weil sie es nicht ermöglichen dürften, eine Missachtung von Weisungen effektiv abzustellen.

5.2. Der Verfassungsgerichtshof hat mehrfach ausgesprochen, dass die Steuerungsbefugnisse oberster Organe gegenüber beliebigen Rechtsträgern effektiv sein müssen; Art. 20 Abs. 1 B-VG wirkt hier nicht unmittelbar, sondern verpflichtet die Gesetzgebung, Rechtsvorschriften zu erlassen, die einem obersten Organ eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion einräumen (vgl. VfSlg. 16.400/2001, 17.421/2004). Die Beachtung von Weisungen muss in einer dem Art. 20 B-VG entsprechenden Weise durchgesetzt werden können (vgl. VfSlg. 15.946/2000). Der Verfassungsgerichtshof hat auch eine direkte Steuerungsbefugnis hinsichtlich des Personals verlangt (vgl. VfSlg. 16.400/2001).

5.3.1. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die in § 23 Abs. 7 G-ZG vorgesehenen Befugnisse diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben genügen:

5.3.2. In § 23 Abs. 7 G-ZG wird ein umfassendes Aufsichts- und Weisungsrecht des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers in Bezug auf die Tätigkeit 'der Gesellschaft' normiert, insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind. Adressat der Weisungen ist somit die Gesundheitsplanungs GmbH im Ganzen, also sowohl die Vertreter in der Generalversammlung als auch die Geschäftsführung. Da zur Kundmachung der Verordnung der Geschäftsführer zuständig ist (siehe oben Punkt I.3.4.3.), kann der Bundesminister – sofern Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betroffen sind – unmittelbar durch Weisung auf die Verordnungserlassung Einfluss nehmen.

5.3.3. Bestellt wird die Geschäftsführung durch einstimmigen Beschluss der Generalversammlung (vgl. § 23 Abs. 3 vierter und siebenter Satz G-ZG). Auch die Mitglieder der Generalversammlung unterliegen, sofern Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind, den Weisungen des Bundesministers, und zwar auch dann, wenn sie von anderen Rechtsträgern (Länder und Sozialversicherung) entsandt wurden (so auch Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [23]). Der Bundesminister kann daher durch Weisung auf die Bestellung der Geschäftsführung Einfluss nehmen. Sollte sich die Geschäftsführung im Hinblick auf Angelegenheiten des Art 10 B-VG rechtswidrig verhalten (also etwa eine Verordnung nicht kundmachen), kann der Bundesminister die Generalversammlung anweisen, eine neue Geschäftsführung zu bestellen.

5.4.1. Eine unmittelbare Bestellungs- oder Abberufungsbefugnis der Geschäftsführung durch den Bundesminister ist im Gesetz zumindest nicht ausdrücklich vorgesehen. Aufgrund der Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH erscheint eine solche Befugnis in der Praxis nach Auffassung der Bundesregierung auch nicht erforderlich:

5.4.2. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat von Bund, Ländern und Sozialversicherung abgestimmte (vgl. § 20 Abs. 3 und § 21 Abs. 7 G-ZG) und in der zuständigen Zielsteuerungskommission beschlossene Planungsakte, den ÖSG und die RSG, für verbindlich zu erklären, soweit sie von der zuständigen Zielsteuerungskommission gemäß § 23 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz G-ZG ausgewiesen wurden. Einen Einfluss auf den Inhalt der Planungsakte hat die Gesundheitsplanungs GmbH nicht. Der ÖSG kann nur im Einvernehmen zwischen den Kurien des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung beschlossen werden (§ 26 Abs. 3 Z 1 G-ZG). Bei der Beschlussfassung über die RSG hat der Vertreter des Bundes ein Vetorecht (vgl. § 28 Abs. 2 G-ZG). Gesundheitsplanungsakte sind daher regelmäßig vom gemeinsamen Willen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung getragen. Sollte sich die Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH im Zusammenhang mit der Verbindlicherklärung der Planungsakte rechtswidrig verhalten (etwa eine

Verordnung nicht kundmachen), so wird dies daher regelmäßig nicht nur dem Willen des Bundes, sondern auch dem Willen der Länder und dem des Dachverbands der Sozialversicherungsträger widersprechen. In solchen Fällen kann dann durch die Vertreter des Bundes, der Länder und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger in der Generalversammlung eine neue Geschäftsführung bestellt werden, wodurch die Gesetzmäßigkeit der Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH sichergestellt werden kann.

5.4.3. Da die Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH darin besteht, bereits abgestimmte Planungsakte für verbindlich zu erklären, erscheint eine einseitige Befugnis des Bundesministers zur Abberufung des Geschäftsführers in der Praxis nicht erforderlich. Vor diesem Hintergrund wird erklärlich, warum eine solche Befugnis im Gesetz nicht ausdrücklich genannt wird.

5.5. Dessen ungeachtet ist die Bundesregierung der Auffassung, dass § 23 Abs. 7 G-ZG auch ein Abberufungsrecht des Bundesministers in Bezug auf die Geschäftsführung einschließt. Denn im ersten Satz dieser Bestimmung wird ein (unbeschränktes) Aufsichtsrecht des Bundesministers normiert, insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind. Im Wesen der Aufsicht (iSd. Art. 20 Abs. 1 B-VG) liegt auch das Recht, nachgeordnete Organe des Amtes zu entheben (Grabenwarter/Frank, B-VG, 2020, Art. 20 B-VG, Rz. 10). Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass auch das Aufsichtsrecht gemäß § 23 Abs. 7 erster Satz G-ZG ein solches Recht einschließt, zumal Bestellungs- und Abberufungsrechte in § 23 Abs. 7 G-ZG nicht ausdrücklich geregelt werden und somit auch nicht ausgeschlossen sind.

5.6. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass die in § 23 Abs. 7 G-ZG normierten Steuerungsbefugnisse hinreichend effektiv sind und die Bestimmung daher nicht verfassungswidrig ist.

6. Zu den Bedenken im Hinblick auf die Grenzen der Beleihung:

6.1.1. Eine Beleihung ist nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes auf einzelne Aufgaben der staatlichen Verwaltung beschränkt; staatliche Kernaufgaben dürfen auf ausgegliederte Rechtsträger nicht übertragen werden (vgl. VfSlg. 14.473/1996, 16.400/2001, 16.995/2003, 17.341/2004).

6.1.2. Der Verfassungsgerichtshof hegt das Bedenken, dass die Übertragung der (auch finanziellen) Planung für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge auf einen privaten Rechtsträger gegen diese verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung verstoßen könnte (Rz. 121 des Prüfungsbeschlusses).

6.2. Vorweg hält die Bundesregierung fest, dass die Frage, ob in einem konkreten Fall die Grenzen der Ausgliederung von Aufgaben der Hoheitsverwaltung auf private Rechtsträger überschritten werden oder nicht, von Wertungen abhängt,

die verbindlich vorzunehmen in der Zuständigkeit des Verfassungsgerichtshofes liegt (vgl. Holoubek, Öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen von Ausgliederungen und Privatisierungen, ÖGZ 2000, 22 [23], unter Hinweis auf VfSlg. 14.473/1996).

6.3. In der Literatur wird überwiegend die Meinung vertreten, dass die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung im Fall der Gesundheitsplanungs GmbH nicht überschritten werden (Souhrada, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 2017, 104 [117]; Baumgartner, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018, 255 [259 f]; Friedrich, Strukturprobleme und Lösungen im österreichischen Gesundheitswesen anhand der 'Gesundheitsplanungs GmbH', SPRW 2019, 25 [44 f]; Schratlbauer, Verbindlichkeit der Gesundheitsplanung – ÖSG-VO 2018 verfassungskonform?, SozSi 2020, 56 [58]; wohl auch Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [21 f]; siehe auch Berka, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019, 227 [228]; aA Kopetzki/Perthold-Stoitzner, Die Verbindlicherklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018, 44 [46 f]).

6.4. Die Bundesregierung schließt sich dieser (überwiegenden) Auffassung an.

6.5.1. Zum einen handelt es sich bei der Gesundheitsplanung um keine staatliche Kernaufgabe:

6.5.2. Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner Rechtsprechung die Vorsorge für die Sicherheit im Inneren und nach außen wie die allgemeine Sicherheitspolizei und das Militärwesen (einschließlich des Wehersatzdienstes), die Ausübung der (Verwaltungs-)Strafgewalt und die außenpolitischen Beziehungen zu anderen Staaten zu den ausgliederungsfesten Kernaufgaben des Staates gezählt (VfSlg. 14.473/1996, 16.400/2001, 16.995/2003, 17.341/2004). Vor diesem Hintergrund erschiene es inkonsistent, auch die Gesundheitsplanung zu den staatlichen Kernaufgaben zu rechnen. Denn die vom Verfassungsgerichtshof genannten Aufgaben hängen allesamt mit dem Gewaltmonopol des Staates und seinen Beziehungen zu anderen Staaten zusammen. Die Planung der Gesundheitsversorgung steht aber mit diesen Bereichen nicht in Zusammenhang.

6.5.3. Soweit in der Literatur erwogen wurde, eine Kernaufgabe des Staates in der Gesundheitsversorgung unter Verweis auf grundrechtliche Schutzpflichten zu begründen (Kopetzki/Perthold-Stoitzner, Die Verbindlicherklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018, 44 [46]), kann dies nach Auffassung der Bundesregierung nicht überzeugen. Denn grundrechtliche Schutzpflichten zielen auf den effektiven Schutz der Rechtspositionen Einzelner ab. Sofern die Rechte Einzelner auch unter Einsatz von Privaten effektiv geschützt werden können, kann aus Schutzpflichten daher nicht abgeleitet werden, dass

eine bestimmte Aufgabe ausschließlich vom hoheitlich handelnden Staat selbst besorgt werden müsste.

6.6.1. Zum anderen handelt es sich bei der Verbindlicherklärung des ÖSG und der RSG durch Verordnung auch lediglich um eine einzelne Aufgabe der staatlichen Verwaltung:

6.6.2. Die Gesundheitsplanung umfasst nur einen Teilbereich der Angelegenheiten, die unter die Kompetenztatbestände 'Sozialversicherungswesen' (Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG), 'Gesundheitswesen' (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und 'Heil- und Pflegeanstalten' (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) fallen. Zahlreiche Regelungsbereiche der staatlichen Gesundheitsverwaltung, welche auch unter diese Kompetenztatbestände fallen, sind daher von der Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH von vornherein nicht betroffen. Bereits dies spricht nach Auffassung der Bundesregierung gegen die Annahme, dass der Gesundheitsplanungs GmbH mehr als nur vereinzelte Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen werden.

6.6.3. Auch innerhalb der Aufgabe der Gesundheitsplanung kommt der Gesundheitsplanungs GmbH lediglich eine einzelne Befugnis zu, nämlich die Kompetenz zur Verbindlicherklärung der ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG durch Verordnung. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist die Übertragung einer Befugnis zur Erlassung von Verordnungen auf Beliehene auch grundsätzlich zulässig (VfSlg. 16.995/2003, 19.307/2011).

6.6.4. Andere Zuständigkeiten, die mit der Gesundheitsplanung in Zusammenhang stehen, sind von der Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH nicht betroffen, so zB die Zuständigkeit der Landesregierungen zur Erlassung von Krankenanstaltenplänen (vgl. § 10a KAKuG), aber auch die Zuständigkeit zur Erteilung krankenanstaltenrechtlicher Bewilligungen (vgl. insb. die §§ 3 Abs. 1, 3a Abs. 1 KAKuG), wodurch auch planungsrechtliche Vorgaben umgesetzt werden. Unberührt bleibt grundsätzlich auch die Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 18 KAKuG).

6.6.5. Die Kompetenz der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verordnungserlassung stellt zudem nur einen einzelnen Schritt bei der Umsetzung des ÖSG und der RSG dar. Wie oben unter Punkt I.3.5. dargestellt wurde, geht der Verordnungserlassung ein Verfahren voraus, in dessen Rahmen der Inhalt der Pläne und der Umfang der für verbindlich zu erklärenden Teile bestimmt wird. Die Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH erschöpft sich darin, die von den zuständigen Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile einem Begutachtungsverfahren zu unterziehen und sie durch Verordnung für verbindlich zu erklären. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat keinen Einfluss auf den Inhalt der für verbindlich zu erklärenden Planungsakte.

6.7. Schließlich hält die Bundesregierung fest, dass die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH dem öffentlichen Interesse der umfassenden und integrativen Planung des österreichischen Gesundheitswesens dient (ErlRV 1333 BlgNR XXV. GP, 9 f). Hierdurch wird ein geordnetes Vorgehen von Bund und Ländern erreicht, was letztlich auch dem in Lehre und Rechtsprechung angenommenen Effizienzgebot der Bundesverfassung entspricht (so auch Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [21]; ähnlich Baumgartner, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018, 255 [260]). Auch dies spricht nach Auffassung der Bundesregierung gegen die Annahme, dass die Grenzen der Ausgliederung von Aufgaben der Hoheitsverwaltung auf private Rechtsträger durch die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH überschritten werden.

6.8. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass durch die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Kompetenz, die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären, weder eine staatliche Kernaufgabe noch mehr als nur vereinzelte Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen werden. Die in Prüfung gezogenen Bestimmungen überschreiten daher diese verfassungsrechtlichen Grenzen von Beleihungen nicht.

7. Zu den Bedenken im Hinblick auf die Kompetenzkonformität des § 23 Abs. 5 G-ZG:

7.1. Nach der Grundsatzbestimmung des § 23 Abs. 5 G-ZG hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH jene ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG, welche Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, durch Verordnung für verbindlich erklärt. Der Verfassungsgerichtshof hegt das Bedenken, dass diese Bestimmung kompetenzwidrig sei, weil die Verpflichtung der Länder zur Beleihung die Organisationskompetenz der Länder (Art. 15 Abs. 1 B-VG) missachte.

7.2. Die Bundesregierung teilt dieses Bedenken nicht:

7.3. Die Festlegung der behördlichen Zuständigkeit fällt in die Kompetenz der jeweiligen Materien gesetzgebung (vgl. VfSlg. 2425/1952). Die Bundesgesetzgebung ist daher im Rahmen ihrer Grundsatzkompetenz gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG ('Heil- und Pflegeanstalten') als Materien gesetzgebung grundsätzlich auch zuständig, die behördliche Zuständigkeit zu regeln.

7.4.1. Die Grundsatzgesetzgebung hat sich auf die Aufstellung von Grundsätzen zu beschränken und darf über diese im Art. 12 B-VG gezogene Grenze hinaus nicht Einzelregelungen treffen, die der Landesgesetzgebung vorbehalten sind (VfSlg. 16.244/2001 mwH). Diese Grenzen werden im Allgemeinen dann nicht überschritten, wenn das Grundsatzgesetz Fragen von grundsätzlicher Bedeutung

regelt, die einer für das ganze Bundesgebiet einheitlichen Regelung bedürfen (vgl. VfSlg. 2087/1951).

7.4.2. Der Grundsatzgesetzgebung ist es auch nicht verwehrt, Regelung betreffend die Zuständigkeit zur Vollziehung des Ausführungsgesetzes vorzusehen. So hat der Verfassungsgerichtshof eine grundsatzgesetzliche Regelung, nach der die Landesgesetzgebung die Landesregierungen zu verpflichten hat, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als unbedenklich qualifiziert (VfSlg. 17.232/2004).

7.5. Vor diesem Hintergrund geht die Bundesregierung davon aus, dass die Grundsatzgesetzgebung die Ausführungsgesetzgebung auch verpflichten darf, die Zuständigkeit eines bestimmten Organs zur Erlassung einer Verordnung vorzusehen, durch die ausgewiesene Teile des ÖSG und der RSG für verbindlich erklärt werden. Denn durch diese Verordnungserlassung wird eine umfassende und integrative Planung des österreichischen Gesundheitswesens sichergestellt (vgl. ErlRV 1333 BlgNR XXV. GP, 9 f). Die Zuständigkeit zur Erlassung dieser Verordnungen stellt damit eine Frage grundsätzlicher Bedeutung dar, die einer für das ganze Bundesgebiet einheitlichen Regelung bedarf und daher vom Bund als Grundsatzgesetzgeber geregelt werden darf. In diesem Sinne hat auch der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 17.232/2004 anerkannt, dass die Krankenanstaltenplanung nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und Zielen erfolgt, um ihren Zweck zu erfüllen.

7.6.1. Die Grundsatzgesetzgebung darf auch vorsehen, dass ein privater Rechtsträger durch die Landesgesetzgebung mit einer bestimmten Kompetenz zu beleihen ist. Denn dies ist eine Regelung über die behördliche Zuständigkeit, welche die Organisation der Behörden der Länder nicht betrifft:

7.6.2. Durch eine Beleihung wird eine Person, welche im organisatorischen Sinne kein Staatsorgan ist, zu einem Staatsorgan im funktionellen Sinne (vgl. Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht⁵, 2017, Rz. 109, 114). Die Organisation der staatlichen Behörden (iSd. Art. 10 Abs. 1 Z 16 B-VG und Art. 15 Abs. 1 B-VG) bleibt hiedurch grundsätzlich unberührt. Aufgrund dieser Organisationskompetenzen sind Bund und Länder nämlich nur zuständig, ihre jeweiligen Organe im organisatorischen Sinne zu errichten und einzurichten (vgl. Lukan, Die Kreation von Verwaltungsorganen, 2018, 183 mwN). Durch eine Beleihung wird aber weder ein Staatsorgan im organisatorischen Sinne errichtet noch erfolgt eine Umbildung der bestehenden Organisation der staatlichen Behörden.

7.6.3. Folgte man der gegenteiligen Auffassung, so müsste man konsequenterweise annehmen, dass zur Übertragung von Hoheitsgewalt an Private allein die Organisationsgesetzgebung (vgl. insb. Art. 10 Abs. 1 Z 16 B-VG, Art. 15 Abs. 1 B-VG) zuständig sei, was jedoch mit der Auffassung, dass Zuständigkeitsregelungen durch Materiensgesetz zu treffen sind, nur schwer vereinbar wäre (siehe zur Zuständigkeitsordnung auch Baumgartner, Die

Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018, 255 [262 FN 86 mwN]).

7.6.4. Träfe das Bedenken des Verfassungsgerichtshofs zu, so hätte dies schließlich zur Folge, dass in allen Angelegenheiten, die in Gesetzgebung Landessache sind (wozu strukturell auch jene des Art. 12 B-VG gehören), die Beleihung einer nicht durch Landesgesetz errichteten 'Landesbehörde' ausgeschlossen wäre. Denn auch eine solche Regelung müsste – so man ihr die Prämissen des Prüfungsbeschlusses zugrunde legt – dahingehend gedeutet werden, dass sich die Landesgesetzgebung ihrer Kompetenz zur Organisation der Landesbehörden entledigt, was aber verfassungsrechtlich nicht zulässig wäre. Auch eine Delegation der Gesetzgebungskompetenz der Länder betreffend ihre Landesbehörden auf den Bund sieht das B-VG nicht vor. Dass es – im Hinblick auf die Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern – aber zulässig ist, landesgesetzlich einer durch Bundesgesetz eingerichteten privatrechtlichen Gesellschaft hoheitliche Befugnisse der Landesvollziehung zu übertragen, hat der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 17.421/2004 zumindest implizit vorausgesetzt (siehe Pürgy, Die Mitwirkung von Beliehenen des Bundes an der Landesvollziehung, ZfV 2011, 745 [746 f]). Vor diesem Hintergrund begegnet auch die Beleihung einer bundesgesetzlich eingerichteten GmbH in den Angelegenheiten des Art. 12 B-VG keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

7.6.5. Ob es der Grundsatzgesetzgebung auch erlaubt wäre, die Ausführungsgesetzgebung zur Errichtung (und Beleihung) eines bestimmten privaten Rechtsträgers zu verpflichten, kann in diesem Zusammenhang dahingestellt bleiben (wäre aber wohl zu verneinen).

7.7. Die Bundesregierung kann daher nicht erkennen, dass § 23 Abs. 5 G-ZG eine kompetenzwidrige Regelung über die Organisation der Landesbehörden wäre. Durch die Bestimmung werden die Länder verpflichtet, eine bestimmte hoheitliche Zuständigkeit eines bestimmten privaten Rechtsträgers zu begründen. Nicht jedoch werden die Länder verpflichtet, spezielle Landesbehörden zu errichten oder die Organisation der Landesbehörden in sonstiger Weise umzubilden.

7.8.1. Im Schrifttum wird in diesem Zusammenhang auch auf die früheren krankenanstaltenrechtlichen Schiedskommissionen verwiesen (vgl. Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [22]).

7.8.2. In den §§ 28a und 28b des Krankenanstaltengesetzes (KAG), BGBl. Nr. 1/1957, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 281/1974, war (als Grundsatzbestimmung) vorgesehen, dass in jedem Land eine Schiedskommission einzurichten ist. Die Vorschriften enthielten nähere organisationsrechtliche Vorgaben etwa über die Zusammensetzung der Schiedskommissionen.

7.8.3. Diese Bestimmungen wurden durch Art. I Z 22 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 282/1988 aufgehoben. In den Materialien wird dazu ausgeführt, dass die Aufhebung der Bestimmungen über Schiedskommissionen im Hinblick auf die durch die Bundes-Verfassungsgesetz-Novelle 1974, BGBl. Nr. 444/1974, erfolgte Aufhebung der Grundsatzkompetenz des Bundes betreffend die 'Organisation der Verwaltung in den Ländern' geboten sei: Da die Bildung und Errichtung von Verwaltungsbehörden nunmehr ausschließlich Sache der Landesgesetzgebung nach Art. 15 Abs. 1 B-VG geworden sei, könnten auch im (grundsatzgesetzlichen) Krankenanstaltengesetz des Bundes Vorschriften über Schiedskommissionen nicht mehr getroffen werden, da es sich bei diesen um (Sonder-) Verwaltungsbehörden der Länder handle (ErlRV 546 BlgNR XVII. GP, 16 f.).

7.8.4. Daraus kann aber nach Ansicht der Bundesregierung kein Argument gegen die Kompetenzkonformität des § 23 Abs. 5 G-ZG gewonnen werden. Denn im Unterschied zu den §§ 28a und 28b KAG wird die Landesgesetzgebung durch § 23 Abs. 5 G-ZG nicht verpflichtet, spezielle Landesbehörden im organisatorischen Sinn einzurichten, sondern einem privaten Rechtsträger eine Zuständigkeit zu übertragen. Die kompetenzrechtlichen Bedenken gegen die Einrichtung von Schiedskommissionen verfangen daher gegen § 23 Abs. 5 G-ZG nicht.

7.9. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass § 23 Abs. 5 G-ZG kompetenzkonform ist.

8. Zu den Bedenken im Hinblick auf die Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG):

8.1.1. Der Verfassungsgerichtshof hegt das Bedenken, dass § 3a Abs. 3a KAKuG überschießend in den Schutzbereich der Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) eingreife und damit verfassungswidrig sei (Rz. 124 bis 127 des Prüfungsbeschlusses). § 3a Abs. 2 KAKuG sehe zunächst eine Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulatorien vor; solche Ambulatorien dürfen (ua.) nur bewilligt werden, wenn ihre Errichtung zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots führt. Zwar greifen solche Bedarfsprüfungen in die Erwerbsfreiheit ein, solche Eingriffe können aber gerechtfertigt sein, wovon der Verfassungsgerichtshof im vorliegenden Fall ausgeht.

8.1.2. Für den Fall, dass der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in einer Verordnung, mit der Teile des ÖSG und der RSG verbindlich gemacht wurden, (oder in einem Landeskrankenanstaltenplan) enthalten ist, entfällt die Bedarfsprüfung im Einzelfall und ist gemäß § 3a Abs. 3a KAKuG hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Der Verfassungsgerichtshof geht davon aus, dass es dadurch zu einer 'starrten Kontingentierung' der selbstständigen Ambulatorien komme, die überschießend in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit eingreife. Auch werde zu klären sein, inwiefern die öffentlichen Interessen an der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, insbesondere im Bereich der Großgeräte, auch eine solche Kontingentierung zu rechtfertigen vermögen.

8.2. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes zum verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht auf Freiheit der Erwerbsbetätigung gemäß Art. 6 StGG (vgl. VfSlg. 10.179/1984, 12.921/1991, 15.038/1997, 15.700/1999, 16.120/2001, 16.734/2002 und 17.932/2006) sind gesetzliche, die Erwerbs(ausübungs)freiheit beschränkende Regelungen auf Grund des Gesetzesvorbehaltes des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechts nur dann zulässig, wenn sie durch das öffentliche Interesse geboten, zur Zielerreichung geeignet, adäquat und auch sonst sachlich zu rechtfertigen sind.

8.3. Nach Auffassung der Bundesregierung ist § 3a Abs. 3a KAKuG zur Erreichung legitimer Ziele geeignet und adäquat und auch sonst sachlich gerechtfertigt:

8.4.1. Gemäß § 3a Abs. 3a KAKuG ist für den Fall, dass der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang des selbständigen Ambulatoriums in den Verordnungen gemäß § 23 (oder § 24) G-ZG geregelt ist, hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen.

8.4.2. Diese Regelung ist Konsequenz des im G-ZG vorgesehenen Konzepts: Der ÖSG und die RSG dienen der integrativen Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur in Österreich (vgl. die §§ 18 Abs. 1, 19 Abs. 1 G-ZG). Dieses Ziel kann insbesondere dann effektiv verwirklicht werden, wenn die Gesundheitspläne rechtsverbindlich sind (siehe oben Punkt I.3.1. bis I.3.2.; zum Problem der fehlenden Rechtsverbindlichkeit von Gesundheitsplanungsakten vgl. auch Souhrada, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 2017, 104 [107 ff]; Schratlbauer, Verbindlichkeit der Gesundheitsplanung – ÖSG-VO 2018 verfassungskonform?, SozSi 2020, 56 [56 f]). Die Rechtsverbindlichkeit wird im Rahmen des im G-ZG vorgesehenen Verfahrens hergestellt (siehe oben Punkt I.3.5.). § 3a Abs. 3a KAKuG setzt die Rechtsverbindlichkeit der Gesundheitspläne im Genehmigungsverfahren zur Errichtung und zum Betrieb selbständiger Ambulatorien um, indem die Behörde verpflichtet wird, anstatt einer Bedarfsprüfung im Einzelfall (vgl. § 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG) ausschließlich zu prüfen, ob das Vorhaben mit den durch Verordnung für verbindlich erklärten Gesundheitsplänen übereinstimmt (vgl. ErlRV 1333 BlgNR XXV. GP, 11).

8.4.3. § 3 Abs. 3a KAKuG verwirklicht damit die legitimen Ziele der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit. Dies kommt auch und vor allem den Bewilligungswerbern selbst zugute. Denn auf Grundlage der verbindlichen Planungsakte können sie besser Klarheit über die Aussichten eines Bewilligungsantrags gewinnen.

8.4.4. Nach Ansicht der Bundesregierung macht es auch keinen Unterschied, ob die Bewilligungsvoraussetzungen im Einzelfall anhand der gesetzlichen Vorgaben geprüft werden oder ob diese – gesetzlichen, gleichermaßen zur Anwendung gelangenden – antizipierend in einer Verordnung rechtsverbindlich hinreichend konkret festgelegt werden. Auch aus Sicht des Rechtsunterworfenen macht es –

in normativer Hinsicht – keinen Unterschied, ob die Kontingentierung im Einzelfall anhand des Gesetzes oder unter denselben Kriterien anhand der Verordnung erfolgt. Schließlich führen auch Bedarfsprüfungen im Einzelfall im Ergebnis zur Kontingentierung von Leistungsangeboten. § 3a Abs. 3a KAKuG (iVm. den Vorschriften des G-ZG) zielt nicht etwa darauf ab, das Leistungsangebot zu verringern und die Erwerbsfreiheit dadurch zusätzlich zu beschränken, sondern das Leistungsangebot in einem einheitlichen Verfahren festzulegen und damit bessere Planungssicherheit für alle Betroffenen – und damit auch für die Ausübung der Erwerbsfreiheit – herzustellen.

8.4.5. Durch diese Konstruktion wird auch der Rechtsschutz der Bewilligungswerber nicht geschmälert: Der ÖSG und die RSG können, sofern sie durch Verordnung für verbindlich erklärt werden, durch den Verfassungsgerichtshof geprüft werden. Sollte ein Bewilligungswerber eine bestimmte in einem für verbindlich erklärten Gesundheitsplan vorgesehene Beschränkung für rechtswidrig halten, kann er diese Bedenken schließlich im Verfahren gemäß Art. 139 B-VG an den Verfassungsgerichtshof herantragen. Bei einer Einzelfallprüfung ist gemäß § 3a Abs. 3 KAKuG von den Festlegungen des (nicht durch Verordnung für verbindlich erklärten) jeweiligen RSG (als Sachverständigengutachten) auszugehen. Diese unterliegen in diesem Fall aber keiner entsprechenden Prüfung durch den Verfassungsgerichtshof. Im Schrifttum ist § 3a Abs. 3a KAKuG (und § 3 Abs. 2b KAKuG) daher – nach Auffassung der Bundesregierung: zutreffend – als 'deutliche Verbesserung' des Rechtsschutzes der Bewilligungswerber bezeichnet worden (vgl. Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [27]).

8.4.6. Ferner kann § 3a Abs. 3a KAKuG auch zu Ersparnissen an Sachverständigenkosten führen, die notwendig wären, um das Vorliegen eines Bedarfs im Einzelfall zu prüfen (Souhrada, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 2017, 104 [119]). Insofern dient die Regelung auch verwaltungsöko[no]mischen Zwecken.

8.5.1 Zur Erforderlichkeit der Kontingentierung der Großgeräte weist die Bundesregierung auf den Zusammenhang mit dem Sozialversicherungsrecht hin: Gemäß § 338 Abs. 2a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 210/2021, haben sich die Versicherungsträger beim Abschluss von Verträgen an den von der Bundesgesundheitskommission (nunmehr: Bundes-Zielsteuerungskommission; vgl. IA 2172/A, XXVII. GP) im Rahmen des ÖSG beschlossenen Großgeräteplans zu halten.

8.5.2. Daran knüpft auch das Leistungsrecht in der Krankenversicherung an. Gemäß § 131 Abs. 1 ASVG gebührt dem Anspruchsberechtigten ein Ersatz der Kosten einer Krankenbehandlung in Höhe von 80 %, wenn er nicht einen Vertragspartner eines Versicherungsträgers oder eigene Einrichtungen eines

Versicherungsträgers zur Erbringung einer Sachleistung einer Krankenbehandlung in Anspruch nimmt (Kostenerstattung). Nach ständiger Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes gebührt dem Anspruchsberechtigten eine solche Kostenerstattung jedoch dann nicht, wenn die Versicherungsträger auf Grund des § 338 Abs. 2a ASVG einen Vertrag nicht abschließen durften (OGH 1.6.1999, 10 ObS 365/98v, 29.6.1999, 10 ObS 6/99a und 1.6.2010, 10 ObS 79/10f). Das mit § 338 Abs. 2a ASVG verfolgte Ziel, teurere Großgeräte auf einige wenige Standorte beschränken zu können, würde sonst unterlaufen. In der Praxis wird dies als 'Wahlarztsperre' bezeichnet. Aus § 338 Abs. 2a ASVG ist auch abzuleiten, dass Untersuchungen mit Großgeräten als Sachleistung nur durch Betreiber von Krankenanstalten und nicht auch durch niedergelassene Ärzte erbracht werden dürfen (arg.: 'bezüglich der nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie des extramuralen Bereiches auch nach Abstimmung mit der für diese Krankenanstalten in Betracht kommenden Interessenvertretung [Anm.: die Wirtschaftskammer Österreich] im Einvernehmen mit den Ländern').

8.5.3. Die in § 338 Abs. 2a ASVG vorgesehene Beschränkung des Vertragspartnerrechts dient, wie auch der Oberste Gerichtshof ausgesprochen hat, dem öffentlichen Interesse an einer Steuerung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie soll die Rentabilität der bestehenden Großgeräte sicherstellen und ein Überangebot verhindern (OGH 1.6.2010, 10 ObS 79/10f) und damit auch die hohe Versorgungsqualität und die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sicherstellen (vgl. auch Grillberger, Wahlärzte, in Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht, 2012, 240 [253 ff]). Dabei handelt es sich ohne Zweifel um ein legitimes öffentliches Interesse. Dieses Interesse ist für den sogenannten intramuralen Bereich dasselbe wie für den extramuralen Bereich. Die durchschnittlichen Tarife für Untersuchungen durch CT- und MRT-Großgeräte durch nicht verrechnungsbefugte Ärzte beginnen für CT ab ca. 150 Euro und für MRT ab ca. 220 Euro. Es handelt sich somit um kostenintensive Untersuchungen, weshalb ein besonderes öffentliches Interesse an Steuerungsmechanismen zur Kostenbegrenzung gegeben ist.

8.5.4. Dass die Zahl der Großgeräte limitiert werden soll, erklärt sich auch daraus, dass in Österreich die Zahl der MRT-Einheiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung (Stand 2019) mit 19,8 je eine Million Einwohner über dem OECD-Durchschnitt von 16,9 MRT-Einheiten je eine Million Einwohner liegt. Vergleichbares gilt für die Versorgung mit CT-Geräten (26,1 Einheiten je eine Million Einwohner gegenüber 25,9 Einheiten je eine Million Einwohner im OECD-Durchschnitt). Durch diese Zahl an Großgeräten ist demnach eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen sichergestellt.

8.5.5. Dem gegenüber könnte die Auffassung vertreten werden, dass eine Limitierung der Großgeräte unverhältnismäßig wäre, weil sie nicht nur der Verhinderung von Überkapazitäten diene, sondern auch der Beschränkung der

Leistungen der Krankenversicherung. Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass eine solche Maßnahme zur Steuerung der Gesundheitsversorgung geeignet und sachgerecht ist, da in diesem Bereich eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht (siehe Österle, Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in Grillberger/Mosler [Hrsg.], Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, 2003, 173 ff). Würde demnach die (ohnedies: relativ hohe) Zahl der Großgeräte nicht kontingentiert, so hätte dies zwangsläufig eine unverhältnismäßig höhere finanzielle Belastung des Gesundheitswesens zur Folge.

8.6. Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass § 3a Abs. 3a KAKuG im Hinblick auf Art. 6 StGG verfassungskonform ist.

9. Zusammenfassend wird daher festgehalten, dass die in Prüfung gezogenen Bestimmungen nach Ansicht der Bundesregierung nicht verfassungswidrig sind.

10. Abschließend weist die Bundesregierung hinsichtlich des Aufhebungsumfangs bezüglich § 19 G-ZG auf Folgendes hin: Der Verfassungsgerichtshof begründet den vom Prüfungsbeschluss gezogenen (Prüfungs- und) Aufhebungsumfang damit, dass ua. § 19 G-ZG (auch) krankenanstaltenrechtliche Verordnungen determiniere, ohne als grundsatzgesetzliche Bestimmung erlassen worden zu sein. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Aufhebung einer Bestimmung die vom Verfassungsgerichtshof erkannte Verfassungswidrigkeit zu beseitigen hat. Nach Auffassung der Bundesregierung kann diesem Bedenken durch Aufhebung allein des § 19 Abs. 2 G-ZG Rechnung getragen werden. Eine Aufhebung auch des § 19 Abs. 1 G-ZG ist hingegen nicht erforderlich. Diese Bestimmung trifft nämlich keinerlei Vorgaben für den Inhalt von (krankenanstaltenrechtlichen oder anderen) Verordnungen, sondern stellt lediglich – auf deskriptive Weise (vgl. Punkt I.3.3.3.) – fest, dass es sich bei ÖSG und RSG um die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung handelt und dass der ÖSG der Rahmenplan für die RSG ist.

[...]"

6. Die Niederösterreichische Landesregierung hat eine Äußerung erstattet, in der sie beantragt, die in Prüfung gezogenen Gesetzesstellen bzw. Verordnungen nicht aufzuheben, im Fall der Aufhebung aber eine Frist von einem Jahr bzw. sechs Monaten gemäß Art. 140 Abs. 5 bzw. Art. 139 Abs. 5 B-VG zu setzen, und im Übrigen den im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken wie folgt entgegentritt (ohne Hervorhebungen im Original):

"[...]

I. Zu den gesetzlichen Grundlagen der ÖSG-Verordnungen:

1. Den Ausführungen des Verfassungsgerichtshofes zufolge sieht § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG die Erlassung von Teilen des ÖSG bzw. der RSG als Verordnung vor, und zwar sowohl solcher Teile, die – als Verordnung – Gesundheitswesen iSv Art. 10 B-VG regeln, als auch solcher Teile, die – als Verordnung – Krankenanstaltenrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zum Gegenstand haben. Diese Verordnungen dürften durch die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG determiniert werden, die als unmittelbar anwendbares Bundesrecht erlassen wurden. Der Verfassungsgerichtshof hegt Bedenken, dass diese Bestimmungen als gesetzliche Determinierung von – auch – krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen (insofern) entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als Bundesgesetz und nicht als Grundsatzgesetz erlassen wurden.

1.1 Dem ist aus Sicht der NÖ Landesregierung entgegen zu halten, dass die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Österreich beim Bund, bei den Ländern und Gemeinden sowie bei der Sozialversicherung liegt. Für ein reibungsloses Funktionieren der Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, dass die verschiedenen Versorgungssektoren in den verschiedenen Verantwortungsbereichen aufeinander abgestimmt werden und wie ein einheitliches System zusammenarbeiten. Dem entsprechend ist die ganzheitliche Sichtweise in der Versorgungsplanung unverzichtbar.

Gerade die Notwendigkeit der ganzheitlichen Sichtweise und die aus Sicht der PatientInnen optimal zu steuernden Versorgungsstrukturen sowie damit verbunden auch der Versorgungsprozesse führte im Jahr 2013 zur Einführung der Zielsteuerung-Gesundheit. Im Mittelpunkt der Zielsteuerung-Gesundheit stehen die PatientInnen und ihre bestmögliche medizinische Behandlung durch eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten. Den Zielen der Zielsteuerung-Gesundheit kann nur dann entsprechend Rechnung getragen werden, wenn das von Bund, Ländern und Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene Planungsinstrument Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) auch in Teilbereichen einen entsprechenden Verbindlichkeitsgrad erhält. Nicht zuletzt führte der Umstand, dass der ÖSG allein bisher als qualifiziertes Sachverständigengutachten anzusehen war und darüber hinaus keine Wirkung entfaltete, für die Rechtsanwender zu erheblichen Schwierigkeiten, mit denen der Verfassungsgerichtshof in den letzten Jahren auch immer wieder befasst war.

1.2 Das nunmehrige von Bund und Ländern im Rahmen einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG festgelegte Konzept, in dem sich die Vertragspartner über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches verständigen, sieht als Beitrag zur Rechtssicherheit der Normadressaten folgenden Prozess für die Planung und Steuerung vor:

Der ÖSG basiert einerseits auf dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG; BGBl. I Nr. 26/2017), andererseits auf den zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr.

98/2017) sowie Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 97/2017). Zur Verbesserung der Transparenz wird die aktuelle Fassung des ÖSG sowohl im Rechtsinformationssystem des Bundes als auch auf der Webseite des Gesundheitsressorts veröffentlicht.

Wie oben erwähnt hat der ÖSG selbst die Qualität eines Sachverständigengutachtens und stellt einen gemeinsamen österreichweiten Rahmenplan dar, den der Bund, alle Länder und die Sozialversicherung gemeinsam in der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK), dem Entscheidungsgremium der Bundesgesundheitsagentur, beschließen. Damit wird ungeachtet der geteilten Verantwortlichkeit ein gemeinsames Bild über die Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems geschaffen.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist es im öffentlichen Interesse, jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG verbindlich zu machen. Dementsprechend sieht § 23 G-ZG vor, dass einvernehmlich in der B-ZK als normativ gekennzeichnete Teile des ÖSG als verbindlich festgelegt und durch Verordnung kundgemacht werden. Um eine umfassende und integrative Planung des österreichischen Gesundheitswesens im Rahmen der kompetenz- und verfassungsrechtlichen Gegebenheiten umzusetzen, wurde zur Sicherstellung, dass diese Verordnungen abgestimmte Vorgaben sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für den Krankenanstaltenbereich enthalten, die nicht gewinnorientierte Gesundheitsplanungs GmbH eingerichtet und seitens des Bundes und der Länder mit der Erlassung von Verordnungen bezüglich der verbindlichen Teile der Strukturpläne (ÖSG, RSG) beliehen (§ 23 Abs. 4 G-ZG).

Die Konstruktion der Gesundheitsplanungs-GmbH mag zwar ungewöhnlich sein und verfassungsrechtliche Aspekte ansprechen, bei einer genauen Betrachtung sieht man allerdings, dass viele der einschlägigen Fragestellungen bereits Vorbilder in der Rechtsordnung haben, die dogmatisch auch akzeptiert sind (Stöger, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme in der Gesundheitsplanung, in Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 [24]). So existieren Beispiele der Beleihung von juristischen Personen, etwa Österreichische Nationalbank, Austro Control GmbH, RTR GmbH, ASFINAG, Österreichische Kontrollbank AG u.a. (vgl. etwa: Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Auflage, Rz 115 ff).

Aufgabe der Gesundheitsplanungs GmbH ist laut § 2 des Gesellschaftsvertrages die Erlassung von Verordnungen gemäß § 23 Abs. 1, Abs. 2, Abs. 4 und Abs. 5 G-ZG einschließlich der dafür vorgesehenen Begutachtungsverfahren, mit denen die von der B-ZK nach § 23 Abs. 1 G-ZG ausgewiesenen Teile des ÖSG für verbindlich erklärt werden, und die Kundmachung dieser Verordnungen im RIS.

Die B-ZK übermittelt nach Beschlussfassung den durch Verordnung verbindlich zu erklärenden Text des ÖSG samt Erläuterungen an die Gesundheitsplanungs GmbH.

Die Gesundheitsplanungs GmbH hat hinsichtlich des Inhaltes der von ihr zu erlassenden Verordnungen keinerlei Gestaltungsspielraum (siehe § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG).

Die Verbindlichmachung von Planungsgrundlagen bzw. Planungsvorgaben hat die Rechtssicherheit und -klarheit sowohl für Behörden als auch für Bewilligungswerber deutlich erhöht.

2. Der Verfassungsgerichtshof hegt zudem Bedenken, dass es sich bei der ÖSG-VO 2018 bzw. der ÖSG-VO 2019 um eine kompetenzwidrige Mischverordnung handeln könnte, weil in dieser sowohl der Bundesvollziehung zuzuordnende Angelegenheiten (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG; 'Gesundheitswesen') als auch der Landesvollziehung zuzuordnende Angelegenheiten (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG; 'Heil- und Pflegeanstalten') geregelt werden.

2.1 Dem ist entgegen zu halten, dass § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG vorsehen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH bestimmte Teile von ÖSG und RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären hat, und zwar einerseits Teile, die Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen (Abs. 4), andererseits Teile, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen (Abs. 5). Dass die Gesundheitsplanungs GmbH eine Verordnung erlässt, die sowohl Angelegenheiten des Vollziehungsbereiches des Bundes (Art. 10 B-VG) als auch Angelegenheiten des Vollziehungsbereiches der Länder (Art. 12 B-VG) regelt, ergibt sich somit aus den geltenden einfachen Gesetzen.

Zudem beziehen sich die Absätze 4 und 5 des § 23 G-ZG auf die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit Agenden des Art. 10 B-VG (Absatz 4) und Art. 12 B-VG (Absatz 5). Diese Trennung war erforderlich, da Absatz 4 auf Art. 10 B-VG gestützt ist, wohingegen es sich bei Absatz 5 um eine Grundsatzbestimmung handelt. Aus dieser Trennung ist jedoch nicht zwingend ableitbar, dass das G-ZG nach Kompetenzmaterien getrennt zwei oder mehrere zu erlassende Verordnungen vorschreibt.

Vielmehr führen die entsprechenden Erläuterungen zum G-ZG (1333 BlgNR 25. GP 10) aus, dass 'eivernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des ÖSG bzw. eivernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichnete Teile des RSG als verbindlich festgelegt und durch Verordnung kundgemacht werden. Um eine umfassende und integrative Planung des österreichischen Gesundheitswesens im Rahmen der kompetenz- und verfassungsrechtlichen Gegebenheiten umzusetzen, wird zur Sicherstellung, dass diese Verordnungen abgestimmte Vorgaben sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch für den Krankenanstaltenbereich enthalten, die Einrichtung einer nicht gewinnorientierten GmbH vorgesehen, die seitens des Bundes und der Länder mit der Erlassung dieser Verordnungen beliehen wird.'

Aus der Formulierung 'sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch den Krankenanstaltenbereich' ergibt sich deutlich, dass das G-ZG Verordnungen vorsieht,

die sowohl Art. 10 B-VG als auch Art. 12 B-VG Materien beinhalten. Da jedenfalls eine ÖSG-Verordnung und neun RSG-Verordnungen vorgesehen sind, wurde der Plural beim Begriff 'Verordnung' verwendet.

Die aufgrund des G-ZG, des NÖGUS-G und des ÖSG erlassene ÖSG-Verordnung lässt zudem erkennen, welche ausgewiesenen Teile einerseits der Angelegenheit 'Gesundheitswesen' und damit der Bundesvollziehung und andererseits der Angelegenheit 'Krankenanstaltenrecht' und damit der Landesvollziehung zuzurechnen sind.

Da es auch materiengesetzlich nicht untersagt ist, eine mehrere Kompetenzbereiche umfassende Verordnung zu erlassen, ist auch diesbezüglich keine Gesetzeswidrigkeit der ÖSG-Verordnung gegeben.

Auch die ständige Rechtsprechung des VfGH zeigt, dass die Erlassung kompetenzbereichsübergreifender hoheitlicher Rechtsakte zulässig ist. So ist beispielsweise die Zusammenfassung von Bescheiden mehrerer Behörden in einer Ausfertigung verfassungsrechtlich unbedenklich (VfSlg. 9380/1982 und VfSlg. 8304/1978 mit Hinweisen auf die Vorjudikatur). Das gilt umso mehr auch für Verordnungen, die sich naturgemäß an einen unbestimmten Adressatenkreis richten. Auch ist diese Rechtsfrage keineswegs neu: Es gibt zahlreiche Verwaltungsorgane, die funktionell sowohl in der Bundesvollziehung als auch in der Landesvollziehung tätig werden und dabei auch jeweils Verordnungen erlassen.

Es spricht daher nichts dagegen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH, soweit sie durch § 23 Abs. 4 G-ZG und durch in Ausführung des § 23 Abs. 5 G-ZG ergangenen Landesgesetze (§ 17 Abs. 1 NÖGUS-G) mit der Verbindlichmachung von Teilen des ÖSG und der RSG beliehen ist, eine einzige Verordnung zur Verbindlichmachung erlässt. Selbst wenn einzelne Bestimmungen der gegenständlichen Verordnung nicht eindeutig einem Vollziehungsbereich zugeordnet werden könnten, somit janusköpfigen Charakter aufweisen sollten, erachtet dies etwa Jabloner, aaO 242f, auf untergesetzlicher Ebene als zulässig.

3. Der Verfassungsgerichtshof hegt weiters Zweifel, ob die Übertragung der (auch finanziellen) Planung für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung überschreitet.

3.1 Dazu ist zunächst festzustellen, dass nach der Judikatur des VfGH lediglich 'vereinzelte Aufgaben' übertragen werden können und staatliche 'Kernaufgaben' einer Beleihung nicht zugänglich sind (VfSlg 18.808/2009; 17.421/[2004]).

3.2 In der Literatur wird überwiegend vertreten, dass verfassungsrechtliche Grenzen durch die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Umwandlung von Teilen der Strukturpläne in Verordnungen nicht verletzt werden (in diesem Sinne etwa Baumgartner, ZfV 2018/22, 255 (258 f.); Stöger, Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 11 (20); Souhrada, Soziale Sicherheit 2017, 104 (117); zuletzt auch (im

Hinblick auf die fragliche Bewertung der Gesundheitsplanung als ausgliederungsfeste 'Kernaufgabe' des Staates) Berka, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019/121, 227 (228).

3.3 Eine verfassungskonforme Beleihung erfordert nach der Rechtsprechung des VfGH unter anderem die Sicherstellung ausreichender Steuerungsmöglichkeiten, die es dem gemäß Art 76 Abs. 1 bzw. Art. 105 Abs. 2 sowie Art 142 B-VG rechtlich verantwortlichen obersten Organ ermöglichen, in effektiver Weise für die Gesetzmäßigkeit der Vollziehung zu sorgen.

Der NÖ Landesgesetzgeber hat dem aus der Beleihungsjudikatur des VfGH entwickelten Erfordernis einer ausdrücklichen Einräumung von Weisungsbefugnissen Rechnung getragen: So wird in § 17 Abs. 2 NÖGUS-G explizit angeordnet, dass die Gesundheitsplanungs GmbH in ihrer Tätigkeit, soweit Landesangelegenheiten im Sinne des Art. 12 B-VG berührt sind, der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung unterliegen und dieser auf Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet ist.

Der Verfassungsgerichtshof hegt Bedenken gegen die effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion der obersten Verwaltungsorgane gegenüber der Gesundheitsplanungs GmbH.

Da die Bestellung der Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH durch die Länder, den Bund und den Dachverband der Sozialversicherungsträger erfolgt und für Beschlüsse der Gesundheitsplanungs GmbH Einstimmigkeit in der Generalversammlung erforderlich ist, die Generalversammlung jeweils aus einem Vertreter der Länder, des Bundes und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger besteht, ist aus Sicht der NÖ Landesregierung eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion des obersten Organes, der Landesregierung, gegeben.

Insgesamt wurden aus Sicht der NÖ Landesregierung die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH nicht überschritten.

4. Zu den Bedenken des Verfassungsgerichtshofes zur Verfassungsmäßigkeit des § 17 NÖGUS-G wird ausgeführt, dass diese Bestimmung in Ausführung der § 23 Abs. 5 und 8 G-ZG (Grundsatzbestimmungen) ergangen ist.

Es wird diesbezüglich auf die Erläuterungen des Motivenberichts zur Novelle des NÖGUS-G, LGBl Nr. 92/2017 verwiesen:

'Durch Einfügung des § 17 Abs. 1 erfolgt die Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 23 Abs. 5 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017. § 17 Abs. 1 bildet die landesgesetzliche Grundlage für das hoheitliche Tätigwerden der Gesundheitsplanungs-GmbH, sodass die von der Landes-Zielsteuerungskommission als normativ gekennzeichneten Teile des RSG und ÖSG (überregionale Planung von Großgeräten, ausgenommen ECT,

PET, Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Geräte) von der Gesundheitsplanungs-GmbH für verbindlich erklärt werden können. Die im Gesetzestext verwendete Wendung "im Rahmen der Vollziehung des Landes" soll dabei zum Ausdruck bringen, dass sich die Verbindlicherklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit im Anwendungsbereich des Entwurfes auf Angelegenheiten des Art. 12 (Krankenanstalten) und Art. 15 B-VG (Soziales) bezieht. Durch die normierte sinngemäße Anwendung des § 23 Abs. 2 vierter und fünfter Satz wird sichergestellt, dass vor Verordnungserlassung ein Begutachtungsverfahren zu erfolgen hat. Die von der Gesundheitsplanungs-GmbH für verbindlich erklärten Teile des ÖSG und des RSG sind nach Information der Landesregierung im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS – www.ris.bka.gv.at) kundzumachen. Durch § 17 Abs. 2 erfolgt die Ausführung des § 23 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017.

Hiermit wird landesgesetzlich verankert, dass die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs-GmbH, soweit sie Angelegenheiten des Art. 12 und 15 B-VG betrifft, der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung unterliegt und auf deren Verlangen zur Information verpflichtet ist.'

Aus Sicht der NÖ Landesregierung entspricht § 17 NÖGUS-G den Grundsatzbestimmungen der § 23 Abs. 5 und 8 G-ZG und liegt keine Verfassungswidrigkeit dieser Bestimmung vor.

II. Zur krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfung:

1. Der Verfassungsgerichtshof führt aus, dass er in seiner bisherigen Rechtsprechung Regelungen zu krankenanstaltenrechtlichen Bedarfsprüfungen aufgehoben habe, wenn sie lediglich dem Konkurrenzschutz zwischen privaten Krankenanstalten gedient haben (vgl. VfSlg. 13.023/1992, 14.552/1996, 15.740/2000), im Übrigen aber verhältnismäßige Bedarfsprüfungen im öffentlichen Interesse als verfassungskonform angesehen habe (vgl. VfSlg. 14.840/1997, 14.456/1999, 15.610/1999, 15.613/1999). Der Verfassungsgerichtshof hegt vor dem Hintergrund dieser Rechtsprechung keine Bedenken gegen das gesetzlich vorgesehene Tatbestandsmerkmal, dass die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums, dessen Genehmigung begehrt wird, zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots führen muss (§ 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG, § 10c Abs. 1 lit. a Nö. KAG). Mit § 10c Abs. 3 Nö. KAG werde jedoch – in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 3a Abs. 3a KAKuG – an die Stelle dieser Prüfung die Vereinbarkeit mit Verordnungen nach § 23 G-ZG gesetzt, wobei diese Verordnungen u.a. die Zahl bestimmter Großgeräte taxativ festsetzen. Damit werden im Ergebnis selbständige Ambulatorien, die in den Anwendungsbereich dieser Bestimmungen fallen, starr kontingentiert. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher das Bedenken, dass eine starre Kontingentierung bestimmter selbständiger Ambulatorien überschießend in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) eingreifen dürfte und damit verfassungswidrig wäre.

1.1 Dem ist aus Sicht der NÖ Landesregierung entgegen zu halten, dass ein solcher Eingriff zulässig ist, wenn dieser durch ein öffentliches Interesse geboten, zur Zielerreichung geeignet, adäquat und auch sonst sachlich zu rechtfertigen ist. Im seinem Erkenntnis vom 26.06.2008 (VfSlg 18.513/2008) kommt der VfGH zu dem Schluss, dass durch die Regelung der Konzessionserteilung kein Eingriff in die Erwerbsausübungsfreiheit vorliegt, weil die Regelung im öffentlichen Interesse, zur Erreichung der Ziele einer bestmöglichen Heilmittel- und ärztlichen Versorgung geeignet und nicht unverhältnismäßig ist.

Auch das Bedarfsprüfungsverfahren im Krankenanstaltenrecht ist zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im öffentlichen Interesse gelegen und für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlich. Nur so kann für sämtliche Versorgungsbereiche eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet und Versorgungslücken verhindert werden.

Beim Verfassungsgerichtshof waren u.a. zu G 290/09, G 116/10, G 117/10, und G 119/10 Anträge des Verwaltungsgerichtshofes gemäß Art. 140 Abs. 1 B-VG auf Aufhebung von [–] die Bedarfsprüfung hinsichtlich selbständiger Ambulatorien betreffenden [–] Bestimmungen des NÖ KAG, anhängig. Diese angefochtenen Bestimmungen des NÖ KAG zur Bedarfsprüfung erwiesen sich jedoch aus den im Erkenntnis vom 06.10.2011, G 41/10, 42/10 ua., genannten Gründen als nicht verfassungswidrig, weshalb die Anträge des Verwaltungsgerichtshofes abzuweisen waren.

1.2 Aus Sicht der NÖ Landesregierung stellt § 10c Abs. 3 NÖ KAG insofern eine sachliche Regelung dar, als die Qualitätskriterien im ÖSG darauf abzielen, in den verschiedenen Versorgungsstrukturen österreichweit gleiche Versorgungsstandards zu erreichen. Mit dem ÖSG wird sichergestellt, dass Gesundheitsversorgung in ganz Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar ist und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten wird. Der am 30. Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene ÖSG 2017 enthält quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina für ausgewählte Bereiche der ambulanten und der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte. Bei der Erstellung des ÖSG 2017 wurden insbesondere bestehende Angebote sowie demographische und epidemiologische Entwicklungen berücksichtigt.

Das bedeutet, dass Bund, Länder und Sozialversicherung bereits im 'Vorfeld' bei der Erstellung des ÖSG 2017 die für eine harmonische und ausgewogene Verteilung der Ressourcen im Gesundheitssystem erforderlichen Überlegungen und Prüfungen angestellt haben, um österreichweit eine gleichmäßige Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

1.3 Hinsichtlich der Planung im Gesundheitswesen betonte bereits der EuGH, dass die Planung medizinischer Leistungen die Beherrschung der Kosten sicherstellen und so weit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern soll. Das Gemeinschaftsrecht schließt nicht aus, dass die Infrastrukturen ambulanter Versorgung auch Gegenstand einer Planung sein können. Eine Planung, die eine vorherige Genehmigung für die Niederlassung neuer Anbieter medizinischer Leistungen verlangt, kann sich als unerlässlich erweisen, um eventuelle Lücken im Zugang zu ambulanter Versorgung zu schließen. Weiters ist das notwendig, um die Einrichtung von Strukturen einer Doppelversorgung zu vermeiden, sodass eine medizinische Versorgung gewährleistet ist, die den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst ist, das gesamte Staatsgebiet (daher nicht nur die Sozialversicherung) abdeckt und geografisch isolierte oder auf andere Weise benachteiligte Regionen berücksichtigt (vgl. EuGH 10.03.2009; C-169/07).

Aus Sicht der NÖ Landesregierung liegt aus den genannten Gründen durch die getroffene Regelung kein überschießender Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) vor.

2. Zu den Bedenken des Verfassungsgerichtshofes zur Verfassungsmäßigkeit des § 10c Abs. 3 NÖ KAG wird ausgeführt, dass diese Bestimmung in Ausführung des § 3a Abs. 3a KAKuG (Grundsatzbestimmung) ergangen ist.

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017, BGBl. I Nr. 26/2017, ua. folgende Grundsatzbestimmung in § 3a KAKuG aufgenommen:

'(3a) Wenn das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. XX/2016, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs nur die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.'

In den Erläuterungen des Motivenberichts dazu wird ausgeführt:

'Im Bereich des Bedarfsprüfungsverfahrens sowohl für bettenführende Krankenanstalten als auch für selbstständige Ambulatorien erfolgen Änderungen, die der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarten Verbindlichkeitserklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) durch Verordnungen Rechnung tragen. Für den Fall, dass das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in diesen Verordnungen geregelt ist, wird vorgesehen, dass im Zuge der Bedarfsprüfung ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen.'

2.1 Der Landtag von Niederösterreich hat am 19. Oktober 2017 in Ausführung des § 3a Abs. 3a des KAKuG, den § 10c Abs. 3 NÖ KAG, NÖ LGBl Nr. 93/2017, beschlossen:

§ 10c Abs. 3 (neu) lautet:

'(3) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.'

Die dazu ergangenen Erläuterungen des Motivenberichts zur Novelle des NÖ KAG, LGBl. Nr. 93/2017 lauten:

'Im Bereich des Bedarfsprüfungsverfahrens für selbstständige Ambulatorien erfolgen Änderungen, die der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarten Verbindlichkeitserklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit durch Verordnungen Rechnung tragen. Für den Fall, dass das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in diesen Verordnungen geregelt ist, wird vorgesehen, dass im Zuge der Bedarfsprüfung ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist. Durch diese neue Bestimmung erfolgt eine Transformation des § 3a Abs. 3a KAKuG ins Landesrecht.'

2.2 Wie der Verfassungsgerichtshof bereits im Erkenntnis Slg. 5921/1969 ausgeführt hat, ist der Kompetenztypus der Grundsatzgesetzgebung dadurch gekennzeichnet, dass die Wirksamkeit gesetzgeberischer Maßnahmen für den Bereich der Vollziehung zweier gesetzgeberischer Akte bedarf: Der erste Akt (das Grundsatzgesetz) enthält Normen, die an den Ausführungsgesetzgeber, nicht aber an die Vollziehung gerichtet sind, erst der zweite Akt (das Ausführungsgesetz) ist die für die Vollziehung bestimmte Rechtsgrundlage (VfSlg. 6885/1972). Dabei ist zu beachten (VfSlg. 16058/2000), dass das Ausführungsgesetz dem Grundsatzgesetz nicht widersprechen (vgl. zB VfSlg. 2087/1951, 2820/1955, 4919/1965), es also auch nicht in seiner rechtlichen Wirkung verändern (VfSlg. 3744/1960, 12280/1990) oder einschränken darf (vgl. VfSlg. 4919/1965).

2.3. Wie der Verfassungsgerichtshof bereits wiederholt ausgesprochen hat, hat sich die Grundsatzgesetzgebung auf die Aufstellung von Grundsätzen zu beschränken; dem Bundesgesetzgeber ist es verwehrt, über diese in Art. 12 B-VG gezogene Grenze hinaus Detailregelungen zu erlassen, die der Landesgesetzgebung vorbehalten sind. Einzelregelungen dieser Art, die ihrem Inhalt nach unmittelbar anwendbar sind, wenn sie in das Ausführungsgesetz übernommen werden (dazu VfSlg. 3340/1958), sind nur zulässig, wenn die Regelung Fragen von grundsätzlicher Bedeutung betrifft, die daher einer für das ganze Bundesgebiet wirksamen einheitlichen Regelung bedürfen (G 164/2019-25, G 171/2019-24). Bei § 3a

Abs. 3a KAKuG handelt es sich um eine solche Regelung von grundsätzlicher Bedeutung. Der Grundsatzgesetzgeber hat daher seine durch Art. 12 B-VG eingeräumte Gesetzgebungskompetenz nicht überschritten.

2.4 Bereits bei grundsätzlicher Betrachtung zeigt sich, dass § 3a Abs. 3a KAKuG erster Satz eine 'Wenn...dann'-Verknüpfung vornimmt, die dem Landesgesetzgeber hinsichtlich des zu erlassenden Ausführungsgesetzes keinen Spielraum gelassen hat. Der zweite Satz dieser Grundsatzbestimmung engt die Möglichkeiten insofern weiter ein, als gerade eben nur dann abweichend eine Verbesserung des Versorgungsangebotes zu prüfen ist, wenn das Vorhaben nicht in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist.

Den engen Vorgaben der Grundsatzbestimmung folgend, konnte der NÖ Landesgesetzgeber im Hinblick auf die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes, wonach das Ausführungsgesetz dem Grundsatzgesetz nicht widersprechen, es nicht in seiner rechtlichen Wirkung verändern oder einschränken darf, nur mehr eine gleichlautende Bestimmung in das NÖ KAG einfügen.

Aus Sicht der NÖ Landesregierung entspricht § 10c Abs. 3 NÖ KAG der Grundsatzbestimmung des § 3a Abs. 3a KAKuG und enthält keinen überschießenden Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG). Insgesamt ist die Regelung daher als verfassungskonform zu werten."

7. Die Wiener Landesregierung hat eine Äußerung erstattet, in der sie beantragt, § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 nicht als verfassungswidrig aufzuheben, im Fall der Aufhebung für das Außerkrafttreten aber eine Frist von 18 Monaten zu setzen, und im Übrigen den im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken wie folgt entgegnet (ohne Hervorhebungen im Original):

52

"[...]

Allgemeines:

Einleitend wird angemerkt, dass die gegenständliche Äußerung im Folgenden nur auf jene Bedenken eingeht, die entweder unmittelbar oder über Grundsatzbestimmungen zumindest mittelbar einen Bezug zu der in Prüfung gezogenen landesrechtlichen Bestimmung des § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 aufweisen.

Aufgrund der geteilten Kompetenzrechtslage in Bezug auf das Gesundheitswesen (Art. 10 B-VG, Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache) einerseits und das Krankenanstaltenrecht (Art. 12 B-VG, Grundsatzgesetzgebung Bund, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung Land) andererseits, haben der Bund und die

Länder unter anderem die Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, abgeschlossen. Der Geltungsbereich dieser Vereinbarung betrifft das gesamte österreichische Gesundheitswesen (intra- und extramuraler Bereich), also insbesondere den niedergelassenen Bereich, die selbständigen Ambulatorien und die bettenführenden Krankenanstalten.

Mit dieser Vereinbarung sind Bund und Länder unter anderem übereingekommen, den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als zentrale Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung einzusetzen und sicherzustellen, dass die Bundesgesundheitsagentur bzw. die Landesgesundheitsfonds bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen sind, die einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des ÖSG bzw. RSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen.

Zur Umsetzung dieser Vereinbarung wurden auf Bundesebene das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017, und auf Landesebene das Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. Nr. 10/2018, erlassen.

In § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 ist Folgendes normiert:

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien

(1) Die Gesundheitsplanungs GmbH gemäß § 23 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz-G-ZG) BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017 wird ermächtigt, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 23 Abs. 1 G-ZG ausgewiesenen Teile des ÖSG, soweit diese das Land Wien betreffen, und die nach § 9 Abs. 6 ausgewiesenen Teile des RSG – jeweils insoweit dies Angelegenheiten gemäß Art. 12 B-VG betrifft – durch Verordnung als verbindlich zu erklären.

(2) Jene Teile des RSG, die nach § 9 Abs. 6 rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen, ist über die geänderten Teile des RSG eine nochmalige Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(4) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG gemäß § 9 Abs. 6 bzw. deren Änderung gemäß Abs. 2 in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, ist hinsichtlich der Erlassung eines Wiener Krankenanstaltenplans § 5a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 10/2018, anzuwenden.

Zu den Bedenken hinsichtlich der grundsatzgesetzlichen Grundlagen der ÖSG-Verordnungen bzw. der RSG Wien – Verordnung 2019 im G-ZG (Punkt 1.1.)

Gemäß Art. 12 Abs. 1 B-VG fällt der Kompetenztatbestand der Heil- und Pflegeanstalten (in weiterer Folge Krankenanstaltenrecht) in die Zuständigkeit des Bundes zur Grundsatzgesetzgebung und des Landes zur Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung. Grundsatzgesetze und Grundsatzbestimmungen sind gem. Art. 12 Abs. 2 B-VG ausdrücklich als solche zu bezeichnen. Ein Grundsatzgesetz liegt nur dann vor, wenn einerseits die darin enthaltene Regelung nicht so bestimmt ist, dass sie im Hinblick auf Art. 18 B-VG einwandfrei vollziehbar ist, andererseits die betreffenden Regelungen doch soweit bestimmt sind, dass sie aufgrund ihres Inhaltes den Kompetenztatbeständen des Art. 12 Abs. 1 B-VG zugeordnet werden können. Ein Grundsatzgesetz kann daher sowohl wegen Überbestimmtheit als auch wegen mangelnder Bestimmtheit verfassungswidrig sein. Ein Ausführungsgesetz ist dann verfassungswidrig, wenn es einem Grundsatzgesetz widerspricht. Sind keine Grundsätze aufgestellt, so kann gem. Art. 15 Abs. 6 B-VG das Land solche Angelegenheiten frei regeln.

Im gegenständlichen Fall hat der Bundesgesetzgeber folgende Bestimmungen des G-ZG ausdrücklich als Grundsatzbestimmung bezeichnet:

§ 21 G-ZG:

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass die RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

[(4) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls die in Abs. 3 genannten Inhalte umfasst.

(6) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich die Vorgaben des Abs. 5 eingehalten werden.

§ 23 G-ZG:

(5) (Grundsatzbestimmung) Insoweit die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, ist durch die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH diese Teile ebenfalls durch Verordnung für verbindlich erklärt.

(8) (Grundsatzbestimmung) Durch die Landesgesetzgebung ist vorzusehen, dass die Tätigkeit der Gesellschaft – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der jeweiligen Landesregierung unterliegt und auf deren Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet ist.

§ 24 G-ZG:

(Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, hinsichtlich der Erlassung eines Landeskrankenanstaltenplanes § 10a KAKuG anzuwenden ist.

Der Bundesgesetzgeber bestimmt somit ausdrücklich in § 23 Abs. 5 G-ZG in den Grundsätzen, dass in Bezug auf jene von den Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG, die Krankenanstaltenrecht zum Gegenstand haben, durch die Landesgesetzgebung vorzusehen ist, dass die Gesundheitsplanungs GmbH diese Teile ebenfalls durch Verordnung für verbindlich zu erklären hat. Andere als die ausgewiesenen Teile der Strukturpläne sind nicht als Verordnung zu erlassen.

Weiters stellt er in § 21 Abs. 4 und 6 G-ZG auch grundsatzgesetzliche Vorgaben einerseits in Bezug auf den Mindestinhalt des RSG sowie andererseits in Bezug auf die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich auf, indem auf die Vorgaben des § 21 Abs. 3 und Abs. 5 G-ZG verwiesen wird, wodurch diese Vorschriften ebenso als Inhalt der grundsatzgesetzlichen Bestimmungen des § 21 Abs. 4 und 6 G-ZG anzusehen sind.

Die nicht als Grundsatzgesetz bezeichneten §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 G-ZG enthalten generelle Grundsätze über die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur, allgemeine Aussagen über die Planungsinstrumente des ÖSG und der RSG sowie eine demonstrative Aufzählung von inhaltlichen Vorgaben für den ÖSG in seiner Eigenschaft als objektiviertes Sachverständigen Gutachten.

Die Annahme des Verfassungsgerichtshofes, dass diese Bestimmungen Rechtsgrundlage für die zu erlassenden Verordnungen sind, trifft aufgrund des Inhaltes dieser Bestimmungen nicht zu.

Im Ergebnis können die krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen durch die zuvor erwähnten grundsatzgesetzlichen Regelungen als ausreichend determiniert angesehen werden.

Da der Bundesgesetzgeber über das vor Erlassung der Verordnungen zur Verbindlicherklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG durchzuführende Begutachtungsverfahren keine Grundsätze aufgestellt hat, sind die Länder gem. Art. 15 Abs. 6 B-VG befugt, diese Angelegenheit frei zu regeln. Die zu § 23 Abs. 1 und 2 G-ZG korrespondierenden Verfahrensbestimmungen finden sich in §§ 9 und 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017.

Zu den Bedenken dass die maßgebliche Festlegung des Verordnungsinhaltes der Gesundheitsplanungs GmbH entzogen sei (Punkt 1.2.)

Die Gesundheitsplanungs GmbH ist verpflichtet, die von den Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile der Strukturpläne für verbindlich zu erklären. Diese Verpflichtung ist tatsächlich mit keiner Gestaltungsmöglichkeit verbunden.

Dass ein Bundes- oder Landesorgan von einer anderen Stelle festgelegte Inhalte für verbindlich erklärt, ist verfassungsrechtlich nicht bedenklich, sondern findet sich vielmehr auch in anderen Zusammenhängen in der Rechtsordnung wieder, siehe z. B. die Intimation von Bescheiden des Bundespräsidenten sowie die Verbindlicherklärung von ÖNORMEN nach § 9 NormenGesetz 2016. Im zuletzt genannten Fall wird der Inhalt der für verbindlich erklärten Norm von einer anderen Stelle als dem Gesetz- oder Ordnungsgeber, nämlich der mit keinen hoheitlichen Befugnissen ausgestatteten Normungsorganisation festgelegt.

Zur Beleihung einer Stelle mit Aufgaben der Bundes- und Landesverwaltung und den Bedenken im Hinblick auf die Erlassung von 'gemischten' Verordnungen (Punkt 1.3. und 2.)

Nach der bisherigen Staatenpraxis wurden keine verfassungsrechtlichen Bedenken gesehen, einen außerhalb der Verwaltungspraxis stehenden privaten Rechts-träger sowohl mit Aufgaben der Bundesverwaltung als auch mit solchen der Landesverwaltung zu betrauen. Als Beispiel zu nennen ist die Bestellung von ein- und derselben Person zum Forstschutzorgan und zum Jagdschutzorgan [Pürgy, die Mitwirkung von Beliehenen an der Landesvollziehung, ZfV 2011, 745 ff., (754)]. Auch der Verfassungsgerichtshof hat sich bereits mit einer derartigen Konstruktion befasst, Das Erkenntnis VfSlg. 17.421/2004 betrifft die GIS Gebühren Info Service GmbH (kurz: GIS GmbH), die [b]undesgesetzlich als Kapitalgesellschaft eingerichtet und sowohl mit Aufgaben der Bundes- als auch der Landesverwaltung beliehen ist. So obliegt der GIS GmbH in Wien etwa die hoheitliche Einhebung des Kulturförderungsbeitrages (§ 6 Abs. 1 Wiener Kulturförderungsbeitragsgesetz 2000). Der Verfassungsgerichtshof hat diese Konstruktion nun im genannten Erkenntnis nicht etwa deshalb aufgehoben, weil die Doppelfunktion als für den Bund und für die Länder tätige Gesellschaft als verfassungswidrig angesehen wurde, sondern

aus hier nicht näher relevanten anderen Gründen. Mit dieser Entscheidung hat der Verfassungsgerichtshof die Zulässigkeit einer solchen Konstruktion implizit anerkannt [Mayr, Jahrbuch öffentliches Recht 2010, 102; Pürgy, aaO, ZfV 2011, 746f und 754 sowie Baumgartner, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH ZfV, 3/2018, 255 ff. (264)]. Ausgehend davon ist die hier in Rede stehende Konstruktion einer GmbH, die Pläne im Bereich des Art. 10 B-VG einerseits und im Bereich des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG andererseits jeweils durch Verordnung für verbindlich erklären soll, verfassungsrechtlich zulässig.

Klarzustellen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH nach dem Wortlaut der Absätze 4 und 5 des § 23 G-ZG dazu befugt ist, in beiden Wirkungsbereichen Verordnungen zu erlassen. Dementsprechend agiert die Gesundheitsplanungs GmbH bei der Erlassung von Bundesverordnungen funktionell als Bundesorgan und bei der Erlassung von Landesverordnungen funktionell als Landesorgan (Baumgartner, aaO, ZfV, 263). Dies ist ebenso verfassungsrechtlich zulässig.

Im Ergebnis ist die gesonderte Erlassung von Verordnungen einerseits für die Angelegenheiten des Art. 10 B-VG und andererseits für die Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nicht erforderlich, da eine eindeutige Zuordnung des Inhaltes der Verordnung zu den jeweiligen Kompetenztatbeständen möglich ist. Die gesetzlichen Grundlagen in § 23 G-ZG unterscheiden zwischen jenen Inhalten der Strukturpläne, die Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen und jenen, die dem Art. 12 B-VG unterliegen. Die Trennung lässt sich auch legistisch einwandfrei nachvollziehen: § 23 Abs. 4 G-ZG bezieht sich auf die Angelegenheiten der niedergelassenen Ärzte, das sind Angelegenheiten des Bundes nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG und enthält aus diesem Grund unmittelbar anwendbares Bundesrecht. § 23 Abs. 5 G-ZG hingegen ist eine Anordnung an den Landesgesetzgeber betreffend den stationären Bereich der Krankenanstalten und erfasst somit Inhalte, die dem Art. 12 B-VG unterliegen.

Zu den Bedenken betreffend die fehlende Einholung der Zustimmung der Länder (Punkt 1.3.)

Die dem Konzept des § 23 G-ZG zugrundeliegende Idee der integrativen Gesundheitsplanung ist dem Bund und allen Ländern bereits seit 2013 ein dringendes Anliegen. In diesem Jahr wurde die erste Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG mit dem Titel 'Zielsteuerung – Gesundheit' abgeschlossen (BGBl. I Nr. 200/2013). Gegenstand der Vereinbarung BGBl. I Nr. 97/2017 ist die Fortführung und Weiterentwicklung der bereits eingerichteten integrativen partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (siehe Art. 1 dieser Vereinbarung). Auch an dieser Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG haben alle Länder teilgenommen. Es ist daher davon auszugehen, dass der Bundesgesetzgeber für die Umsetzung der integrativen Gesundheitsplanung im § 23 G-ZG von der Zustimmung aller Länder ausgehen konnte.

Zu den Bedenken dass keine exakte Regelung der Behördenzuständigkeit der beliehenen Gesundheitsplanungs GmbH vorliege (Punkt 1.4.)

Die Gesundheitsplanungs GmbH ist ein sowohl vom Bund als auch von den Ländern mit Aufgaben der Vollziehung des Bundes als auch der Länder beliehener privater Rechtsträger. Organisatorisch handelt es sich um eine Kapitalgesellschaft, die nach den gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen gegründet und in das Firmenbuch eingetragen wurde. Einziger Unternehmensgegenstand der Gesundheitsplanungs GmbH ist die Erlassung von Verordnungen gem. § 23 G-ZG bzw. § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 samt Kundmachung einschließlich der Durchführung des dafür vorgesehenen Begutachtungsverfahrens.

Eine gesetzliche Regelung, welches interne Organ der Gesundheitsplanungs GmbH zur Erlassung der Verordnungen zuständig ist, wurde im G-ZG bzw. im Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 nicht getroffen, weshalb diesbezüglich auf die allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Regelungen im GmbH-Gesetz zurückzugreifen ist.

Nach den gesellschaftsrechtlichen Vorschriften verfügt eine GmbH zwingend über folgende Organe: die Geschäftsführung und die Generalversammlung. Die Geschäftsführung ist das zentrale Geschäftsführungs- und Vertretungsorgan und ist diese an die Weisungen der Gesellschafter gebunden. Bei der Generalversammlung handelt es sich um das allgemeine Willensbildungsorgan der GmbH und besteht diese aus der Gesamtheit der Gesellschafter, das heißt Bund, Ländern sowie Dachverband der Sozialversicherungsträger. Die Generalversammlung hat ausdrückliche gesetzlich zugewiesene Aufgaben (siehe § 35 GmbH-Gesetz) und können ihr darüber hinaus im Gesellschaftsvertrag weitere Aufgaben zugewiesen werden. Nachdem der einzige Unternehmensgegenstand der Gesundheitsplanungs GmbH die Erlassung von Verordnungen gem. § 23 G-ZG bzw. § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 samt Kundmachung einschließlich der Durchführung des dafür vorgesehenen Begutachtungsverfahrens ist, kann dafür als zuständiges Organ nur die Geschäftsführung verantwortlich sein, da bei der Annahme einer Zuständigkeit der Generalversammlung anstelle der Geschäftsführung dieser kein Aufgabenbereich in Bezug auf den einzigen Unternehmensgegenstand der Gesellschaft zukommen würde.

Im Ergebnis ist somit die Behördenzuständigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH durch die Bestimmung des § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 in Zusammenschau mit den gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen als hinreichend exakt im Sinne des Art. 18 iVm Art. 83 B-VG festgelegt anzusehen.

Zu den Bedenken der fehlenden umfassenden und effektiven Steuermöglichkeit der beliehenen Gesundheitsplanungs GmbH durch die obersten Organe der Vollziehung (Punkt 1.5.)

Nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes wirkt das Weisungsprinzip des Art. 20 Abs. 1 B-VG nur innerhalb der Verwaltung. In Fällen der Ausübung von Hoheitsgewalt durch außerhalb der Verwaltung stehende Rechtsträger wirkt Art. 20 Abs. 1 B-VG als Gebot an den einfachen Gesetzgeber, die Rechtslage so zu gestalten, dass dem jeweils obersten Organ eine effektive Leitungs- und Steuerungsmöglichkeit zukommt (VfSlg. 15.946/2000, 16.400/2001). Aufgrund dieser Rechtsprechung hat der Wiener Landesgesetzgeber in § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 vorgesehen, dass die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH, insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind, der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung unterliegt. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet. Der Wiener Landesgesetzgeber ist damit seiner verfassungsrechtlichen Pflicht zur expliziten Anordnung von Weisungsrechten voll und ganz nachgekommen.

§ 23 Abs. 3 dritter Satz G-ZG sieht nun vor, dass die Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sind, die jeweils einen Vertreter in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 ist aufgrund seines öffentlich-rechtlichen Charakters so zu verstehen, dass die darin enthaltene Anordnung unabhängig vom Willen der Gesellschafter einer GmbH gilt. Dies bedeutet, dass alle Organe der Gesellschaft, soweit sie Adressat einer Weisung der Wiener Landesregierung sind, bereits ex lege zur Umsetzung der Weisung gesetzlich verpflichtet sind.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass ausschließlich ausverhandelte Inhalte in die Verordnung einfließen. Wenn daher die Gesellschaft gesetzwidrig andere Inhalte als diese für verbindlich erklärt oder im Einzelfall Weisungen nicht befolgt, hätten die Gesellschafter natürlich sofort geeignete Maßnahmen zu treffen, die letztlich bis zur Abberufung der betreffenden Organe reichen können.

Es bestehen daher aufgrund der gesetzlich normierten Aufsichts-, Weisungs- und Informationsrechte in § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, der gesellschaftsrechtlichen Durchgriffsrechte und insbesondere auch im Hinblick auf die rein formalen Aufgaben der Gesundheitsplanungs GmbH eine ausreichende Steuerungsmöglichkeit der obersten Organe der Verwaltung.

Zu den Bedenken, dass die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung überschritten würden (Punkt 1.6.)

Es wird auf die Ausführungen zu den Punkten 1.3. und 2. verwiesen. Ergänzend wird Folgendes ausgeführt:

Im Bereich der Gesundheit ist eine Kernaufgabe der staatlichen Verwaltung die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf hohem Quali-

tätsniveau und ist, um dieses Ziel zu erreichen, eine auf alle Elemente des Versorgungssystems abgestimmte Planung erforderlich. Diese erfolgt gemeinsam durch Bund, Länder und Sozialversicherung insbesondere mittels ÖSG und RSG.

Gemäß § 23 Abs. 1 und 4 G-ZG sowie § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 erstreckt sich die einzige Aufgabe der Gesundheitsplanungs GmbH – abgesehen von der Verpflichtung zur Durchführung eines Begutachtungsverfahrens – auf den Bereich der Verbindlicherklärung von (Teilen) des ÖSG sowie der RSG durch Erlassung von Verordnungen samt Kundmachung. Es handelt sich um einen reinen Formalakt, der Gesundheitsplanungs GmbH obliegt lediglich die technische Durchführung der Verbindlicherklärung von Plänen, deren Inhalt von den Zielsteuerungskommissionen, denen Vertreter von Bund, den Ländern sowie den Sozialversicherungsträgern angehören, festgelegt werden.

Davon unberührt bleibt die Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege nach den krankenanstaltenrechtlichen Bestimmungen sowie auch die Verpflichtung der Sozialversicherungsträger gegenüber den Anspruchsberechtigten auf Gewährung von Leistungen, insbesondere aus dem Versicherungsfall der Krankheit, nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen.

Im Ergebnis wird somit lediglich eine einzelne Aufgabe, nämlich die Verordnungserlassung, an einen beliebigen Rechtsträger übertragen. Es werden jedoch nicht die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung überschritten.

Zu den Bedenken des Eingriffes in die Landes-Organisationskompetenz (Punkt 1.7.)

Zur Frage, ob der Bundesgesetzgeber dem Landesgesetzgeber die Betrauung eines ausgegliederten Rechtsträgers mit Aufgaben der Landesvollziehung nach Art. 12 B-VG vorschreiben darf, ist zu bemerken, dass materienspezifische Organisationsvorgaben in den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten von der Materienkompetenz (Grundsatzgesetzgebung) als mitumfasst angesehen werden können (siehe Baumgartner, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018/22)."

8. Die Oberösterreichische Landesregierung und die Salzburger Landesregierung haben jeweils auf eine Äußerung verzichtet. Die Landesregierungen von Burgenland, Kärnten, Steiermark, Tirol und Vorarlberg, die im Verfahren ebenfalls zur Stellungnahme eingeladen wurden, haben keine Äußerungen erstattet. 53

9. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die Österreichische Zahnärztekammer und zwei weitere, in bestimmten Anlassverfahren beteiligte Parteien haben jeweils eine Äußerung erstattet. 54

II. Rechtslage

Die maßgebliche Rechtslage stellt sich wie folgt dar:	55
1. Art. 4 und 5 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017, lauten wie folgt:	56

"2. Abschnitt Planung und Gesundheitstelematik

Art. 4 Grundsätze der Planung

(1) Die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen und erfolgt auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Bestandteil dieser Vereinbarung ist es, die Realisierung einer integrativen Planung insbesondere für die folgenden Versorgungsbereiche sicherzustellen:

1. Ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen;
2. Akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser), sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
3. Ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche;

(2) Als Rahmenbedingungen bei der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

1. Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden
2. Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne 'kommunizierender Gefäße') für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);

3. Rettungs- und Krankentransportwesen (inkl. präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (inkl. und exkl. der notärztlichen Komponente) sowie Krankentransportdienst.

(3) Die integrative Versorgungsplanung hat die Beziehungen zwischen allen in Abs. 1 und 2 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung berücksichtigen Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend, dass die gesamtökonomischen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

(4) Die integrative Versorgungsplanung hat patientenorientiert zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien im Sinne der Bestimmungen gemäß Art. 8 sicherzustellen.

(5) Die integrative Versorgungsplanung verfolgt insbesondere das Ziel einer schrittweisen Verlagerung der Versorgungsleistungen von der akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen 'Best Point of Service' unter Sicherstellung hochwertiger Qualität.

(6) Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes Nahtstellenmanagement und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten Informationstransfer mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.

(7) Die integrative Versorgungsplanung setzt entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Prioritäten:

1. Reorganisation aller in Abs. 1 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes.
2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen.
3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs, insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen sowie die Weiterentwicklung einzelner Krankenanstalten zu Einrichtungen für eine Grund- und Fachversorgung.
4. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung erfolgt eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung.

5. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.
6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

(8) Die Vertragsparteien kommen überein, die für die integrative Versorgungsplanung notwendigen Datengrundlagen (inkl. bundesweit einheitlicher Datengrundlagen für alle Gesundheitsberufe) in ausreichender Qualität entsprechend Art. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Gemäß Art. 15 Abs. 4 ist die Implementierung einer flächendeckenden verpflichtenden Dokumentation von Diagnosen in codierter Form im ambulanten Bereich auf Basis von ICD-10 bzw. im Bereich der Primärversorgung alternativ auch auf Basis von ICPC-2 vorgesehen.

Art. 5

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

(1) Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. ÖSG und RSG sind integrale Bestandteile der Zielsteuerung-Gesundheit und mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt.

(2) Der ÖSG umfasst verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in Art. 4 Abs. 1 angeführten Bereiche, verfolgt die Zielsetzungen gemäß Art. 4 Abs. 3 bis 7, legt die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität fest und stellt damit eine Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung dar.

(3) Die Inhalte des ÖSG umfassen insbesondere:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;

7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6.
9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen.
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inkl. österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten).
11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte;
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.

(4) Der ÖSG ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur nach den Vorgaben der Zielsteuerung-Gesundheit kontinuierlich gesamthaft weiterzuentwickeln. Ergänzungen und Weiterentwicklungen des ÖSG erfolgen gemeinsam zwischen Bund, Bundesländern und Sozialversicherung nach partnerschaftlich festgelegten Prioritäten gemäß Art. 4 Abs. 7. Der Schwerpunkt der Ergänzungen liegt entsprechend der Zielsteuerung-Gesundheit im ambulanten Bereich. Es werden jedenfalls folgende Entwicklungsschritte vereinbart:

1. Aktualisierung von Ist-Stand und Bedarfsprognosen
2. jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrizen für den ambulanten und den akutstationären Bereich und sukzessive Festlegung weiterer verbindlicher Mindestfallzahlen für medizinische Leistungen bzw. Leistungsbündel entsprechend international vorhandener Evidenz;
3. Weiterentwicklung der Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien für alle Bereiche, insbesondere für interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen;
4. Weiterentwicklung der überregionalen Versorgungsplanung auf Basis einer entsprechenden Beobachtung und bei Bedarf Ergänzung weiterer Versorgungsbereiche;
5. Planung der ambulanten Rehabilitation der Phase III, die zur Stabilisierung der Erfolge aus der ambulanten Rehabilitation der Phase II oder auch der stationären

Rehabilitation der Phase II dienen soll, muss bestehende integrierte Versorgungsstrukturen (insbesondere Primärversorgung), fachärztliche Versorgung und die vorhandenen Evidenzen berücksichtigen;

6. Präzisierung der notwendigen Schritte zur Berücksichtigung der präklinischen Versorgung inkl. Rettungs- und Krankentransportdienst in der Planung;

7. Weiterentwicklung von morbiditätsbasierten Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung und pilothafte Anwendung (Versorgungsforschung);

(5) Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von maximal fünf Jahren vorgenommen. Die notwendige Wartung einzelner Teile des ÖSG sowie Ergänzungen haben bei Bedarf während der Laufzeit dieser Vereinbarung zeitnah zu erfolgen.

(6) Der ÖSG sowie Revisionen, Wartungen und Ergänzungen des ÖSG sind gemäß Abs. 9 Z 1 zu veröffentlichen.

(7) Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind je Bundesland entsprechend den Vorgaben des ÖSG gemäß Abs. 3 Z 12 bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich. Die Schwerpunkte der RSG sind jedenfalls:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich;

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Fachversorgung – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG) bzw. bei Bedarf auch auf tieferen regionalen Ebenen;

3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 und Bereinigung von Parallelstrukturen im Sinne des Art. 4 Abs. 5 und Art. 4 Abs. 7 Z 3; Ergänzung einer konkretisierten Planung zur Einrichtung von Primärversorgungseinheiten bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen;

4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Abs. 3 Z 9 inkl. Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer GastpatientInnen;

(8) Die RSG sind auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG ent-

sprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen. Die jeweils aktuelle Fassung des RSG ist in geeigneter Weise kundzumachen und auf der Website des jeweiligen Landes zu veröffentlichen.

(9) Bund und Länder kommen überein, zur Verbindlichkeit der Planung im ÖSG Folgendes sicherzustellen:

1. Der ÖSG und seine Änderungen sind von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im Bundesgesetzblatt II gemäß § 4 Abs. 2 des Bundesgesetzes über das Bundesgesetzblatt 2004, BGBl. I Nr. 100/2003, in der jeweils geltenden Fassung, sowie auf der Website des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums unbeschadet Z 2 als Sachverständigengutachten zu veröffentlichen.

2. Die Bundesgesundheitsagentur ist bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen, die einvernehmlich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des ÖSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen. Der Beginn der verbindlichen Wirkung ist durch die Bundes-Zielsteuerungskommission festzulegen, wobei entsprechende Umsetzungsfristen zu berücksichtigen sind.

(10) Bund und Länder kommen überein, zur Verbindlichkeit der Planung im RSG Folgendes sicherzustellen:

1. Der RSG und seine Änderungen sind vom jeweiligen Landeshauptmann nach einvernehmlicher Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission jedenfalls im Landesgesetzblatt sowie auf der Website der jeweiligen Landesregierung zu veröffentlichen.

2. Der Landesgesundheitsfonds ist bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen, die einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des RSG als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen. Der Beginn der verbindlichen Wirkung ist durch die Landes-Zielsteuerungskommission festzulegen, wobei entsprechende Umsetzungsfristen zu berücksichtigen sind. Diese Verordnung hat hinsichtlich der Vorgaben jenes Maß an Konkretetheit aufzuweisen, das erforderlich ist, um den Bedarf an einer konkreten Versorgungseinrichtung ausschließlich und abschließend anhand dieser Verordnung beurteilen zu können.

3. Der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ist mindestens vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen; der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(11) Soweit krankenanstaltenrechtliche oder ärztliche Bedarfsprüfungen durchzuführen sind, sind die durch Verordnungen gemäß Abs. 9 und 10 verbindli-

chen Inhalte des RSG als verbindliche Grundlage anzuwenden. Im Fall von erforderlichen Bedarfsprüfungen in Bezug auf Versorgungsstrukturen, die nicht im RSG enthalten sind, sind die im ÖSG und RSG festgelegten Planungskriterien anzuwenden. Die Bundesgesetzgebung bzw. die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die verbindlichen Inhalte des ÖSG und des jeweiligen RSG in ihren Bereichen als verbindlicher rechtlicher Rahmen für die bundes- und landesgesetzlich eingerichteten Körperschaften umzusetzen sind.

(12) Kommt in der Landes-Zielsteuerungskommission kein Einvernehmen über den verbindlichen Teil des RSG bzw. dessen Änderung zustande, bleiben die Planungskompetenzen des jeweiligen Landes bzw. der Sozialversicherung unberührt.

(13) Im Einklang mit dem ÖSG und den RSG sind die den GesundheitsdiensteanbieterInnen erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Regelungen haben dies zu ermöglichen.

(14) Die Abrechenbarkeit von Leistungen über die Landesgesundheitsfonds bzw. über die Krankenversicherungsträger ist an die Einhaltung der verpflichtenden qualitativen Inhalte in ÖSG und RSG durch die GesundheitsdiensteanbieterInnen zu binden und entsprechend gesetzlich festzulegen. Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen an die GesundheitsdiensteanbieterInnen hat im Einklang mit dem ÖSG und den RSG zu erfolgen.

(15) Die Festlegungen im ÖSG und in den RSG sind hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen (ÖSG-Monitoring und österreichweit vergleichendes RSG-Monitoring). Dieses Monitoring ist inhaltlich so zu gestalten, dass es eine entsprechende Grundlage für das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereitstellen kann."

2. Die §§ 1, 18 bis 30 und § 41 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I 26/2017, idF BGBl. I 100/2018 (§§ 21, 23 Abs. 3 sowie 29) und BGBl. I 9/2022 (§ 41) lauten (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

57

"1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen
Gegenstand

§ 1. (1) Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung haben nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gemeinsam mit den Ländern, im Rahmen derer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten, die integrative partnerschaftli-

che Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen und weiterzuentwickeln. Dieses Bundesgesetz berührt nicht die Zuständigkeiten der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung.

(2) Die Konkretisierung dieser Zielsteuerung-Gesundheit hat auf Grundlage vergleichbarer wirkungsorientierter qualitativ und quantitativ festzulegender

1. Versorgungsziele,
 2. Planungswerte,
 3. Versorgungsprozesse und -strukturen und
 4. Ergebnis- und Qualitätsparameter
- zu erfolgen. Darauf aufbauend ist als integraler Bestandteil die bereits etablierte
5. Finanzzielsteuerung
- fortzuführen und weiterzuentwickeln.

(3) Die Durchführung der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit hat durch die Weiterentwicklung von Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene das Prinzip der Wirkungsorientierung in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten."

"6. Abschnitt

Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur Grundsätze der Planung

§ 18. (1) Die integrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur hat den von der Zielsteuerung-Gesundheit vorgegebenen Anforderungen zu entsprechen sowie auf Basis vorhandener Evidenzen und sektorenübergreifend zu erfolgen. Sie umfasst alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung und Nahtstellen zu angrenzenden Bereichen. Die integrative Planung hat insbesondere die folgenden Versorgungsbereiche zu umfassen:

1. Ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/-ärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen;
2. akutstationärer Bereich und tagesklinischer Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser), sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird;
3. ambulanter und stationärer Rehabilitationsbereich mit besonderer Berücksichtigung des bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche.

(2) Als Rahmenbedingungen bei der integrativen Versorgungsplanung sind mit zu berücksichtigen:

1. Die Versorgungswirksamkeit von WahlärztInnen, WahltherapeutInnen, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, sofern von diesen sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden;

2. der Sozialbereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements und hinsichtlich komplementärer Versorgungsstrukturen (im Sinne 'kommunizierender Gefäße') für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich);

3. das Rettungs- und Krankentransportwesen (inklusive präklinischer Notfallversorgung) im Sinne bodengebundener Rettungsmittel und Luftrettungsmittel (sowohl inklusive als auch exklusive der notärztlichen Komponente) sowie der Krankentransportdienst.

(3) Die integrative Versorgungsplanung hat die Beziehungen zwischen allen in Abs. 1 und 2 genannten Versorgungsbereichen zu berücksichtigen. Im Sinne von gesamtwirtschaftlicher Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung haben Teilbereichsplanungen die Wechselwirkung zwischen den Teilbereichen dahingehend zu berücksichtigen, dass die gesamtökonomischen Aspekte vor den ökonomischen Aspekten des Teilbereiches ausschlaggebend sind.

(4) Die integrative Versorgungsplanung hat patientenorientiert zu erfolgen. Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien sicherzustellen.

(5) Die integrative Versorgungsplanung hat insbesondere das Ziel einer schrittweisen Verlagerung der Versorgungsleistungen von der akutstationären hin zu tagesklinischer und ambulanter Leistungserbringung im Sinne der Leistungserbringung am jeweiligen 'Best Point of Service' unter Sicherstellung hochwertiger Qualität zu verfolgen.

(6) Eine möglichst rasche und lückenlose Behandlungskette ist durch verbessertes Nahtstellenmanagement und den nahtlosen Übergang zwischen den Einrichtungen bzw. den Bereichen, u.a. durch gesicherten Informationstransfer mittels effektiven und effizienten Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien, sicherzustellen.

(7) Die integrative Versorgungsplanung hat entsprechend den Prinzipien der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere folgende Prioritäten zu setzen:

1. Reorganisation aller in Abs. 1 angeführten Bereiche in Richtung eines effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatzes.

2. Stärkung des ambulanten Bereichs insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden.

3. Weiterentwicklung des akutstationären und tagesklinischen Bereichs: insbesondere durch Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten, die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen.

4. Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche; im Rahmen der Umsetzung integrierter Palliativ- und Hospizversorgung hat eine Abstimmung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sowie der Sozialversicherung zu erfolgen.

5. Gemeinsame überregionale und sektorenübergreifende Planung der für die vorgesehenen Versorgungsstrukturen und -prozesse erforderlichen Personalressourcen unter optimaler Nutzung der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen.

6. Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

§ 19. (1) Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung.

(2) Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in § 18 Abs. 1 angeführten Bereiche zu umfassen, die Zielsetzungen gemäß § 18 Abs. 3 bis 7 zu verfolgen, die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität festzulegen.

Inhalte des ÖSG

§ 20. (1) Der ÖSG hat insbesondere folgende Inhalte zu umfassen:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;

2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;

3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;

4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;

5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;

6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;

7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;

8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;

9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen;

10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten);

11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte;

12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.

(2) Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bundesweit einheitlich.

(3) Der ÖSG ist auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Ländern und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist sicherzustellen, dass der Österreichischen Ärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen frühzeitig und strukturiert, mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des ÖSG in der Bundes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

Inhalte des RSG

§ 21. (1) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass die RSG gemeinsam mit den Ländern entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass die RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

(3) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls Folgendes beinhaltet:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG);
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer im Sinne des § 18 Abs. 1 Z1 – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen in Abs. 3 und 5 des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie in § 3 Abs. 2, 2b und 2c und § 3a Abs. 2 und 3 KAKuG Bedacht zu nehmen.

(4) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls die in Abs. 3 genannten Inhalte umfasst.

(5) Die Sozialversicherungsträger haben darauf zu achten, dass im Umsetzung des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich in den RSG insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(6) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich die Vorgaben des Abs. 5 eingehalten werden.

(7) Die RSG sind gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes 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 einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zu erfolgen.

(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.

Kundmachung des ÖSG und der RSG

§ 22. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat die jeweils aktuelle Fassung des ÖSG jedenfalls im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen.

(2) Der Landeshauptmann hat die jeweils aktuelle Fassung des RSG im RIS (www.ris.bka.gv.at) zu veröffentlichen.

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG

§ 23. (1) Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat im Sinne des öffentlichen Interesses jene für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG, dazu zählen insbesondere definierte Planungsrichtwerte und -kriterien sowie die überregionale Versorgungsplanung, die eine rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen des RSG bilden sollen, als solche auszuweisen. Die Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Jene Teile, die Verbindlichkeit erlangen sollen, sind vorab von der Gesundheitsplanungs GmbH einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(2) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass jene Planungsvorgaben des RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung im Sinne des § 21 Abs. 3 sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche ausgewiesen werden. Die rechtliche Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH gemäß Abs. 3 hergestellt. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung herangezogen werden können. Jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlichkeitserklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma 'Gesundheitsplanungs GmbH'. Gesellschafter/innen der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen/Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit des/der Geschäftsführers/Geschäftsführerin und dessen/deren Stellvertreter/innen ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund für die Gesellschafter entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitspla-

nungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

(4) Die Gesundheitsplanungs GmbH erklärt die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach Abs. 1 und den jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommissionen nach Abs. 2 ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG – insoweit dies Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betrifft – durch Verordnung für verbindlich.

(5) (Grundsatzbestimmung) Insoweit die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, ist durch die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass die Gesundheitsplanungs GmbH diese Teile ebenfalls durch Verordnung für verbindlich erklärt.

(6) Die Gesundheitsplanungs GmbH hat die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen.

(7) Die Tätigkeit der Gesellschaft unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind – der Aufsicht der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers. Die Gesellschaft ist bei der Besorgung der ihr diesbezüglich zukommenden Aufgaben an die Weisungen der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers gebunden und auf dessen/deren Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(8) (Grundsatzbestimmung) Durch die Landesgesetzgebung ist vorzusehen, dass die Tätigkeit der Gesellschaft – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der jeweiligen Landesregierung unterliegt und auf deren Verlangen zur jederzeitigen Information verpflichtet ist.

Landeskrankenanstaltenpläne

§ 24. (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, hinsichtlich der Erlassung eines Landeskrankenanstaltenplanes § 10a KAKuG anzuwenden ist.

7. Abschnitt

Entscheidungsstrukturen und -organisation

Organisation der Bundesgesundheitsagentur (gemäß § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)

§ 25. (1) Organe in der Bundesgesundheitsagentur sind:

1. Bundes-Zielsteuerungskommission
2. Ständiger Koordinierungsausschuss.

(2) Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium.

(3) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere durch die Zielsteuerung-Gesundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Vorgaben der Finanzzielsteuerung abgesichert wird.

Bundes-Zielsteuerungskommission

§ 26. (1) Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, vier Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder an.

(2) Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister, die erste Vorsitzenden-Stellvertreterin/der erste Vorsitzenden-Stellvertreter wird von der Sozialversicherung und die zweite Vorsitzenden-Stellvertreterin/der zweite Vorsitzenden-Stellvertreter wird von den Ländern bestellt.

(3) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.
2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 lit. a sowie Abs. 4 Z 2 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß §§ 59d und 59f KAKuG handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit
 - a) Beratung über den Entwurf für den Zielsteuerungsvertrag gemäß § 10,
 - b) Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
 - c) Jahresarbeitsprogramme für Maßnahmen auf Bundesebene zur konkreten Umsetzung des Zielsteuerungsvertrags,
 - d) Monitoring und Berichtswesen gemäß dem achten Abschnitt einschließlich des Finanzzielsteuerungsmonitorings,
 - e) Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß dem neunten Abschnitt,

- f) Rahmenregelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene; Erarbeitung, Erprobung von Abrechnungsmodellen für eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs,
 - g) (Weiter-)Entwicklung von Vergütungssystemen,
 - h) Qualität,
 - i) Grundsätze, Ziele und Methoden für die Planungen einschließlich Planung Großgeräte intra- und extramural im Österreichischen Strukturplan Gesundheit und in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit,
 - j) Angelegenheiten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit einschließlich Planung Großgeräte (intra- und extramural) sowie einschließlich der abschließenden Festlegung der verbindlich zu machenden Teile gemäß § 23 Abs. 1,
 - k) Angelegenheiten der transparenten Darstellung, der vollständigen Budgetierung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände sowie der transparenten Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich,
 - l) Grundsätze und Ziele für die Verwendung der Mittel zur Stärkung der Gesundheitsförderung
 - m) Richtlinien über die wesentlichen Eckpunkte für die Verwendung der Mittel gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens,
 - n) Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung und
 - o) Evaluierung der von der Bundes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.
2. Zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:
- a) Voranschlag und Rechnungsabschluss der Bundesgesundheitsagentur,
 - b) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln der Bundesgesundheitsagentur nach Maßgabe der Bestimmungen in §§ 59d bis 59f KAKuG,
 - c) Vorgaben für die Verwendung von zweckgewidmeten Mitteln zur Reallokation nach Maßgabe der Bestimmungen im § 59g KAKuG und
 - d) laufende Wartung und Aktualisierung sowie Weiterentwicklung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungsmodells (LKF) für den stationären und spitalsambulanten Bereich inklusive seiner Grundlagen.
3. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:
- a) Stärkung der nachhaltigen Umsetzung der (Rahmen-)Gesundheitsziele samt Festlegung der Indikatoren und Monitoring gemäß Art. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (inklusive Strategien zur Umsetzung),
 - b) Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
 - c) Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien gemäß Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und
 - d) Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation, sowie Weiterentwicklung des Dokumentations- und Informationssystems für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG).

(5) Die Bundes-Zielsteuerungskommission kann die Besorgung der Aufgaben gemäß Abs. 4 Z 1 lit. b, d, h und k, Z 2 lit. a und d sowie Z 3 lit. a und c an den Ständigen Koordinierungsausschuss übertragen.

Ständiger Koordinierungsausschuss

§ 27. (1) Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Ständiger Koordinierungsausschuss einzurichten. Im Ständigen Koordinierungsausschuss hat eine laufende wechselseitige Information und Konsultation der Mitglieder zu erfolgen.

(2) Dem Ständigen Koordinierungsausschuss gehören je neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Den Vorsitz führt eine Vertreterin/ein Vertreter des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums. Der Ständige Koordinierungsausschuss tritt regelmäßig, mindestens jedoch alle zwei Monate zusammen.

(3) Für Beschlussfassungen im Ständigen Koordinierungsausschuss sind die Bestimmungen des § 26 Abs. 3 analog anzuwenden.

(4) Der Ständige Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Beschlussfassung in den von der Bundes-Zielsteuerungskommission übertragenen Aufgaben,
2. Entscheidung über die geplante Einführung und inhaltliche Umsetzung von neuen oder inhaltlich erweiterten Monitoring-Systemen im Gesundheitswesen, sofern diese nicht aufgrund rechtlicher Vorgaben oder aufgrund international bestehender Verpflichtungen durchzuführen sind,
3. Akkordierung gemeinsamer Standpunkte von Bund, Ländern und der Sozialversicherung,
4. Abstimmung konkreter Arbeitsaufträge einschließlich Verantwortlichkeit und Zeitplan,
5. Klärung von Fragen, die von anderen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit an ihn herangetragen werden,
6. Abstimmung der eHealth-Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung insbesondere zur Umsetzung des Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens; gemeinsame Festlegung von eHealth Anwendungen der Zielsteuerungspartner, um Parallelstrukturen und -entwicklungen zu vermeiden und
7. Abstimmung der strategischen Ausrichtung der gemeinsamen Gesundheitsdatenbewirtschaftung insbesondere hinsichtlich Aufbau und Weiterentwicklung der Datenhaltung, -auswertung und -interpretation gemäß Art. 15 Abs. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Mitwirkung des Bundes in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

§ 28. (1) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige Gesundheitsplattform und eine Vertreterin/einen Vertreter in die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die Vertreterin/Der Vertreter des Bundes kann gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, ein Veto einlegen.

Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds

§ 29. (1) Der Dachverband hat eine Vertreterin/einen Vertreter ohne Stimmrecht in die jeweilige Gesundheitsplattform im Rahmen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden.

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben insgesamt fünf Vertreterinnen/Vertreter in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden und zwar vier Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreterinnen/Vertreter auf Vorschlag des jeweiligen Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse zu entsenden sind, darunter jedenfalls die Vorsitzende/der Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie dessen/deren Stellvertreter/in, und eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Träger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Beachtung zu nehmen.

(3) In der Landes-Zielsteuerungskommission bilden die von der gesetzlichen Krankenversicherung nominierten Vertreterinnen/Vertreter eine Kurie mit einer Stimme. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Landes-Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung zu akkordieren.

(4) Die Vorsitzende/Der Vorsitzende des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse hat

1. die Funktion der ersten Stellvertreterin/des ersten Stellvertreters der/des Vorsitzenden der Gesundheitsplattform wahrzunehmen und
2. gleichberechtigt mit dem vom Land bestellten Mitglied der Landesregierung den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission (Co-Vorsitz) zu führen sowie
3. die Stimmabgabe für die Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß Abs. 3 wahrzunehmen.

(5) Ist zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform und der Landes-Zielsteuerungskommission ein Präsidium vorgesehen, hat die gesetzliche Krankenversicherung in dieses Vertreterinnen/Vertreter zu entsenden. Dabei ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten und auf die Interessen der Betriebskrankenkassen Bedacht zu nehmen.

(6) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission ist von der gesetzlichen Krankenversicherung eine Koordinatorin/ein Koordinator namhaft zu machen. Diese/dieser ist gleichberechtigt mit der/dem vom Land bestellten Koordinatorin/Koordinator für alle Angelegenheiten der Landes-Zielsteuerungskommission zuständig. Die/Der von der gesetzlichen Krankenversicherung bestellte Koordinatorin/Koordinator ist als solcher ausschließlich der Vorsitzende/dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der örtlich zuständigen Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse in ihrer/seiner Funktion als Co-Vorsitzende/Co-Vorsitzender verantwortlich.

(7) Die Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der gesetzlichen Krankenversicherung informieren einander in den Organen der Landesgesundheitsfonds wechselseitig über alle relevanten Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich. Darüber hinaus erfolgt in der Landes-Zielsteuerungskommission rechtzeitig eine Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

(8) Im Fall eines vertragslosen Zustandes in Folge Kündigung eines Gesamtvertrages tragen die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten unter Berücksichtigung von § 26 Abs. 1 Z 3 KAKuG dazu bei, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu vermeiden. Zur Abgeltung bei Mehrleistungen ist eine Vereinbarung zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen, wobei die gesetzliche Krankenversicherung Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe zu leisten hat.

(9) Bei der Erfüllung der Aufgaben des Landesgesundheitsfonds hat die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen ihrer Tätigkeit im Landesgesundheitsfonds insbesondere darauf zu achten, dass dieser eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich insbesondere auch durch die Zielsteuerung-Gesundheit sicherstellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzrahmenverträge absichert.

Bundesgesundheitskommission

§ 30. (1) Zur Beratung der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Städte und Gemeinden) sowie der Sozialversicherung in gesundheitspolitischen Themen ist eine Bundesgesundheitskommission einzurichten.

(2) Der Bundesgesundheitskommission gehören an:

1. vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes,
2. neun Vertreterinnen/Vertreter der Länder,
3. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Interessenvertretung der Städte und Gemeinden,
4. neun Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung,
5. eine Vertreterin/ein Vertreter der Träger der öffentlichen und eine Vertreterin/ein Vertreter der konfessionellen Krankenanstalten,
6. drei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, je zwei Vertreterinnen/Vertreter der Österreichischen Zahnärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter der bundesweiten Berufsvertretungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe,
7. eine Vertreterin/ein Vertreter der Österreichischen Patientenadvokatur,
8. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Dachverbände der österreichischen Selbsthilfeorganisationen,
9. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich (Fachverband der Gesundheitsbetriebe),
10. eine Vertreterin/ein Vertreter des Österreichischen Gewerkschaftsbundes,
11. eine Vertreterin/ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt,
12. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Österreichischen Seniorenrates,
13. eine Vertreterin/ein Vertreter einschlägiger außeruniversitären Forschungseinrichtungen auf Vorschlag der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers,
14. eine Vertreterin/ein Vertreter der Medizinischen Universitäten/Fakultäten,
15. eine Vertreterin/ein Vertreter der pharmazeutischen Industrie und
16. je eine Vertreterin/ein Vertreter der Parlamentsklubs.

(3) Den Vorsitz in der Bundesgesundheitskommission führt die/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister.

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium hat

1. die Sitzungen der Bundesgesundheitskommission vorzubereiten,
2. die Ergebnisse der Sitzungen der Bundesgesundheitskommission festzuhalten und
3. der Bundesgesundheitskommission über die Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur zu berichten."

"Inkrafttreten und Außerkrafttreten

§ 41. (1) Dieses Gesetz tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(2) Das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013, tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

(3) § 21 Abs. 3 Z 3 sowie Abs. 8 bis 10 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017 treten mit dem auf den Tag der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(4) Werden bis zum 31. Dezember 2021 mehr als 75 Primärversorgungseinheiten errichtet, so bedarf dies eines Einvernehmens zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer. Für den Zeitraum von 1. Jänner 2022 bis 31. Dezember 2025 ist nach Maßgabe einer abzuschließenden Vereinbarung nach Art. 15a B-VG und den darin enthaltenen Planungsvorgaben ein neuer Zielwert sowie die Möglichkeit bei Einvernehmen zwischen der Landeszielsteuerungs-Kommission und der jeweiligen Landesärztekammer diesen Zielwert zu überschreiten, gesetzlich vorzusehen.

(5) Die §§ 10 Abs. 3 Z 1, 17 Abs. 3, § 21 Abs. 9, 23 Abs. 3, 29 Abs. 1, 2, 4, und 6 sowie § 38 Abs. 2 Z 4 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 100/2018 treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(6) Die §§ 9 Abs. 1, § 10 Abs. 1, 2 und 4 Z 1 und 2, § 11, § 13 Abs. 2, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 2, § 16 Abs. 1, 6 und 7, § 34, § 35, die Paragrafenüberschriften zu §§ 36, 37 und 38, § 36 Abs. 2 und 4, § 37 Abs. 1 und 2 sowie § 38 Abs. 1, 2 und 3 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 9/2022 treten mit 1. Jänner 2022 in Kraft."

3. Die §§ 3a, 10a, 56a, 59a, 59h und 59k des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I/1957, idF BGBl. I 26/2017 (§§ 10a, 56a, 59a, 59h und 59k) und BGBl. I 13/2019 (§ 3a [§ 3a Abs. 3a idF BGBl. I 26/2017]) lauten (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

58

"Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

§ 3a. (1) Selbständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 42d nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und

b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,

3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und

4. gegen den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),

2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Pfleglinge,

4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und

5. der Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-

Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfs abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstitut sowie eine begründete Stellungnahme des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

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

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

(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn ein Einver-

nehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und mit der in Betracht kommenden örtlich zuständigen Landesärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(10) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass einer Beschwerde einer Landesärztekammer an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision einer Landesärztekammer an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zukommt."

"§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, dass in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 23 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017 in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Dieser Landeskrankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Landeskrankenanstaltenplan ist jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,

7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 3 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, den auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung im jeweiligen Landesgesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit auf der Homepage des jeweiligen Landes in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen."

"Bundesgesundheitsagentur

§ 56a. Zur Wahrnehmung der Aufgaben gemäß § 26 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes sowie der Aufgaben im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen dieses Gesetzes ist beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium die Bundesgesundheitsagentur als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten."

"§ 59a. Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sind:

(1) Die Bundesgesundheitsagentur hat im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich die Aufgaben gemäß § 27 Abs. 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen sowie regionaler und länderspezifischer Erfordernisse wahrzunehmen.

(2) Bei der Erfüllung der Aufgaben hat die Bundesgesundheitsagentur insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sichergestellt und die Finanzierbarkeit des österreichischen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und möglicher Kosteneinsparungen abgesichert wird."

"§ 59h. Für die Organisation der Bundesgesundheitsagentur gelten die §§ 25 bis 27 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit."

"§ 59k. Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat auf der Homepage des Bundesministeriums jedenfalls

1. den als objektivierte Sachverständigengutachten anzusehenden aktuellen Österreichischen Strukturplan Gesundheit,
2. das aktuelle Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung,
3. die aktuellen Grundlagen für die Dokumentation auf Grund des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen und

4. den aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene gemäß § 10 Gesundheits-Zielsteuergesetz zu veröffentlichen."

4. Die §§ 10a, 10b und 10c NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. 90/2014 (§ 10a), LGBl. 12/2018 (§ 10b) und LGBl. 90/2020 (§ 10c) laute(te)n (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

59

"Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien
§ 10a

Selbstständige Ambulatorien bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

§ 10b

(1) Der Bewerber hat in seinem Antrag auf Bewilligung der Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums bei Beschreibung des Anstaltszweckes, des in Aussicht genommenen Leistungsangebotes und allfälliger Schwerpunkte anzugeben:

- a) für welches Gebiet und allenfalls für welchen Personenkreis das selbstständige Ambulatorium zunächst bestimmt ist,
- b) welche Krankheiten zu behandeln beabsichtigt sind,
- c) das genaue Leistungsspektrum, insbesondere welche Untersuchungen und beabsichtigte Behandlungen über den Umfang von Ordinationen von Fachärzten oder Ärzte von Allgemeinmedizin hinausgehen. Darüber hinaus ist anzugeben, wieviele Patienten an einem Tag im Rahmen des selbstständigen Ambulatoriums voraussichtlich behandelt werden können,
- d) Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen,
- e) Anzahl der Ärzte bzw. Zahnärzte und Personal, das für die Behandlung der Patienten herangezogen werden soll, und
- f) welche wesentlichen medizinischen Apparate und Einrichtungen im selbstständigen Ambulatorium Verwendung finden sollen.

(2) Dem Antrag sind folgende Nachweise anzuschließen:

- a) ein Grundbuchsauszug zum Nachweis des Eigentums des Antragstellers oder des Vermieters an der Liegenschaft, auf welcher das selbstständige Ambulatorium errichtet oder eingerichtet werden soll, oder Nachweise seiner sonstigen Rechte zur Benützung der in Aussicht genommenen Betriebsanlage;
- b) ein Finanzierungsplan mit geeigneten Nachweisen über die Bereitstellung der nötigen Mittel für die Errichtung und den Betrieb. Bei Zuhilfenahme fremden Kapitals sind die entsprechenden Verträge im Original oder in beglaubigter Abschrift zum Nachweis dafür vorzulegen, dass der Kreditgeber keinen Einfluss auf den Betrieb des zu errichtenden selbstständigen Ambulatoriums nimmt;

c) sofern ein Bauvorhaben zur Ausführung gelangen soll, die entsprechenden Baupläne und sonstigen Unterlagen sowie eine Baubeschreibung.

(3) Bei Fehlen einer der in Abs. 1 aufgezählten Angaben oder eines der im Abs. 2 aufgezählten Nachweise ist dem Bewerber eine Frist, welche nicht kürzer als zwei Monate zu bemessen ist, zu setzen, um ihm Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben oder Nachweise zu erbringen. Nach fruchtlosem Verstreichen der Frist ist der Antrag zurückzuweisen, wenn dies bei Setzung der Frist dem Bewerber angedroht wurde.

(4) Wenn der Bewerber eine juristische Person öffentlichen Rechtes ist, kann von der Beilage der Nachweise abgesehen werden, wenn die entsprechenden Tatsachen amtsbekannt sind. Die Vorlage von Urkunden gemäß Abs. 2 entfällt, wenn die zu beweisenden Tatsachen und Rechtsverhältnisse durch Einsicht in die der Behörde zur Verfügung stehenden Register, insbesondere durch Abfrage des Grundbuchs (§ 6 des Grundbuchumstellungsgesetzes – GUG, BGBl. Nr. 550/1980), festgestellt werden können.

(5) Der Antragsteller ist berechtigt, vorab eine gesonderte Entscheidung über die Bedarfsfrage zu beantragen. Angaben im Sinne des Abs. 1 lit.e und f sowie die Vorlage der im Abs. 2 aufgezählten Unterlagen sind für die Antragstellung nicht erforderlich. Ein Bescheid, mit dem der Bedarf festgestellt wurde, erlischt, wenn nicht innerhalb eines Jahres ab Rechtskraft ein entsprechender Antrag auf Bewilligung der Errichtung der Krankenanstalt gestellt wird. Die Behörde hat die Frist für die Antragstellung auf höchstens drei Jahre zu verlängern, wenn dies vor ihrem Ablauf beantragt wird, sich die Planungsgrundlagen nicht geändert haben und berücksichtigungswürdige Gründe bescheinigt werden können.

§ 10c

(1) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums ist zu erteilen, wenn:

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

- b) gegen den Bewerber keine Bedenken (§ 5 Abs. 6) bestehen,
- c) das geplante oder bereits vorhandene Gebäude als Anstaltsgebäude geeignet und die nach dem Anstaltszweck, dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot und allfälligen Schwerpunkte erforderliche apparative und personelle Ausstattung dauerhaft sichergestellt sind sowie
- d) die zivilrechtlichen und finanziellen Grundlagen die einwandfreie Führung des selbstständigen Ambulatoriums ermöglichen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von 3 Monaten nach Zustellung der Entscheidung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung aufgrund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung anhängig ist, können Verfahren nach § 10b Abs. 5 und § 10d Abs. 1 bis zur endgültigen Entscheidung über die Vertragsvergabe ausgesetzt werden.

(2) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen Regionalen Strukturplanes Gesundheit folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 oder § 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Errichtungsbewilligung für eine Primärversorgungseinheit in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist abweichend von Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 nur dann zu erteilen, wenn eine Primärversorgungseinheit im RSG abgebildet ist und – als Ergebnis eines Verfahrens nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018 – eine vorvertragliche Zusage der Österreichischen Gesundheitskasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages nach § 8 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018, vorliegt.

(5) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 1 lit. a in Verbindung mit Abs. 2 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt oder es sich um eine bloße Flächenerweiterung am bisherigen Standort handelt.

(6) Die Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn neben dem Vorliegen der Erfordernisse des Abs. 1 lit. b bis d ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für NÖ bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes, BGB.I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung nur zu erteilen, wenn durch die Landesregierung zusätzlich festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies gilt auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums betraut.

(7) Die Bewilligung für die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums hat eine genaue Beschreibung des Anstaltszweckes und -umfanges zu enthalten. Sie hat den Plan des zu errichtenden oder bestehenden Gebäudes und eine Baubeschreibung als Bestandteil des Bescheides zu erklären. In dem Bescheid können Änderungen des Projektes angeordnet werden, wenn die ursprünglich beabsichtigte Ausführung oder das vorhandene Gebäude eine einwandfreie Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft nicht gewährleistet. Weiters sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten und von Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten und die Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen durch Auflagen festzulegen. Für Primärversorgungseinheiten sind bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten, festzulegen.

(8) Die Bewilligung ist an die Bedingung zu knüpfen, dass mit der Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums binnen Jahresfrist begonnen und in einem angemessenen Zeitraum nach Beendigung der Errichtung die Bewilligung zum Betrieb beantragt wird."

5. Die §§ 2, 8, 9, 16 und 17 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. 92/2017 (§§ 2, 9, 16 und 17) und LGBl. 90/2020 (§ 8) laute(te)n (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

60

"§ 2 Aufgaben des Fonds

(1) Der Landesgesundheitsfonds hat Aufgaben in folgenden Bereichen:

1. Angelegenheiten als Fonds;
2. Allgemeine gesundheitspolitische Angelegenheiten;
3. Angelegenheiten der Zielsteuerung;
4. Bereich Soziales.

(2) Der Aufgabenbereich des Fonds erstreckt sich im Bereich der Angelegenheiten als Fonds insbesondere auf folgende Aufgaben:

1. Landesspezifische Ausformung des in Niederösterreich geltenden leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems; Anpassung des leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystems; Anpassung und Weiterentwicklung des leistungsorientierten Finanzierungssystems (LKF-Modell) an die Besonderheiten in Niederösterreich;
2. Abgeltung von Betriebsleistungen der Fondskrankenanstalten;
3. Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen;
4. Genehmigung von Investitionsvorhaben und die Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse und/oder -darlehen für die Errichtung, Umgestaltung oder Erweiterung von Krankenanstalten; die Mittelaufbringung des Fonds kann auch durch Darlehensaufnahme erfolgen;
5. Gewährung von Zuschüssen für Projekte, Planungen und krankenhausesntlastende Maßnahmen;
6. Voranschlag und Rechnungsabschluss des Landesgesundheitsfonds;
- 6a. Transparente Darstellung der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse der Fondskrankenanstalten sowie der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich unter Entsprechung der Art. 15 bis 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. 60/2017;
7. Abrechnung der Kosten für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten für ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit;
8. Mitwirkung in behördlichen Verfahren zur Erteilung und zum Entzug von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen für Krankenanstalten, zur Verleihung des Öffentlichkeitsrechtes und in Fragen des Bedarfs gemäß NÖ KAG, LGBl. 9440;
9. Zuwendung von allfälligen Mitteln zur Strukturverbesserung;
10. Erstellung von Richtlinien insbesondere für die wirtschaftliche Gebarung von NÖ Fonds- Krankenanstalten gemäß § 23 Abs. 3 NÖ KAG, LGBl. 9440;

11. Unterstützung von Vorhaben wissenschaftlicher Lehre und Forschung sowie Koordination von Vorhaben der wissenschaftlichen Lehre und Forschung im Bereich des Gesundheitswesens und des damit unmittelbar im Zusammenhang stehenden Sozialwesens;
12. Aufgaben, die dem Fonds durch die Landesgesetzgebung übertragen werden;
13. Umsetzung von Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung mit Ausnahme von Projekten gemäß Abs. 4 Z10;
14. Optimierung des Nahtstellenmanagements im ambulanten, teilstationären und stationären Pflegebereich.

(3) Der Aufgabenbereich des Fonds erstreckt sich im Bereich Allgemeine gesundheitspolitische Angelegenheiten insbesondere auf folgende Aufgaben:

1. (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene;
2. Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
3. Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement, mit Ausnahme der in Abs. 4 genannten Angelegenheiten;
4. Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene;
5. Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist;
6. Evaluierung der von der Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben.

(4) Der Aufgabenbereich des Fonds erstreckt sich im Bereich Angelegenheiten der Zielsteuerung insbesondere auf folgende Aufgaben:

1. Beschluss des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens für eine Dauer von vier Jahren;
2. Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben zur Umsetzung;
3. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts;
4. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus;
5. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z. B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Sicherstellung der Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;

6. Festlegung von konkreten sektorenübergreifenden Vorhaben (gemäß Regionalem Strukturplan Gesundheit – RSG) samt individuell projektbezogener und einvernehmlicher Entscheidung über die Finanzierungsaufteilung gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. 58/2017, unter Berücksichtigung der Verbesserung der Versorgung und der Spitalsentlastung;

7. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG); diese umfassen insbesondere:

a) Den Beschluss des RSG, wobei jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen (insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung gemäß § 16 Abs. 3 Z 1 und 2, sowie zur überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 16 Abs. 3 Z 4) als solche zu kennzeichnen sind; die im RSG enthaltenen Planungsvorgaben sind so konkret auszuweisen, dass sie für die Bedarfsprüfung herangezogen werden können;

b) Den Beschluss von Änderungen des RSG, die sich aufgrund eines gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017) durchgeführten Begutachtungsverfahrens ergeben;

c) Die Festlegung des Beginns der verbindlichen Wirkung der als normativ gekennzeichneten Teile des RSG unter Berücksichtigung entsprechender Umsetzungsfristen;

d) Die Information der Landesregierung über Beschlussfassungen betreffend den RSG;

8. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural;

9. Strategie zur Gesundheitsförderung;

10. Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds;

11. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;

12. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;

13. Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

(5) Der Aufgabenbereich des Fonds erstreckt sich im Bereich Soziales auf die Planung der Versorgungsstrukturen für psychisch beeinträchtigte Menschen sowie pflegebedürftige Menschen und hat folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Evaluierung des NÖ Psychatrieplanes;

2. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich;

3. Koordination und Abstimmung aller Leistungserbringer sowie Koordination, Planung und Steuerung aller Leistungen der psychosozialen, sozialpsychiatrischen und sozialpädiatrischen Versorgung in jedem Lebensalter.

(6) Bei der Erfüllung der Aufgaben ist insbesondere darauf zu achten, dass eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung insbesondere auch durch die Zielsteuerung Ge-

sundheit sichergestellt und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens unter Einhaltung der Finanzzielsteuerung gemäß Abschnitt 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. 60/2017, abgesichert wird.

(7) Die Grundlage für die Erfüllung der Aufgaben des Fonds bilden die bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit.

(8) Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den Vertragspartnern hat der Fonds mitzuhelfen, schwerwiegende Folgen für die Bevölkerung zu vermeiden. Dabei ist auch eine Regelung für die Entgelte bei Mehrleistungen zu treffen. Die Sozialversicherung hat Zahlungen maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Arztkosten an den Landesgesundheitsfonds zu leisten.

(9) Der Fonds hat darauf hinzuwirken, dass gemeinsam mit Bund und Sozialversicherung digitale Informationssysteme aus dem e-health-Bereich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eingesetzt werden."

"§ 8

Landes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen oder Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen oder Vertretern sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an.

(2) Der Kurie des Landes gehören die Vertreterinnen oder Vertreter des Landes in der Gesundheitsplattform gemäß § 6 Abs. 1 Z 1 an.

(3) Der Kurie der Sozialversicherung gehören an:

1. vier von der Österreichischen Gesundheitskasse entsandte Mitglieder, wovon drei Vertreterinnen oder Vertreter auf Vorschlag des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse entsandt werden, darunter jedenfalls der oder die Vorsitzende des Landesstellenausschusses sowie dessen oder deren Stellvertreter oder Stellvertreterin sowie
2. ein Mitglied, das von der Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau gemeinsam entsandt wird.

(4) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
2. Die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, gegen die beiden geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. 60/2017, und über die

Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. 58/2017, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann dieser binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

(5) Innerhalb der jeweiligen Kurie ist eine Entscheidung über ihr Stimmverhalten herbeizuführen. Beschlüsse innerhalb der Kurie des Landes werden mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst; im Fall der Stimmgleichheit gibt die Stimme des/der Vorsitzenden den Ausschlag. Der/Die Vorsitzende für die Landeskurie und der/die Co-Vorsitzende für die Kurie der Sozialversicherung geben die Stimme für die Kurie ab.

(6) Im Verhinderungsfall können durch folgende schriftlich bevollmächtigte Mitglieder der Landes-Zielsteuerungskommission vertreten werden:

1. Der/die Vorsitzende der Landes-Zielsteuerungskommission durch ein Mitglied der NÖ Landesregierung,
2. der oder die Co-Vorsitzende durch seinen bzw. ihren Stellvertreter oder seine bzw. ihre Stellvertreterin im Landesstellenausschuss der Österreichischen Gesundheitskasse,
3. die anderen Mitglieder durch ein weiteres Mitglied der Landes-Zielsteuerungskommission. Für diese können auch Ersatzmitglieder bestellt bzw. entsandt werden.

(7) Die Landes-Zielsteuerungskommission ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder (Ersatzmitglieder), darunter zumindest je drei Vertreter der Landeskurie und der Kurie der Träger der Sozialversicherung, anwesend ist oder gem. Abs. 6 vertreten ist. Wurde von einer Entsendung oder Bestellung kein Gebrauch gemacht, so bleiben die nicht entsendeten bzw. bestellten Mitglieder bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit außer Betracht.

(8) Den Vorsitz in der Landes-Zielsteuerungskommission führt der oder die Vorsitzende der Gesundheitsplattform gemäß § 6 Abs. 5 gleichberechtigt mit dem oder der Vorsitzenden des Landesstellenausschusses der Österreichischen Gesundheitskasse (Co-Vorsitz).

(9) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, in der insbesondere Vorgaben über die Einberufung der Sitzungen und die Festlegung der Tagesordnung zu normieren sind. Sie hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) und einzuladen sind.

(10) Die Bestimmungen des § 6 Abs. 2 und 4 sowie 9 bis 11 gelten sinngemäß.

§ 9

Aufgaben der Landes-Zielsteuerungskommission

(1) Der Landes-Zielsteuerungskommission obliegt die Erfüllung der Aufgaben gemäß § 2 Abs. 4 und Abs. 5.

(2) In der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

(3) Die Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder gemäß Art. 5 und Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. 60/2017, die insbesondere in den Abschnitten 4 und 5 der genannten Vereinbarung festgelegt sind, sind bei der Erfüllung der Aufgaben einzuhalten.

(4) Bei Vereinbarung von Leistungsverschiebungen müssen Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen im Sinne des Art. 16 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, LGBl. 60/2017, mit insbesondere folgenden Maßgaben enthalten sein:

1. Der Ausgangspunkt, von dem die Leistungsverschiebung aus gemessen wird, und das Leistungsvolumen (IST-Stand) zu diesem Ausgangspunkt sind im Einzelfall festzulegen.

2. Auf Leistungen, die ein Vertragspartner vor dem Ausgangspunkt erbracht hat, obwohl ein anderer Vertragspartner zuständig gewesen wäre, ist bei der Verrechnung von Verschiebungen von Leistungen nach dem Ausgangspunkt Bedacht zu nehmen.

(5) Das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist von dem Vorsitzenden/von der Vorsitzenden und dem Co-Vorsitzenden/der Co-Vorsitzenden der Landes-Zielsteuerungskommission für den jeweils eigenen Wirkungsbereich zu unterfertigen und ist binnen eines Monats ab Beschlussfassung der Bundesgesundheitsagentur zur Kenntnis zu bringen."

"§ 16

Regelungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG)

(1) Das zentrale Planungsinstrument für die integrative Versorgungsplanung in Niederösterreich ist der RSG, der auf dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) als österreichweit verbindlicher Rahmenplan aufbaut.

(2) Der RSG ist entsprechend den Vorgaben des ÖSG unter Berücksichtigung von dessen Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren.

(3) Schwerpunkte des RSG sind:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich;
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Fachversorgung – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft bis Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen, mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG) bzw. bei Bedarf auch auf tieferen regionalen Ebenen;
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. 58/2017, und Bereinigung von Parallelstrukturen im Sinne der Art. 4 Abs. 5 und Art. 4 Abs. 7 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. 58/2017; Ergänzung des RSG durch Aufnahme der vorgesehenen Einrichtungen zu Primärversorgungseinheiten bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. 58/2017, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatienten/Gastpatientinnen.

(4) Der RSG ist zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen, wobei der Bund bereits im Entwurfsstadium entsprechend zu informieren ist. Eine Abstimmung mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung über das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität ist herbeizuführen.

(5) Bei Beschlussfassungen gemäß § 2 Abs. 4 Z 7 lit. a und b ist der Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen mindestens vier Wochen zuvor die Möglichkeit einer Stellungnahme einzuräumen, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(6) Die Festlegungen im RSG sind hinsichtlich ihrer Umsetzung laufend zu überprüfen (RSG-Monitoring). Dieses Monitoring ist inhaltlich so zu gestalten, dass es eine entsprechende Grundlage für das Monitoring im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereitstellen kann.

§ 17

Verbindlicherklärung von Teilen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit

(1) Die im Rahmen der Vollziehung des Landes für verbindlich zu erklärenden Teile des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit oder des Regionalen Strukturplanes Gesundheit bzw. deren Änderungen, soweit sie Angelegenheiten der Art. 12 und 15 B-VG betreffen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH durch Verordnung für verbindlich zu erklären und im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS – www.ris.bka.gv.at) kundzumachen. § 23 Abs. 2 vierter und fünfter Satz des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, ist sinngemäß anzuwenden.

(2) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt im Umfange des Abs. 1 der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet."

6. § 6a Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. 132/1997, idF LGBl. 125/2019 lautet (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

"2. UNTERABSCHNITT

Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien

§ 6a

Errichtungsbewilligung

(1) Die Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums bedarf, sofern § 91 nicht anderes bestimmt, einer Bewilligung der Landesregierung.

(2) Der Antrag auf Erteilung der Errichtungsbewilligung hat den Anstaltszweck, die Bezeichnung der Anstalt und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehene Anzahl von Ärzten bzw. Zahnärzten) genau anzugeben. Dem Antrag sind folgende Unterlagen je in dreifacher Ausfertigung anzuschließen:

1. die zur Beurteilung des Vorhabens erforderlichen Planunterlagen, wie Lagepläne, Baupläne, Baubeschreibungen und dgl.; für Inhalt und Planunterlagen gilt die Oö. Bautechnikverordnung sinngemäß;
2. ein Verzeichnis, aus dem die Anzahl der Anstaltsräume, getrennt nach ihrem Verwendungszweck, sowie die Größe der Bodenfläche und des Luftraums dieser Räume ersichtlich ist;
3. Pläne und Beschreibungen für die medizinisch-technischen Apparate und technischen Einrichtungen.

(3) Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 5 Z 1 ist zulässig. In diesem Verfahren ist die Vorlage von Unterlagen zum Nachweis der Voraussetzungen nach Abs. 5 Z 2, 3, 4 und 6 nicht erforderlich.

(4) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben hinsichtlich des nach Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 6 zu prüfenden Bedarfs - ausgenommen im Fall des Abs. 7 - Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht auf Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG:

1. die Wirtschaftskammer Oberösterreich als gesetzliche Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten;
2. die betroffenen Sozialversicherungsträger;
3. die Ärztekammer für Oberösterreich und
4. bei Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer.

(5) Die Errichtungsbewilligung darf nur erteilt werden, wenn

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das in angemessener Entfernung bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheiteine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentum an der für das selbständige Ambulatorium vorgesehenen Betriebsanlage oder das sonstige Recht zu deren Benützung nachgewiesen wird,
3. das Gebäude, das als Betriebsanlage dienen soll, den für solche Gebäude geltenden bau-, feuer-, sicherheits- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht,
4. die vorgesehene Ausstattung mit medizinisch-technischen Apparaten den nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein selbständiges Ambulatorium der vorgesehenen Art zu stellenden Anforderungen entspricht,
5. eine den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung gewährleistet ist, und

6. gegen den Bewilligungswerber keine Bedenken bestehen; Bedenken sind dann gegeben, wenn er vorbestraft ist und nach der Art der Vorstrafe ein einwandfreier Betrieb nicht zu erwarten ist oder wenn sonstige Umstände, zB im Hinblick auf seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie sein Vorleben, vorliegen, die seine Eignung ausschließen.

(5a) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Bis zum Feststehen des Ergebnisses eines allfälligen Vertragsvergabeverfahrens der Sozialversicherung über das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum ist das Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung zu unterbrechen.

(6) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (Bevölkerungsstruktur und Besiedelungsdichte);
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten;
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß Z 3 und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(6a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 6 anzuwenden.

(7) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die Österreichische Gesundheitskasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von einer Prüfung nach Abs. 5 Z 1 in Verbindung mit Abs. 6 abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standorts innerhalb desselben Einzugsgebiets erfolgt.

(8) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung kann eine Stellungnahme des Landessanitätsrats eingeholt werden. Weiters ist ein Gutachten

der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Oö. Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 6 einzuholen.

(9) Die Errichtungsbewilligung ist mit Auflagen oder unter Bedingungen zu erteilen, soweit dies zur Erfüllung der Voraussetzungen nach Abs. 5 und zur Gewährleistung einer den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen bzw. zahnärztlichen Behandlung oder aus anderen öffentlichen Interessen, insbesondere im Interesse der bestmöglichen gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung, erforderlich ist.

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

(11) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums durch einen Krankenversicherungsträger ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer für Oberösterreich bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer im Sinn des § 339 ASVG vorliegt. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Liegt ein Einvernehmen nicht vor, so ist die Errichtungsbewilligung zu erteilen, wenn die Landesregierung festgestellt hat, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Die obigen Bestimmungen gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(11a) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Oberösterreich an das Landesverwaltungsgericht und einer Revision der Ärztekammer für Oberösterreich an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 4 kommt in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG keine aufschiebende Wirkung zu.

(12) Wenn nicht binnen drei Jahren ab Erteilung der Errichtungsbewilligung mit der Errichtung des selbständigen Ambulatoriums begonnen wird, kann die Landesregierung die Errichtungsbewilligung zurücknehmen, sofern die Zurücknahme im Interesse der Sicherstellung einer dem Bedarf entsprechenden Krankenanstaltspflege geboten ist."

7. Die §§ 17a und 17b Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017 lauten (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

62

"2. UNTERABSCHNITT REGIONALER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT

§ 17a

Erstellung des Regionalen Strukturplans Gesundheit

(1) Das Land hat gemeinsam mit der Sozialversicherung einen Regionalen Strukturplan Gesundheit entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten festzulegen und der Landes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorzulegen. Vor Einbringung zur Beschlussfassung ist mit dem Bund insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen. Dazu ist der Bund bereits im Entwurfsstadium des Regionalen Strukturplans Gesundheit entsprechend zu informieren.

(2) Der Ärztekammer für Oberösterreich und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen ist frühzeitig und strukturiert - mindestens vier Wochen vor Beschlussfassung einer den Regionalen Strukturplan Gesundheit betreffenden Angelegenheit in der Landes-Zielsteuerungskommission - die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(3) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat jene Planungsvorgaben des Regionalen Strukturplans Gesundheit, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche auszuweisen. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung im Errichtungsbewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs nach dem Oö. KAG 1997 herangezogen werden können. Dabei ist auch der Beginn der verbindlichen Wirkung festzulegen, wobei entsprechende Umsetzungsfristen zu berücksichtigen sind.

(4) Die auf der Grundlage des § 23 Abs. 3 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017, eingerichtete Gesundheitsplanungs GmbH wird ermächtigt, jene von der Bundes-Zielsteuerungskommission als normativ gekennzeichneten Teile des ÖSG und jene von der Landes-Zielsteuerungskommission als normativ gekennzeichneten Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit, insoweit die jeweils ausgewiesenen Teile Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG betreffen, durch Verordnung zu

erlassen und im RIS kundzumachen. Jene Teile, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen ist eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission (ÖSG) bzw. in der Landes-Zielsteuerungskommission (Regionaler Strukturplan Gesundheit) herbeizuführen.

(5) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt im Umfang des Abs. 4 der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Sie ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

§ 17b

Inhalte des Regionalen Strukturplans Gesundheit

(1) Das Land hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der Regionale Strukturplan Gesundheit jedenfalls folgende Inhalte umfasst:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinn des ÖSG);
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer im Sinn des § 18 Abs. 1 Z 1 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017, gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinn des ÖSG);
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen bzw. interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung sowie § 18 Abs. 7 Z 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017, und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017, ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung genannte Planungsziel ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten 'Netzwerk' und 'Zentrum' sicherzustellen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Art. 5 Abs. 3 Z 9 der Vereinbarung inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten.

(2) Das Land hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG darauf zu achten, dass die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich im Regionalen Strukturplan Gesundheit insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen bzw. interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(3) Der Regionale Strukturplan Gesundheit ist entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren.

(4) Der Landeshauptmann hat die jeweils aktuelle Fassung des Regionalen Strukturplans Gesundheit auf der Homepage des Landes Oberösterreich zu veröffentlichen."

8. Die §§ 5, 5a und 7 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG), LGBl. 23/1987, idF LGBl. 10/2018 (§ 5a) und LGBl. 49/2019 (§ 5 und § 7) lauten:

63

"Errichtung von selbständigen Ambulatorien
§ 5.

(1) Selbständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 64i nicht anderes bestimmt, sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung. Anträge auf Erteilung der Bewilligung zur Errichtung haben den Anstaltszweck und das in Aussicht genommene Leistungsangebot (Leistungsspektrum, Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung, insbesondere vorgesehener Anzahl und vorgesehener Beschäftigungsausmaß von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten unter Angabe der Berufsberechtigung und vorgesehener Anzahl von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf unbeschadet der nach sonstigen Rechtsvorschriften geltenden Erfordernisse nur unter den nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft und nach den Erfordernissen für einen einwandfreien Krankenanstaltsbetrieb notwendigen Bedingungen und Auflagen und nur dann erteilt werden, wenn insbesondere

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,

3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und

4. gegen die Bewerberin oder den Bewerber keine Bedenken bestehen.

Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung über den Bedarf eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens.

(3) Bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, sind ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. örtliche Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur, Besiedlungsdichte),

2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patientinnen und Patienten,

4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter gemäß Z 3 und

5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

(4) Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzusehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer für Wien sind zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Darüber hinaus ist von der Prüfung des Bedarfes abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(5) Im Bewilligungsverfahren bzw. Verfahren zur Vorabfeststellung ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds zum Vorliegen der Kriterien gemäß Abs. 3 einzuholen.

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

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

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Wien bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger oder der Krankenfürsorgeeinrichtung und der Ärztekammer für Wien bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn ein Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten nach § 14 des Primärversorgungsgesetzes – PrimVG, BGBl. I Nr. 131/2017, zu keinem positiven Abschluss geführt hat. Der erste und zweite Satz gelten auch dann, wenn der Krankenversicherungsträger oder die Krankenfürsorgeeinrichtung Dritte mit dem Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums betraut.

(10) Einer Beschwerde der Ärztekammer für Wien an das Verwaltungsgericht Wien und einer Revision der Ärztekammer für Wien an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Abs. 8 in Verfahren zur Erteilung der Errichtungsbewilligung für eine eigene Einrichtung für Zwecke der Primärversorgung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers gemäß § 339 ASVG kommt keine aufschiebende Wirkung zu.

§ 5a.

(1) Die Landesregierung hat in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen entsprechend den Bestimmungen im § 9 Abs. 6 und § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. für Wien Nr. 10/2018, in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines RSG für Fondskrankenanstalten einen Wiener Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Der Wiener Krankenanstaltenplan hat sich im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, und des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) zu befinden. Dabei sind, um eine verbindliche österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstaltenplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen.

(2) Im Wiener Krankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinischtechnischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. die Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereiche je Standort.

(3) Erfolgen die Festlegungen gemäß Abs. 2 Z 6 nicht bezogen auf die Standorte, sind in Zusammenhang mit § 4 Abs. 2b und 2c die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Das Amt der Wiener Landesregierung hat den zwischen dem Land Wien und der Sozialversicherung im Wiener Gesundheitsfonds abgestimmten Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien auf der Homepage www.wien.gv.at in der jeweils aktuellen Fassung zu veröffentlichen."

"Änderung von Krankenanstalten § 7

(1) Jede geplante räumliche Veränderung einer Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, bedürfen der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4 und 5 sinngemäß anzuwenden. Die dem Bewilligungsbescheid entsprechend geänderte Anlage der Krankenanstalt darf in Betrieb genommen werden, doch ist darüber spätestens gleichzeitig mit der Inbetriebnahme vom Rechtsträger der Krankenanstalt bei der Landesregierung unter Angabe des Zeitpunktes der Inbetriebnahme die Anzeige zu erstatten. Dies gilt auch für selbständige Ambulatorien (§ 1 Abs. 3 Z 5) der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen. Bei wesentlichen Veränderungen von Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen ist § 6 sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Verlegung einer Krankenanstalt an einen anderen Betriebsort bedarf einer Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber sind die §§ 4, 5, 6 und 6a sinngemäß anzuwenden.

(4) Für die Erweiterung von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers oder einer Krankenfürsorgeeinrichtung sind die §§ 5 Abs. 9 und 6a Abs. 2 sinngemäß anzuwenden.

(5) Bei Fondskrankenanstalten (§ 64a Abs. 1) ist die Bewilligung nach Abs. 2 und 3 insbesondere nur dann zu erteilen, wenn die Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes bzw. einer Verordnung gemäß § 23 oder § 24 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und die darin vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind."

9. Die §§ 1, 2 Abs. 1, 4, 7, 8, 9, 10 und 20 des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBl. 10/2018, lauten (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

"Fortführung des Wiener Gesundheitsfonds

§ 1. (1) Zur Wahrnehmung der in diesem Landesgesetz umschriebenen Aufgaben, insbesondere der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Wien, wird der mit Landesgesetz LGBl. für Wien Nr. 42/2013 errichtete Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, der die Bezeichnung 'Wiener Gesundheitsfonds' (WGF) trägt, fortgeführt.

(2) Der Aufgabenbereich des Fonds erstreckt sich – soweit es sich um finanzielle Zuwendungen an Krankenanstaltenträger handelt – auf die Wiener öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in Krankenanstalten für Psychiatrie, und auf private allgemeine Krankenanstalten, sofern sie nach den Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 – Wr. KAG gemeinnützig geführt werden.

(3) Soweit es sich nicht um finanzielle Zuwendungen an Krankenanstaltenträger handelt (Abs. 2), erstreckt sich der Aufgabenbereich des Fonds auf alle Sektoren des Gesundheitswesens in Wien.

(4) Der Fonds hat sich bei seinen Maßnahmen an Public Health Grundsätzen zu orientieren. Dazu zählen insbesondere:

- a) Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff;
- b) systematische Gesundheitsberichterstattung;
- c) Weiterentwicklung der Organisation und der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD);
- d) Versorgungsforschung, um bedarfsorientierte Planung, Entwicklung und Evaluation zu gewährleisten;
- e) Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung sowie in der Forschung und Entwicklung mit der Zielsetzung, die Gesundheit für alle zu verbessern und die gesundheitlichen Ungleichheiten zu verringern.

Aufgaben des Wiener Gesundheitsfonds

§ 2. (1) Dem Wiener Gesundheitsfonds obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

1. Die Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten für Personen, für die ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung leistungspflichtig ist,
2. die Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse an die Träger der im § 1 Abs. 2 genannten Krankenanstalten,
3. die Adaptierung des vom Bund entwickelten 'leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF-Modell)',
4. die Fortführung und Weiterentwicklung einer integrativen partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere für die Struktur und Organisation der Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigten Partner in Wien, ausgehend von den vertraglichen Festlegungen auf Bundesebene (Zielsteuerungsvertrag), durch Landes-Zielsteuerungsübereinkommen,
5. die Mitwirkung bei der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,
6. die Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
7. die Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien (Detailplanung zur Zielsteuerung-Gesundheit, zur integrierten Gesundheitsstrukturplanung und zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit) bzw. von Kapazitätsfestlegungen

- für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 5 zu berücksichtigen sind,
8. die Umsetzung von Modellen und Regelungen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen,
 9. das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
 10. die Mitwirkung am Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, Telehealth, Telecare) auf Landesebene,
 11. die Stärkung der Gesundheitsförderung,
 12. die Gewährung von Zuschüssen für krankenhauserlastende Maßnahmen,
 13. die Information über die Ressourcenplanung im Pflegebereich,
 14. die Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen des Wiener Gesundheitsfonds,
 15. sonstige Aufgaben, die dem Wiener Gesundheitsfonds durch das Land Wien übertragen werden,
 16. die Evaluierung der von der Wiener Gesundheitsplattform auf Landesebene wahrgenommenen Aufgaben,
 17. die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inklusive Strategien zur Umsetzung),
 18. die Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene gemäß Abs. 2 bis 5.

(2)-(5) [...]"

"Organisation des Wiener Gesundheitsfonds

§ 4. (1) Organe des Wiener Gesundheitsfonds sind die Wiener Gesundheitsplattform und die Wiener Zielsteuerungskommission.

(2) Auf Vorschlag der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden der Wiener Gesundheitsplattform wird von der Landesregierung eine Geschäftsführerin oder ein Geschäftsführer bestellt. Nähere Regelungen über die Aufgaben der Geschäftsführung sind in der von der Wiener Gesundheitsplattform zu beschließenden Geschäftsordnung zu treffen.

(3) Zur Unterstützung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers ist beim Amt der Landesregierung eine Geschäftsstelle einzurichten. Die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse für die Geschäftsstelle obliegt dem Amt der Landesregierung. Der Fonds hat dem Land Wien die für die Beistellung der sachlichen und personellen Erfordernisse anfallenden Kosten zu ersetzen."

"Wiener Zielsteuerungskommission

§ 7. (1) Der Wiener Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen und Vertretern, die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen und Vertretern sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(2) Der Kurie des Landes gehören die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat an. Daneben werden drei Vertreterinnen und Vertreter des Landes von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat entsandt. Eine Vertreterin oder ein Vertreter wird von der amtsführenden Stadträtin oder dem amtsführenden Stadtrat für die Finanzverwaltung entsandt. Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherung werden von der Sozialversicherung entsandt. Der Bund entsendet eine Vertreterin oder einen Vertreter.

(3) Die Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein unbesoldetes Ehrenamt.

(4) Ist die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern erforderlich, so hat das Amt der Landesregierung die nach Abs. 2 hierzu Berechtigten schriftlich dazu aufzufordern.

(5) Die Vertreterinnen und Vertreter werden auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtages entsandt; nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages ist eine neue Entsendung vorzunehmen. Bis dahin bleiben die bisherigen Vertreterinnen und Vertreter im Amt. Ihre neuerliche Entsendung ist zulässig.

(6) Die Abberufung aus der Funktion als Vertreterin oder Vertreter in der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgt, wenn ein neuer Entsendungsvorschlag von den nach Abs. 2 hierzu Berechtigten erstattet worden ist.

(7) Den Vorsitz in der Wiener Zielsteuerungskommission führt die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat gleichberechtigt mit der Obfrau oder dem Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse (Co-Vorsitz).

(8) Zur Vorbereitung der Sitzungen der Wiener Zielsteuerungskommission ist ein Präsidium, bestehend aus der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat und der Obfrau oder dem Obmann der Wiener Gebietskrankenkasse, einzurichten.

(9) Zur Wahrnehmung der Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission ist je eine gleichberechtigte Koordinatorin oder ein gleichberechtigter Koordinator vom Land und von der Sozialversicherung namhaft zu machen. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator wird von der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat namhaft gemacht. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist gleichberechtigt mit der von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinatorin oder dem von der Sozialversicherung namhaft gemachten Koordinator für alle Angelegenheiten der Wiener Zielsteuerungskommission zuständig. Die Landes-Koordinatorin oder der Landes-Koordinator ist in dieser Funktion ausschließlich der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadträtin oder dem für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständigen amtsführenden Stadtrat in der Funktion als Co-Vorsitz verantwortlich.

(10) Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Jede Kurie hat eine Stimme.
2. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Wiener Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie des Landes zu akkordieren.
3. Die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat hat die Stimmabgabe für die Kurie des Landes gemäß Z 1 wahrzunehmen.
4. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.
5. Die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung der Vertreterin oder des Vertreters des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann der Bund binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

(11) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat sich ihre Geschäftsordnung selbst zu geben.

(12) Die Geschäftsordnung hat zu regeln, dass die Sitzungen gemeinsam vorzubereiten (Tagesordnung und Unterlagen) sind und zu diesen gemeinsam einzuladen ist.

Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission

§ 8. (1) In der Wiener Zielsteuerungskommission sind vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu beschließen. Diese bilden die Grundlage und den Rahmen für die Aufgaben gemäß Abs. 2.

(2) In der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgen zu nachstehenden Punkten Festlegungen (Beschlüsse):

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,
2. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts,
3. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß § 18 und Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens gemäß § 19,
4. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen usw.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs,
5. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien,
6. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural,
7. Strategie zur Gesundheitsförderung,
8. Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 3 Abs. 2,
9. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,
10. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,
11. Evaluierung der von der Wiener Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

(3) In der Wiener Zielsteuerungskommission erfolgt eine wechselseitige und rechtzeitige Information und Konsultation über Festlegungen zu wesentlichen operativen und finanziellen Angelegenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitswesen von Land und Sozialversicherung.

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)

§ 9. (1) Der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien (RSG) ist in der Wiener Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren.

(2) Der RSG hat jedenfalls Folgendes zu beinhalten:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG);

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer (ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen) – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 29/2017, sowie insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden, und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen in Abs. 3 (Planung von Primärversorgungseinheiten) und Abs. 5 (Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung auf Basis von im ÖSG festgelegten Kriterien) des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 29/2017, sowie in § 4 Abs. 2, 2b und 2c und § 5 Abs. 2 und 3 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG, LGBl. für Wien Nr. 23 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 10/2018, Bedacht zu nehmen.

(3) Bei der Kapazitätsplanung im RSG für den gesamten ambulanten Bereich ist darauf zu achten, dass diese insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(4) Der RSG ist gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 29/2017, auf Landesebene zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium des RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(5) Der Ärztekammer für Wien und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ist frühzeitig und strukturiert mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des RSG in der Wiener Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen, der Ärztekammer für Wien insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

(6) Die Wiener Zielsteuerungskommission hat die Planungsvorgaben des RSG, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen und rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, dazu zählen insbesondere Festlegungen zur Kapazitätsplanung sowie die überregionale Versorgungsplanung, als solche auszuweisen. Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Bedarfsprüfung in Bewilligungsverfahren nach dem Wr. KAG herangezogen werden können.

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des Österreichischen Strukturplans Gesundheit und des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien

§ 10. (1) Die Gesundheitsplanungs GmbH gemäß § 23 Abs. 3 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz-G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, wird ermächtigt, die von der Bundes-Zielsteuerungskommission nach § 23 Abs. 1 G-ZG ausgewiesenen Teile des ÖSG, soweit diese das Land Wien betreffen, und die nach § 9 Abs. 6 ausgewiesenen Teile des RSG – jeweils insoweit dies Angelegenheiten gemäß Art. 12 B-VG betrifft – durch Verordnung als verbindlich zu erklären.

(2) Jene Teile des RSG, die nach § 9 Abs. 6 rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich nach der Begutachtung Änderungen, ist über die geänderten Teile des RSG eine nochmalige Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

(3) Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt – insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind – der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(4) In Fällen, in denen kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG gemäß § 9 Abs. 6 bzw. deren Änderung gemäß Abs. 2 in der Wiener Zielsteuerungskommission zustande kommt, ist hinsichtlich der Erlassung eines Wiener Krankenanstaltenplans § 5a Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987, LGBl. für Wien Nr. 23/1987 in der Fassung LGBl. für Wien Nr. 10/2018, anzuwenden."

"Aufsicht über den Wiener Gesundheitsfonds

§ 20. (1) Der Wiener Gesundheitsfonds untersteht der Aufsicht der Landesregierung.

(2) Der Wiener Gesundheitsfonds ist verpflichtet, der Landesregierung auf Verlangen alle zur Wahrnehmung der Aufsicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(3) Die Landesregierung kann im Einzelfall die Beschlüsse und Richtlinien der Wiener Gesundheitsplattform und der Wiener Zielsteuerungskommission anfordern. Die Wiener Gesundheitsplattform und die Wiener Zielsteuerungskommission haben der Landesregierung auf Verlangen die Beschlüsse und Richtlinien vorzulegen.

(4) Die Landesregierung hat Beschlüsse und Richtlinien der Wiener Gesundheitsplattform und der Wiener Zielsteuerungskommission, die gegen dieses Gesetz oder gegen die Geschäftsordnung der Wiener Gesundheitsplattform oder gegen die Geschäftsordnung der Wiener Zielsteuerungskommission verstoßen, aufzuheben.

(5) Der Wiener Gesundheitsfonds hat der Landesregierung jährlich jeweils nach Genehmigung des Jahresabschlusses Bericht über seine Tätigkeit zu erstatten."

10. Die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), am 9. Juli 2018 kundgemacht unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), lautete auszugsweise samt Anlage 2 (ohne die weiteren Anlagen) wie folgt (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

65

"Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018)

Aufgrund des

- § 23 Abs. 1 und 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 131/2017,

- § 15 Abs. 4 des Burgenländischen Gesundheitswesengesetzes 2017, LGBl. Nr. 6/2018,
- § 15b Abs. 1 des Kärntner Gesundheitsfondsgesetzes, LGBl. Nr. 67/2013, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 69/2017,
- § 17 Abs. 1 des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetzes 2006, LGBl. 9450, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 92/2017,
- § 17a Abs. 4 des Oö. Gesundheitsfonds-Gesetzes 2013, LGBl. Nr. 83/2013, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 96/2017,
- § 4 Abs. 1 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000, LGBl. Nr. 24/2000, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 43/2018,
- § 23 Abs. 5 des Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetzes 2017, LGBl. Nr. 2/2018,
- § 62a Abs. 2 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes, LGBl. Nr. 5/1958, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 7/2018,
- § 42 Abs. 1 des Gesetzes über die Errichtung eines Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg, LGBl. Nr. 45/2013, zuletzt geändert durch das Landesgesetz LGBl. Nr. 11/2018, und
- § 10 Abs. 1 des Gesetzes, mit dem das Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) erlassen wird, LGBl. Nr. 10/2018,
- werden die von der Bundes-Zielsteuerungskommission am 30. Juni 2017, zuletzt geändert mit Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 29. Juni 2018, im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017) als verbindlich zu machende ausgewiesene Teile verordnet:

[...]

Festlegungen zum Großgeräteplan

§ 4. (1) Im bundesweiten Großgeräteplan (GGP) werden die medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderliche Anzahl der Großgeräte und umfasst folgende Großgeräte:

1. Computertomographiegeräte (CT)

2. Magnetresonanz-Tomographiegeräte (MR)

3. Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)

4. Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)

5. Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)

6. Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT, PET-MR)

(2) Die in Anlage 2 enthaltenen Festlegungen zum Großgeräteplan umfassen für die Großgeräte gemäß Abs. 1,

1. die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtanzahl und die Standorte in über Landesgesundheitsfonds abgerechnete Krankenanstalten (Fonds-Krankenanstalten) und

2. die bundesländerspezifische und österreichweite Gesamtzahl und die Gesamtzahl je Versorgungsregion in sonstigen Akut-Krankenanstalten, Rehabilitationszentren und im extramuralen Sektor (selbstständige Ambulatorien inklusive eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger und niedergelassener Bereich).

(3) Anlage 2 enthält jene Großgeräte, die zum Stichtag 30. Juni 2017 bereits öffentlich finanziert wurden (Status quo) beziehungsweise in Zukunft öffentlich finanziert werden sollen. Öffentlich finanzierte Großgeräte sind solche, deren Betreiberin/Betreiber über einen Kassenvertrag verfügt oder für deren Leistungen durch die Sozialversicherung Kostenerstattungen an Anspruchsberechtigte erfolgen.

(4) Die in Anlage 2 festgelegten Kapazitäten sind – sofern in Anlage 2 nichts Abweichendes vorgesehen ist – bis 2020 zu realisieren.

(5) Änderungen des Großgeräteplans basieren auf folgenden Planungskriterien:
1. Sicherstellung einer regional möglichst ausgewogenen Verteilung der Versorgungsangebote (Versorgungskriterium) insbesondere durch:

a) Berücksichtigung der im ÖSG 2017 festgelegten Planungsrichtwerte für Großgeräte sowie des Versorgungsbedarfs von Gastpatientinnen und -patienten und Pendlerinnen/Pendlern,

b) örtlich gut erreichbare und mit anderen Gesundheitsversorgungseinrichtungen gut vernetzte Standorte und

c) im Falle der Versorgung ambulanter Patientinnen und Patienten entsprechende Öffnungs-/Betriebszeiten auch an Tagesrandzeiten.

2. Sicherstellung der für die Erfüllung der Versorgungsaufträge der Fonds-Krankenanstalten erforderlichen Vorhaltung von Großgeräten (Vorrangkriterium).

3. Sofern aus gesundheitsplanerischer Sicht keine vollständige Auslastung des Großgeräts in der Fonds-Krankenanstalt zu erwarten ist, ist zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit unter Berücksichtigung von gesamtwirtschaftlichen Erwägungen gemäß Z 4 vorzusehen, dass dieses Großgerät zusätzlich auch zur Abdeckung eines ungedeckten extramuralen Versorgungsauftrages in der Versorgungsregion verwendet wird, wobei für solche Fälle – vor Abdeckung des extramuralen Versorgungsauftrages – zwingend eine entsprechende Kooperations- und Finanzierungsvereinbarung mit der Sozialversicherung abzuschließen ist. Hinsichtlich der Grundzüge der Kooperationsvereinbarung (insbesondere Grundlagen und Methodik der Tarifierung) ist bereits vor der Änderung des Großgeräteplanes das Einvernehmen zwischen dem Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung herzustellen.

4. Sicherstellung einer gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstigen Leistungserbringung bei gleichzeitiger Nutzung von Synergien (Kooperationen intra- und extramural) und Sicherstellung einer Mindestauslastung der Großgeräte (Wirtschaftlichkeitskriterium) nach Maßgabe des Abs. 6.

(6) Für Änderungen des Großgeräteplans sind das Versorgungskriterium und/oder das Vorrangkriterium zu erfüllen. Das Wirtschaftlichkeitskriterium kommt nur

dann zusätzlich zur Anwendung, wenn eine Entscheidung zwischen zwei oder mehr Großgeräten zu treffen ist.

(7) Großgeräte, die ausschließlich intraoperativ, für die unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. -überwachung bei Strahlentherapie zum Einsatz kommen (Funktionsgeräte) sowie Großgeräte in Universitätskliniken, die ausschließlich der universitären Lehre und Forschung dienen, sind von den verbindlichen Festlegungen zum Großgeräteplan nicht erfasst.

[...]

Inkrafttretens- und Schlussbestimmungen

§ 6. Diese Verordnung tritt am Tag nach ihrer Kundmachung im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) in Kraft.

[...]

Anlage 2

Festlegungen zum Großgeräteplan

Burgenland

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{1,2}	ECT ^{1,3}	STR	COR	PET
11 Burgenland-Nord	Fonds-KA	K102 Eisenstadt BBR KH ¹	1	1	1		1	
	Fonds-KA	K105 Kittsee LKH	1	1				
	Fonds-KA	K106 Oberpullendorf LKH extramural ²	1					
			2	1	1			
12 Burgenland-Süd	Fonds-KA	K104 Güssing LKH	1	1				
	Fonds-KA	K107 Oberwart LKH extramural	1	1				
			1		1			
1 Burgenland	Fonds-KA ^{1,3}		5	4	1		1	
	extramural ²		3	1	2			
	Summe		8	5	3		1	

¹ CT, MR, ECT: Gerätevorhaltungen in Fonds-KA jeweils mit Abrechnungsvereinbarung mit der BGKK (Ausnahme: K106)

² MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet

³ ECT: Kooperation KH Eisenstadt (K102) mit KH Wiener Neustadt (K356)

Kärnten

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ^{1,3}	MR ^{2,3}	ECT ⁴	STR	COR	PET
21 Kärnten-Ost	Fonds-KA	K201 Friesach BSRD KH	1	1				
	Fonds-KA	K205 Kl. Klagenfurt a. W. ^{3,4}	3	3	4	4	2	2
	Fonds-KA	K206 Klagenfurt ELISAB KH	1					
	Fonds-KA	K214 St. Veit/Glan BBR KH ¹	1	1				
	Fonds-KA	K219 Wolfsberg LKH ² extramural ^{1,2}	1	1				
			3	3				
22 Kärnten-West	Fonds-KA	K213 Laas LKH	1					
	Fonds-KA	K215 Spittal/Drau KH ²	1	1				
	Fonds-KA	K216 Villach LKH ⁴	1	1	1		1	
	sonstige Akut-KA extramural ²		1	1	1			
			2	1				
2 Kärnten	Fonds-KA ³		10	8	5	4	3	2
	sonstige Akut-KA ³		1	1	1			
	extramural		5	4				
	Summe		16	13	6	4	3	2

¹ CT: Betrieb des CT-Gerätes durch das KH St. Veit/Glan am Gerätstandort K214 in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter

² MR: Betrieb des MR-Gerätes durch das KH Spittal/Drau am Gerätstandort K215 und des MR-Gerätes durch das LKH Wolfsberg am Gerätstandort K219 jeweils in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter

³ CT und MR in K205 inklusive des CT- und MR-Gerätes des UKH Klagenfurt vorbehaltlich der geplanten Kooperation

⁴ ECT in K216 zu betreiben von K205

Niederösterreich

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{2,3}	ECT ⁴	STR ⁵	COR	PET
31 NÖ Mitte	Fonds-KA	K321 Klosterneuburg LKL	1					
	Fonds-KA	K326 Krems UnivKL	1	1		6	1	
	Fonds-KA	K379 Tulln UnivKL	1	1				
	Fonds-KA	K382 St. Pölten-LF UnivKL/ St. Pölten	2	2	3		2	1
		Lilienfeld	1					
	extramural		3	4	1			

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{2,3}	ECT ⁴	STR ⁵	COR	PET
32 Waldviertel	Fonds-KA	K377 Horn-Allentsteig LKL/Horn ^{1,2}	1	1	2			
	Fonds-KA	K383 Gmünd-W/T-Zwettl LKL/ Waidhofen a. d. Thaya Zwettl	1					
	extramural ^{1,2}		1					
			2	2				
33 Weinviertel	Fonds-KA	K319 Hollabrunn LKL	1					
	Fonds-KA	K335 Mistelbach LKL ⁴	1	1			1	
	Fonds-KA	K378 Korneuburg-Stockerau LKL/ Korneuburg Stockerau	1					
	extramural ⁴		1		2			
34 Thermenregion	Fonds-KA	K315 Hohegg LKL	1					
	Fonds-KA	K316 Hainburg LKL	1					
	Fonds-KA	K338 Neunkirchen LKL	1	1				
	Fonds-KA	K356 Wiener Neustadt LKL	1	1	2	3	2	1
	Fonds-KA	K380 Baden-Mödling LKL/ Baden Mödling	1	1				
	extramural ^{1,5}		1	1				
35 Mostviertel	extramural ^{1,5}		5	3	1	1		
	Fonds-KA	K303 Amstetten LKL ²	1	2				
	Fonds-KA	K333 Mauer LKL	1					
	Fonds-KA	K334 Melk LKL	1					
	Fonds-KA	K347 Scheibbs LKL	1					
	Fonds-KA	K354 Waidhofen a. d. Ybbs LKL ¹	1				1	
3 Nieder- österreich	extramural ^{1,5}		3	1	1			
	Fonds-KA		24	12	7	9	7	2
	extramural ^{1,5}		15	12	5	1		
	Summe		39	24	12	10	7	2

¹ CT: extramural exkl. 2 Kooperation mit Akut-KA – K377 und K354 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K354

² MR: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K377 und K303 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K303

³ MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet

⁴ ECT: extramural inkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K335 in Kooperation mit extramuralem Betreiber

⁵ STR extramural: "MedAstron" als Einrichtung gesamthaft abgebildet, keine differenzierte Darstellung nach (Funktions-)Geräten

Oberösterreich

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{1,2,3,4}	ECT	STR ⁵	COR	PET ⁶
41 OÖ Zentralraum Linz	Fonds-KA	K417 Linz BBR KH	1	1				
	Fonds-KA	K418 Ordens-KL Linz/BSRV	1	1	3	5		1
	Fonds-KA	K419 Ordens-KL Linz/Elisabethinen ⁶	1	1	2		1	
	Fonds-KA	K470 KUK Linz/ K470.1 MC III ⁶	2	3	3		2	1
	Fonds-KA	K470.2 NeuromedC	2	2	1			1
	Fonds-KA	K470.3 MC IV					1	
	sonstige Akut-KA extramural		2	1				
42 OÖ Zentralraum Wels	extramural ³		4	3				
	Fonds-KA	K434 Wels-Grieskirchen KL						
	Fonds-KA	K434.1 Wels	2	2	3		2	
	Fonds-KA	K434.2 Grieskirchen	1					
Rehabilitationszentren extramural ³		1	1	1		1		

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{1,2,3,4}	ECT	STR ⁵	COR	PET ⁶
43 Mühlviertel	Fonds-KA	K408 Freistadt LKH	1					
	Fonds-KA	K441 Rohrbach LKH	1	1				
	extramural		1					
44 Pyhrn-Eisenwurzen	Fonds-KA	K415 Kirchdorf a. d. Krems LKH	1					
	Fonds-KA	K431 Steyr LKH	2	1	2			
	extramural		1	1				
45 Traunviertel-Salzkammergut	Fonds-KA	K480 Salzkammergut-Klinikum/ K480.1 Vöcklabruck	1	2	2	2		1
		K480.2 Bad Ischl	1					
		K480.3 Gmunden ²	1					
	extramural ^{2,4}		1	1				
46 Innviertel	Fonds-KA	K405 Braunau KH St. Josef ²	1					
	Fonds-KA	K427 Ried im Innkreis BSRV KH ³			2			
	Fonds-KA	K428 Schärding LKH	1					
	extramural ^{1,2}		1	2				
4 Oberösterreich	Fonds-KA		20	14	18	7	6	4
	sonstige Akut-KA		2	1				
	Rehabilitationszentren				1		1	
	extramural		9	8				
	Summe		31	23	19	7	7	4

¹ CT und MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural; extramural betriebener CT ausschließlich intramural (stationär und ambulant) versorgungswirksam

² MR: intramural jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort jeweils extramural

³ MR: eingeschränkt auf die Versorgung von klaustrophobischen und übergewichtigen Patientinnen und Patienten

⁴ MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet

⁵ STR: allfällige Kapazitätsweiterung (Ausweitung Schichtbetrieb oder Erhöhung Geräteanzahl) vor 2020 zu evaluieren

⁶ PET in Kooperation zwischen K470.1 und K419, Gerätestandort K470.1

Salzburg

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ²	ECT	STR ³	COR	PET
51 Salzburg-Nord	Fonds-KA	K512 Hallein KH	1					
	Fonds-KA	K517 Oberndorf KH	1					
	Fonds-KA	K524 Salzburg LKA ³	2	2	2	4	2	2
	Fonds-KA	K527 Salzburg BBR KH	1		1			
	Fonds-KA	K528 Salzburg LNKL	1	1	1			
	sonstige Akut-KA		2	1				
	Rehabilitationszentren extramural		3	3		1		
52 Pinzgau-Pongau-Lungau	Fonds-KA	K534 Schwarzach/Pongau KH	1	1	1		1	
	Fonds-KA	K535 Tamsweg LKH	1					
	Fonds-KA	K536 TauernKL/ Mittersill Zell/See ^{1,2}	1					
	extramural ¹		2	1				
5 Salzburg	Fonds-KA ³		9	5	5	4	3	2
	sonstige Akut-KA		2	1				
	Rehabilitationszentren				1			
	extramural		5	3				
	Summe		16	9	6	4	3	2

¹ CT: intramural in bestehender Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort extramural

² MR inkl. KV

³ STR: ausgewiesene Kapazitätsweiterung vorerst auch durch Erhöhung Schichtbetrieb umsetzbar; Evaluierung bis 2020 vorzusehen

Steiermark

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{2,3}	ECT	STR ⁴	COR	PET
61	Fonds-KA	K612 Graz LKH ⁴	5	4	5	7	3	2
	Fonds-KA	K619 Graz BBR KH/ Graz	1	1				
		Graz-Eggenberg	1		3			
	Fonds-KA	K620 ELISAB KH	1					
	Fonds-KA	K673 Graz Süd-West LKH/ Graz-West ²	1				1	
		Graz-Süd	1	1				
	sonstige Akut-KA ² extramural		1	1				
			5	6	2			
62	Fonds-KA	K643 Rottenmann-Bad Aussee KAV/ Bad Aussee	1					
		Rottenmann	1	1				
	Fonds-KA	K646 Schladming DIA KH extramural	1	1				
63	Fonds-KA	K638 Leoben-Bruck/Mur LKH/ Leoben ^{1,3}	1	1	1	2		1
		Bruck/Mur	1	1			1	
	Fonds-KA	K640 Mürzzuschlag Mariazell KAV	1					
	sonstige Akut-KA extramural ^{1,3}		1	1				
			2	2	1			
64	Fonds-KA	K608 Feldbach-Fürstenfeld KAV/ Feldbach ³	1	1				
		Fürstenfeld	1					
	Fonds-KA	K631 Hartberg LKH ^{1,3}	1	1				
	Fonds-KA	K652 Vorau Marien KH	1					
	Fonds-KA	K654 LKH Südsteiermark/Bad Radkersburg	1					
	Fonds-KA	K655 Weiz LKH extramural ^{1,3}	1					
			3	2				
65	Fonds-KA	K654 LKH Südsteiermark/Wagna	1	1				
	Fonds-KA	K664 LKH Weststeiermark/ Deutschlandsberg	1					
		Voitsberg	1					
	extramural		2	1				
66	Fonds-KA	K648 Stolzalpe LKH		1				
	Fonds-KA	K672 Judenburg-Knittelfeld LKH/ Knittelfeld ³	1	1				
		Judenburg	1					
	extramural ³		1					
6	Fonds-KA ⁴		27	14	9	9	5	3
	sonstige Akut-KA		2	2				
	extramural		14	12	3			
	Summe		43	28	12	9	5	3

¹ CT: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K631 und K638 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandorte K631 bzw. K638

² MR in Fonds-KA und Akut-KA insgesamt: MR in Graz UKH, K614, in Kooperation mit K673, Gerätestandort K614

³ MR: extramural exkl. 4 Kooperationen mit Akut-KA – K608, K631, K638 und K672 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandorte K608, K631, K638 bzw. K672

⁴ STR: vollständige Umsetzung der vorgesehenen Kapazitätserweiterung ggf. erst nach 2020 realisierbar.

Tirol

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{1,2}	ECT	STR	COR ³	PET
71	Tirol-Zentralraum	Fonds-KA K704 Hall in Tirol LKH	1	1				
		Fonds-KA K706 Innsbruck LKH	7	5	4	5	3	2
		Fonds-KA K707 Hochzirl-Natters LKH/ Hochzirl Natters	1					
			1					
		Fonds-KA K720 Schwaz BKH	1	1				
		sonstige Akut-KA ^{1,2} extramural ²	1 3	1 3	2			
72	Tirol-West	Fonds-KA K717 Reutte BKH	1	1				
		Fonds-KA K722 Zams BSRV KH	1	1				
		extramural ²	1	1				
73	Tirol-Nordost	Fonds-KA K719 St. Johann BKH	1	1				
		Fonds-KA K731 Kufstein BKH	1	2				
		extramural ²						
74	Osttirol	Fonds-KA K714 Lienz BKH ³	1	1	1		1	
		extramural	1					
7	Tirol	Fonds-KA	16	13	5	5	4	2
		sonstige Akut-KA	1	1				
		extramural	5	4	2			
		Summe	22	18	7	5	4	2

¹ CT und MR in Nicht-Fonds-KA: auch extramural versorgungswirksam

² MR: ergänzend 5 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon zwei Geräte in VR 71, zwei Geräte in VR 72, ein Gerät in VR 73)

³ COR in Fonds-KA (BKH Lienz, K714) insgesamt: inkl. einem DSA/COR-Kombinationsgerät

Vorarlberg

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT	MR ^{1,2}	ECT	STR	COR	PET
81	Rheintal-Bregenzerwald	Fonds-KA K803 Bregenz LKH	1	1				
		Fonds-KA K807 Dornbirn KH	1	1				
		Fonds-KA K816 Hohenems LKH extramural	1	2				
82	Vorarlberg-Süd	Fonds-KA K802 Bludenz LKH ¹	1					
		Fonds-KA K824 Rankweil LKH		1				
		Fonds-KA K830 Feldkirch LKH	2	1	3	3	2	1
		sonstige Akut-KA ² extramural ^{1,2}	1	2				
8	Vorarlberg	Fonds-KA	6	4	3	3	2	1
		extramural	1	4				
		Summe	7	8	3	3	2	1

¹ MR: intramural in Kooperation mit extramuralen Betreiber, Gerätestandort extramural

² MR, GG insgesamt: ergänzend 2 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet

Wien

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ^{1,2} _s	MR ^{3,4,5}	ECT	STR ⁶	COR	PET
91	Wien-Mitte-Südost	Fonds-KA K901 Wien AKH ^{4,6}	5	6	7	5	5	2
		Fonds-KA K903 BBR KH	2	1	1			
		Fonds-KA K904 BSR KH	1					
		Fonds-KA K910 Wien SMZ SÜD KFJ/Preyer	2	1		2		
		Fonds-KA K914 Herz-Jesu KH	1					
		Fonds-KA K915 Franziskusspital Hartmannspital ⁴ St. Elisabeth KH	1					
		Fonds-KA K917 Rudolfstiftung	1	1	2		1	1
		Fonds-KA K952 St. Anna KISP	1	1				
		sonstige KA extramural ¹	3	1			1	
			6	7	2			
92	Wien-West	Fonds-KA K908 Evangelisches KH	1	1	1			
		Fonds-KA K912 Hanusch KH	1	2	2		1	1
		Fonds-KA K916 Hietzing-Rosenhügel KH	2	1	1	2		
		Fonds-KA K919 St. Josef KH	1					
		Fonds-KA K921 Wilhelminenspital	2	2	3	2	1	1
		Fonds-KA K943 KH Speising	1					
		Fonds-KA K955 Göttlicher Heiland KH	1	1			1	
		Fonds-KA K971 Otto Wagner-Spital ³	1	1				
		sonstige KA ⁴ extramural ^{2,4}	2	2	1			
	7	8	3					
93	Wien-Nordost	Fonds-KA K956 Wien SMZ OST	2	2	3	4		1
		Fonds-KA K976 Wien KH Nord ³	2	2			2	
		extramural	3	3				
9	Wien	Fonds-KA	28	22	20	15	11	6
		sonstige Akut-KA extramural ⁵	5	3	1		1	
			16	18	5			
		Summe	49	43	26	15	12	6

¹ CT: intramural in Kooperation mit extramuralem Anbieter am Standort K915

² CT: extramural: Streichung eines CT-Gerätes in der VR 92 mit Wirksamkeit ab 1.1.2019

³ MR, intramural: Weiterführende Berücksichtigung des MR in K971 in Abstimmung mit Umsetzung in K976

⁴ MR: ergänzend 3 MR mit Feldstärke < 1 Tesla eingerichtet (davon ein Gerät in VR 91, 2 Geräte in VR 92|je ein Standort in Fonds-KA, sonstige Akut-KA und extramural)

⁵ CT und MR extramural: In Wien soll es künftig im extramuralen Bereich integrierte Schnittbildzentren geben. Jedes Zentrum soll je 1 CT- und 1 MR-Gerät sowie sämtliche radiologische Leistungen anbieten.

⁶ STR: exklusive Gammaknife

Österreich

Sektor	CT	MR	ECT	STR	COR	PET
GG in Fonds-KA	145	96	73	56	42	22
GG in sonstigen Akut-KA	13	9	2		1	
GG in Rehabilitationszentren			2		1	
GG im extram. Bereich	73	66	17	1		
Österreich	231	171	94	57	44	22

Diese Verordnung (ÖSG VO 2018) wurde mit Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), am 5. November 2019 kundgemacht unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), mit Wirkung vom 6. November 2019 novelliert; Anlage 2 idF dieser Novelle lautete hinsichtlich Niederösterreich (§ 4 und die Oberösterreich betreffenden Teile der Anlage 2 wurden von dieser Novelle nicht berührt): "[...]

Versorgungsregion	Sektor	K-Nr. und Standort der Fonds-KA	CT ¹	MR ^{2,3}	ECT ⁴	STR ⁵	COR	PET
31 NÖ Mitte	Fonds-KA	K321 Klosterneuburg LKL	1					
	Fonds-KA	K326 Krems UnivKL	1	1		6	1	
	Fonds-KA	K379 Tulln UnivKL	1	1				
	Fonds-KA	K382 St. Pölten-LF UnivKL/ St. Pölten Lilienfeld	2 1	2	3		2	1
	extramural		3	5	1			
32 Waldviertel	Fonds-KA	K377 Horn-Allentsteig LKL/Horn ^{1,2}	1	1	2			
	Fonds-KA	K383 Gmünd-W/T-Zwettl LKL/ Waidhofen a. d. Thaya Zwettl	1 1					
	extramural ^{1,2}		2	2				
33 Weinviertel	Fonds-KA	K319 Hollabrunn LKL	1					
	Fonds-KA	K335 Mistelbach LKL ⁴	1	1			1	
	Fonds-KA	K378 Korneuburg-Stockerau LKL/ Korneuburg Stockerau	1 1					
	extramural ⁴		2	2	2			
34 Thermenregion	Fonds-KA	K315 Hohegg LKL	1					
	Fonds-KA	K316 Hainburg LKL	1					
	Fonds-KA	K338 Neunkirchen LKL	1	1				
	Fonds-KA	K356 Wiener Neustadt LKL	1	1	2	3	2	1
	Fonds-KA	K380 Baden-Mödling LKL/ Baden Mödling	1 1	1 1				
extramural ^{3,5}		5	4	1	1			
35 Mostviertel	Fonds-KA	K303 Amstetten LKL ²	1	2				
	Fonds-KA	K333 Mauer LKL	1					
	Fonds-KA	K334 Melk LKL	1					
	Fonds-KA	K347 Scheibbs LKL	1					
	Fonds-KA	K354 Waidhofen a. d. Ybbs LKL ¹	1				1	
extramural ^{1,2}		3	1	1				
3 Nieder- österreich	Fonds-KA		24	12	7	9	7	2
	Extramural ^{1,2,3,4,5}		15	14	5	1		
	Summe		39	26	12	10	7	2

¹ CT: extramural exkl. 2 Kooperation mit Akut-KA – K377 und K354 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K354

² MR: extramural exkl. 2 Kooperationen mit Akut-KA – K377 und K303 jeweils in Kooperation mit extramuralem Betreiber, Gerätestandort K377 bzw. K303

³ MR: ergänzend 1 MR mit einer Feldstärke < 1 Tesla extramural eingerichtet

⁴ ECT: extramural inkl. 1 Kooperation mit Akut-KA – K335 in Kooperation mit extramuralem Betreiber

⁵ STR extramural: "MedAustron" als Einrichtung gesamthaft abgebildet, keine differenzierte Darstellung nach (Funktions-)Geräten

[...]"

Die ÖSG VO 2018 trat gemäß § 6 Abs. 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2020), am 18. Februar 2021 kundgemacht unter Nr. 2/2021 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), mit Ablauf des 18. Februar 2021 außer Kraft.

67

11. Die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien 2017 (RSG Wien – VO 2019), am 8. Jänner 2020 kundgemacht unter Nr. 1/2020 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in Kraft getreten am 9. Jänner 2020, lautet samt Anlage 1 (ohne die weiteren Anlagen) wie folgt:

68

"Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien (RSG Wien – VO 2019)

Verbindlicherklärung

§ 1. (1) Aufgrund des § 23 Abs. 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und § 10 Abs. 1 des Gesetzes, mit dem das Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) erlassen wird, LGBl. Nr.10/2018, werden folgende von der Wiener Landes-Zielsteuerungskommission mit Beschluss vom 18.3.2019 und 7.6.2019 als verbindlich zu erklärend ausgewiesenen Teile des 'Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien' verordnet:

1. Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Wien gemäß Anlage 1
2. Planung von Primärversorgungseinheiten in Wien gemäß Anlagen 2a und 2b
3. Planung des akutstationären Bereichs in Wien gemäß Anlage 3

(2) Für die Bedeutung der in dieser Verordnung verwendeten Abkürzungen ist das Abkürzungsverzeichnis gemäß Anlage 4 maßgebend.

(3) Das Umsetzungsziel für die geplante ambulante ärztliche Versorgung und für die Planung von Primärversorgungseinheiten ist das Jahr 2025.

(4) Das Umsetzungsziel für den geplanten akutstationären Bereich ist das Jahr 2020.

Inkrafttreten

§ 2. Diese Verordnung tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.
[...]

"RSQ-Planungsmatrix" für Bundesland Wien

1.840.226 EW 2016

Anlage 1 - Blatt 1

Ambulante ärztliche Versorgung		AM/PPV ¹⁶	AN	KU	KU-C ¹⁷	KUP ¹⁸	CH ¹⁹	NO ²⁰	MI ²¹	GGH	NEU ²²	PSY ²³	DER	AU	HNO	URO	POH ²⁴	PUL	GR ²⁵	UCH	OTR ²⁶	MKG	ZMK ²⁷	STR	RAO	NUK	PUR	PAT	LAB	SON	gesamt		
IST AAVE 2016		416	-	88,8	-	X	98,5	-	243,5	67,7	39,1	X	57,4	46,6	36,7	20,6	-	9,0	26,9	75,7	-	9,2	6,5	34,4	n.v.	879,3							
AAVE splitasamouant		697,3	-	813	-	X	44,1	-	20,7	85,1	43,7	X	73,3	89,6	63,7	43,5	-	35,9	86,6	0,2	-	-	559,4	-	n.v.	2084,3							
AAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (mit Vertrag)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AAVE in selbstständigen Ambulanten (mit Vertrag)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AAVE in Kassenambulanzen (Kassenärztliche selbstständige Ambulanzen)		0,8	-	2,0	-	-	2,0	-	36,2	7,3	2,7	X	3,5	0,2	3,8	6,9	-	2,0	3,0	-	-	-	77,0	-	n.v.	n.v.	714						
AAVE insgesamt		722,8	-	112,2	-	X	144,6	-	403,8	180,1	85,4	X	184,1	148,3	103,3	72,0	-	50,9	105,5	76,0	-	9,2	681,9	34,4	n.v.	3855,3							
davon in PV-Einheiten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IST §2-Kassenplanstellen 2016		741	X	66	X	X	37	X	64	62	36	X	72	91	62	44	X	39	65	0	X	X	668	-	X	X	X	X	X	X	X	2193	
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)		36	X	11	X	X	26	X	71	26	11	X	8	11	5	20	X	2	7	6	X	X	91	-	X	X	X	X	X	X	X	340	
PLAN AAVE 2025		504	X	89,3	-	X	66,7	-	261,9	80,9	47,5	X	59,8	64,8	34,5	23,7	-	0,3	30,9	91,9	X	14,5	0,3	44,0	n.v.	n.v.	1027,4						
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulanten (mit Vertrag und Kassenärztlich)		80,2	-	92,6	-	X	52,3	-	76,3	81,7	48,4	X	81,2	64,7	67,4	56,1	-	35,9	18,6	0,0	X	0,0	75,7	X	n.v.	n.v.	3580,8						
AAVE insgesamt		653,6	X	111,9	-	X	111,0	-	440,2	202,6	95,9	X	140,9	163,5	101,8	78,8	-	48,1	143,5	91,9	X	14,5	764,0	44,0	n.v.	n.v.	3548,2						
davon in PV-Einheiten		65,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PLAN AAVE 2030		894,2	X	187,7	-	X	165,3	-	460,1	204,9	98,8	X	145,0	176,8	105,3	82,8	-	50,2	155,3	94,3	X	14,7	784,5	45,2	n.v.	n.v.	3856,3						

¹⁶ Nicht in Regime mit Berücksichtigung

¹⁷ KUC, PCH zugeordnet zu CH

¹⁸ ZMK einschließlich KVO, §2-Kassenplanstellen - ZMK Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde + Zahnbehandl. + Dentisten.

¹⁹ KUP, PSY: Der Ausweis der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).

²⁰ Für einen 24/7 Bereich im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in der Krankenanstalt sind bei "PLAN AAVE 2025" in Wien insgesamt 40 AAVE aus dem Bereich der Internen Chirurgie dem Bereich AM/PPV internärztlich zugeordnet worden.

²¹ Die Kapazitäten für ein multioziales Schmerzzentrum erfordern einen interdisziplinären Fachmix.

²² Die bereits vereinbarte, aber noch nicht quantifizierte Verengung der Diabetikererregung von Internaria nach externum erfordert eine Verschlebung der AAVE zwischen den Sektoren.

²³ Je VPE ist eine ZMK-Versorgung von Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen, Intubierten Patienten oder Hochkomplexfällen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtsärztliche Eingriffe unter Sedation/Generalnarkose vorgesehen.

²⁴ Je VPE ist eine ZMK-Versorgung von Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen, Intubierten Patienten oder Hochkomplexfällen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtsärztliche Eingriffe unter Sedation/Generalnarkose vorgesehen.

²⁵ Je VPE ist eine ZMK-Versorgung von Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen, Intubierten Patienten oder Hochkomplexfällen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtsärztliche Eingriffe unter Sedation/Generalnarkose vorgesehen.

²⁶ Je VPE ist eine ZMK-Versorgung von Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen, Intubierten Patienten oder Hochkomplexfällen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtsärztliche Eingriffe unter Sedation/Generalnarkose vorgesehen.

²⁷ Je VPE ist eine ZMK-Versorgung von Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen, Intubierten Patienten oder Hochkomplexfällen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtsärztliche Eingriffe unter Sedation/Generalnarkose vorgesehen.

Ambulante ärztliche Versorgung in KUP und PSY ¹⁶		KUP	PSY	gesamt
IST AAVE 2016		61	23,6	29,7
AAVE splitasamouant		6,6	20,7	27,3
AAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in selbstständigen Ambulanten (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassenambulanzen (Kassenärztliche selbstständige Ambulanzen)		-	14	14
AAVE in Instituten ²⁸		110	67,0	178,0
AAVE insgesamt		23,7	112,7	136,5
IST §2-Kassenplanstellen 2016		6	22	28,0
§2-Kassenplanstellen (Verträge)		0	2	2,0
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)		0	2	2,0
PLAN AAVE 2025		7,0	25,4	32,3
AAVE splitasamouant		9,9	98,3	108,2
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulanten (mit Vertrag und Kassenärztlich)		26,8	123,7	150,5
AAVE insgesamt		28,3	129,2	157,4

Rehabilitation (Erwachsene) - siehe ÖSG-VO in der jeweils geltenden Fassung
Großgeräte - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang 10 - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

²⁸ Je Versorgungsort wird es - zusätzlich zur niedergelassenen Versorgung - zwei Standorte mit einem stationären psychischen Versorgungsgesamt und pro Krankenhaus mindestens ein zugehöriges Ambulanz mit ambulanten und tagelinklichen Angeboten für Erwachsene geben.
²⁹ Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind pro Versorgungsort - zusätzlich zur niedergelassenen Versorgung - ein Standort mit einem stationären psychischen Versorgungsgesamt und zwei zugehörige Ambulanzen mit ambulanten und tagelinklichen Angeboten geplant.
³⁰ Unter "Instituten" sind externe Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.
Ebenfalls Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemfelder spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 91 Wien-Mitte-Südost

Anlage 1 – Blatt 2

Ambulante ärztliche Versorgung		806.823 EW 2016																													
		AM/PU ¹⁸	AN	KUU	KUC ¹⁹	CH ¹⁸	NGH ¹⁸	M	GGH	NEU	PSY ¹⁶	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁶	PUL	OR	UCH	OTR	MKG	ZMK ¹⁶	STR	RAO	NUK	PIR	PAT	LAB	SON	gesamt	
18T AAVE 2016																															
AAVE schlussamunt		3,3	-	60,6	-	X	58,8	-	63,6	38,4	20,7	X	34,1	32,9	24,1	16,5	-	14	112	28,5	-	-	0,6	4,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	473,3	
AAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (mit Vertrag)		309,0	-	33,6	-	X	6,8	-	58,4	42,3	21,7	X	34,6	47,5	30,8	21,1	-	6,9	47,3	0,1	-	-	279,3	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	998,4	
AAVE in selbstständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	19	-	-	-	-	-	-	-	27,9	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	29,8	
AAVE in Kassensambulatorien (kasseneigene selbstständige Ambulatorien)		98	-	-	-	X	2,0	-	31,4	5,3	18	X	2,5	8,2	2,8	7,9	-	2,0	3,0	-	-	-	60,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	186,7	
AAVE insgesamt		322,1	-	94,2	-	X	77,6	-	223,4	86,0	44,2	X	71,1	50,4	57,7	40,6	-	19,3	61,4	28,6	-	-	367,9	14,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1598,8	
davon in PV-Einheiten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18T §2-Kassenplanstellen 2016																															
§2-Kassenplanstellen (Verträge)		317	X	34	X	X	4	X	4	52	47	8	X	33	46	30	22	X	7	35	0	X	34,5	-	X	X	X	X	X	1070	
Kassenplanstellen sonstiger (Nv-Träger Verträge)		6	X	4	X	X	6	X	38	7	2	X	4	6	2	9	X	0	9	3	X	62	-	X	X	X	X	X	174		
PLAN AAVE 2025																															
AAVE schlussamunt		204	X	66,5	-	X	62,8	-	67,7	46,4	28,0	X	42,5	41,0	21,2	14,0	-	13	62	42,7	X	0,6	2,2	6,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	587,6	
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulatorien (mit Vertrag und Kasseneigene) gesamt		359,3	-	37,3	-	X	21,7	-	93,3	50,0	23,4	X	37,5	56,4	31,8	29,0	-	6,3	53,5	0,0	X	0,0	40,1	X	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1209,5	
AAVE insgesamt		379,7	X	102,8	-	X	84,5	-	250,9	95,4	51,4	X	80,0	96,4	53,0	43,0	-	17,6	66,7	42,7	X	13,6	403,2	16,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1797,0	
davon in PV-Einheiten		59,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
PLAN AAVE 2030																															
AAVE insgesamt		393,1	X	105,5	-	X	87,3	-	262,6	96,4	52,9	X	82,8	100,9	54,8	45,3	-	18,5	69,5	43,7	X	13,6	414,0	16,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1857,5	

¹⁸NGH: in Regimed mit berocktlich; ¹⁹KUC, PCH zugeordnet zu CH; ¹⁶ZMK einschließlich KF O, §2-Kassenplanstellen - ZMK Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde + Zahnheiler + Dentisten; ¹⁶ZMK einschließlich KF O, §2-Kassenplanstellen - ZMK Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde + Zahnheiler + Dentisten; ¹⁶Für einen z.T. Bereich im Bereich der Allgemeinarztinnen (ZMA/ArA) in den Krankenhausern sind der PLAN AAVE 2025¹⁶ in der Versorgungsregion 91 AAVE aus dem Bereich der mitzunehmenden Chirurgie dem Bereich AM/PU mitzunehmend zugeordnet worden.

¹⁶Unter "Institute" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben. Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemgruppen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenintervention).

Großgeräte - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang 8 - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 92 Wien-West

697.145 EW 2016

Anlage I – Blatt 3

Ambulante ärztliche Versorgung		AM/PU ¹⁸⁾	AN	KU	KU ¹⁹⁾	KJP ¹⁸⁾	CH ¹⁸⁾	NCH ¹⁹⁾	M	GGH	NEU	PSY ¹⁸⁾	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁸⁾	PL	OR	UCH	ORTA	IKG	ZMK ¹⁸⁾	STR	RAO	NIK	PHR	PAT	LAB	SON	gesamt	
18T AAVE 2018		112	-	20,3	-	X	22,1	-	618	23,4	9,7	X	6,6	9,7	8,1	6,9	-	116	0,6	34,6	-	6,8	0,2	14,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	292,4	
AAVE spezialambulanz		290,8	-	32,5	-	X	21,5	-	43,5	42,3	14,0	X	27,4	29,3	21,0	14,0	-	14,7	32,4	0,1	-	-	206,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	759,5	
AAVE in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag)		-	-	-	-	X	-	-	14	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,5	
AAVE in Kassenambulanzen (kassenbürgere selbstständige Ambulanz)		-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,4	
AAVE insgesamt		272,0	-	52,9	-	X	43,6	-	126,6	65,7	27,6	X	44,0	39,0	29,1	20,9	-	26,3	43,0	34,7	-	6,8	221,8	14,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1068,7	
davon in PVEinheiten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18T 32-Kassenplanstellen 2018		234	X	36	X	X	8	X	37	39	0	X	30	33	24	14	X	7	32	0	X	X	264	-	X	X	X	X	X	X	851	
32-Kassenplanstellen (Verträge)		21	X	6	X	X	9	X	28	6	9	X	3	3	3	11	X	1	8	2	X	X	22	-	X	X	X	X	X	X	141	
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)		PLAN AAVE 2025																														
AAVE spezialambulanz		231	X	110	-	X	27,0	-	82,3	27,0	0,3	X	116	8,1	9,1	7,1	-	0,9	14,5	30,0	X	0,3	3,8	6,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	304,7	
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag und kassenbürgere)		3017	-	37,9	-	X	23,8	-	55,0	47,1	6,7	X	30,6	34,0	23,2	6,4	-	14,6	37,8	0,0	X	0,0	24,9	X	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	879,7	
AAVE insgesamt		324,8	X	49,0	-	X	50,8	-	137,3	74,2	28,9	X	42,2	52,1	32,3	23,5	-	26,5	52,3	30,0	X	0,3	24,7	16,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1184,4	
davon in PVEinheiten		42,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
PLAN AAVE 2030		339,3	X	50,3	-	X	51,8	-	141,6	74,5	29,5	X	43,4	53,5	39,0	24,4	-	26,2	53,6	30,8	X	0,4	250,3	15,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1212,3	

¹⁸⁾ NCH: in Regemod nicht berücksichtigt

¹⁹⁾ KUG, PCH: zugeordnet zu CH

²⁰⁾ ZMK einschließlich FHO, 32-Kassenplanstellen - ZMK Zahn-, M- und Kind-Kernambulanz + Zahnbehandlungs- und Dentisten

²¹⁾ KJP, PSY: Der Ausweis der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in eigener Darstellung (siehe unten)

²²⁾ Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in den Krankenzustellen sind bei "PLAN AAVE 2025" in der Versorgungsregion 92 AAVE aus dem Bereich der Intermunizialen Chirurgie dem Bereich AM/PU Intermunizial zugeordnet worden

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und P SV		KJP	P SV	gesamt
18T AAVE 2018		4,0	6,6	0,6
AAVE spezialambulanz		19	7,6	9,5
AAVE niedergelassene Ärztinnen (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassenambulanzen (kassenbürgere selbstständige Ambulanz)		-	-	-
AAVE in Institutionen		2,7	6,7	9,3
AAVE insgesamt		8,5	30,9	39,4
18T 32-Kassenplanstellen 2018		2	9	110
32-Kassenplanstellen (Verträge)		0	1	10
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)		PLAN AAVE 2025		
AAVE spezialambulanz		4,5	6,9	11,4
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag und kassenbürgere)		5,3	25,3	30,6
AAVE insgesamt		9,8	32,2	42,0
PLAN AAVE 2030		10,2	32,5	42,7

Großgeräte - siehe ÖSG-VU und ÖSG 2017 (Anhang IV - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

²³⁾ Unter "Institute" sind externe Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante physiotherapeutische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben. Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemstellungen (z.B. Suchterkrankungen, Krisenintervention) spezialisiert.

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 93 Wien-Nordost

Anlage 1 – Blatt 4

336258 EW 2016

Ambulante strahlende Versorgung		AM/P ¹⁰	AN	KLU	KJC ¹¹	KJP ¹²	CH ¹³	NCH ¹⁴	MI	GGH	NEU	PAY ¹⁵	DER	AU	HNO	URO	PCH ¹⁶	PLU	OR	UCH	OSTR	IMG	ZUK ¹⁷	STR	RAO	NIK	PMR	PAT	LAB	SON	Gesamt	
18T AAVE 2018																																
	AAVE splissambulan	0,1	-	7,9	-	X	0,6	-	29,2	5,9	4,7	X	6,7	4,0	3,5	2,1	-	-	4,1	0,7	-	2,3	7,7	5,6	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	18,1	
	AAVE niedergelassene Ärzten gesamt (mit Vertrag)	0,75	-	5,2	-	X	5,8	-	8,8	20,6	7,9	X	11,3	0,9	11,9	8,3	-	5,3	26,9	0,0	-	-	73,9	-	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	346,4	
	AAVE in selbständigen Ambulanzen (mit Vertrag)	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0	-	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	8,0	
	AAVE in Kassensambulanzen (kassenzugehörige Ambulanzen)	1,0	-	2,0	-	X	-	-	6,8	2,0	0,9	X	1,0	2,0	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	4,6	-	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	22,3	
	AAVE insgesamt	128,8	-	26,1	-	X	23,3	-	63,8	28,6	19,8	X	19,0	18,9	18,4	11,4	-	6,3	31,0	12,7	-	2,3	82,2	6,8	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	487,8		
	davon in P-V-Einzelstellen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	18T 02-Kassensplanstellen 2018																															
	02-Kassensplanstellen (Verträge)	131	X	5	X	X	4	X	5	5	6	X	9	12	8	8	X	5	18	0	X	X	56	-	X	X	X	X	X	X	333	
	Kassensplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	2	X	1	X	X	2	X	5	3	0	X	1	2	0	0	X	1	0	1	X	X	7	-	X	X	X	X	X	X	26	
	PLAN AAVE 2026																															
	AAVE splissambulan	5,8	X	0,8	-	X	8,9	-	22,0	8,5	5,3	X	5,6	5,7	4,1	2,6	-	0,1	3,2	8,2	X	0,6	5,3	0,4	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	195,1	
	AAVE niedergelassene Ärzten und in selbständigen Ambulanzen (mit Vertrag und Kassenzugehörigkeit gesamt)	63,2	-	7,3	-	X	6,8	-	30,0	24,5	9,3	X	10,1	5,3	0,4	9,6	-	4,9	27,3	0,0	X	0,0	08,8	X	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	491,7	
	AAVE insgesamt	69,1	X	80,2	-	X	26,7	-	62,0	33,0	15,8	X	15,7	21,0	18,8	12,3	-	5,0	30,6	18,2	X	0,6	15,1	12,4	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	686,7		
	davon in P-V-Einzelstellen	24,5																														
	PLAN AAVE 2030																															
	AAVE insgesamt	197,8	X	31,8	-	X	27,1	-	66,9	34,1	18,4	X	19,9	22,4	17,6	13,1	-	6,4	32,2	18,8	X	0,7	120,2	12,9	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	697,1		

¹⁰NCH: in Reglement nicht berücksichtigt
¹¹KJC: PCH-zugeordnet zu CH
¹²ZMK einschließlich PFO; 02-Kassensplanstellen - ZMK; Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - Zahnbehandler - 02stellen
¹³KJP: P-V; Der Ausweis der 02-Merkmale und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).
¹⁴Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/MA/VA) in den Kontraktambulanzen sind bei "PLAN AAVE 2026" in der Versorgungsregion 4,5 AAVE aus dem Bereich der niedrigenen Chirurgie dem Bereich AM/P in Vollambulanzen zugerechnet worden.

Ambulante strahlende Versorgung in KJP und P 3		KJP	P 3	Gesamt
18T AAVE 2018				
	AAVE splissambulan	-	2,0	2,0
	AAVE niedergelassene Ärzten gesamt (mit Vertrag)	-	4,9	4,9
	AAVE in selbständigen Ambulanzen (mit Vertrag)	-	-	-
	AAVE in Kassensambulanzen (kassenzugehörige Ambulanzen)	-	1,0	1,0
	AAVE insgesamt	3,6	9,9	13,5
	18T 02-Kassensplanstellen 2018	9,8	17,8	27,6
	02-Kassensplanstellen (Verträge)	0	5	5,0
	Kassensplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	0	0	0,0
	PLAN AAVE 2026			
	AAVE splissambulan	0,0	2,2	2,2
	AAVE ngl. Ärzten und in selbständigen Ambulanzen (mit Vertrag und Kassenzugehörigkeit gesamt)	3,8	20,0	23,8
	AAVE insgesamt	3,8	22,2	26,0
	PLAN AAVE 2030			
	AAVE insgesamt	4,4	26,8	31,2

¹⁵Unter "Verträge" sind adremunerierte Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante strahlende Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben. Einzelne Institute sind nur die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krebsbehandlung).
¹⁶Großgeräte - siehe ÖStG-VG und ÖStG 2017 (Anhang 10 - GGP) in der jeweiligen geltenden Fassung.

12. Die §§ 84a und 338 Abs. 2a des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.), BGBl. 189/1955, idF BGBl. I 100/2018 (§ 84a) und BGBl. I 32/2022 (§ 338 Abs. 2a) lauten:

"7. UNTERABSCHNITT

Mitwirkung und Beteiligung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens sowie an der Zielsteuerung-Gesundheit Grundsätze

§ 84a. (1) Zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung der Versicherten haben sich der Dachverband und die Sozialversicherungsträger unter Einbeziehung von wissenschaftlichen (insbesondere gesundheitsökonomischen) Erkenntnissen an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung im Sinne des 6. Abschnitts des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach dem Sechsten Teil haben die dabei abgestimmten Planungsergebnisse (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes zu beachten.

(2) Der Dachverband hat jeweils Vertreterinnen/Vertreter nach Maßgabe

1. des § 26 Abs. 1 G-ZG in die Bundes-Zielsteuerungskommission,
2. des § 27 Abs. 2 G-ZG in den ständigen Koordinierungsausschuss
3. des § 29 Abs. 1 G-ZG in die jeweiligen Gesundheitsplattformen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds sowie
4. des § 30 Abs. 2 Z 4 G-ZG in die Bundesgesundheitskommission, zu entsenden.

(3) Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger haben nach § 29 Abs. 2 und 3 G-ZG Vertreter/innen in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Demzufolge haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger jeweils insgesamt fünf Vertreter/innen in die Gesundheitsplattformen und die Landes-Zielsteuerungskommissionen der Landesgesundheitsfonds zu entsenden, und zwar vier Vertreter/in der Österreichischen Gesundheitskasse, wovon drei Vertreter/innen vom jeweiligen Landesstellenausschuss zu nominieren sind, darunter jedenfall der/die Vorsitzende des Landesstellenausschusses und der/die Stellvertreter/in des Vorsitzenden, und ein/e Vertreter/in der Sondersicherungsträger je Bundesland. Bei der Entsendung von Vertretern/Vertreterinnen und der Wahrnehmung der Aufgaben ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

(4) Die Sozialversicherungsträger haben für Reformpoolprojekte, die nach dem 31. Dezember 2012 als Teil der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen fortgeführt werden, im Bedarfsfall die erforderlichen Mittel zu überweisen.

(5) Für die Datenübermittlung gilt Folgendes:

1. Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, auf elektronischem Weg
a) der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds auf deren Anforderung die zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigten Daten in entsprechend aufbereiteter und nachvollziehbarer Form zu übermitteln und

b) der Bundesgesundheitsagentur und den Landesgesundheitsfonds pseudonymisierte Diagnose- und Leistungsdaten über die auf ihre Rechnung erbrachten medizinischen Leistungen in einer standardisierten und verschlüsselten Form zur Verfügung zu stellen.

2. Der Dachverband und die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die personenbezogenen Daten entsprechend den Bestimmungen des § 4 Abs. 6 des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH, BGBl. I Nr. 132/2006 und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. I Nr. 745/1996, datenschutzrechtskonform auf elektronischem Weg bereitzustellen bzw. zu übermitteln.

Alle personenbezogenen Daten sind vor der Übermittlung an die Bundesgesundheitsagentur, die Landesgesundheitsfonds und die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen genannten Stellen zur Sicherstellung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die Pseudonymisierungsstelle nach § 30c Abs. 1 Z 7 zu pseudonymisieren."

"SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Dachverbandes) zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe und anderen Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern

ABSCHNITT I

Gemeinsame Bestimmungen

Regelung durch Verträge

§ 338. (1)-(2) [...]

(2a) Die Versicherungsträger haben sich beim Abschluss von Verträgen nach Abs. 1 an den von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) beschlossenen Großgeräteplan zu halten. Dieser Großgeräteplan ist nach Abstimmung mit der Sozialversicherung, bezüglich der nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie des extramuralen Bereiches auch nach Abstimmung mit der für diese Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessensvertretung im Einvernehmen mit den Ländern festzulegen. Verträge die dem widersprechen, sind ungültig.
[...]"

III. Erwägungen

1. Zur Zulässigkeit der Verfahren

1.1. Gesetzesprüfungsverfahren 70

1.1.1. Die Bundesregierung erachtet das Gesetzesprüfungsverfahren in Ansehung des G-ZG insofern teilweise als unzulässig, als der Prüfungsumfang nicht zutreffend abgegrenzt sei: 71

1.1.2. Hinsichtlich des Bedenkens, dass die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG als gesetzliche Determinanten von (auch) krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nicht als Grundsatzbestimmungen erlassen worden seien, führt die Bundesregierung ins Treffen, dass die Determinierung der RSG (auch) durch den nicht vom Prüfungsumfang mit umfassten § 21 G-ZG erfolge, der ebenfalls inhaltliche Vorgaben für die RSG enthalte und damit in untrennbarem Zusammenhang mit den genannten Bestimmungen stehe. Durch eine allfällige Aufhebung der in Prüfung gezogenen Bestimmungen könne die angenommene Verfassungswidrigkeit nicht gänzlich beseitigt werden. 72

1.1.3. Dieser Einwand der Bundesregierung ist nicht berechtigt: Im Unterschied zu den in Prüfung gezogenen Bestimmungen unterscheidet § 21 G-ZG zwischen grundsatzgesetzlichen und anderen Bestimmungen, weshalb sich die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes nicht auf diese Bestimmungen erstreckt haben. Vor dem Hintergrund der gehegten Bedenken ist § 21 G-ZG trennbar. 73

1.1.4. Weiters vertritt die Bundesregierung die Auffassung, dass der Prüfungsbeschluss hinsichtlich des Bedenkens, dass § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG an die Leitungsbefugnis oberster Organe der Vollziehung widerspreche, weil die maßgebliche Festlegung des Verordnungsinhaltes der Bundes- und den Landes-Zielsteuerungskommissionen überantwortet sei, zu eng gefasst sei. Es hätte auch § 23 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz G-ZG mit in Prüfung gezogen werden müssen, aus denen sich dies erst ergeben würde. 74

- 1.1.5. Der Verfassungsgerichtshof teilt die Auffassung der Bundesregierung nicht: 75
Zwar trifft es zu, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. die Landes-Zielsteuerungskommissionen die Grundlage für die – als bedenklich erachtete – Verordnungserlassung herstellen. Das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes richtete sich jedoch dagegen, dass eine Verwaltungsbehörde Verordnungen zu erlassen hat, deren Inhalte nicht in der verfassungsrechtlich gebotenen Ingerenz oberster Organe stehen, weshalb der Sitz der Verfassungswidrigkeit in § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG liegt. Im Fall der Aufhebung dieser Bestimmungen bliebe es bei unverbindlichen Planungsakten der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. der Landes-Zielsteuerungskommissionen, wogegen der Verfassungsgerichtshof keine Bedenken gehegt hat.
- 1.1.6. Die Bundesregierung zieht in ihrer Äußerung weiters teilweise die 76
hinreichend präzise Darlegung der Bedenken in Zweifel:
- 1.1.7. So sei das Bedenken, dass die Übertragung der (auch finanziellen) Planung 77
für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge auf einen privaten Rechtsträger gegen die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung verstoße, keiner spezifischen Bestimmung des G-ZG oder das KAKuG zugeordnet. Weiters würden im Prüfungsbeschluss keine Bedenken gegen den – gleichwohl in Prüfung gezogenen – § 23 Abs. 8 G-ZG vorgebracht. Schließlich hege der Verfassungsgerichtshof auch das Bedenken, dass § 3a Abs. 3a KAKuG auf verfassungswidrige Weise in den Schutzbereich der Erwerbsfreiheit eingreife, weil durch die in den durch Verordnung für verbindlich erklärten Plänen die Zahl bestimmter Großgeräte taxativ festgesetzt sei. Dieses Bedenken betreffe jedoch seinem Grunde nach – allenfalls bloß – § 20 Abs. 1 Z 10 und 11 G-ZG, in dem inhaltliche Vorgaben für den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) auch im Hinblick auf Großgeräte getroffen würden; mit § 3a Abs. 3a KAKuG werde allerdings keinerlei Kontingentierung von Großgeräten angeordnet.
- 1.1.8. Entgegen der Auffassung der Bundesregierung ergibt sich aus dem Prü- 78
fungsbeschluss, der in den Punkten III.5.1.1.6. und III.5.1.1.7. die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung thematisiert, mit hinreichender Deutlichkeit, dass sich diese Bedenken gegen die in Punkt III.5.1.1.6. des Prüfungsbeschlusses

genannten Beleihungsanordnungen richtet. § 23 Abs. 8 G-ZG steht mit diesen Beleihungsanordnungen im Zusammenhang. Was das Bedenken der – zu starren – Großgeräteplanung anlangt, so geht dieses nicht dahin, dass Großgeräte überhaupt einer Planung unterliegen (§ 20 Abs. 1 Z 10 und Z 11 G-ZG), sondern dahin, dass § 3a Abs. 3a KAKuG die Bedarfsprüfung unverhältnismäßig gestaltet. Die Bedenken hatten daher § 3a Abs. 3a KAKuG zum Gegenstand.

1.1.9. Das Landesverwaltungsgericht Salzburg ficht zu V 46/2019 § 4 iVm der Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), an. Diese Verordnung wurde mit Ablauf des 18. Februar 2021 durch § 6 Abs. 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2020), kundgemacht unter Nr. 2/2021 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), aufgehoben und durch die ÖSG VO 2020 ersetzt. Vor dem Hintergrund, dass das Landesverwaltungsgericht Salzburg seine Entscheidung an der maßgeblichen Rechtslage zum Zeitpunkt seiner Entscheidung auszurichten hat, ist es ausgeschlossen, dass das Landesverwaltungsgericht Salzburg § 4 iVm der Anlage 2 der ÖSG VO 2018 anzuwenden und seiner Entscheidung zugrunde zu legen hat. Diese Bestimmung ist sohin (für das Landesverwaltungsgericht Salzburg) nicht mehr präjudiziell. Ihre Anfechtung erweist sich damit als unzulässig. Daher ist das (ausschließlich) aus Anlass dieses Verwaltungsprüfungsantrages eingeleitete Gesetzesprüfungsverfahren zur Prüfung von § 4 Abs. 1 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. 24/2000 (WV), idF LGBl. 25/2018, einzustellen.

79

1.1.10. Im Übrigen erweist sich, da sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, das Gesetzesprüfungsverfahren als zulässig.

80

1.2. Verwaltungsprüfungsverfahren

81

Es ist nichts hervorgekommen, was an der Präjudizialität der in Prüfung gezogenen Verwaltungsbestimmungen in den zu E 2445/2019, E 2462/2019 und E 2872/2020 protokollierten Antragsverfahren zweifeln ließe.

82

1.3. Da auch sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, erweist sich das Verordnungsprüfungsverfahren als zulässig. 83

2. In der Sache

2.1. Die im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken des Verfassungsgerichtshofes konnten im Gesetzesprüfungsverfahren nur zum Teil zerstreut werden. 84

2.2. Die in Prüfung gezogenen Bestimmungen stehen in folgendem normativen Zusammenhang: 85

2.2.1. Gemäß Art. 10 Abs. 1 B-VG sind unter anderem das Sozial- und Vertragsversicherungswesen (Z 11) und das "Gesundheitswesen mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, des Kurortwesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht" (Z 12) in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Hingegen sind "Heil- und Pflegeanstalten" – also im Besonderen das Krankenanstaltenrecht –, abgesehen von der sanitären Aufsicht, nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG Bundessache nur in der Grundsatzgesetzgebung, hinsichtlich der Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung jedoch Landessache (vgl. dazu u.a. VfSlg. 13.023/1992, 17.232/2004). Während also das Berufsrecht der selbständig niedergelassenen Ärzte Bundessache ist (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG), unterfallen bettenführende Krankenanstalten und selbständige Ambulatorien Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG (vgl. näher VfSlg. 13.023/1992). 86

2.2.2. Vor dem Hintergrund dieser geteilten Kompetenzrechtslage haben der Bund und die Länder die (unbefristete) Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (kundgemacht u.a. in BGBl. I 97/2017) und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (kundgemacht u.a. in BGBl. I 98/2017) abgeschlossen. Mit letzterer Vereinbarung sind der Bund und die Länder unter anderem übereingekommen, den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als zentrale Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung einzusetzen. Mit Art. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens haben sich der 87

Bund und die Länder detailliert auf die Vorgangsweise zur Erarbeitung und Verbindlicherklärung des ÖSG und der RSG geeinigt. Gemäß der Präambel zur Art. 15a B-VG-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit sollen "[d]urch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination [...] die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden" werden.

2.2.3. Diese Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG binden die jeweiligen Vertragspartner (zB VfSlg. 14.146/1995, 15.972/2000, 16.959/2003, 20.177/2017) und haben nicht selbst den Charakter genereller Normen (weshalb ihre Kundmachung auch nicht Teil des Rechtssetzungsverfahrens ist, sondern bloß der Information der Allgemeinheit dient, VfSlg. 17.232/2004). Insbesondere stellen sie – wie der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 14.146/1995 festgehalten hat – keine Zwischenstufe zwischen einfachem Gesetzesrecht und Verfassungsrecht dar; auch sind sie keine höherrangigen Normen, an denen ein Gesetz gemessen werden kann (zB VfSlg. 14.146/1995, 19.747/2013). Vielmehr handelt es sich um Vertragsnormen, die – gegebenenfalls – umsetzungsbedürftig sind (VfSlg. 20.177/2017). Gegebenenfalls können Bestimmungen von Art. 15a B-VG-Vereinbarungen auch zur Interpretation von einfachgesetzlichen Bestimmungen, die der Umsetzung solcher Vereinbarungen dienen, herangezogen werden (vgl. zB VfSlg. 19.964/2015). Die Umsetzung kann nach Umständen auch eine Verfassungsänderung bedingen, wenn ansonsten eine verfassungskonforme Verwirklichung des in einer Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Bedungenen nicht möglich wäre.

88

2.2.4. Zur Umsetzung dieser Übereinkommen hat der Bundesgesetzgeber mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I 26/2017, das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) erlassen, das überwiegend unmittelbar anwendbares Bundesrecht, bisweilen aber auch bloß Bundes-Grundsatzrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG enthält:

89

2.2.5. Gemäß § 19 Abs. 1 G-ZG sind der ÖSG und die RSG die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung; dabei soll der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung sein. Der ÖSG hat in näher bestimmten Bereichen verbindliche Vorgaben für die RSG festzulegen (§ 19 Abs. 2 G-ZG; siehe zu den Inhalten des ÖSG und der RSG die §§ 20 f. G-ZG).

90

2.2.6. Nach § 18 Abs. 1 G-ZG hat (in Umsetzung von Art. 4 der Art. 15a B-VG-Ver-
einbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) die in-
tegrative Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur "seкто-
renübergreifend" ("insbesondere") den ambulanten Bereich der "Sachleistung"
(d.h. niedergelassene [Zahn-]Ärzte, Gruppenpraxen, sonstige in der Gesundheits-
versorgung frei praktizierende Berufsgruppen und selbständige Ambulatorien, je-
weils mit Kassenverträgen, einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versiche-
rungsträger und Spitalsambulanzen), (Z 1), weiters den "akutstationäre[n] Bereich
und [den] tagesklinische[n] Bereich (d.h. landesgesundheitsfondsfinanzierte Kran-
kenanstalten und Unfallkrankenhäuser), sofern dieser aus Mitteln der Gebietskör-
perschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert
wird" (Z 2), ferner den Rehabilitationsbereich (Z 3) zu umfassen. Gemäß § 18
Abs. 2 Z 1 G-ZG ist die Versorgungswirksamkeit von Wahlärzten, Wahltherapeu-
ten, Sanatorien und sonstigen Wahleinrichtungen, "sofern von diesen sozialversi-
cherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden", bloß als Rah-
menbedingung bei der integrativen Versorgungsplanung "mit zu berücksichtigen",
das heißt aber, nicht selbst Gegenstand der integrativen Versorgungsplanung
(gleichsinnig § 19 Abs. 2 G-ZG).

91

2.2.7. Der ÖSG ist "auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Ländern und der
Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen" (§ 20 Abs. 3 G-ZG) und in der
Bundes-Zielsteuerungskommission zu beschließen (§ 20 Abs. 4 G-ZG). Die RSG sind
"auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung fest-
zulegen" (§ 21 Abs. 7 G-ZG, vgl. auch die – teilweise grundsatzgesetzlichen – Abs. 1
bis 6 leg. cit.; § 16 Abs. 4 NÖGUS-G 2006, § 9 Abs. 4 Wiener Gesundheitsfonds-
Gesetz 2017) und in den Landes-Zielsteuerungskommissionen zu beschließen (vgl.
§ 21 Abs. 10 G-ZG; vgl. aber auch landesgesetzlich § 17a Abs. 2 und 3 Oö. Gesund-
heitsfonds-Gesetz 2013 und § 9 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).
Die Planungsvorgaben sind jedenfalls so konkret festzulegen, dass sie für die Be-
darfsprüfung herangezogen werden können (§ 23 Abs. 2 dritter Satz G-ZG, § 2
Abs. 4 Z 7 lit. a NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 3 zweiter Satz Oö. Gesundheitsfonds-
Gesetz 2013, § 9 Abs. 6 zweiter Satz Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Der
für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat sodann die jeweils ak-
tuelle Fassung des ÖSG jedenfalls im RIS (§ 22 Abs. 1 G-ZG) zu veröffentlichen;
ebenso hat der Landeshauptmann die jeweils aktuelle Fassung des RSG im RIS zu

92

veröffentlichen (§ 22 Abs. 2 G-ZG). § 59k Z 1 KAKuG qualifiziert den ÖSG (zunächst) als "objektiviertes Sachverständigengutachten" (vgl. idS bereits Art. 5 Abs. 9 Z 1 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

2.2.8. § 23 G-ZG regelt die Verbindlicherklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG: Zunächst hat die Bundes-Zielsteuerungskommission (siehe § 25 Abs. 1 Z 1 und § 26 G-ZG) die "für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Teile des ÖSG", die eine "rechtlich verbindliche Grundlage für Planungsentscheidungen des RSG bilden sollen", als solche "auszuweisen" (§ 23 Abs. 1 G-ZG). Hinsichtlich der RSG wendet sich der – unmittelbar anwendbare – § 23 Abs. 2 G-ZG an die Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission: Diese haben "sicherzustellen", dass jene Planungsvorgaben des RSG, die rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, als solche ausgewiesen werden.

93

Für den Fall, dass kein Einvernehmen über die verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. deren Änderungen in der Landes-Zielsteuerungskommission zustande kommt, hat der Landesgesetzgeber gemäß der grundsatzgesetzlichen Bestimmung des § 10a KAKuG (vgl. auch § 24 G-ZG und Art. 5 Abs. 12 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) die Landesregierung zu verpflichten, für "Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen" (vgl. landesgesetzlich etwa § 21a NÖ KAG, § 39 Abs. 4 Oö. KAG 1997, § 5a Abs. 1 Wr. KAG).

94

2.2.9. Die rechtliche Verbindlichkeit der ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG wird durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH hergestellt (§ 23 Abs. 1 zweiter Satz bzw. Abs. 2 zweiter Satz, Abs. 4 und Abs. 5 G-ZG), die zunächst ein Begutachtungsverfahren durchzuführen hat; wenn sich dabei Änderungen ergeben, ist vor der Verbindlicherklärung eine nochmalige Beschlussfassung in der Bundes-Zielsteuerungskommission (im Fall des ÖSG) bzw. der Landes-Zielsteuerungskommission (im Fall eines RSG) "herbeizuführen" (§ 23 Abs. 1 und 2 G-ZG, jeweils vorletzter und letzter Satz). Gemäß § 23 Abs. 4 G-ZG erklärt die Gesundheitsplanungs GmbH die von der Bundes-Zielsteuerungskommission bzw. den Lan-

95

des-Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG, insoweit sie Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen, für verbindlich. § 23 Abs. 5 G-ZG weist als Grundsatzbestimmung die Landesgesetzgeber an, die solcherart ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der jeweiligen RSG, soweit sie Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, durch die Gesundheitsplanungs GmbH für verbindlich erklären zu lassen (entsprechende ausführungsgesetzliche Bestimmungen finden sich etwa in § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Gemäß § 23 Abs. 6 G-ZG hat die Gesundheitsplanungs GmbH "die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen" (eine Kundmachungspflicht im RIS sehen auch § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006 und § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 vor).

2.2.10. Die Rechtsstellung der Bundes-Zielsteuerungskommission, der Landes-Zielsteuerungskommissionen und der Gesundheitsplanungs GmbH stellt sich folgendermaßen dar: 96

2.2.10.1. Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Organ der Bundesgesundheitsagentur (§ 25 Abs. 1 Z 1 G-ZG), die durch (den unmittelbar anwendbaren) § 56a KAKuG als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet ist. Ihr gehören vier Vertreter des Bundes, vier Vertreter der Sozialversicherung sowie neun Vertreter der Länder an (§ 26 Abs. 1 G-ZG, § 84a Abs. 2 Z 1 ASVG). Den Vorsitz in der Bundes-Zielsteuerungskommission führt der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister (§ 26 Abs. 2 G-ZG). Die Bundes-Zielsteuerungskommission fasst ihre Beschlüsse in Angelegenheiten des ÖSG einvernehmlich (§ 26 Abs. 3 Z 1 und Abs. 4 Z 1 lit. j G-ZG), wobei jede "Kurie" eine Stimme hat. Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist keinen Weisungen staatlicher Organe unterworfen. 97

2.2.10.2. Die Landes-Zielsteuerungskommissionen sind landesgesetzlich als Organe der Landesgesundheitsfonds eingerichtet (vgl. zB § 4 Abs. 1 Z 2 NÖGUS-G 2006, § 5 Abs. 1 Z 2 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 4 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Diese sind als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit gestaltet (vgl. zB § 1 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 1 Abs. 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 1 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Den Landes-Zielsteue- 98

rungskommissionen gehören fünf Vertreter des Landes, fünf Vertreter der Sozialversicherungsträger und ein Bundesvertreter an (zB § 8 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 10 Abs. 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 7 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, weiters § 29 Abs. 2 G-ZG und § 84a Abs. 3 ASVG). Gemäß § 28 Abs. 1 G-ZG hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister einen Vertreter in die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zu entsenden, der durch § 28 Abs. 2 leg. cit. ermächtigt ist, u.a. gegen rechtswidrige Beschlüsse ein Veto einzulegen. Gemäß § 29 Abs. 2 G-ZG haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger (jeweils) fünf Vertreter in die Landes-Zielsteuerungskommissionen zu entsenden, die dort (jeweils) eine "Kurie mit einer Stimme" bilden (§ 29 Abs. 3 G-ZG). Für die Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission ist das Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherungsträger erforderlich (zB § 8 Abs. 4 Z 1 NÖGUS-G 2006, § 12 Abs. 2 Z 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 7 Abs. 10 Z 4 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017); der Bundesvertreter ist vetoberechtigt (zB § 8 Abs. 4 Z 2 NÖGUS-G 2006, § 12 Abs. 2 Z 3 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 7 Abs. 10 Z 5 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). Die Landes-Zielsteuerungskommissionen sind keinen Weisungen staatlicher Organe unterworfen (vgl. auch § 19 NÖGUS-G 2006 und § 20 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 über die "Aufsicht" über den Fonds).

2.2.10.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist eine auf Grundlage von § 23 Abs. 3 G-ZG eingerichtete Gesellschaft mit beschränkter Haftung, deren Gesellschafter der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sind. Die Gesellschafter entsenden jeweils einen Vertreter in die Generalversammlung der Gesellschaft, deren Beschlussfassung einstimmig erfolgt (§ 23 Abs. 3 G-ZG). Die Gesellschafter bestellen die Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH; sie besteht aus einem Geschäftsführer und zwei Stellvertretern (§ 23 Abs. 3 G-ZG). Gemäß § 7 Abs. 2 des vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Vorverfahren zu V 419/2020 vorgelegten Gesellschaftsvertrages wird die Gesellschaft "durch den Geschäftsführer vertreten. Im Verhinderungsfall wird dieser durch die Stellvertreter gemeinsam vertreten." Gemäß § 7 Abs. 3 dieses Gesellschaftsvertrages hat "die Geschäftsführung [...] alle Entscheidungen und Verfügungen zu treffen, die nicht durch das Gesetz, diesen Gesellschaftsvertrag oder allenfalls durch die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung der Beschlussfassung der Generalversammlung vorbehalten sind".

99

§ 7 Abs. 5 des Gesellschaftsvertrages ermächtigt die Generalversammlung, eine Geschäftsordnung für die Geschäftsführung zu erlassen. Unter dem Titel der "Kundmachung der Verordnungen" legt § 3 der Geschäfts- und Verfahrensordnung fest, dass der "Geschäftsführer" den Verordnungsentwurf nach der Rückmeldung im Begutachtungsverfahren "zu unterzeichnen" und "im Anschluss gemäß § 23 Abs. 6 G-ZG im Rechtsinformationssystem des Bundes als Verordnung zu veröffentlichen" hat. 100

Gemäß § 23 Abs. 7 G-ZG unterliegt "die Tätigkeit der Gesellschaft", soweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt sind, der Aufsicht des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers und es ist die "Gesellschaft" bei Besorgung ihrer diesbezüglichen Aufgaben an dessen Weisungen gebunden. Die Grundsatzbestimmung des § 23 Abs. 8 G-ZG verpflichtet die Landesgesetzgeber, die "Tätigkeit der Gesellschaft", soweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind, der Aufsicht und den Weisungen der jeweiligen Landesregierung zu unterstellen. Die Landes-Ausführungsgesetze sehen entsprechende Bestimmungen vor (vgl. zB § 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). 101

2.2.11. Gemäß Art. 5 Abs. 11 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die verbindlichen Inhalte von RSG-Verordnungen "als verbindliche Grundlage anzuwenden", "[s]oweit krankenanstaltenrechtliche oder ärztliche Bedarfsprüfungen durchzuführen sind": 102

2.2.11.1. Die Krankenanstaltengesetze der Länder (vgl. zB § 10c Abs. 3 NÖ KAG, § 6a Abs. 6a Oö. KAG 1997, § 5 Abs. 3a Wr. KAG) sehen in der Folge in Ausführung der Grundsatzbestimmung des § 3a KAKuG unter anderem vor, dass die Bewilligung der Errichtung von selbständigen Ambulatorien grundsätzlich einen Bedarf voraussetzt, der im Fall der Geltung von Verordnungen nach den §§ 23 oder 24 G-ZG, sofern sie den "verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang" regeln, am Maßstab dieser Verordnungen, also am Maßstab der als verbindlich erklärten Teile des ÖSG bzw. der RSG, hilfsweise am Maßstab von Landeskrankenanstaltenplänen (siehe oben III.2.2.8.), zu beurteilen ist. 103

- 2.2.11.2. Ähnliche Bestimmungen finden sich auch in § 3 Abs. 2b KAKuG und den dazu ergangenen Landesausführungsgesetzen, in § 52c Abs. 2 Ärztegesetz 1998 (siehe ferner § 47a Abs. 2 und § 52b Abs. 2 leg. cit.) und in § 26b Zahnärztegesetz für die Bewilligung von Gruppenpraxen. 104
- 2.2.11.3. Die §§ 2, 8 ff. und 14 Primärversorgungsgesetz sichern die Beachtung der RSG (iSv § 21 Abs. 8 G-ZG) bei der Einrichtung von Primärversorgungseinheiten. 105
- 2.2.11.4. Die Bindung der Sozialversicherungsträger an ÖSG und RSG ergibt sich u.a. aus § 84a Abs. 1 und § 338 Abs. 2a ASVG. 106
- 2.3. Zu den Bedenken im Einzelnen: 107
- 2.3.1. Zu den Bedenken im Hinblick auf Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG 108
- 2.3.1.1. Der Verfassungsgerichtshof ging vorläufig davon aus, dass die ÖSG- und RSG-Verordnungen derart zustande kommen, dass zunächst der ÖSG zwischen Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung bzw. die RSG zwischen Vertretern der Länder und der Sozialversicherung (unter Einbeziehung des Bundes) akkordiert werden. Dieser Abstimmungsvorgang dürfte zumindest teilweise nicht hoheitlicher Natur sein (so dürfte etwa die Beteiligung von Bundesvertretern am Abstimmungsvorgang hinsichtlich des ÖSG in Belangen, die der Sache nach Krankenanstaltenrecht betreffen, schon aus Gründen der Kompetenzverteilung nicht hoheitlich deutbar sein). In einem weiteren Schritt dürfte das Ergebnis dieser Abstimmungen von den Zielsteuerungskommissionen zu beschließen sein (womit ihm zunächst einmal der Charakter eines "objektivierten Sachverständigen-gutachtens" zukommen dürfte; vgl. § 59k Z 1 KAKuG) und dürften Teile für die Verbindlicherklärung auszuwählen sein. Die Tätigkeit dieser Zielsteuerungskommissionen dürfte, wenn sie hoheitlich als Teilschritt des Verordnungserlassungsverfahrens zu deuten wäre, mangels Weisungsingerenz der obersten Organe der Vollziehung verfassungswidrig sein. Die – zweifellos hoheitlich handelnde – Gesundheitsplanungs GmbH dürfte hingegen keinen Einfluss auf den Inhalt der ÖSG- und RSG-Verordnungen haben, insbesondere dürfte sie nicht zu entscheiden haben, welche Teile eines ÖSG oder von RSG für verbindlich zu erklären sind. Sie 109

dürfte vielmehr verpflichtet sein, abgestimmte und von der zuständigen Zielsteuerungskommission beschlossene, ausgewiesene Teile des ÖSG bzw. der RSG als verbindlich zu erklären.

Damit dürfte aber die maßgebliche Festlegung des Verordnungsinhaltes – zumindest in wesentlichen Teilen – der Gesundheitsplanungs GmbH entzogen und (zumindest teilweise) nicht-hoheitlich handelnden oder (zumindest teilweise) der Ingerenz der (im Hinblick auf Art. 10 Abs. 1 Z 12 bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zuständigen) obersten Organe der Vollziehung nicht unterworfenen Organen überantwortet sein. Dies dürfte wiederum die verfassungsrechtlich gebotenen Verantwortungszusammenhänge unterlaufen. Im Ergebnis dürfte damit die gewählte Konstruktion, die in § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG und den entsprechenden Landes-Ausführungsbestimmungen ihren Sitz hat, den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG an die Leitungsbefugnis oberster Organe der Vollziehung widersprechen.

110

In diesem Zusammenhang werde – so der Verfassungsgerichtshof in seinem Prüfungsbeschluss – auch zu prüfen sein, ob ein verordnungserlassendes Organ durch die Zielsteuerungskommission derart gebunden werden dürfe, dass es im Ergebnis keine Entscheidungsbefugnis mehr habe. Zudem werde im Gesetzesprüfungsverfahren zu prüfen sein, ob die vorläufig angenommene Prämisse dieser Bedenken, dass die Gesundheitsplanungs GmbH keinen Entscheidungsspielraum habe und jedenfalls zur Erlassung der von den Zielsteuerungskommissionen bezeichneten Teile der Strukturpläne als Verordnungen verpflichtet sei, tragfähig sei.

111

2.3.1.2. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass die Abstimmung des ÖSG und der RSG durch Bund, Länder und Sozialversicherung nicht hoheitlicher Natur sei. Auch die im G-ZG geregelten Aufgaben der Zielsteuerungskommissionen seien nicht als hoheitliche Tätigkeiten aufzufassen, weshalb keine Weisungsingerenz der obersten Organe der Vollziehung geboten sei. Die Zielsteuerungskommissionen seien unstrittig nicht mit der Setzung von Hoheitsakten betraut, sodass ihr Handeln lediglich als schlicht-hoheitliches Verwaltungshandeln qualifiziert werden könnte. Es sei aber im Allgemeinen davon auszugehen, dass eine "Beleihung" ausgegliederter öffentlich-rechtlicher Rechtsträger zur Voraussetzung

112

habe, dass dem Rechtsträger eine Befugnis zur Umsetzung von Rechtsakten übertragen werde. Die Übertragung einer Befugnis lediglich zu einem Handeln, das würde es durch Behörden erfolgen, als schlicht-hoheitliches Verwaltungshandeln (und damit dennoch als "Vollziehung" in einem verfassungsrechtlichen Sinn) zu verstehen wäre, führe demnach noch nicht zur Qualifikation als Beleihung (Hinweis auf *Wiederin*, Die Beleihung, in: Fuchs/Merli/Pöschl/Sturn/Wiederin/Wimmer [Hrsg.], Staatliche Aufgaben, private Akteure II, 2017, 31 [42 f.]). Sollte der Verfassungsgerichtshof der Auffassung sein, dass eine Beleihung auch dann vorliegen könne, wenn der Rechtsträger mit der Befugnis zu schlicht-hoheitlichem Handeln ermächtigt werde, stelle die Bundesregierung zur Erwägung, das Handeln der Zielsteuerungskommissionen nicht als schlicht-hoheitliches Handeln ("Vollziehung" in einem verfassungsrechtlichen Sinn) zu qualifizieren, sondern als einen gesetzlich geordneten politischen Prozess. Die Bundesregierung sei daher der Auffassung, dass das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes, wonach die im G-ZG vorgesehene Konstruktion auf Grund fehlender Weisungsingerenz der obersten Organe hinsichtlich der Tätigkeit der Zielsteuerungskommissionen verfassungswidrig sei, nicht zutreffe.

Die Bundesregierung ist weiters der Auffassung, dass es keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegne, wenn ein Verwaltungsorgan wie die Gesundheitsplanungs GmbH durch Gesetz verpflichtet werde, einen Inhalt durch Verordnung für verbindlich zu erklären, der nicht vom Verwaltungsorgan selbst, sondern von anderen Stellen festgelegt werde. Zunächst sei es unproblematisch, wenn im Gesetz eine Pflicht der Behörde zur Erlassung einer Verordnung bestimmten Inhaltes vorgesehen werde. Nach Lehre und Rechtsprechung sei es zulässig, eine Verwaltungsbehörde durch das Gesetz zur Erlassung einer Verordnung zu verpflichten; dies würde umso mehr für beliehene Rechtsträger gelten, zumal diese keine originäre Kompetenz zur Erlassung von Verordnungen gemäß Art. 18 Abs. 2 B-VG hätten (Hinweis auf VfSlg. 16.995/2003). Unbedenklich sei es auch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH nur auf Initiative anderer eine Verordnung erlassen dürfe. Zwar leite der Verfassungsgerichtshof aus der Stellung oberster Organe der Vollziehung ab, dass diese nur unter bestimmten Voraussetzungen an Anträge anderer Stellen gebunden werden dürften; dies gelte aber nicht für Organe, die keine obersten Organe seien (Hinweis auf VfSlg. 13.880/1994). Es sei daher zulässig, die Gesundheitsplanungs GmbH an Anträge anderer Stellen zu binden. Insofern sei es auch

verfassungsrechtlich unproblematisch, dass die Gesundheitsplanungs GmbH nur dann zum Handeln berechtigt (und verpflichtet) sei, wenn die jeweils zuständige Zielsteuerungskommission für verbindlich zu erklärende Teile des ÖSG oder der RSG ausweise.

Schließlich sei es auch verfassungsrechtlich unbedenklich, dass die Gesundheitsplanungs GmbH keinen Einfluss auf den Inhalt der für verbindlich zu erklärenden Pläne habe. Welchen Inhalt eine Verordnung haben müsse, sei Verwaltungsbehörden regelmäßig heteronom vorgegeben, dies insbesondere durch das die Verordnung bestimmende Gesetz (vgl. Art. 18 Abs. 2 B-VG). So könne beispielsweise die Kultusbehörde verpflichtet sein, eine bestimmte Religionsgemeinschaft durch Verordnung anzuerkennen, also eine Verordnung mit einem bestimmten Inhalt zu erlassen (Hinweis auf VfSlg. 11.931/1988). Die Straßenpolizeibehörde könne verpflichtet sein, auf Antrag einer Person mit Behinderung eine Verordnung mit einem bestimmten Inhalt (Errichtung eines "Behindertenparkplatzes") zu erlassen (Hinweis auf VwGH 28.1.2021, Ro 2019/02/0017). Über die Determinierung des Inhalts von Verordnungen hinausgehend sei in einigen Gesetzen auch vorgesehen, dass die Behörde Inhalte, die von anderen Stellen stammten, durch Verordnung für verbindlich erkläre, so etwa bei der Erklärung eines Kollektivvertrages zur Satzung durch das Bundeseinigungsamt auf Antrag einer kollektivvertragsfähigen Körperschaft (§§ 18 ff. ArbVG), bei der Verbindlicherklärung der deutschsprachigen Fassung des europäischen Arzneibuches durch den Bundesminister für Gesundheit (§ 2 Abs. 1 ArzneibuchG 2012) oder bei der Verbindlicherklärung einer nationalen Norm, die von der Normungsorganisation angenommen worden sei (§ 9 NormG 2016).

114

Schließlich weise die Bundesregierung darauf hin, dass das G-ZG sicherstelle, dass die jeweils zuständigen obersten Organe – ihrer Verantwortlichkeit entsprechend – Einfluss auf den Inhalt des ÖSG und der RSG ausüben könnten: Die obersten Organe hätten zunächst im Rahmen der Akkordierung (vgl. § 20 Abs. 3 und § 21 Abs. 7 G-ZG) Einfluss auf den Inhalt der Gesundheitsplanungsakte. In der Bundes-Zielsteuerungskommission, deren Vorsitz von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister geführt werde (§ 26 Abs. 2 G-ZG), könne der ÖSG nur im Einvernehmen zwischen den Kurieren des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung beschlossen werden (§ 26 Abs. 3 Z 1 G-ZG). Die RSG könnten von der

115

Landes-Zielsteuerungskommission nur im Einvernehmen zwischen den Kurieren des Landes und der Sozialversicherung beschlossen werden (vgl. Art. 26 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG). Der Vertreter des Bundes habe ein Vetorecht (vgl. § 28 Abs. 2 G-ZG). Die Strukturpläne seien daher regelmäßig vom gemeinsamen politischen Willen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung getragen. Es erscheine damit geradezu ausgeschlossen, dass ein Gesundheitsplan gegen den Willen der zuständigen obersten Organe der Vollziehung zustande komme und Verbindlichkeit erlange.

Zusammengefasst ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die in Prüfung gezogenen Bestimmungen nicht den Anforderungen der Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 und Art. 142 B-VG widersprächen. 116

2.3.1.3. Die Wiener Landesregierung geht davon aus, dass die Gesundheitsplanungs GmbH keine "Gestaltungsmöglichkeit" bei der Verordnungserlassung habe, dass dies aber unproblematisch sei, wie etwa auch die Zulässigkeit der Verbindlicherklärung von ÖNORMEN zeige. 117

2.3.1.4. Der Verfassungsgerichtshof hegte im Kern das Bedenken, dass die zu beurteilende Rechtsgestaltung dazu führe, dass Verordnungsinhalte durch nicht der Weisungsingerenz und Verantwortung oberster Organe unterliegende Rechtsträger (Zielsteuerungskommissionen als Organe der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Landesgesundheitsfonds) vorgegeben würden, die in der Folge nur noch "formal" durch einen zwar der Weisungsbefugnis oberster Organe unterstehenden, aber der inhaltlichen Einflussmöglichkeit entbehrenden, beliebigen Rechtsträger mit normativer Verbindlichkeit ausgestattet werde, und dass dies in Widerspruch zu den Anforderungen an die Leitungsbefugnis oberster Organe gemäß den Art. 20 Abs. 1, Art. 76 Abs. 1, Art. 105. Abs. 2 und Art. 142 B-VG stehe. 118

2.3.1.5. Dieses Bedenken trägt der Gesamtkonstruktion der Gesundheits-Zielsteuerung nicht hinreichend Rechnung: 119

Die ÖSG- bzw. RSG-Verordnungen werden von der (beliebigen) Gesundheitsplanungs GmbH auf Veranlassung der jeweiligen Zielsteuerungskommissionen erlassen: 120

Der Bund und die Länder sind in den Art. 4 f. der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens übereingekommen, die – nach der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung separierten – Materien (vor allem) des Gesundheits- und Krankenanstaltenwesens (unter Einbeziehung der Erfordernisse des Sozialversicherungswesens) im Bereich der Planung wegen der gegebenen unauflösbaren (vor allem auch finanziellen) Wechselwirkungen kooperativ zu bewältigen. Die zitierte Vereinbarung, die insbesondere mit dem G-ZG umgesetzt wird, sieht in diesem Zusammenhang einen gesetzlich strukturierten politischen Prozess vor.

121

Zu diesem Zweck richten das G-ZG und die Landesgesundheitsfonds-Gesetze in Umsetzung der genannten Art. 15a B-VG-Vereinbarung zunächst besondere Koordinationsgremien, die Zielsteuerungskommissionen, ein (näher oben III.2.2.10.1. und III.2.2.10.2.), die nach ihrer Zusammensetzung und Organisation, ihrer Vorgangsweise und ihrer in finaler Determinierung erfolgenden Bindung an Zielvorgaben, in einem gesetzlich geordneten politischen Prozess (siehe oben III.2.2.7.), koordiniert eine kompetenzübergreifende Planung bestimmter Themen mit gesundheitsrechtlichen, krankenanstaltenrechtlichen und sozialversicherungsrechtlichen Implikationen abstimmen. Die gesetzliche Regelung dieses Prozesses ist derart gestaltet, dass eine Planung das Einvernehmen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungsträger voraussetzt, wobei die jeweils leitungsbefugten, zuständigen obersten Organe, mithin der für das Gesundheitswesen (und idR auch für das Krankenversicherungswesen) zuständige Bundesminister (§ 26 Abs. 2 G-ZG) und das für Krankenanstaltenangelegenheiten zuständige Mitglied der Landesregierung (vgl. etwa § 8 Abs. 1 und 2 iVm § 6 Abs. 1 Z 1 NÖGUS-G 2006, § 10 Abs. 1 Z 1 iVm § 6 Abs. 2 Z 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 7 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) von Gesetzes wegen leitende Mitglieder dieser Koordinationsgremien sind. Diese sind nicht Teil der staatlichen Verwaltung im organisatorischen Sinn, sondern als Organ der Bundesgesundheitsagentur bzw. der Landesgesundheitsfonds Koordinationseinrichtungen mit einer Mischung aus Sachverstand und politischer Legitimation. Als solche Einrichtungen sind sie letztlich durch die politisch letztverantwortlichen obersten Organe der Vollziehung beherrscht. Damit sind im konkreten Fall die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes in Hinblick auf Art. 20 Abs. 1 B-VG ausgeräumt.

122

Als Ergebnis des gesetzlich solcherart geregelten, strukturierten politischen Prozesses in diesen Zielsteuerungskommissionen können sich, wenn sich die maßgeblichen politischen Akteure einigen, unverbindliche, aber akkordierte, gemeinsame Planungen bestimmter Themen des Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Krankenanstaltenwesens ergeben. Der Verfassungsgerichtshof hegt keine Bedenken dagegen, dass die jeweils zuständigen Gesetzgeber in Umsetzung der Art. 4 f. der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und im Bestreben, den Besonderheiten der Kompetenzverteilung auf den Gebieten des Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Krankenanstaltenrechts Rechnung zu tragen, eine solchermaßen gestaltete Organisationsstruktur für den genannten geordneten politischen Prozess einrichten.

123

In weiterer Folge sehen das G-ZG und die komplementären Landesgesetze vor, dass in den jeweiligen Zielsteuerungskommissionen – im Ergebnis wieder einvernehmlich – Teile dieser Planungen ausgewählt werden, von denen die Mitglieder dieser Kommissionen, darunter die zuständigen obersten Organe der Vollziehung, der Auffassung sind, dass sie verbindlich sein sollten. Im Ergebnis handelt es sich bei den gesetzlich (in § 23 Abs. 1 und 2 G-ZG, § 2 Abs. 4 Z 7 lit. a NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 3 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 9 Abs. 6 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) vorgesehenen Vorgaben, solche Planteile auszuweisen, gleichsam – wie sich letztlich aus der Gesetzessystematik ergibt – um die Stellung von "Anträgen" der jeweiligen Kommissionen auf Verbindlicherklärung durch die Gesundheitsplanungs GmbH. Die Bundesregierung hat zutreffend darauf hingewiesen, dass es von Verfassungs wegen nicht ausgeschlossen ist, die Erlassung von Verordnungen an darauf gerichtete "Anträge" selbst von Privaten, aber auch – wie hier – von Einrichtungen wie den mit Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungsträger beschickten Zielsteuerungskommissionen zu binden.

124

Die Verbindlicherklärung von Planteilen setzt somit einen "Antrag" der jeweils zuständigen Zielsteuerungskommission voraus und fällt in die Zuständigkeit der beliebigen Gesundheitsplanungs GmbH. Diese hat ein Begutachtungsverfahren durchzuführen (§ 23 Abs. 1 und 2 G-ZG, § 17 Abs. 1 letzter Satz NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), das auch zu einer Änderung des Planes führen kann, die einer

125

neuerlichen Beschlussfassung und damit implizit einer neuerlichen "Antragstellung" der jeweiligen Zielsteuerungskommission bedarf (§ 23 Abs. 1 und 2 G-ZG, § 17 Abs. 1 letzter Satz NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).

Die Gesundheitsplanungs GmbH hat den zur Verbindlicherklärung eingereichten Planausschnitt auf seine Gesetzes- und Verfassungskonformität zu prüfen; dies folgt schon aus der behördlichen Verantwortung der Gesundheitsplanungs GmbH für die von ihr zu erlassenden Verordnungen. Diese Prüfung hat jedenfalls die Einhaltung der Vorschriften des Planungsvorganges in der Zielsteuerungskommission sowie der finalen Determinierungskriterien des Planes zu umfassen. Erweist sich der "ausgewiesene" (sohin zur Verbindlicherklärung "beantragte") Planausschnitt als rechtswidrig, so hat die Verbindlicherklärung zu unterbleiben; kommt nachträglich eine Rechtswidrigkeit der Verordnung hervor, so hat die Gesundheitsplanungs GmbH die Verordnung jederzeit aufzuheben (vgl. allgemein etwa VfSlg. 12.555/1990, 13.744/1994). Ein weitergehender rechtspolitischer Beurteilungsspielraum oder ein Planungsermessen kommt der Gesundheitsplanungs GmbH hingegen nicht zu (vgl. zu Anträgen Privater auf Verordnungserlassung etwa die §§ 18 ff. ArbVG und dazu VfSlg. 2410/1952, 13.880/1994, 20.189/2017). Im Unterschied zu der Konstellation, die der Verfassungsgerichtshof mit seinem Erkenntnis vom 14. Dezember 2021, G 232/2021, zu beurteilen hatte und in der der regionalen Geschäftsstelle des Arbeitsmarktservice in Bindung an die Beurteilung des Regionalbeirates eine eigenständige Beurteilung des Vorliegens der gesetzlichen Bewilligungsvoraussetzungen entzogen war, liegt im hier zu beurteilenden Fall daher keine Bindung der Gesundheitsplanungs GmbH vor, die über eine – verfassungsrechtlich zulässige – "Antragsbindung" hinausgeht.

126

Die Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt bei diesem "antragsgebundenen" Akt der Verordnungserlassung je nach Regelungs- und damit Zuständigkeitsbereich den Weisungen entweder des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers oder der zuständigen obersten Organe der Landesvollziehung. Diese obersten Organe können daher die Verbindlicherklärung ausgewiesener Planteile für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich verhindern, dürfen von ihrem Weisungsrecht bei sonstiger Gesetzswidrigkeit der Weisung aber nur Gebrauch machen, wenn es um die Verhinderung der Erlassung (oder um die Aufhebung) einer rechtswidrigen

127

Verordnung geht, können also ebenso wenig wie die Gesundheitsplanungs GmbH das Zustandekommen der Verordnung aus rechtspolitischen oder Gründen des Planungsermessens verhindern. Auch insofern unterscheidet sich der Einwirkungsspielraum der obersten Organe auf die Gesundheitsplanungs GmbH nicht von anderen Fällen, in welchen untergeordnete Behörden eine gebundene Entscheidung zu treffen haben.

Im Ergebnis sieht daher das Gesetz einen strukturierten politischen Planungsprozess unter Einbindung der zuständigen obersten Organe der Vollziehung vor, der die Verwendung öffentlicher Finanzmittel zum Gegenstand hat, dessen Resultate auf "Antrag" der Planungsträger von der beliebigen Gesundheitsplanungs GmbH unter der Voraussetzung der Rechtskonformität mit Verbindlichkeit auszustatten sind, wobei die Rechtmäßigkeitsprüfung durch die Gesundheitsplanungs GmbH und die anschließende Verbindlicherklärung der vollen Weisungsingrenz des jeweils zuständigen obersten Organs unterliegt. 128

In einer Gesamtbetrachtung vermag der Verfassungsgerichtshof daher seine Bedenken ob der Gestaltung der Verordnungsinhalte durch nicht der Ingerenz oberster Organe unterliegende Einrichtungen nicht aufrechtzuerhalten. 129

2.3.1.6. Der Verfassungsgerichtshof äußerte in seinem Prüfungsbeschluss weiters das Bedenken, dass mit § 23 Abs. 4 (und 5) G-ZG, § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 die Grenzen einer zulässigen Beleihung deshalb überschritten sein könnten, weil die Leitungsbefugnisse, die den zuständigen obersten Organen gegenüber der Gesundheitsplanungs GmbH eingeräumt sind, nicht ausreichend effektiv sein dürften, um eine Missachtung von Weisungen effektiv abzustellen. 130

2.3.1.7. Die Bundesregierung konzidiert, dass die Steuerungsbefugnisse oberster Organe gegenüber beliebigen Rechtsträgern effektiv sein müssten; Art. 20 Abs. 1 B-VG verpflichte die Gesetzgebung, dem obersten Organ eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion einzuräumen (Hinweis auf VfSlg. 16.400/2001, 17.421/2004). Die Beachtung von Weisungen müsse in einer dem Art. 20 B-VG entsprechenden Weise durchgesetzt werden können (Hinweis auf 131

VfSlg. 15.946/2000). Der Verfassungsgerichtshof habe auch eine direkte Steuerungsbefugnis hinsichtlich des Personals verlangt (Hinweis auf VfSlg. 16.400/2001). Die in § 23 Abs. 7 G-ZG vorgesehenen Befugnisse würden diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben genügen:

In § 23 Abs. 7 G-ZG werde ein umfassendes Aufsichts- und Weisungsrecht des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers in Bezug auf die Tätigkeit "der Gesellschaft" begründet, insoweit Angelegenheiten des Art. 10 B-VG berührt seien. Adressat der Weisungen sei die Gesundheitsplanungs GmbH im Ganzen, also sowohl die Generalversammlung als auch die Geschäftsführung. Da zur Kundmachung der Verordnung der Geschäftsführer zuständig sei, könne der Bundesminister – sofern Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betroffen seien – unmittelbar mit Weisung auf die Verordnungserlassung Einfluss nehmen. Die Geschäftsführung werde durch Beschluss der Generalversammlung bestellt. Auch die Mitglieder der Generalversammlung unterlägen in den Angelegenheiten des Art. 10 B-VG den Weisungen des Bundesministers, und zwar auch dann, wenn sie von anderen Rechtsträgern (Länder und Sozialversicherung) entsandt worden seien (Hinweis auf *Stöger*, Die Gesundheitsreform 2017 im Überblick – Neue Rechtsprobleme der Gesundheitsplanung, in: Baumgartner [Hrsg.], Jahrbuch Öffentliches Recht 2018, 2018, 11 [23]). Der Bundesminister könne daher durch Weisung auf die Bestellung der Geschäftsführung Einfluss nehmen. Sollte sich die Geschäftsführung im Hinblick auf Angelegenheiten des Art. 10 B-VG rechtswidrig verhalten (also etwa eine Verordnung nicht kundmachen), könne der Bundesminister die Generalversammlung anweisen, eine neue Geschäftsführung zu bestellen. Eine unmittelbare Bestellung oder Abberufung der Geschäftsführung durch den Bundesminister sei im Gesetz zumindest nicht ausdrücklich vorgesehen. Auf Grund der Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH erscheine eine solche Befugnis in der Praxis nach Auffassung der Bundesregierung auch nicht erforderlich: Die Gesundheitsplanungs GmbH habe von Bund, Ländern und Sozialversicherung abgestimmte und in der zuständigen Zielsteuerungskommission beschlossene Planungsakte (ÖSG und RSG) für verbindlich zu erklären, soweit sie von der zuständigen Zielsteuerungskommission gemäß § 23 Abs. 1 erster Satz und Abs. 2 erster Satz G-ZG ausgewiesen worden seien. Einen Einfluss auf den Inhalt der Planungsakte habe die Gesundheitsplanungs GmbH nicht. Der ÖSG könne nur im Einvernehmen zwischen den Kurien des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung beschlossen werden

132

(§ 26 Abs. 3 Z 1 G-ZG). Bei der Beschlussfassung über die RSG habe der Vertreter des Bundes ein Vetorecht (§ 28 Abs. 2 G-ZG). Gesundheitsplanungsakte seien daher regelmäßig vom gemeinsamen Willen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung getragen. Sollte sich die Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH im Zusammenhang mit der Verbindlicherklärung der Planungsakte rechtswidrig verhalten (etwa eine Verordnung nicht kundmachen), so werde dies daher regelmäßig nicht nur dem Willen des Bundes, sondern auch dem Willen der Länder und dem des Dachverbands der Sozialversicherungsträger widersprechen. In solchen Fällen könne dann durch die Vertreter des Bundes, der Länder und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger in der Generalversammlung eine neue Geschäftsführung bestellt werden, wodurch die Gesetzmäßigkeit der Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH sichergestellt werde. Da die Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH darin bestehe, bereits abgestimmte Planungsakte für verbindlich zu erklären, erscheine eine einseitige Befugnis des Bundesministers zur Abberufung des Geschäftsführers in der Praxis nicht erforderlich. Vor diesem Hintergrund werde erklärlich, warum eine solche Befugnis im Gesetz nicht ausdrücklich genannt werde. Dessen ungeachtet sei die Bundesregierung der Auffassung, dass § 23 Abs. 7 G-ZG auch ein Abberufungsrecht des Bundesministers in Bezug auf die Geschäftsführung einschließe. Denn im ersten Satz dieser Bestimmung werde ein (unbeschränktes) Aufsichtsrecht des Bundesministers in Angelegenheiten des Art. 10 B-VG normiert. Im Wesen der Aufsicht (nach Art. 20 Abs. 1 B-VG) liege auch das Recht, nachgeordnete Organe des Amtes zu entheben (Hinweis auf *Grabenwarter/Frank*, B-VG, 2020, Art. 20 B-VG, Rz 10). Vor diesem Hintergrund sei anzunehmen, dass auch das Aufsichtsrecht nach § 23 Abs. 7 erster Satz G-ZG ein solches Recht einschließe, zumal Bestellungs- und Abberufungsrechte in § 23 Abs. 7 G-ZG nicht ausdrücklich geregelt und somit auch nicht ausgeschlossen seien. Die in § 23 Abs. 7 G-ZG normierten Steuerungsbefugnisse seien daher hinreichend effektiv.

2.3.1.8. Die Niederösterreichische Landesregierung vertritt in ihrer Stellungnahme die Auffassung, dass § 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006 den verfassungsrechtlichen Anforderungen hinreichend Rechnung trage. Da die Bestellung der Geschäftsführung der Gesundheitsplanungs GmbH durch die Länder, den Bund und den Dachverband der Sozialversicherungsträger erfolge und für Beschlüsse der Gesundheitsplanungs GmbH Einstimmigkeit in der Generalversammlung erforderlich sei, die

133

Generalversammlung jeweils aus einem Vertreter der Länder, des Bundes und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger bestehe, sei eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion des obersten Organes, der Landesregierung, gegeben.

2.3.1.9. Die Wiener Landesregierung vertritt die Auffassung, dass die Anordnung des § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017 "aufgrund [ihres] öffentlich-rechtlichen Charakters [...] unabhängig vom Willen der Gesellschafter einer GmbH gilt". Es sei zu betonen, dass "ausschließlich ausverhandelte Inhalte in die Verordnung einfließen" würden. Wenn die Gesellschaft gesetzwidrig andere Inhalte für verbindlich erkläre oder im Einzelfall Weisungen nicht befolge, hätten die Gesellschafter geeignete Maßnahmen bis hin zur Abberufung der betreffenden Organe zu treffen. Es bestehe daher auf Grund der gesetzlich normierten Aufsichts-, Weisungs- und Informationsrechte nach § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, der gesellschaftsrechtlichen Durchgriffsrechte und insbesondere im Hinblick auf die rein formalen Aufgaben der Gesundheitsplanungs GmbH eine ausreichende Steuerungsmöglichkeit der obersten Organe der Verwaltung. 134

2.3.1.10. Die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes konnten zerstreut werden: 135

Die Zulässigkeit einer Beleihung privater Rechtsträger mit der Wahrnehmung von Aufgaben der Hoheitsverwaltung setzt von Verfassungs wegen jedenfalls die Unterstellung des privaten Rechtsträgers unter die (zumindest mittelbare) Leitungsbefugnis des zuständigen obersten Organes voraus (vgl. VfSlg. 14.473/1996, 16.400/2001, 17.421/2004). Da Art. 20 B-VG gegenüber einem ausgegliederten Rechtsträger nicht unmittelbar wirkt, ist der Gesetzgeber verpflichtet, Rechtsvorschriften zu erlassen, die einem obersten Organ eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion einräumen, und dabei insbesondere ein umfassendes Weisungsrecht einzurichten (VfSlg. 17.421/2004). Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes müssen hinreichende Instrumente zur Effektuierung der Weisungsbefugnis vorhanden sein (vgl. nur VfSlg. 14.473/1996). Dazu kann bei beliebigen Gesellschaften mit beschränkter Haftung auch das Gesellschaftsrecht einen Beitrag leisten, etwa, wenn der beleihenden Gebietskörperschaft gesetzlich die Mehrheit der Gesellschaftsanteile vorbehalten ist, womit angesichts des § 20 136

GmbHG sichergestellt ist, dass auch die Gesellschafterrechte durch ein dem Parlament verantwortliches oberstes Organ wahrgenommen werden müssen (so VfSlg. 14.473/1996).

Der Verfassungsgerichtshof hat bislang nicht abschließend definiert, welche Anforderungen an ein hinreichendes Aufsichtsrecht zu stellen sind, sondern jeweils auf die Umstände des Einzelfalles abgestellt: Welches Maß an Eingriffsmöglichkeiten eingeräumt sein muss, kann nämlich nicht losgelöst von der Art und dem Umfang der übertragenen Aufgaben und weiteren Umständen der Beleihung beurteilt werden. Aus Art. 20 Abs. 2 B-VG, der Abs. 1 leg. cit. präzisiert und auch auf Beleihungskonstruktionen anzuwenden ist (VfGH 16.12.2021, G 390/2020 ua.), ergibt sich jedenfalls, dass ein angemessenes Aufsichtsrecht der obersten Organe gegenüber beliehenen Rechtsträgern – grundsätzlich – auch das Recht umfassen muss, Organwalter beliehener Rechtsträger "aus wichtigem Grund abuberufen".

137

§ 23 Abs. 7 G-ZG und die in Prüfung gezogenen Landesausführungsgesetze zu § 23 Abs. 8 G-ZG (§ 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) räumen (letztlich) dem jeweils zuständigen obersten Organ der Verwaltung neben einer Weisungsbefugnis auch noch die Befugnis zur Ausübung der "Aufsicht" über die Gesundheitsplanungs GmbH ein. Die Landesgesetze (§ 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) verpflichten die Gesundheitsplanungs GmbH überdies auch auf Verlangen der Landesregierung "zur jederzeitigen Information".

138

Der Verfassungsgerichtshof vermag zunächst der Ansicht der Bundesregierung nicht zu folgen, dass bereits in § 23 Abs. 7 G-ZG ein Recht des Bundesministers zur (hoheitsrechtlichen) Abberufung von Organwaltern der Gesundheitsplanungs GmbH eingeräumt sei, weil es diesfalls an einer ausreichenden gesetzlichen Determinierung dieses Abberufungsrechts (Art. 18 Abs. 1 B-VG) fehlen würde. Daran vermag der Hinweis der Bundesregierung auf Art. 20 Abs. 1 B-VG nichts zu ändern, weil hier nämlich kein Fall der Aufsicht im Rahmen der inneren (und damit nicht näher regelungsbedürftigen, vgl. VfSlg. 4117/1961) Organisation der Gebietskörperschaft, sondern ein – determinierungsbedürftiger – Fall der Aufsicht gegenüber

139

einem eigenständigen Rechtsträger vorliegt. Entsprechendes gilt für die insofern gleichlautenden landesrechtlichen Aufsichtsregelungen.

§ 23 Abs. 7 G-ZG, § 17 Abs. 2 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 ermöglichen es daher (für sich allein) noch nicht, eine Missachtung von Weisungen durch Abberufung zuwiderhandelnder Organwalter effektiv abzustellen. 140

Es bleibt daher zu prüfen, ob aus dem G-ZG in Verbindung mit dem Gesellschaftsrecht hinreichende Leitungsmöglichkeiten und insbesondere ein Recht zur Abberufung der Gesellschaftsorgane folgen. 141

Zunächst ist festzuhalten, dass § 23 G-ZG die – jeweiligen – Gesellschaftsanteile des Bundes, der Länder und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger an der Gesundheitsplanungs GmbH nicht festlegt, sondern dies der privatautonomen Gestaltung der Gesellschafter überlässt. Wohl aber folgt aus § 23 Abs. 3 G-ZG, dass ausschließlich der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger als Gesellschafter in Betracht kommen, womit andere Personen von Gesetzes wegen als Gesellschafter ausgeschlossen sind. Der – im Verfahren vorgelegte – Gesellschaftsvertrag der Gesundheitsplanungs GmbH weist aus, dass der Bund und der Dachverband der Sozialversicherungsträger jeweils zu einem Drittel und die neun Bundesländer jeweils zu einem Siebenundzwanzigstel (gemeinsam also wiederum zu einem Drittel) beteiligt sind. Die gesellschaftsrechtliche Relevanz dieser Anteilsverhältnisse wird jedoch durch den Umstand überlagert, dass § 23 Abs. 3 G-ZG anordnet, dass der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger jeweils einen Vertreter in die Generalversammlung entsenden und dass die Generalversammlung ihre Beschlüsse einstimmig zu fassen hat. 142

Vor diesem Hintergrund folgt aus § 16 Abs. 1 iVm § 34 Abs. 1 GmbHG, dass die Gesellschafter (nur) gemeinsam in der Gesellschafterversammlung die Abberufung der Geschäftsführung beschließen können. Eine Abberufung eines – etwa weisungswidrig handelnden – Geschäftsführers durch den Bund oder ein Land allein ist damit aber nicht – zumindest nicht ohne weiteres – möglich. Dies schadet jedoch vor dem Hintergrund der Eigenart der der Gesundheitsplanungs GmbH übertragenen Aufgabe nicht: Die Gesundheitsplanungs GmbH hat zur Aufgabe, auf 143

Veranlassung der jeweiligen Zielsteuerungskommission (Teile von) Strukturplänen für verbindlich zu erklären. Ein Strukturplan und die Veranlassung der Verbindlicherklärung kommen aber nach dem Konzept des G-ZG und der entsprechenden Landesgesetze nur zustande, wenn dies vom einvernehmlichen Willen des Bundes, der (beteiligten) Länder und Sozialversicherungsträger getragen wird, wenn sie sohin ohnehin ein gleichgerichtetes Interesse haben. In dieser Konstellation ist aber gleichzeitig auch gesichert, dass ein allfälliges rechtswidriges Verhalten der Geschäftsführung einvernehmlich von den Gesellschaftern unter Einsatz von Instrumenten des Gesellschaftsrechts sanktioniert wird. Es würde die aus Art. 20 Abs. 1 und 2 B-VG abzuleitenden Anforderungen überspannen, müsste der Gesetzgeber daneben auch noch jede sonst theoretisch denkbare Eventualität bedenken. Damit ergibt sich, dass die in Prüfung gezogenen aufsichtsrechtlichen Bestimmungen im den Befugnissen des Gesellschaftsrechts ein den Umständen der konkret zu beurteilenden Beleihungskonstruktion angemessenes, den Anforderungen des Art. 20 B-VG Rechnung tragendes Aufsichtsrecht einräumen, das die hinreichend effektive Möglichkeit zur Abberufung der Geschäftsführung einschließt. Das Bedenken, dass das vorgesehene Aufsichtsrecht nicht ausreichend effektiv sei, trifft daher nicht zu.

2.3.2. Zu den Bedenken im Hinblick auf die Grenzen der Beleihung 144

2.3.2.1. Der Verfassungsgerichtshof hegte weiters das Bedenken, dass die Übertragung der (auch finanziellen) Planung für wesentliche Bereiche der staatlichen Daseinsvorsorge gegen die verfassungsrechtliche Beschränkung der Beleihung auf vereinzelte Aufgaben außerhalb staatlicher Kernaufgaben verstoßen könnte. 145

2.3.2.2. Nach der Auffassung der Bundesregierung hängt die Frage, ob in einem konkreten Fall die Grenzen der Ausgliederung von Aufgaben der Hoheitsverwaltung auf private Rechtsträger überschritten werde, von Wertungen ab, die verbindlich vorzunehmen in der Zuständigkeit des Verfassungsgerichtshofes lägen (Hinweis auf *Holoubek*, Öffentlich-rechtliche Rahmenbedingungen von Ausgliederungen und Privatisierungen, ÖGZ 2000, 22 [23]). In der Literatur werde überwiegend die Meinung vertreten, dass die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung im Fall der Gesundheitsplanungs GmbH nicht überschritten würden (Hinweis auf *Souhrada*, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SoSi 146

2017, 104 [117]; *Baumgartner*, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018, 255 [259 f.]; *Friedrich*, Strukturprobleme und Lösungen im österreichischen Gesundheitswesen anhand der "Gesundheitsplanungs GmbH", SPRW 2019, 25 [44 f.]; *Schrattbauer*, Verbindlichkeit der Gesundheitsplanung – ÖSG-VO 2018 verfassungskonform?, SozSi 2020, 56 [58]; wohl auch *Stöger*, Gesundheitsreform 2017, 21 f.; siehe auch *Berka*, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019, 227 [228]; aA *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, Die Verbindlicherklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018, 44 [46 f.]). Die Bundesregierung schließe sich dieser (überwiegenden) Auffassung an.

Zum einen handle es sich bei der Gesundheitsplanung um keine staatliche Kernaufgabe: Der Verfassungsgerichtshof habe in seiner Rechtsprechung die Vorsorge für die Sicherheit im Inneren und nach außen wie die allgemeine Sicherheitspolizei und das Militärwesen (einschließlich des Wehrersatzdienstes), die Ausübung der (Verwaltung-)Strafgewalt und die außenpolitischen Beziehungen zu anderen Staaten zu den ausgliederungsfesten Kernaufgaben des Staates gezählt (VfSlg. 14.473/1996, 16.400/2001, 16.995/2003, 17.341/2004). Vor diesem Hintergrund erscheine es inkonsistent, auch die Gesundheitsplanung zu den staatlichen Kernaufgaben zu rechnen. Denn die vom Verfassungsgerichtshof genannten Aufgaben würden allesamt mit dem Gewaltmonopol des Staates und seinen Beziehungen zu anderen Staaten zusammenhängen. Die Planung der Gesundheitsversorgung stehe aber mit diesen Bereichen nicht in Zusammenhang. Soweit in der Literatur erwogen werde, eine Kernaufgabe des Staates in der Gesundheitsversorgung unter Verweis auf grundrechtliche Schutzpflichten zu begründen (Hinweis auf *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, RdM 2018, 46), könne dies nach Auffassung der Bundesregierung nicht überzeugen. Denn grundrechtliche Schutzpflichten würden auf den effektiven Schutz der Rechtspositionen Einzelner abzielen. Sofern die Rechte Einzelner auch unter Einsatz von Privaten effektiv geschützt werden könnten, könne aus Schutzpflichten daher nicht abgeleitet werden, dass eine bestimmte Aufgabe ausschließlich vom hoheitlich handelnden Staat selbst besorgt werden müsse.

147

Zum anderen handle es sich bei der Verbindlicherklärung des ÖSG und der RSG durch Verordnung auch lediglich um eine einzelne Aufgabe der staatlichen Verwaltung: Die Gesundheitsplanung umfasse nur einen Teilbereich der Angelegenheiten, die unter die Kompetenztatbestände "Sozialversicherungswesen" (Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG), "Gesundheitswesen" (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und "Heil- und Pflegeanstalten" (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) fielen. Zahlreiche Regelungsbereiche der staatlichen Gesundheitsverwaltung, welche auch unter diese Kompetenztatbestände fielen, seien daher von der Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH von vornherein nicht betroffen. Bereits dies spreche gegen die Annahme, dass der Gesundheitsplanungs GmbH mehr als nur vereinzelt Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen worden seien. Auch innerhalb der Aufgabe der Gesundheitsplanung komme der Gesundheitsplanungs GmbH lediglich eine einzelne Befugnis zu, nämlich die Kompetenz zur Verbindlicherklärung der ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG durch Verordnung. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes sei die Übertragung einer Befugnis zur Erlassung von Verordnungen auf Beliehene auch grundsätzlich zulässig (VfSlg. 16.995/2003, 19.307/2011). Andere Zuständigkeiten, die mit der Gesundheitsplanung im Zusammenhang stünden, seien von der Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH nicht betroffen, so beispielsweise die Zuständigkeit der Landesregierungen zur Erlassung von Krankenanstaltenplänen (§ 10a KAKuG), aber auch die Zuständigkeit zur Erteilung krankenanstaltenrechtlicher Bewilligungen (vgl. insb. die §§ 3 Abs. 1, 3a Abs. 1 KAKuG), wodurch auch planungsrechtliche Vorgaben umgesetzt würden. Unberührt bliebe grundsätzlich auch die Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung öffentlicher Krankenanstaltspflege (§ 18 KAKuG). Die Kompetenz der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verordnungserlassung stelle zudem nur einen einzelnen Schritt bei der Umsetzung des ÖSG und der RSG dar. Der Verordnungserlassung gehe ein Verfahren voraus, in dessen Rahmen der Inhalt der Pläne und der Umfang der für verbindlich zu erklärenden Teile bestimmt werde. Die Funktion der Gesundheitsplanungs GmbH erschöpfe sich darin, die von den zuständigen Zielsteuerungskommissionen ausgewiesenen Teile einem Begutachtungsverfahren zu unterziehen und sie durch Verordnung für verbindlich zu erklären. Die Gesundheitsplanungs GmbH habe keinen Einfluss auf den Inhalt der für verbindlich zu erklärenden Planungsakte.

- Schließlich hält die Bundesregierung fest, dass Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH dem öffentlichen Interesse der umfassenden und integrativen Planung des österreichischen Gesundheitswesens diene (Erläut. zur RV 1333 BlgNR 25. GP, 9 f.). Hiedurch werde ein geordnetes Vorgehen von Bund und Ländern erreicht, was letztlich auch dem in Lehre und Rechtsprechung angenommenen Effizienzgebot der Bundesverfassung entspreche (Hinweis auf *Stöger*, Gesundheitsreform 2017, 21, und *Baumgartner*, ZfV 2018, 260). Auch dies spreche nach Auffassung der Bundesregierung gegen die Annahme, dass die Grenzen der Ausgliederung von Aufgaben der Hoheitsverwaltung auf private Rechtsträger durch die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH überschritten würden. 149
- Durch die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Kompetenz, die ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären, würden daher weder eine staatliche Kernaufgabe noch mehr als nur vereinzelte Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen. 150
- 2.3.2.3. Die Niederösterreichischen Landesregierung weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass in der Literatur überwiegend vertreten werde, dass die verfassungsrechtlichen Grenzen der Beleihung nicht verletzt würden (Hinweise auf *Baumgartner*, ZfV 2018, 258 f.; *Stöger*, Gesundheitsreform 2017, 20; *Souhrada*, SozSi 2017, 117, und *Berka*, RdM 2019, 228). 151
- 2.3.2.4. Die Wiener Landesregierung vertritt die Auffassung, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau eine Kernaufgabe der staatlichen Verwaltung sei. Um dieses Ziel zu erreichen, sei eine auf alle Elemente des Versorgungssystems abgestimmte Planung erforderlich, die gemeinsam durch Bund, Länder und Sozialversicherung insbesondere mittels ÖSG und RSG erfolge. Bei der Verbindlicherklärung handle es sich um einen "reinen Formalakt"; der Gesundheitsplanungs GmbH obliege lediglich die "technische Durchführung der Verbindlicherklärung von Plänen, deren Inhalt von den Zielsteuerungskommissionen, denen Vertreter von Bund, den Ländern sowie den Sozialversicherungsträgern angehören, festgelegt werden". Davon bleibe die Verpflichtung der Länder zur Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege nach krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften sowie die Verpflichtung der Sozialversicherungsträger gegenüber den Anspruchsberechtigten auf Gewährung von 152

Leistungen nach sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen unberührt. Im Ergebnis sei damit lediglich eine einzelne Aufgabe, nämlich die Verordnungserlassung, an einen beliehene Rechtsträger übertragen.

2.3.2.5. Die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes, dass die Gesundheitsplanungs GmbH mit nicht bloß vereinzelt oder mit Kernaufgaben des Staates beliehen wurde, haben sich zerstreut: 153

Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes besteht die verfassungsrechtliche Ermächtigung zu Beleihungen nur für "vereinzelte Aufgaben" (zB VfSlg. 3685/1960, 10.213/1984, 14.473/1996, 19.307/2011). Weiters dürfen keine Kernaufgaben des Staates an Beliehene übertragen werden. Zu den Kernbereichen der staatlichen Verwaltung zählt die Rechtsprechung etwa die Vorsorge für die Sicherheit im Inneren und nach außen, die Ausübung der (Verwaltungs-)Strafgewalt sowie die Außenpolitik (VfSlg. 14.473/1996, 16.400/2001, 16.995/2003). Das verfassungsrechtliche Verbot der Ausgliederung von staatlichen Kernaufgaben oder von mehr als bloß vereinzelt Aufgaben schützt vor einer Aushöhlung der verfassungsrechtlich vorgegebenen Staatsorganisation in qualitativer und quantitativer Hinsicht. 154

Angesichts der Breite der den Staatsorganen insgesamt zur unmittelbaren Wahrnehmung vorbehaltenen Kompetenzen in Angelegenheiten des Gesundheitswesens und des Krankenanstaltenrechts handelt es sich bei der der Gesundheitsplanungs GmbH zur Besorgung übertragenen Verbindlicherklärung von Gesundheitsstrukturplänen um eine bloß vereinzelte Aufgabe. In inhaltlicher Hinsicht übertragen die in Prüfung gezogenen Vorschriften zwar einen wichtigen Teil der strategischen Gesundheitsplanung auf einen beliehenen Rechtsträger; die besondere sachliche Rechtfertigung dieser Rechtsgestaltung liegt jedoch darin, dass sie bei komplexer kompetenzrechtlicher Lage eine Gebietskörperschaften übergreifende Kooperation ermöglicht. Schließlich hat die der Gesundheitsplanungs GmbH übertragene Aufgabe auch keine staatliche Kernaufgabe wie etwa die Gewährleistung der inneren und äußeren Sicherheit, die Strafgewalt oder die Außenpolitik zum Gegenstand, zumal die Bundesverfassung den Staat auch nicht verpflichtet, die allgemeine Gesundheitsversorgung in staatlicher Verwaltung zu organisieren. 155

2.3.3. Zum Bedenken im Hinblick auf Art. 102 B-VG	156
2.3.3.1. Der Verfassungsgerichtshof hegte – ausgehend von der Annahme, dass § 23 (Abs. 4) G-ZG zur Erlassung von Verordnungen auf dem Gebiet des "Gesundheitswesens" (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) ermächtigt – das Bedenken, dass die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH mit der Erlassung von Verordnungen (auch) auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mangels Zustimmung der Länder in Widerspruch zu Art. 102 B-VG stehen dürfte.	157
2.3.3.2. Nach Auffassung der Bundesregierung werfe das im Prüfungsbeschluss gehegte Bedenken die grundsätzliche Frage auf, wie sich die Ausgliederung von Staatsaufgaben zu den verfassungsrechtlich vorgesehenen Modellen der Vollziehung verhalte; nämlich, ob die verfassungsrechtlichen Vorgaben, die im Fall der Vollziehung durch staatliche Organe zu beachten seien, auch dann zur Anwendung gelangen würden, wenn die Vollziehung nicht durch staatliche Organe, sondern durch ausgegliederte Rechtsträger besorgt werde.	158
Wäre es zutreffend, dass Art. 102 B-VG auf die Angelegenheiten des Gesundheitswesens schlechthin anzuwenden wäre, könnte daraus der Schluss gezogen werden, dass diese Bestimmung einer (über vereinzelt Angelegenheiten hinausgehenden) Ausgliederung von Aufgaben per se entgegenstünde und die Vollziehung in den Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung dem Landeshauptmann und den unterstellten Behörden (das wären ausschließlich die Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Städte mit eigenem Statut; vgl. § 8 Abs. 5 lit. b ÜG 1920) verfassungsrechtlich vorbehalten wäre (Hinweis auf <i>Wielinger</i> , BVG ÄmterLReg § 8/5 lit a und b ÜG 1920, in: Korinek/Holoubek et. al. [Hrsg.], Österreichisches Bundesverfassungsrecht. Kommentar, 10. Lfg. 2011, Rz 19, demzufolge es unzulässig sei, einen Rechtsträger "ausschließlich oder primär zu dem Zweck zu schaffen, um die Besorgung hoheitlicher Aufgaben aus der Landesvollziehung oder der mittelbaren Bundesverwaltung zu übertragen").	159
Dieser Auffassung stehe die jüngere Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes entgegen, wonach Beleihungen grundsätzlich zulässig seien (Hinweis auf VfSlg. 14.473/1996). Soweit ersichtlich habe der Verfassungsgerichtshof in dieser jüngeren Rechtsprechung – gegenüber VfSlg. 3685/1960, in dem ausdrücklich auf	160

Art. 102 B-VG abgestellt werde – zur Beurteilung der Zulässigkeit der Beleihung an sich nie auf Art. 102 B-VG Bezug genommen.

Abgesehen davon könne Art. 102 B-VG auf Beleihungen nur dann anwendbar sein, wenn der beliehene Rechtsträger als "Bundesbehörde" im Sinn dieser Bestimmung zu qualifizieren sei; nur in einem solchen Fall würde das Zustimmungsrecht der Länder zur Anwendung gelangen. Im Einzelnen sei dazu Folgendes auszuführen: 161

Ob Art. 102 B-VG auf die Begründung von Zuständigkeiten privater Rechtsträger anwendbar sei, sei in der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bisher nicht entschieden worden. In einem obiter dictum (VfSlg. 19.721/2012) habe der Gerichtshof die Auffassung vertreten, dass Art. 102 Abs. 4 B-VG auch auf Beleihungen anwendbar sei. In einem Prüfungsbeschluss habe er diese Frage – lediglich – aufgeworfen (VfSlg. 19.728/2012), sei in weiterer Folge jedoch nicht darauf eingegangen. 162

Nach Auffassung der Bundesregierung liege dem Begriff der "Bundesbehörde" iSv Art. 102 Abs. 1 und Abs. 4 B-VG ein – wie weitreichend auch immer geartetes – organisatorisches Verständnis zugrunde. Die Bundesregierung verkenne dabei nicht, dass der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis VfSlg. 20.323/2019 implizit (jedoch ohne nähere Begründung) die zuvor in der Lehre vertretene enge Auffassung des Begriffs der "Bundesbehörde" (Hinweis auf *Pernthaler*, Die verfassungsrechtlichen Schranken der Selbstverwaltung in Österreich, 3. ÖJT, Bd. I/3, 1967, 77) abgelehnt und auch Selbstverwaltungskörper als "Bundesbehörden" angesehen habe. Daraus aber folge – entgegen der in der Literatur vertretenen Auffassung (Hinweis auf *Wiederin*, Anmerkung zu VfSlg. 20.323/2019, RdM 2019, 181 [184]) – nicht, dass beliehene private Rechtsträger gleichermaßen als "Bundesbehörden" anzusehen seien, legte man diesem Begriff ein (wenn auch etwas abgeschwächtes) staatsorganisatorisches Verständnis zugrunde. 163

Würden Selbstverwaltungskörper keine "Bundesbehörden" iSd Art. 102 Abs. 2 B-VG darstellen, wäre es demnach unzulässig, die in dieser Bestimmung genannten Angelegenheiten durch Selbstverwaltungskörper besorgen zu lassen. Dies hätte etwa zur Konsequenz, dass die Vollziehung des "Sozialversicherungswesens" 164

durch Selbstverwaltungskörper in unmittelbarer Bundesverwaltung ausgeschlossen wäre. Nach Ansicht der Bundesregierung verfange dieses Argument aber in Bezug auf die Vollziehung durch beliehene private Rechtsträger nicht in gleichem Maße, wenn man annähme, dass Beliehene überhaupt nicht als "Bundesorgane" iSd Art. 102 B-VG (und auch nicht dessen Abs. 2) anzusehen seien.

Während für Selbstverwaltungskörper nämlich noch gesagt werden könne, dass sie in einem bestimmten "Vollziehungsbereich" eingerichtet seien (Hinweis auf VfSlg. 4413/1963) und sich demnach staatliches Handeln auch auf die Organisation des Selbstverwaltungskörpers selbst beziehen könne (wobei die Kompetenz zur Vollziehung nicht mit jener der Gesetzgebung zusammenfallen müsse – vgl. Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG), könne dies für beliehene private Rechtsträger nicht gleichermaßen gesagt werden. Diese müssten nicht durch das jeweilige (die Kompetenz zur Regelung der Organisation des Beliehenen einschließende) Materien gesetz geschaffen werden, sondern es könne das Materien gesetz auch die Zuständigkeit solcher privater Rechtsträger begründen, die nicht erst gesetzlich errichtet würden, sondern schon zuvor durch privatrechtlichen Rechtsakt errichtet worden seien (Hinweis auf *Raschauer*, Allgemeines Verwaltungsrecht⁵, 2017, Rz 115). In einem solchen Fall könne aber nicht beurteilt werden, in welchem Vollziehungsbereich der private Rechtsträger eingerichtet sei und ob es sich um eine "Bundesbehörde" handle.

165

Auch vor dem Hintergrund des Erkenntnisses VfSlg. 17.421/2004 betreffend die Gebühreninkasso Service GmbH sei davon auszugehen, dass auch der Verfassungsgerichtshof in seiner bisherigen Rechtsprechung implizit die Auffassung vertreten haben dürfte, dass Beliehene nicht als in einem bestimmten Vollziehungsbereich eingerichtete Behörden anzusehen seien und sich die Frage der Trennung der Vollziehungsbereiche gar nicht stelle (Hinweis auf *Mayr*, Organisationsrechtliche Fragen einer einzigen nationalen Akkreditierungsstelle, in: Lienbacher/Wielinger [Hrsg.], Öffentliches Recht. Jahrbuch 2010, 2010, 93 [102 f.]; *Pürgy*, Die Mitwirkung von Beliehenen des Bundes an der Landesvollziehung, ZfV 2011, 745 [746 ff., 753]).

166

Die gegenteilige Deutung, wonach eine beliehene Gesellschaft des Privatrechts eine "Bundesbehörde" iSd Art. 102 Abs. 1 und 4 B-VG darstelle, erscheine auch mit

167

der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes zur Anwendbarkeit sonstiger verfassungsrechtlicher Bestimmungen auf Beleihungen nur schwer vereinbar. So sollen auch Art. 18 Abs. 2 B-VG und Art. 20 Abs. 1 B-VG nicht unmittelbar auf Beliehene anwendbar (VfSlg. 16.995/2003 bzw. 16.400/2001) und die Begriffe der "Verwaltungsbehörden" bzw. der "Organe" in den genannten Bestimmungen in einem organisatorischen Sinn aufzufassen sein.

Wären beliehene Private als "Bundesbehörden" anzusehen, sodass die bundesstaatliche Kompetenzverteilung auch auf diese anzuwenden wäre, so hätte dies überdies zur Folge, dass eine Beleihung Privater in den Angelegenheiten des Art. 11 B-VG gänzlich ausgeschlossen wäre, zumal diese Angelegenheiten (ausschließlich) durch Landesbehörden zu vollziehen seien und eine davon abweichende Zuständigkeit von "Bundesbehörden" mangels verfassungsrechtlicher Ermächtigung – auch mit Zustimmung der Länder – nicht begründet werden dürfte (Hinweis auf *Wiederin*, Öffentliche und private Umweltverantwortung – Verfassungsrechtliche Vorgaben, in: ÖWAV [Hrsg.], Staat und Privat im Umweltrecht. Österreichische Umweltrechtstage 2000, 2000, 75 [89]).

Die Bundesregierung übersehe nicht, dass dem Prinzip der mittelbaren Bundesverwaltung in der jüngeren Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes eine Schutzfunktion zugunsten der Stellung des Landeshauptmannes zugeschrieben werde, nämlich dahingehend, dass Art. 102 B-VG einen Vollziehungsvorbehalt zugunsten der in dieser Bestimmung genannten Behörden (des Landeshauptmannes und der ihm unterstellten Bezirksverwaltungsbehörden und Städte mit eigenem Statut) enthalte. Die Bundesregierung gebe jedoch zu bedenken, dass der Vorbehalt zugunsten dieser Behörden schon immer dann nicht zum Tragen komme, wenn ein privater Rechtsträger beliehen werde.

Nach Ansicht der Bundesregierung würden daher die besseren Gründe dafür sprechen, dass eine beliehene Gesellschaft des Privatrechts wie die Gesundheitsplanungs GmbH keine Bundesbehörde iSd Art. 102 B-VG und die entsprechende in Prüfung gezogene Bestimmung daher nicht verfassungswidrig sei.

2.3.3.3. Die Wiener Landesregierung vertritt die Auffassung, dass vor dem Hintergrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, BGBl. I 97/2017, an der alle Länder

teilgenommen hätten, "davon auszugehen [sei], dass der Bundesgesetzgeber für die Umsetzung der integrativen Gesundheitsplanung im § 23 G-ZG von der Zustimmung aller Länder ausgehen konnte".

2.3.3.4. Das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes erweist sich als zutreffend: 172

§ 23 Abs. 4 G-ZG beleihet die Gesundheitsplanungs GmbH mit der Verbindlicherklärung bestimmter Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG durch Verordnung, "insoweit dies Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betrifft". Es ist unbestritten, dass sich diese Beleihung auch auf Angelegenheiten des "Gesundheitswesens" (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) bezieht. 173

Da Angelegenheiten des "Gesundheitswesens" nicht zu den in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannten Materien zählen (zuletzt VfSlg. 20.323/2019), sieht Art. 102 B-VG für das Gesundheitswesen den Grundsatz der mittelbaren Bundesverwaltung vor, wonach die Vollziehung des Bundes im Bereich der Länder "der Landeshauptmann und die ihm unterstellten Landesbehörden" ausüben. Soweit Gesetze in Angelegenheiten, die in mittelbarer Bundesverwaltung zu besorgen sind, die die Einbindung von Bundesbehörden in die Vollziehung in Unterordnung unter den Landeshauptmann anordnen, dürfen sie nur mit Zustimmung der beteiligten Länder kundgemacht werden (Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz B-VG). Die Einrichtung von eigenen Bundesbehörden für andere als die in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannten Angelegenheiten – also unter Ausschaltung des Landeshauptmannes – kann nach Art. 102 Abs. 4 B-VG ebenfalls nur mit Zustimmung der beteiligten Länder erfolgen. 174

Dass auch die Betrauung von Einrichtungen der nichtterritorialen Selbstverwaltung mit Vollzugsaufgaben des Bundes (Art. 120b Abs. 2 B-VG) an das Regelungsmodell des Art. 102 B-VG gebunden ist, hat der Verfassungsgerichtshof bereits (wiederholt) festgestellt (VfSlg. 20.323/2019; VfGH 12.6.2020, G 252/2019 ua.; 17.6.2021, G 297/2020 ua.). 175

Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner bisherigen Rechtsprechung zu Beleihungen privater Rechtsträger betont, dass diese zwar nicht schlechthin unzulässig, al- 176

lerdings nur insoweit verfassungsmäßig sind, als sich nicht aus dem Organisationskonzept oder aus einzelnen besonderen Bestimmungen der Bundesverfassung (wie etwa Art. 102 B-VG) eine Einschränkung ergibt (VfSlg. 3685/1960, 14.473/1996).

Die in der Literatur vorherrschende Meinung geht davon aus, dass Fälle der Beleihung nicht per se von der Anwendbarkeit des Art. 102 B-VG ausgenommen sind (vgl. *Bußjäger*, Art. 102 B-VG, in: Kneihls/Lienbacher [Hrsg.], Rill-Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht, 14. Lfg. 2014, Rz 20; *Raschauer*, Art. 102 B-VG, in: Korinek/Holoubek et al. [Hrsg.], Österreichisches Bundesverfassungsrecht, 4. Lfg. 2001, Rz 60; *Ranacher/Sonntag*, Art. 102 B-VG, in: Kahl/Khakzadeh/Schmid [Hrsg.], Kommentar zum Bundesverfassungsrecht, 2021, Rz 5 und 18; *Wiederin*, Staatliche Aufgaben, 38 f.; vgl. weiters *Grabenwarter/Frank*, B-VG, Art. 102 B-VG Rz 5).

177

Der Verfassungsgerichtshof teilt diese in der Literatur überwiegend vertretene Auffassung: Art. 102 B-VG sichert den Ländern – als "tragendes Element" des bundesstaatlichen Prinzips (VfSlg. 11.403/1987) – eine wesentliche Teilhabe an der Vollziehung des Bundes, was darin zum Ausdruck kommt, dass Abweichungen an eine Zustimmung der Länder gebunden sind (Art. 102 Abs. 1 zweiter Satz und Abs. 4 B-VG). Vor diesem Hintergrund ist es unerheblich, ob der Anteil der Länder an der Bundesverwaltung durch die Betrauung von Bundesbehörden im organisatorischen Sinn oder durch eine Beleihung privater Rechtsträger geschmälert wird (vgl. *Wiederin*, Staatliche Aufgaben, 38 f.). Die Beleihung privater Rechtsträger mit Aufgaben der Bundesverwaltung im Bereich der Länder bedarf daher in Angelegenheiten, die nicht in Art. 102 Abs. 2 B-VG genannt sind, sofern (wie hier) auch keine andere verfassungsrechtliche Ermächtigung besteht, ebenfalls der Zustimmung der Länder (vgl. idS für die Betrauung eines öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers bereits VfSlg. 19.721/2012).

178

Die in § 23 Abs. 4 G-ZG angeordnete Überantwortung hoheitlicher Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens an die Gesundheitsplanungs GmbH führt zu einem Übergang der Vollziehung des Bundes von der mittelbaren Bundesverwaltung zu einer Vollziehung des Bundes in unmittelbarer Bundesverwaltung (vgl. abermals VfSlg. 19.721/2012) und bedurfte daher der Zustimmung der Länder

179

nach Art. 102 Abs. 1 bzw. Abs. 4 B-VG "in ausdrücklicher und förmlicher Weise" (VfSlg. 19.721/2012). Dass eine solche Zustimmung eingeholt worden wäre, behauptet auch die Bundesregierung nicht. Eine Vereinbarung nach Art. 15a B-VG kann eine solche Zustimmung von vornherein nicht ersetzen.

§ 23 Abs. 4 G-ZG steht damit in Widerspruch zu Art. 102 B-VG.

180

2.3.3.5. Der Verfassungsgerichtshof hat den Umfang der zu prüfenden und allenfalls aufzuhebenden Bestimmungen derart abzugrenzen, dass einerseits nicht mehr aus dem Rechtsbestand ausgeschieden wird, als Voraussetzung für den Anlassfall ist, dass aber andererseits der verbleibende Teil keine Veränderung seiner Bedeutung erfährt; da beide Ziele gleichzeitig niemals vollständig erreicht werden können, ist in jedem Einzelfall abzuwägen, ob und inwieweit diesem oder jenem Ziel der Vorrang vor dem anderen gebührt (VfSlg. 7376/1974, 16.929/2003, 16.989/2003, 17.057/2003, 18.227/2007, 19.166/2010, 19.698/2012).

181

2.3.3.6. Zur Bereinigung der Rechtslage erweist sich die Aufhebung von § 23 Abs. 4 und des damit in Zusammenhang stehenden § 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz, Abs. 6 und 7 G-ZG als erforderlich.

182

2.3.4. Zum Bedenken im Hinblick auf Art. 18 Abs. 1 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG

183

2.3.4.1. Der Verfassungsgerichtshof ging vorläufig davon aus, dass die "Gesundheitsplanungs GmbH" die ausgewiesenen Teile des ÖSG bzw. der RSG für verbindlich zu erklären habe, wobei die Gesundheitsplanungs GmbH gemäß § 23 Abs. 3 G-ZG (zumindest) über zwei Organe verfüge, nämlich das Kollegialorgan Generalversammlung, die kraft gesetzlicher Anordnung ihre Beschlüsse einstimmig zu fassen habe, und die monokratisch organisierte Geschäftsführung. Weder § 23 Abs. 4 G-ZG noch das NÖGUS-G 2006, das Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 oder das Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 dürften aber festlegen, welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH für den Akt der Verordnungserlassung zuständig sein solle. Der Verfassungsgerichtshof hegte daher vorläufig das Bedenken, dass es Art. 18 Abs. 1 B-VG iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG und dem daraus abzuleitenden Gebot der exakten Regelung von Behördenzuständigkeiten widerstreiten dürfte, wenn

184

die zitierten Bestimmungen zwar die Gesundheitsplanungs GmbH mit Aufgaben der Erlassung von Verordnungen beleihen, aber offenlassen dürften, welches von mehreren in Betracht kommenden Gesellschaftsorganen konkret dafür zuständig sei.

2.3.4.2. Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass es im Hinblick auf Art. 18 Abs. 1 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG zulässig sei, einer GmbH durch Gesetz die Kompetenz zur Ausübung von Hoheitsgewalt zu übertragen, ohne im Gesetz ausdrücklich festzulegen, welches Organ der beleihenen Gesellschaft zur Willensbildung betreffend die Erlassung des Hoheitsaktes zuständig sei und begründet dies wie folgt: 185

Art. 83 Abs. 2 B-VG binde auch die Gesetzgebung und bedeute nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes, dass die sachliche Zuständigkeit der Behörden im Gesetz selbst festgelegt sein müsse (Hinweis auf VfSlg. 2909/1955, 3156/1957, 6675/1972). Art. 18 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG verpflichte die Gesetzgebung zu einer – strengen Prüfungsmaßstäben standhaltenden – präzisen Regelung der Behördenzuständigkeit (Hinweis auf VfSlg. 19.991/2015). Die Zuständigkeitsfestlegung müsse klar und unmissverständlich sein (Hinweis auf VfSlg. 19.965/2015). 186

§ 23 Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 G-ZG ermächtige übereinstimmend die Gesundheitsplanungs GmbH zur Erlassung einer Verordnung. Behörde sei somit nach dem klaren Wortlaut die Gesundheitsplanungs GmbH selbst, nicht jedoch eines ihrer Organe. Auch auf Grund der Materialien sei nicht zweifelhaft, dass die Gesundheitsplanungs GmbH selbst beleihen werden solle (Hinweis auf Erläut. zur RV 1333 BlgNR 25. GP, 9 f.). 187

Es sei der Gesetzgebung auch grundsätzlich erlaubt, eine juristische Person des Privatrechts zur Ausübung von Hoheitsgewalt zu ermächtigen und damit dieser selbst die Stellung einer Behörde einzuräumen. Es sei nicht ersichtlich, dass es verfassungsrechtlich geboten wäre, dass nicht der Rechtsträger selbst, sondern lediglich eines seiner Organe Behörde sein dürfe (Hinweis auf *Wiederin*, Verbandskompetenzen, Behördenzuständigkeiten und Organbefugnisse in der sonstigen Selbstverwaltung, FS Kopetzki, 2019, 723 [727 ff.]). So würden auch an anderen 188

Stellen juristische Personen des Privatrechts – nicht jedoch eines ihrer Organe – gesetzlich zur Ausübung von Hoheitsgewalt ermächtigt, so beispielsweise die Austro Control GmbH, die GIS Gebühren Info Service GmbH, die Schienen-Control-GmbH oder die Rundfunk und Telekom Regulierungs-GmbH. Der Verfassungsgerichtshof habe in seiner bisherigen Rechtsprechung zu Beleihungen keine grundsätzlichen Bedenken dagegen erhoben, eine juristische Person des Privatrechts selbst zu beleihen (Hinweis auf VfSlg. 14.473/1996 und 19.307/2011).

Da der Gesundheitsplanungs GmbH selbst – in verfassungsrechtlich zulässiger Weise – die Stellung einer Behörde zukommen solle, entspreche es nach Auffassung der Bundesregierung auch den Anforderungen des Art. 18 Abs. 1 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG, die Gesundheitsplanungs GmbH (und eben nicht eines ihrer Organe) als zuständige Behörde im Gesetz zu bezeichnen (Hinweis auf *Wiederin*, Die Beleihung, in: Fuchs/Merli/Pöschl/Sturn/Wiederin/Wimmer [Hrsg.], Staatliche Aufgaben, private Akteure II, 2017, 31 [62]).

189

Im Schrifttum werde demgegenüber teilweise die Auffassung vertreten, dass die Beleihung einer juristischen Person des Privatrechtes gegen das Recht auf den gesetzlichen Richter verstoße, wenn sich das zuständige Organ nicht schon aus dem Gesetz ergebe (Hinweis auf *Kopetzki*, Unterbringungsrecht I, 1995, 205 FN 1369 mwN). Diesem Bedenken werde aber zutreffend entgegengehalten, dass es nur dann stichhaltig wäre, wenn ein bestimmtes Organ der juristischen Person und nicht die juristische Person selbst Behörde wäre. Sollte jedoch die juristische Person selbst Behörde sein, dann sei mit ihrer Benennung im beleihenden Gesetz dem Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter Genüge getan (Hinweis auf *Wiederin*, Beleihung, 62).

190

Welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH zuständig sei, den behördlichen Willen zu bilden und die Kundmachung des Hoheitsaktes zu bewirken, müsse sich nicht bereits aus dem Gesetz ergeben. Denn sofern die juristische Person selbst Behörde sei, beträfen diese Fragen nicht die behördliche Zuständigkeit, sondern lediglich die innerbehördliche Organisation, die nicht im Gesetz geregelt werden müsse:

191

Der Verfassungsgerichtshof habe in ständiger Rechtsprechung ausgesprochen, dass die innere Einrichtung der Behörde, ihre Gliederung in Sektionen, Abteilungen usw. durch interne Verwaltungsmaßnahmen geregelt werden könne (Hinweis auf VfSlg. 13.578/1993). Auch die Regelung der Approbationsbefugnis sei nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes eine Angelegenheit der inneren Organisation, die die Zuständigkeit der Behörde und damit auch das Recht auf ein Verfahren vor dem gesetzlichen Richter nicht berühre (VfSlg. 10.338/1985). Diese Grundsätze seien auch auf die innere Organisation von beliebigen Gesellschaften des Privatrechts zu übertragen. 192

Soweit der Verfassungsgerichtshof zu bedenken gebe, dass erhebliche Unterschiede in der Willensbildung zwischen den Organen der Gesundheitsplanungs GmbH bestünden, sei darauf hinzuweisen, dass solche Divergenzen in jeder Behörde auftreten könnten. Art. 18 Abs. 1 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG werde dadurch aber nicht berührt, weil innerbehördliche Divergenzen nicht die Zuständigkeit der Behörde betreffen würden. 193

Angesichts der verfassungsrechtlichen Unbedenklichkeit könne daher dahingestellt bleiben, ob sich aus den gesetzlichen Regelungen des Gesellschaftsrechts Anhaltspunkte für die innergesellschaftliche Zuständigkeit ergeben und welches Organ der Gesundheitsplanungs GmbH zuständig sei, den behördlichen Willen zu bilden und die Verordnung kundzumachen. Der Vollständigkeit halber sei jedoch darauf hinzuweisen, dass der Geschäftsführer einer beliebigen Gesellschaft gemäß den §§ 18 f. GmbHG zur Willensbildung betreffend die Erlassung von Hoheitsakten zuständig sei. Denn nach diesen Vorschriften würde die Gesellschaft nach außen vom Geschäftsführer vertreten, und bei einem Hoheitsakt wie einem Bescheid oder einer Verordnung handle es sich um einen Akt, der nach außen gerichtet sei. Demgemäß sei auch in der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gesundheitsplanungs GmbH vorgesehen, dass der Geschäftsführer zuständig sei, den jeweiligen Verordnungsentwurf zu unterzeichnen und ihn als Verordnung der GmbH im RIS kundzumachen (Hinweis auf § 1 Z 1 lit. b und § 3 der Geschäfts- und Verfahrensordnung). Die Geschäftsführung – bestehend aus einem Geschäftsführer und zwei Stellvertretern – werde durch die Generalversammlung bestellt (Hinweis auf § 23 Abs. 3 G-ZG). Die Bestellung könne gemäß § 16 Abs. 1 GmbHG jederzeit widerrufen werden. Nach allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Regelungen 194

könne die Generalversammlung dem Geschäftsführer auch jederzeit Weisungen erteilen (Hinweis auf *Enzinger*, § 20, in: Straube/Ratka/Rauter [Hrsg.], WK GmbHG, Rz 30 [Stand 1.11.2018, rdb.at]). Vor diesem Hintergrund würden sich nach Ansicht der Bundesregierung auch die im Prüfungsbeschluss dargelegten Bedenken des Verfassungsgerichtshofes, wonach erhebliche Unterschiede in der Willensbildung zwischen den Organen der Gesundheitsplanungs GmbH bestehen dürften, als unbegründet erweisen. Denn die Geschäftsführung sei insofern von der Generalversammlung "abhängig", als sie von dieser ernannt und abberufen werde und an ihre Weisungen gebunden sei. Divergenzen zwischen den Organen der Gesellschaft würden daher in der Praxis kaum vorkommen bzw. könnten von der Generalversammlung – durch eine Weisung oder Neubestellung der Geschäftsführung – ausgeräumt werden.

2.3.4.3. Die Wiener Landesregierung vertritt die Auffassung, dass mangels gesetzlicher Regelung des zuständigen Organs auf die allgemeinen gesellschaftsrechtlichen Regelungen des GmbHG zurückzugreifen sei, die zwingend die Geschäftsführung und die Generalversammlung als Organe vorsehen würden. Die Generalversammlung habe die durch § 35 GmbHG gesetzlich zugewiesenen Aufgaben; im Gesellschaftsvertrag könnten ihr weitere Aufgaben zugewiesen werden. Da die Erlassung der in Rede stehenden Verordnungen der einzige Unternehmensgegenstand der Gesundheitsplanungs GmbH sei, könne dafür nur die Geschäftsführung zuständig sein, weil sie andernfalls keinen Aufgabenbereich in Bezug auf den einzigen Unternehmensgegenstand der Gesellschaft habe. § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz sei daher in Zusammenschau mit den gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen hinreichend exakt.

195

2.3.4.4. Das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes konnte im Gesetzesprüfungsverfahren zerstreut werden:

196

Der Verfassungsgerichtshof hegte schon in seiner bisherigen Rechtsprechung (vgl. etwa VfSlg. 14.473/1996, 19.307/2011) keine prinzipiellen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Beleihung einer juristischen Person privaten Rechts als solcher (und nicht bloß einzelner ihre Organe) und sieht sich nicht veranlasst, von dieser Rechtsprechung abzugehen.

197

- Die Bundesregierung und die Wiener Landesregierung haben im Ergebnis zutreffend darauf hingewiesen, dass sich aus der Zusammenschau des § 23 G-ZG (bzw. der entsprechenden landesgesetzlichen Beleihungsanordnungen) mit § 18 GmbHG die Zuständigkeit der Geschäftsführung zur Verbindlicherklärung der Gesundheits-Strukturpläne ergibt, weil und solange der zuständige Gesetzgeber keine abweichende Regelung vorsieht. Die insofern in Prüfung gezogenen Bestimmungen verstoßen daher nicht gegen Art. 18 Abs. 1 iVm Art. 83 Abs. 2 B-VG. 198
- 2.3.5. Zum Bedenken der Zulässigkeit der Beleihung im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG 199
- 2.3.5.1. § 23 Abs. 5 G-ZG ordnet als Grundsatzbestimmung an, dass die Landesgesetzgebung vorzusehen hat, dass die Gesundheitsplanungs GmbH jene ausgewiesenen Teile des ÖSG und der jeweiligen RSG, welche Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen, für verbindlich erklärt. 200
- Gegen diese Bestimmung hegte der Verfassungsgerichtshof in seinem Prüfungsbeschluss zusammengefasst das Bedenken, dass es dem Bundes-Grundsatzgesetzgeber nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG verwehrt sein dürfte, die Länder zu Beleihungen zu verpflichten, weil damit ein Abweichen von der landesrechtlich zu regelnden Landesorganisation verbunden sein dürfte. 201
- 2.3.5.2. Die Bundesregierung tritt diesem Bedenken wie folgt entgegen: 202
- Die Festlegung der behördlichen Zuständigkeit falle in die Kompetenz der jeweiligen Materiengesetzgebung (Hinweis auf VfSlg. 2425/1952). Die Bundesgesetzgebung sei daher im Rahmen ihrer Grundsatzkompetenz gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG ("Heil- und Pflegeanstalten") als Materiengesetzgebung grundsätzlich auch zuständig, die behördliche Zuständigkeit zu regeln. Die Grundsatzgesetzgebung habe sich auf die Aufstellung von Grundsätzen zu beschränken und dürfe über diese im Art. 12 B-VG gezogene Grenze hinaus nicht Einzelregelungen treffen, die der Landesgesetzgebung vorbehalten seien (Hinweis auf VfSlg. 16.244/2001). Diese Grenzen würden im Allgemeinen dann nicht überschritten, wenn das Grundsatzgesetz Fragen von grundsätzlicher Bedeutung regle, die einer für das ganze Bundesgebiet einheitlichen Regelung bedürften (Hinweis auf VfSlg. 2087/1951). 203

Der Grundsatzgesetzgebung sei es auch nicht verwehrt, Regelungen betreffend die Zuständigkeit zur Vollziehung des Ausführungsgesetzes vorzusehen. So habe der Verfassungsgerichtshof eine grundsatzgesetzliche Regelung, nach der die Landesgesetzgebung die Landesregierungen zu verpflichten habe, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als unbedenklich qualifiziert (Hinweis auf VfSlg. 17.232/2004). Vor diesem Hintergrund gehe die Bundesregierung davon aus, dass die Grundsatzgesetzgebung die Ausführungsgesetzgebung auch verpflichten dürfe, die Zuständigkeit eines bestimmten Organs zur Erlassung einer Verordnung vorzusehen, durch die ausgewiesene Teile des ÖSG und der RSG für verbindlich erklärt würden. Denn durch diese Verordnungserlassung würde eine umfassende und integrative Planung des österreichischen Gesundheitswesens sichergestellt (Hinweis auf Erläut. zur RV 1333 BlgNR 25. GP, 9 f.). Die Zuständigkeit zur Erlassung dieser Verordnungen stelle damit eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung dar, die einer für das ganze Bundesgebiet einheitlichen Regelung bedürfe und daher vom Bund als Grundsatzgesetzgeber geregelt werden dürfe. In diesem Sinne habe auch der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 17.232/2004 anerkannt, dass die Krankenanstaltenplanung nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und Zielen erfolge, um ihren Zweck zu erfüllen. Die Grundsatzgesetzgebung dürfe auch vorsehen, dass ein privater Rechtsträger durch die Landesgesetzgebung mit einer bestimmten Kompetenz zu beleihen sei. Denn dies sei eine Regelung über die behördliche Zuständigkeit, welche die Organisation der Behörden der Länder nicht betreffe:

Durch eine Beleihung werde eine Person, welche im organisatorischen Sinn kein Staatsorgan sei, zu einem Staatsorgan im funktionellen Sinn. Die Organisation der staatlichen Behörden (iSd Art. 10 Abs. 1 Z 16 und Art. 15 Abs. 1 B-VG) bleibe hiedurch grundsätzlich unberührt. Auf Grund dieser Organisationskompetenzen seien der Bund und die Länder nämlich nur zuständig, ihre jeweiligen Organe im organisatorischen Sinn zu errichten und einzurichten (Hinweis auf *Lukan*, Die Kreation von Verwaltungsorganen, 2018, 183 mwN). Durch eine Beleihung werde aber weder ein Staatsorgan im organisatorischen Sinn errichtet noch erfolge eine Umbildung der bestehenden Organisation der staatlichen Behörden. Würde man der gegenteiligen Auffassung folgen, so müsste man konsequenterweise annehmen, das zur Übertragung von Hoheitsgewalt an Private allein die Organisationsgesetzgebung (insb. Art. 10 Abs. 1 Z 16 und Art. 15 Abs. 1 B-VG) zuständig sei, was

204

jedoch mit der Auffassung, dass Zuständigkeitsregelungen durch Materien gesetz zu treffen seien, nur schwer vereinbar wäre (Hinweis auf *Baumgartner*, ZfV 2018, 262 FN 86 mwN). Träfe das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes zu, so hätte dies schließlich zur Folge, dass in allen Angelegenheiten, die in der Gesetzgebung Landessache seien (wazu strukturell auch jene des Art. 12 B-VG gehören würden), die Beleihung einer nicht durch Landesgesetz errichteten "Landesbehörde" ausgeschlossen wäre. Denn auch eine solche Regelung müsste – so man ihr die Prämissen des Prüfungsbeschlusses zugrunde legen würde – dahingehend gedeutet werden, dass sich die Landesgesetzgebung ihrer Kompetenz zur Organisation der Landesbehörden entledige, was aber verfassungsrechtlich nicht zulässig wäre. Auch eine Delegation der Gesetzgebungskompetenz der Länder betreffend ihre Landesbehörden auf den Bund sehe das B-VG nicht vor. Dass es – im Hinblick auf die Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern – aber zulässig sei, landesgesetzlich einer durch Bundesgesetz eingerichteten privatrechtlichen Gesellschaft hoheitliche Befugnisse der Landesvollziehung zu übertragen, habe der Verfassungsgerichtshof in VfSlg. 17.421/2004 zumindest implizit vorausgesetzt (Hinweis auf *Pürgy*, ZfV 2011, 746 f.). Vor diesem Hintergrund begegne auch die Beleihung einer bundesgesetzlich eingerichteten GmbH in den Angelegenheiten des Art. 12 B-VG keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Ob es der Grundsatzgesetzgebung auch erlaubt wäre, die Ausführungsgesetzgebung zur Errichtung (und Beleihung) eines bestimmten privaten Rechtsträgers zu verpflichten, könne in diesem Zusammenhang dahingestellt bleiben (wäre aber wohl zu verneinen).

Die Bundesregierung könne daher nicht erkennen, dass § 23 Abs. 5 G-ZG eine kompetenzwidrige Regelung über die Organisation der Landesbehörden wäre. Durch die Bestimmung würden die Länder verpflichtet, eine bestimmte hoheitliche Zuständigkeit eines bestimmten privaten Rechtsträgers zu begründen. Jedoch würden die Länder nicht verpflichtet, spezielle Landesbehörden zu errichten oder die Organisation der Landesbehörden in sonstiger Weise umzubilden.

205

Das Schrifttum verweise in diesem Zusammenhang auch auf die früheren krankenanstaltenrechtlichen Schiedskommissionen (Hinweis auf *Stöger*, Gesundheitsreform 2017, 22). In den §§ 28a und 28b Krankenanstaltengesetz (KAG), BGBl. 1/1957, idF BGBl. 281/1984 sei (als Grundsatzbestimmung) vorgesehen ge-

206

wesen, dass in jedem Land eine Schiedskommission einzurichten sei. Die Vorschriften hätten nähere organisationsrechtliche Vorgaben etwa über die Zusammensetzung der Schiedskommissionen enthalten. Diese Bestimmungen seien durch Art. I Z 22 BGBl. 282/1988 aufgehoben worden. In den Materialien (Erläut. zur RV 546 BlgNR 17. GP, 16 f.) werde dazu ausgeführt, dass die Aufhebung der Bestimmungen über Schiedskommissionen im Hinblick auf die durch die Bundes-Verfassungsgesetz-Novelle 1974, BGBl. 444, erfolgte Aufhebung der Grundsatzkompetenz des Bundes betreffend die "Organisation der Verwaltung in den Ländern" geboten sei: Da die Bildung und Errichtung von Verwaltungsbehörden nunmehr ausschließlich Sache der Landesgesetzgebung nach Art. 15 Abs. 1 B-VG sei, könnten auch im (grundsatzgesetzlichen) Krankenanstaltengesetz des Bundes Vorschriften über Schiedskommissionen nicht mehr getroffen werden, weil es sich bei diesem um (Sonder-)Verwaltungsbehörden der Länder handle. Daraus könne aber nach Ansicht der Bundesregierung kein Argument gegen die Kompetenzkonformität des § 23 Abs. 5 G-ZG gewonnen werden. Denn im Unterschied zu den §§ 28a und 28b KAG werde die Landesgesetzgebung durch § 23 Abs. 5 G-ZG nicht verpflichtet, spezielle Landesbehörden im organisatorischen Sinn einzurichten, sondern einem privaten Rechtsträger eine Zuständigkeit zu übertragen. Die kompetenzrechtlichen Bedenken gegen die Einrichtung von Schiedskommissionen würden daher gegen § 23 Abs. 5 G-ZG nicht verfangen.

Zusammengefasst ist die Bundesregierung daher der Auffassung, dass § 23 Abs. 5 G-ZG kompetenzkonform sei. 207

2.3.5.3. Die Wiener Landesregierung gibt zu bedenken, dass "materienspezifische Organisationsvorgaben" in den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten von der Materienkompetenz mitumfasst seien. 208

2.3.5.4. Das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes erweist sich als zutreffend: 209

Der Verfassungsgerichtshof hat bereits in seinem Prüfungsbeschluss festgehalten, dass er keine kompetenzrechtlichen Bedenken dagegen hegt, dass der Bundes-Grundsatzgesetzgeber (in grundsätzlichen Fragen) die Zuständigkeit zu Vollzugsakten auf dem Gebiet der Krankenanstaltenrechtes bestehenden Landesbehörden zuordnet, weil die Festlegung der sachlichen Zuständigkeit zum materiellen Recht 210

iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zählt (vgl. VfSlg. 17.232/2004). Dem Bundesgesetzgeber ist es im Rahmen des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG jedoch verwehrt, den Landesgesetzgeber zur Einrichtung neuer Landesbehörden zu verpflichten, weil er damit in die Landes-Organisationskompetenz (Art. 15 Abs. 1 B-VG) eingreifen würde (vgl. VfSlg. 8833/1980, 8834/1980). Auch die Anordnung einer Beleihung geht über den Rahmen der Kompetenz nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, den auch der Grundsatzgesetzgeber zu beachten hat, hinaus, weil sie den Landesgesetzgeber zu organisationsrechtlichen Maßnahmen verpflichtet, die nach Art. 15 Abs. 1 B-VG in die Gesetzgebungsautonomie der Länder fallen. Aus allgemeinen staatsorganisationsrechtlichen Grundsätzen folgt nämlich, dass eine Beleihung eine gesetzliche Einbindung in den Weisungs-, Leitungs- und Verantwortungszusammenhang zu den obersten Organen der Vollziehung bedingt (vgl. nur etwa VfSlg. 14.473/1996). Indem der Bundes-Grundsatzgesetzgeber den Landesgesetzgeber zu einer Beleihung verpflichtet, verpflichtet er ihn – sei es explizit wie im § 23 Abs. 8 G-ZG, sei es implizit unmittelbar kraft verfassungsrechtlich gebotener Verantwortungszusammenhänge – auch dazu, die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, um den beliehenen Rechtsträger funktionell in das Organisationsgefüge des Landes einzubinden. Solche Regelungen gehen aber über das materielle Krankenanstaltenrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG hinaus und haben bereits landesorganisationsrechtliche Implikationen iSv Art. 15 Abs. 1 B-VG.

Der Verfassungsgerichtshof sieht sich im Ergebnis auch noch durch folgende Überlegung bestätigt: Wie oben ausgeführt, verlangt Art. 102 Abs. 1 B-VG bereits bei einer Beleihung eines privaten Rechtsträgers in Unterordnung unter den Landeshauptmann in Angelegenheiten der Vollziehung des Bundes, soweit diese in mittelbarer Bundesverwaltung wahrzunehmen sind, die Zustimmung der Länder. Mit diesen Wertungen des B-VG wäre kaum vereinbar, wenn der Bundesgesetzgeber die Länder selbst gegen deren Willen verpflichten könnte, den ureigenen Bereich der Landesverwaltung, wenn auch nur in einzelnen Angelegenheiten, durch beliehene Rechtsträger (anstatt durch eigene Landesbehörden) wahrnehmen zu müssen.

211

An diesem Ergebnis vermag auch eine allfällige Vereinbarung nach Art. 15a B-VG nichts zu ändern, weil diese bloß eine vertragliche Bindung zwischen den Vertrags-

212

parteien zur Folge hat, die übernommenen Verpflichtungen im Rahmen der Bundesverfassung zu erfüllen. Solche Vereinbarungen modifizieren daher insbesondere nicht die bundesstaatliche Kompetenzverteilung.

Die Beleihungsanordnung des § 23 Abs. 5 G-ZG (ebenso der damit in Zusammenhang stehende § 23 Abs. 8 G-ZG) erweist sich damit als verfassungswidrig. 213

Durch die Aufhebung von § 23 Abs. 5 und 8 G-ZG ist (in dieser Hinsicht) ein grundsatzfreier Raum hergestellt, in dem die Länder ohne Bindung an grundsatzgesetzliche Vorgaben des Bundes entscheiden können, ob sie die Gesundheitsplanungs GmbH mit Aufgaben der Verbindlicherklärung von Strukturplänen beleihen oder nicht bzw. eine bereits vorgenommene Beleihung beibehalten oder zurücknehmen (eine andere Frage ist, ob eine Verpflichtung aus einer Vereinbarung nach Art. 15a B-VG besteht). Die Aufhebung von § 23 Abs. 5 und 8 G-ZG hat daher nicht zur Folge, dass die Länder die erfolgte Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH revidieren müssten. 214

2.3.6. Zum Bedenken im Hinblick auf die Bezeichnungspflicht nach Art. 12 B-VG 215

2.3.6.1. Weiters hegte der Verfassungsgerichtshof das Bedenken, dass die §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 G-ZG gegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG verstoßen würden: § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG sehe die Erlassung von Teilen des ÖSG bzw. der RSG als Verordnung vor, und zwar sowohl solcher Teile, die – als Verordnung – Gesundheitswesen iSv Art. 10 B-VG regeln würden, als auch solcher Teile, die – als Verordnung – Krankenanstaltenrecht iSv Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG zum Gegenstand hätten. Der Verfassungsgerichtshof ging im Prüfungsbeschluss davon aus, dass diese Verordnungen durch die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG determiniert würden, die als unmittelbar anwendbares Bundesrecht erlassen worden seien. Diese Bestimmungen seien aber – so das Bedenken des Verfassungsgerichtshofes – als gesetzliche Determinierung von – auch – krankenanstaltenrechtlichen Verordnungen (insofern) entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als Bundesgesetz und nicht als Grundsatzzgesetz erlassen worden. 216

2.3.6.2. Die Bundesregierung hält diesem Bedenken entgegen, dass sich die genannten Bestimmungen auf die Kompetenztatbestände der Art. 10 Abs. 1 Z 11 217

("Sozialversicherungswesen") und Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ("Gesundheitswesen") stützen könnten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die (Bundes-)Gesetzgebung im Hinblick auf den Umstand, dass keine entsprechenden (ausdrücklich als solche bezeichneten) Grundsatzbestimmungen erlassen worden seien, von ihrer Kompetenz zur Grundsatzgesetzgebung in den Angelegenheiten der "Heil- und Pflegeanstalten" (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) keinen Gebrauch gemacht habe, zumal im G-ZG an anderen Stellen sehr wohl von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht worden sei (Hinweis auf § 21 Abs. 2, 4 und 6, § 23 Abs. 5 und 8 und § 24 G-ZG). Insoweit der Bund keine Grundsätze aufgestellt habe, könne die Landesgesetzgebung die Angelegenheit frei regeln (Art. 15 Abs. 6 fünfter Satz B-VG).

Dem könne auch nicht entgegengehalten werden, dass der Anwendungsbereich der genannten Bestimmungen nicht auf die Angelegenheiten des Art. 10 Abs. 1 Z 11 und 12 B-VG eingeschränkt werde (so wie dies in den Grundsatzbestimmungen in Bezug auf Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG gehandhabt werde), weil eine solche Einschränkung in den sonstigen Bestimmungen, die – zumindest theoretisch – auch Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG betreffen könnten, einerseits nur dort vorgesehen sei, wo eine Klarstellung unbedingt erforderlich sei (Hinweis auf § 23 Abs. 4 und 7 G-ZG), und sich andererseits ein solch eingeschränkter Anwendungsbereich ohnedies aus der salvatorischen Klausel in § 1 Abs. 1 G-ZG ergebe. Die in Prüfung gezogenen Bestimmungen seien daher kompetenzkonform.

218

2.3.6.3. Die Bedenken haben sich zerstreut:

219

Gemäß § 1 Abs. 1 zweiter Satz G-ZG und im Hinblick auf die Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens berührt das G-ZG "nicht die Zuständigkeiten der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung". Die §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 G-ZG sind in diesem Sinne auf Planungsangelegenheiten reduziert, die in Gesetzgebung und Vollziehung, insbesondere als Angelegenheiten des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens, Bundessache sind. Dazu zählen – ungeachtet der Landeskompentenz zur konkreten Krankenanstaltenplanung (VfSlg. 17.232/2004) – auch die gesamthafte integrative Planung im Bereich des Gesundheitswesens (inklusive Krankenanstalten), etwa durch Vorgabe gemeinsamer Planungsziele, dann die Grundlagenforschung durch

220

Erhebung der Tatsachengrundlagen auch betreffend den Krankenanstaltenbereich und die Planung des niedergelassenen Bereiches unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Krankenanstaltenwesen. Die angefochtenen Bestimmungen können im Sinne solcher Inhalte verfassungskonform verstanden werden. Die §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 G-ZG sind daher nicht als verfassungswidrig aufzuheben (die landesgesetzlichen Determinanten des ÖSG sind hier nicht zu beurteilen).

2.3.6.4. Soweit der Verfassungsgerichtshof in seinem Prüfungsbeschluss das Bedenken erhoben hat, die Verfahrensbestimmungen des § 23 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz und Abs. 2 vorletzter und letzter Satz G-ZG würden ebenfalls gegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG verstoßen, weil diese nicht als Grundsatzgesetz bezeichneten Verfahrensbestimmungen auch krankenanstaltenrechtliche Verordnungen zum Gegenstand haben dürften, erübrigt sich ein weiteres Eingehen auf dieses Bedenken, weil die betreffenden Bestimmungen bereits infolge ihres Zusammenhanges mit der gegen Art. 102 B-VG verstoßenden Beleihungsbestimmung des § 23 Abs. 4 G-ZG aufzuheben sind (siehe oben III.2.3.3.6.).

2.3.7. Zum Bedenken im Hinblick auf die Freiheit der Erwerbsausübung (Art. 6 StGG) 222

2.3.7.1. Schließlich hat der Verfassungsgerichtshof gegen § 3a Abs. 3a KAKuG, § 10c Abs. 3 NÖ KAG und § 6a Abs. 6a Oö. KAG 1997 das Bedenken gehegt, dass die dort grundsatzgesetzlich bzw. ausführungsgesetzlich vorgesehene Bedarfsprüfung unter Bindung an die ÖSG- und RSG-Verordnungen zu einer "starrten Kontingentierung" führe, die in Widerspruch zur verfassungsgesetzlich gewährleisteten Erwerbsfreiheit stehen dürfte. 223

2.3.7.2. Nach Auffassung der Bundesregierung sei § 3a Abs. 3a KAKuG zur Erreichung legitimer Ziele geeignet, adäquat und auch sonst sachlich gerechtfertigt im Sinne der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes zum Gesetzesvorbehalt zur Erwerbsfreiheit: Gemäß § 3a Abs. 3a KAKuG sei für den Fall, dass der beantragte Leistungsumfang des selbstständigen Ambulatoriums in den Verordnungen gemäß § 23 (oder § 24) G-ZG geregelt sei, hinsichtlich des Bedarfs die 224

Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Diese Regelung sei Konsequenz des im G-ZG vorgesehenen Konzepts: Der ÖSG und die RSG würden der integrativen Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur in Österreich dienen. Dieses Ziel könne insbesondere dann effektiv verwirklicht werden, wenn die Gesundheitspläne rechtsverbindlich seien. Die Rechtsverbindlichkeit werde im Rahmen des im G-ZG vorgesehenen Verfahrens hergestellt. § 3a Abs. 3a KAKuG setze die Rechtsverbindlichkeit der Gesundheitspläne im Genehmigungsverfahren zur Errichtung und zum Betrieb selbstständiger Ambulatorien um, indem die Behörde verpflichtet werde, anstatt einer Bedarfsprüfung im Einzelfall (§ 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG) ausschließlich zu prüfen, ob das Vorhaben mit den durch Verordnung für verbindlich erklärten Gesundheitsplänen übereinstimme (Hinweis auf Erläut. zur RV 1333 BlgNR 25. GP, 11). § 3a Abs. 3a KAKuG verwirkliche damit die legitimen Ziele der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit. Dies komme auch und vor allem den Bewilligungswerbern selbst zugute, weil sie auf Grundlage der verbindlichen Planungsakte Klarheit über die Aussichten eines Bewilligungsantrages hätten. Nach Ansicht der Bundesregierung mache es auch keinen Unterschied, ob die Bewilligungsvoraussetzungen im Einzelfall anhand der gesetzlichen Vorgaben geprüft würden oder ob diese – gesetzlichen, gleichermaßen zur Anwendung gelangenden – antizipierend in einer Verordnung rechtsverbindlich hinreichend konkret festgelegt worden sei. Auch aus Sicht des Betroffenen mache es – in normativer Hinsicht – keinen Unterschied, ob die Kontingentierung im Einzelfall anhand des Gesetzes oder unter denselben Kriterien anhand der Verordnung erfolge. Schließlich würden auch Bedarfsprüfungen im Einzelfall im Ergebnis zur Kontingentierung von Leistungsangeboten führen. § 3a Abs. 3a KAKuG (iVm den Vorschriften des G-ZG) ziele nicht etwa darauf ab, das Leistungsangebot zu verringern und die Erwerbsfreiheit dadurch zusätzlich zu beschränken, sondern das Leistungsangebot in einem einheitlichen Verfahren festzulegen und damit bessere Planungssicherheit für alle Betroffenen – und damit auch für die Ausübung der Erwerbsfreiheit – herzustellen. Durch diese Konstruktion werde auch der Rechtsschutz der Bewilligungswerber nicht geschmälert: Der ÖSG und die RSG könnten, sofern sie durch Verordnung für verbindlich erklärt seien, durch den Verfassungsgerichtshof geprüft werden. Sollte ein Bewilligungswerber eine bestimmte in einem für verbindlich erklärten Gesundheitsplan vorgesehene Beschränkung für rechtswidrig halten, könne er diese Bedenken schließlich im Verfahren gemäß

Art. 139 B-VG an den Verfassungsgerichtshof herantragen. Bei einer Einzelfallprüfung sei gemäß § 3a Abs. 3 KAKuG von den Festlegungen des (nicht durch Verordnung für verbindlich erklärten) jeweiligen RSG (als Sachverständigengutachten) auszugehen. Diese unterlägen in diesem Fall aber keiner entsprechenden Prüfung durch den Verfassungsgerichtshof. Im Schrifttum sei § 3a Abs. 3a KAKuG (und § 3 Abs. 2b KAKuG) daher zutreffend als "deutliche Verbesserung" des Rechtsschutzes der Bewilligungswerber bezeichnet worden (Hinweis auf *Stöger*, Gesundheitsreform 2017, 27). Ferner könne § 3a Abs. 3a KAKuG auch zur Einsparung von Sachverständigenkosten führen, die bei Prüfung des Vorliegens eines Bedarfes im Einzelfall notwendigerweise anfielen; insofern diene die Regelung auch verwaltungsökonomischen Zwecken.

Zur Erforderlichkeit der Kontingentierung der Großgeräte weist die Bundesregierung auf den Zusammenhang mit dem Sozialversicherungsrecht hin: Gemäß § 338 Abs. 2a ASVG idF BGBl. I 210/2021 hätten sich die Versicherungsträger beim Abschluss von Verträgen an den von der Bundesgesundheitskommission (nunmehr: Bundes-Zielsteuerungskommission) im Rahmen des ÖSG beschlossenen Großgeräteplan zu halten. Daran knüpfe auch das Leistungsrecht in der Krankenversicherung an. Gemäß § 131 Abs. 1 ASVG gebühre dem Anspruchsberechtigten ein Ersatz der Kosten einer Krankenbehandlung iHv 80 %, wenn er nicht einen Vertragspartner eines Versicherungsträgers oder eigene Einrichtungen eines Versicherungsträgers zur Erbringung einer Sachleistung einer Krankenbehandlung in Anspruch nehme (Kostenerstattung). Nach ständiger Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes gebühre dem Anspruchsberechtigten eine solche Kostenerstattung jedoch dann nicht, wenn die Versicherungsträger auf Grund des § 338 Abs. 2a ASVG einen Vertrag nicht abschließen dürften (Hinweis auf OGH 1.6.1999, 10 Obs 365/98v; 29.6.1999, 10 Obs 6/99a; 1.6.2010, 10 Obs 79/10f). Das mit § 338 Abs. 2a ASVG verfolgte Ziel, teurere Großgeräte auf einige wenige Standorte zu beschränken, würde sonst unterlaufen. In der Praxis werde dies als "Wahlarztsperr" bezeichnet. Aus § 338 Abs. 2a ASVG sei auch abzuleiten, dass Untersuchungen mit Großgeräten als Sachleistung nur durch Betreiber von Krankenanstalten und nicht auch durch niedergelassene Ärzte erbracht werden dürften. Die in § 338 Abs. 2a ASVG vorgesehene Beschränkung des Vertragspartnerrechtes diene, wie auch der Oberste Gerichtshof ausgesprochen habe, dem öffentlichen Interesse an einer Steuerung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung im

225

Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie sollte die Rentabilität der bestehenden Großgeräte sicherstellen und ein Überangebot verhindern (OGH 1.6.2010, 10 ObS 79/10f) und damit auch die hohe Versorgungsqualität und die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sicherstellen (Hinweis auf *Grillberger, Wahlärzte*, in: Grillberger/Mosler [Hrsg.], *Ärztliches Vertragspartnerrecht*, 2012, 240 [253 ff.]). Dabei handle es sich ohne Zweifel um ein legitimes öffentliches Interesse. Dieses Interesse sei für den sogenannten intramuralen Bereich dasselbe wie für den extramuralen Bereich. Die durchschnittlichen Tarife für Untersuchungen durch CT- und MRT-Großgeräte durch nicht verrechnungsbefugte Ärzte lägen für CT bei mindestens € 150 und für MRT bei mindestens € 220. Es handle sich somit um kostenintensive Untersuchungen, weshalb ein besonderes öffentliches Interesse an Steuerungsmechanismen zur Kostenbegrenzung gegeben sei. Dass die Zahl der Großgeräte limitiert werden soll, erkläre sich auch daraus, dass in Österreich die Zahl der MRT-Einheiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung zum Stand 2019 mit 19,8 je eine Million Einwohner über dem OECD-Durchschnitt von 16,9 MRT-Einheiten je eine Million Einwohner liege. Vergleichbares gelte für die Versorgung mit CT-Geräten. Durch diese Zahl an Großgeräten sei demnach eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen sichergestellt. Demgegenüber könnte die Auffassung vertreten werden, dass eine Limitierung der Großgeräte deshalb unverhältnismäßig wäre, weil sie nicht nur der Verhinderung von Überkapazitäten diene, sondern auch der Beschränkung der Leistungen der Krankenversicherung. Dem sei allerdings entgegenzuhalten, dass eine solche Maßnahme zur Steuerung der Gesundheitsversorgung geeignet und sachgerecht sei, da in diesem Bereich eine angebotsinduzierte Nachfrage bestehe. Würde demnach die (ohnedies relativ hohe) Zahl der Großgeräte nicht kontingentiert, so hätte dies zwangsläufig eine unverhältnismäßig höhere finanzielle Belastung des Gesundheitswesens zur Folge. § 3a Abs. 3a KAKuG sei daher im Hinblick auf Art. 6 StGG verfassungskonform.

2.3.7.3. Die Niederösterreichischen Landesregierung vertritt in ihrer Stellungnahme die Auffassung, dass die Regelung der Konzessionserteilung keinen Eingriff in die Erwerbsausübungsfreiheit darstelle, weil die Regelung im öffentlichen Interesse, zur Erreichung der Ziele einer bestmöglichen Heilmittel- und ärztlichen Versorgung geeignet und nicht unverhältnismäßig sei (Hinweis auf

226

VfSlg. 18.513/2008). Auch das Bedarfsprüfungsverfahren im Krankenanstaltenrecht sei zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im öffentlichen Interesse gelegen und für die nachhaltige Versorgung der Bevölkerung unerlässlich. Nur so könne für sämtliche Versorgungsbereiche eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau gewährleistet und könnten Versorgungslücken verhindert werden. Beim Verfassungsgerichtshof seien Anträge des Verwaltungsgerichtshofes auf Aufhebung von – die Bedarfsprüfung hinsichtlich selbstständiger Ambulatorien betreffenden – Bestimmungen des NÖ KAG anhängig gewesen. Diese Bestimmungen hätten sich jedoch aus den in VfSlg. 19.529/2011 genannten Gründen nicht als verfassungswidrig erwiesen. § 10c Abs. 3 NÖ KAG stelle insofern eine sachliche Regelung dar, als die Qualitätskriterien im ÖSG darauf abzielen würden, in den verschiedenen Versorgungsstrukturen österreichweit gleiche Versorgungsstandards zu erreichen. Mit dem ÖSG werde sichergestellt, dass die Gesundheitsversorgung in ganz Österreich ausgewogen verteilt und gut erreichbar sei und in vergleichbarer Qualität auf hohem Niveau angeboten werde. Der am 30. Juni 2017 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene ÖSG 2017 enthalte quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina für ausgewählte Bereiche der ambulanten und der akutstationären Versorgung, für die ambulante und stationäre Rehabilitation und für medizinisch-technische Großgeräte. Bei der Erstellung des ÖSG 2017 seien insbesondere bestehende Angebote sowie demographische und epidemiologische Entwicklungen berücksichtigt worden. Das bedeutet, dass der Bund, die Länder und die Sozialversicherung bereits im Vorfeld bei der Erstellung des ÖSG 2017 die für eine harmonische und ausgewogene Verteilung der Ressourcen im Gesundheitssystem erforderlichen Überlegungen und Prüfungen angestellt hätten, um österreichweit eine gleichmäßige Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

Hinsichtlich der Planung im Gesundheitswesen betone bereits der Gerichtshof der Europäischen Union, dass die Planung medizinischer Leistungen die Beherrschung der Kosten sicherstellen und soweit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern solle. Das Unionsrecht

schließe nicht aus, dass die Infrastrukturen ambulanter Versorgung auch Gegenstand einer Planung sein könnten. Eine Planung, die eine vorherige Genehmigung für die Niederlassung neuer Anbieter medizinischer Leistungen verlange, könne sich als unerlässlich erweisen, um eventuelle Lücken im Zugang zu ambulanter Versorgung zu schließen. Weiters sei dies notwendig, um die Einrichtung von Strukturen einer Doppelversorgung zu vermeiden, sodass eine medizinische Versorgung gewährleistet sei, die den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst sei, das gesamte Staatsgebiet (daher nicht nur die Sozialversicherung) abdecke und geographisch isolierte oder auf andere Weise benachteiligte Regionen berücksichtige (Hinweis auf EuGH 10.3.2009, Rs. C-169/07, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH*).

Aus Sicht der Niederösterreichischen Landesregierung liege aus den genannten Gründen durch die getroffene Regelung kein überschießender Eingriff in den Schutzbereich des Grundrechtes auf Erwerbsfreiheit vor. 228

2.3.7.4. Die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes konnten zerstreut werden: 229

Nach der Grundsatzbestimmung des § 3a KAKuG ist die Errichtung selbständiger Ambulatorien grundsätzlich bewilligungspflichtig. Gemäß § 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG darf die Errichtungsbewilligung u.a. nur erteilt werden, wenn nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das (näher umschriebene) bestehende Versorgungsangebot "eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann", wobei bei der Beurteilung dieser Frage die in Abs. 3 leg. cit. genannten Kriterien zu berücksichtigen sind. 230

Gemäß § 3a Abs. 3a KAKuG ist jedoch, wenn der Leistungsumfang in Verordnungen nach den §§ 23 f. G-ZG geregelt ist, "hinsichtlich des Bedarfs" die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen; ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden. § 6a Oö. KAG 1997 und § 10c NÖ KAG enthalten entsprechende ausführungsgesetzliche Bestimmungen. Mit diesen Regelungen ist eine Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien angeordnet. Von dieser Bedarfsprüfung sind selbständige Ambulatorien ausgenommen, nach deren vorgesehenem Leistungsangebot 231

"ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen" (§ 3a Abs. 4 KAKuG, § 10c Abs. 5 NÖ KAG, § 6a Abs. 7 Oö. KAG 1997).

Art. 6 StGG garantiert die Freiheit der Erwerbsbetätigung. Rechtliche Berufsantrittshindernisse sind nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes nur zulässig, wenn sie durch ein öffentliches Interesse geboten, zur Zielerreichung geeignet, dieser adäquat und auch sonst sachlich zu rechtfertigen sind (vgl. zB VfSlg. 11.276/1987, 12.098/1989, 15.103/1998 und 15.740/2000). Errichtet das Gesetz eine Schranke schon für den Zugang zu einer Erwerbstätigkeit, die der Betroffene, der alle subjektiven Voraussetzungen erfüllt, aus eigener Kraft nicht überwinden kann (wie etwa eine Bedarfsprüfung), so liegt ein schwerer Eingriff in die verfassungsgesetzlich gewährleistete Erwerbsfreiheit vor, der nur angemessen ist, wenn dafür besonders wichtige öffentliche Interessen sprechen und wenn keine Alternativen bestehen, um den erstrebten Zweck in einer gleich wirksamen, aber das Grundrecht weniger einschränkenden Weise zu erreichen (VfSlg. 13.023/1992).

232

Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes kommt der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch "gemeinnützige Einrichtungen", unabhängig davon, ob diese von einer Gebietskörperschaft, einem sonstigen Rechtsträger oder einer Privatperson betrieben werden, vorrangige Bedeutung zu, und zwar auch deshalb, weil durch öffentliche Mittel eine für den Einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird (VfSlg. 13.023/1992, 15.456/1999, 15.740/2000). Unter "gemeinnützigen Einrichtungen" versteht die Rechtsprechung in diesem Zusammenhang vor allem solche, die durch öffentliche Mittel (mit-)finanziert werden und die ein wesentlicher Teil des der Volksgesundheit dienenden Systems der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sind (VfSlg. 15.456/1999). Die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz dieser Einrichtungen liegt daher nach ständiger Rechtsprechung im öffentlichen Interesse, so dass eine dem Konkurrenzschutz (Bestandsschutz) dienende Bedarfsprüfung vor dem die Erwerbsfreiheit verfassungsgesetzlich garantierenden Art. 6 StGG Bestand haben kann, sofern sie nicht unverhältnismäßig ist (VfSlg. 15.456/1999,

233

15.610/1999, 15.613/1999, 17.848/2006). Der bloße Konkurrenzschutz von erwerbswirtschaftlich geführten Krankenanstalten untereinander rechtfertigt jedoch keine Bedarfsprüfung (VfSlg. 13.023/1992, 14.552/1996, 15.740/2000).

Der Verfassungsgerichtshof bezweifelt nicht, dass eine geordnete Krankenanstaltenplanung der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen medizinischen Versorgung und der Vermeidung einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit (EuGH 10.3.2009, Rs. C-169/07, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH*, Rz 47; VfSlg. 15.456/1999, 19.607/2011) und damit dem wichtigen öffentlichen Interesse an einem funktionierenden Gesundheitswesen dient. 234

Die Bundesregierung hat zu Recht darauf hingewiesen, dass ein durch Verordnung für verbindlich erklärter Strukturplan (ÖSG, RSG), soweit er Bedarfe nach Ambulatorien etc. verbindlich festhält, der Sache nach nichts anderes als eine vorweggenommene, abstrakt-generelle Bedarfsprüfung darstellt. Soweit eine krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung zulässig ist (siehe vorhin), begegnet daher auch eine solche in Planform vorweggenommene abstrakt-generelle Bedarfsprüfung keinen prinzipiellen verfassungsrechtlichen Bedenken. Ob die Bedarfsbeurteilung in solchen als verbindlich erklärten Planungen konkret verfassungskonform festgelegt ist, insbesondere, ob sie dem Schutz der im öffentlichen Interesse liegenden öffentlichen, für den Einzelnen finanziell leistbaren Gesundheitsversorgung und der Sicherung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit dient, ist daher keine Frage der Verfassungsmäßigkeit des § 3a Abs. 3a KAKuG bzw. der dazu ergangenen Landes-Ausführungsgesetze, sondern eine Frage der Gesetz-(Verfassungs-)mäßigkeit der konkreten Strukturplan-Verordnung. 235

2.4. Zu den Bedenken gegen die ÖSG VO 2018 236

2.4.1. Das Bedenken, die in Prüfung gezogenen Ordnungsbestimmungen seien vom unzuständigen Organ der Gesundheitsplanungs GmbH erlassen worden, hat sich zerstreut. Die (in Teilen) in Prüfung gezogenen Ordnungen wurden vom Geschäftsführer der Gesundheitsplanungs GmbH erlassen, der auch das dafür zuständige Organ ist (oben III.2.3.4.4.). 237

- 2.4.2. Der Verfassungsgerichtshof hat gegen die in Prüfung gezogenen Bestimmungen der ÖSG VO 2018 bzw. der ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 weiters das Bedenken gehegt, dass es ihnen – im Fall der Aufhebung der § 23 Abs. 4 G-ZG, § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 (teilweise) an der gesetzlichen Grundlage fehlen würde. 238
- Dieses Bedenken trifft zu, soweit diese Verordnungen in § 23 Abs. 4 G-ZG ihre Grundlage hatten. 239
- 2.4.2.1. Gemäß Art. 139 Abs. 3 (Z 1) B-VG darf der Verfassungsgerichtshof eine Verordnung nur insoweit als gesetzwidrig aufheben, als ihre Aufhebung ausdrücklich beantragt wurde oder als er sie in der bei ihm anhängigen Rechtssache anzuwenden hätte. Gelangt der Verfassungsgerichtshof jedoch zur Auffassung, dass die ganze Verordnung der gesetzlichen Grundlage entbehrt, so hat er die gesamte Verordnung als gesetzwidrig aufzuheben oder, wenn die Verordnung bereits außer Kraft getreten ist, auszusprechen, dass die gesamte Verordnung gesetzwidrig war (Art. 139 Abs. 4 letzter Satz B-VG). Der Fall des Art. 139 Abs. 3 Z 1 iVm Abs. 4 letzter Satz B-VG liegt hier vor. 240
- 2.4.2.2. Die ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 wurde durch § 6 Abs. 2 der ÖSG VO 2020 (RIS-Kundmachungen [Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit], Nr. 2/2021) mit Ablauf des 18. Februar 2021 aufgehoben. Es ist daher auszusprechen, dass die ÖSG VO 2018 und die ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 – soweit sie als Bundesverordnungen in Geltung standen – zur Gänze gesetzwidrig waren. 241
- 2.4.3. Der Verfassungsgerichtshof hat gegen die in Prüfung gezogenen Bestimmungen der ÖSG VO 2018 bzw. der ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 ferner das Bedenken gehegt, dass sie insofern in Widerspruch zu ihren gesetzlichen Grundlagen stünden, als § 23 Abs. 4 und Abs. 5 G-ZG (und entsprechend die landesgesetzlichen Ausführungsbestimmungen zu § 23 Abs. 5 G-ZG) vor dem Hintergrund der Trennung der Vollzugsbereiche des Bundes und der Länder die gesonderte Erlassung von Verordnungen einerseits für Angelegenheiten iSd Art. 10 B-VG und andererseits für Angelegenheiten iSd Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG vorsehe. Demgegenüber 242

würden sich die angefochtenen Verordnungsbestimmungen als "gemischte Verordnungen" sowohl auf Angelegenheiten iSd Art. 10 B-VG als auch auf Angelegenheiten iSd Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG beziehen.

2.4.3.1. Die Niederösterreichische Landesregierung geht in ihrer Stellungnahme davon aus, dass § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG die Erlassung einer kompetenzübergreifenden Verordnung vorsehe. Die ÖSG-Verordnung lasse erkennen, welche Teile dem Gesundheitswesen und welche Teile dem Krankenanstaltenrecht zuzurechnen seien. Die Erlassung kompetenzbereichsübergreifender hoheitlicher Rechtsakte sei zulässig, etwa die Zusammenfassung von Bescheiden mehrerer Behörden in einer Ausfertigung (Hinweis auf VfSlg. 8304/1978 und 9380/1982). Dies gelte umso mehr für Verordnungen, die sich an einen unbestimmten Adressatenkreis richten. Selbst wenn einzelne Bestimmungen der in Prüfung gezogenen Verordnung nicht eindeutig einem Vollzugsbereich zugeordnet werden könnten und somit "janusköpfigen Charakter" aufweisen sollten, würde dies *Jablonec* (Gliederstaatsverträge in der österreichischen Rechtsordnung, ZÖR 1989, 225 [242 f.]) auf "untergesetzlicher Ebene" als zulässig erachten. 243

2.4.3.2. Die Wiener Landesregierung hält eine gesonderte Erlassung von Verordnungen für Angelegenheiten des Gesundheitswesens einerseits, des Krankenanstaltenrechtes andererseits nicht für geboten, weil "eine eindeutige Zuordnung des Inhaltes der Verordnung zu den jeweiligen Kompetenztatbeständen möglich ist". 244

2.4.3.3. Die Bedenken des Verfassungsgerichtshofes erweisen sich als nicht zutreffend: 245

Zunächst ist festzuhalten, dass im Prüfungsverfahren nicht bestritten worden ist, dass die in Prüfung gezogenen Verordnungsbestimmungen Regelungen enthalten, die sowohl dem Gesundheitswesen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) als auch dem Krankenanstaltenrecht (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) zuzurechnen sind. Aus § 4 Abs. 2 ÖSG VO 2018 ergibt sich, dass die großgerätebezogenen Festlegungen der Anlage 2 zu dieser Verordnung sowohl auf Krankenanstalten als auch auf den "niedergelassenen Bereich" bezogen sind. 246

Die Texte der den ÖSG- und RSG-Verordnungen zugrunde liegenden gesetzlichen Verordnungsermächtigungen des Bundes bzw. der Länder schließen es nicht explizit aus, dass auf ihrer Grundlage gemeinsame, verschiedene kompetenzrechtliche Angelegenheiten in einem behandelnde Verordnungen erlassen werden. Weiters sprechen die Gesetzesmaterialien (vgl. Erläut. zur RV 1333 BlgNR 25. GP, 10) durchaus dafür, dass der Gesetzgeber mit seinem "umfassenden und integrativen" Ansatz die Erlassung kompetenzübergreifender Verordnungen im Sinn hatte. 247

Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes (vgl. zB VfSlg. 4052/1961, 13.311/1992, 17.353/2004) ist es auch nicht erforderlich, dass eine Verordnung ihre gesetzliche Grundlage (richtig) angibt; auch ist es verfassungsrechtlich unbedenklich, wenn sich eine Verordnung auf verschiedene gesetzliche Grundlagen stützt; es ist nur erforderlich, dass sich eine Durchführungsverordnung überhaupt auf eine gesetzliche Grundlage zurückführen lässt. 248

Da mit der Gesundheitsplanungs GmbH dieselbe Behörde ermächtigt ist, Verbindlicherklärungen von Strukturplänen sowohl auf dem Gebiet des Gesundheitswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 10 B-VG) als auch auf dem Gebiet des Krankenanstaltenrechts (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG) vorzunehmen, verlangt auch das Erfordernis der klaren Zuordnung von Verordnungsbestimmungen zu ihrem behördlichen Urheber keine inhaltliche Trennung nach der Zugehörigkeit zu Kompetenzangelegenheiten. In diesem Punkt – eine oder mehrere Behörden als Urheber (und wegen der daran geknüpften, nach Umständen unterschiedlichen Rechtsschutzwege gegen Bescheide) – unterscheidet sich die vorliegende Konstellation von jenen Fällen, in denen der Verfassungsgerichtshof bei der Erlassung von Bescheiden "unter einem" eine klare Trennung im Spruch des Bescheides nach vollzogenen Materien verlangt hat (zB VfSlg. 2932/1955, 4774/1964, 5546/1967, 7878/1976, 8304/1978, 9380/1982). Infolge einheitlicher Kundmachungsvorschriften (§ 23 Abs. 6 G-ZG, § 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013) verlangen auch diese nicht, dass inhaltlich nach Kompetenzbereichen getrennte Verordnungen erlassen werden. 249

Entscheidend ist letztlich, ob ein Verständnis der gesetzlichen Grundlagen der in Prüfung gezogenen Verordnungen als Ermächtigung zur Erlassung von materienübergreifenden Verordnungen mit der Bundesverfassung im Einklang steht. Dies ist der Fall: 250

Weder steht der Erlassung einer kompetenzübergreifenden Verordnung eine ausdrückliche Verfassungsvorschrift entgegen, noch gebieten sonstige Grundsätze der Bundesverfassung in der vorliegenden Konstellation eine inhaltliche Trennung: 251

Der Verfassungsgerichtshof vermag nicht zu erkennen, dass die Ermächtigung zur Erlassung kompetenzübergreifender "gemischter" Verordnungen die Weisungsbefugnisse oberster Organe der Vollziehung oder die parlamentarische Verantwortlichkeit dieser Organe beeinträchtigen würde. Im Fall von inhaltlich nicht kompatiblen Weisungen der jeweiligen, für verschiedene Kompetenzangelegenheiten zuständigen obersten Organe der Vollziehung wird die Gesundheitsplanungs GmbH eine nach Inhalten getrennte Verbindlicherklärung vornehmen müssen; das einfache Gesundheits-Zielsteuerungsrecht steht dem nicht entgegen. Da für den Rechtsschutz gegen Verordnungen unabhängig von ihrer kompetenzrechtlichen Zuordnung allein der Verfassungsgerichtshof zuständig ist, ist eine Trennung der Verordnungsinhalte auch nicht aus Gründen des Rechtsschutzes erforderlich. 252

§ 17 Abs. 1 NÖGUS-G 2006 und § 17a Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 schließen daher – im Einklang mit der Bundesverfassung – die Erlassung von Verordnungen, die Angelegenheiten des Gesundheitswesens einerseits und Angelegenheiten des Krankenanstaltenrechtes andererseits in inhaltlicher Einheit regeln, nicht aus. 253

Das Bedenken, die in Prüfung gezogenen Verordnungen stünden in Widerspruch zu ihren gesetzlichen Grundlagen, weil diese die Erlassung "gemischter" Verordnungen ausschließen würden, erweist sich damit als unzutreffend. 254

Die in Prüfung gezogenen Bestimmungen der ÖSG VO 2018 bzw. der ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019 waren daher, soweit sie als Verordnungen der Länder Niederösterreich bzw. Oberösterreich in Geltung standen, nicht gesetzwidrig. 255

IV. Ergebnis

1. § 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter, vierter und fünfter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG, BGBl. I 26/2017, ist als verfassungswidrig aufzuheben. 256
- 1.1. Die Bestimmung einer Frist für das Außerkrafttreten der aufgehobenen Gesetzesstellen gründet sich auf Art. 140 Abs. 5 dritter und vierter Satz B-VG. 257
- 1.2. Der Ausspruch, dass frühere gesetzliche Bestimmungen nicht wieder in Kraft treten, beruht auf Art. 140 Abs. 6 erster Satz B-VG. 258
- 1.3. Die Verpflichtung des Bundeskanzlers zur unverzüglichen Kundmachung der Aufhebung und der damit im Zusammenhang stehenden sonstigen Aussprüche erfließt aus Art. 140 Abs. 5 erster Satz B-VG und § 64 Abs. 2 VfGG iVm § 3 Z 3 BGBLIG. 259
2. Die §§ 18, 19 und 20 Abs. 1 und 2 G-ZG, BGBl. I 26/2017, § 3a Abs. 3a KAKuG, BGBl. 1/1957, idF BGBl. I 26/2017, § 17 NÖGUS-G 2006, LGBl. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. 92/2017, § 10c Abs. 3 NÖ KAG, LGBl. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. 93/2017, § 17a Abs. 4 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017, § 6a Abs. 6a Oö. KAG 1997, LGBl. 132/1997 (WV), idF LGBl. 97/2017 und § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, LGBl. 10/2018, werden nicht als verfassungswidrig aufgehoben. 260
3. Im Übrigen, nämlich hinsichtlich des § 4 SKAG, ist das Gesetzesprüfungsverfahren einzustellen. 261
4. Die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), und die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in der Fassung der Verordnung 262

der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnungen des Bundes in Geltung standen, gesetzwidrig.

Die Verpflichtung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur unverzüglichen Kundmachung der Feststellung der Gesetzwidrigkeit erfließt aus Art. 139 Abs. 5 erster Satz B-VG und § 59 Abs. 2 VfGG iVm § 4 Abs. 1 Z 4 BGBIG. Diese Feststellung bezieht sich nicht auf diese Verordnungen, soweit sie als Landesverordnungen in Geltung standen (siehe oben III.2.4.3.3 und unten IV.5. und IV.6.).

5. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnung des Landes Oberösterreich in Geltung standen, nicht gesetzwidrig.

6. § 4 und Anlage 2 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), kundgemacht am 9. Juli 2018 unter Nr. 1/2018 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), in der Fassung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019), kundgemacht am 5. November 2019 unter Nr. 6/2019 im RIS (Sonstige Kundmachungen/Strukturpläne Gesundheit), waren, soweit sie als Verordnung des Landes Niederösterreich in Geltung standen, nicht gesetzwidrig.

7. Diese Entscheidung konnte gemäß § 19 Abs. 4 VfGG ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung getroffen werden.

266

Wien, am 30. Juni 2022

Der Präsident:

DDr. GRABENWARTER

Schriftführerin:

Mag. JUNGWIRTH