

VERFASSUNGSGERICHTSHOF

V 46/2019-11 ua.*

6. Oktober 2021

BESCHLUSS

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. Michael HOLOUBEK,
Dr. Helmut HÖRTENHUBER,
Dr. Claudia KAHR,
Dr. Georg LIENBACHER,
Dr. Johannes SCHNIZER und
Dr. Ingrid SIESS-SCHERZ

sowie der Ersatzmitglieder

Dr. Nikolaus BACHLER
MMag. Dr. Barbara LEITL-STAUDINGER

als Stimmführer, im Beisein der verfassungsrechtlichen Mitarbeiterin
Dr. Rosa DUARTE-HERRERA
als Schriftführerin,

1. über den Antrag des LANDESVERWALTUNGSGERICHTES SALZBURG, "§ 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 aufzuheben (V 46/2019), 2. bis 7. über die Anträge des VERWALTUNGSGERICHTES WIEN, der Verfassungsgerichtshof möge "die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze als gesetzwidrig aufheben, in eventuelle § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, als gesetzwidrig aufheben" (V 419/2020, V 426/2020, V 498/2020, V 539/2020, V 607/2020, V 244/2021), 8. in der Beschwerdesache der ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, vertreten durch die Haslinger/Nagele Rechtsanwälte GmbH, Roseggerstraße 58, 4020 Linz, gegen das Erkenntnis des Landesverwaltungsgerichtes Oberösterreich vom 14. Mai 2019, Z LVwG-050128/2/GS/JW (E 2445/2019), 9. in der Beschwerdesache der ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, vertreten durch die Haslinger/Nagele Rechtsanwälte GmbH, Roseggerstraße 58, 4020 Linz, gegen das Erkenntnis des Landesverwaltungsgerichtes Oberösterreich vom 14. Mai 2019, Z LVwG-050127/2/GS/JW (E 2462/2019), sowie 10. in der Beschwerdesache des ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, ***** *****, vertreten durch die Lang Weber Rechtsanwälte OG, Mariahilfer Straße 36, 1070 Wien, gegen das Erkenntnis des Landesverwaltungsgerichtes Niederösterreich vom 16. Juli 2020, Z LVwG-AV-559/001-2020 (E 2872/2020), in seiner heutigen nichtöffentlichen Sitzung beschlossen:

I. Gemäß Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. b B-VG wird die Verfassungsmäßigkeit folgender Bestimmungen von Amts wegen geprüft:

1. §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017.

2. § 3a Abs. 3a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, idF BGBl. I Nr. 26/2017.
 3. § 17 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl. Nr. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. Nr. 92/2017.
 4. § 17a Abs. 4 und 5 des Landesgesetzes über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. Nr. 83/2013, idF LGBl. Nr. 96/2017.
 5. § 4 Abs. 1 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. Nr. 24/2000 (WV), idF LGBl. Nr. 25/2018.
 6. § 10 des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBl. Nr. 10/2018.
 7. § 6a Abs. 6a Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. Nr. 132/1997 (WV), idF LGBl. Nr. 97/2017.
 8. § 10c Abs. 3 Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (Nö. KAG), LGBl. Nr. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBl. Nr. 83/2017.
- II. Gemäß Art. 139 Abs. 1 Z 2 B-VG wird die Gesetzmäßigkeit folgender Bestimmungen von Amts wegen geprüft:
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).
 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) 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).

- III. Das Verfahren über den Antrag des Landesverwaltungsgerichtes Salzburg, über die Anträge des Verwaltungsgerichtes Wien und über die zu E 2445/2019, E 2462/2019 und zu E 2872/2020 protokollierten Beschwerden wird nach Fällung der Entscheidung in den Gesetzesprüfungsverfahren und in den Verordnungsprüfungsverfahren fortgesetzt werden.

Begründung

I. Sachverhalt, Beschwerde und Vorverfahren

1. Beim Verfassungsgerichtshof sind folgende, zu V 46/2019, zu V 419/2020, V 426/2020, V 498/2020, V 539/2020, V 607/2020 und zu V 244/2021 protokollierte, auf Art. 139 B-VG gestützte Verordnungsprüfungsanträge anhängig: 1

1.1. Zu 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 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. 3

1.1.2. Aus Anlass dieses Verfahrens stellt das Landesverwaltungsgericht Salzburg im zweiten Rechtsgang (vgl. VwGH 13.12.2018, Ro 2017/11/009) 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 eventuelle 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, weil § 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

1.1.3. Der Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat eine Äußerung erstattet, in der die Zurückweisung des Antrages infolge mangelhafter Antragsformulierung, in eventu die Abweisung begehrt und dem Antragsvorbringen in der Sache entgegengetreten wird. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat die Verordnungsakten vorgelegt und eine Äußerung erstattet, die jener des Bundesministers für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz entspricht. Die Salzburger Landesregierung hat von einer Äußerung abgesehen. Ferner haben die den verfahrenseinleitenden Antrag zum Anlassverfahren stellende Gesellschaft sowie der Hauptverband (jetzt: Dachverband) der österreichischen Sozialversicherungsträger jeweils eine Äußerung erstattet. 7

1.2. Zu V 419/2020 8

1.2.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 419/2020 hat mit Schriftsatz vom 30. August 2017 einen Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs an der Erweiterung des Leistungsangebotes ihrer Krankenanstalt, eines Instituts 9

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 gestellt. 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, MA 40-GR-827.995/2019, 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 der Regionale Strukturplan Gesundheit Wien in Kraft (Kundmachung 1/2020).

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 eventuelle § 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 dieser Verordnung als gesetzwidrig aufheben.

10

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 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 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 fehle die Zustimmung des Bundes zur Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH iSv Art. 97 Abs. 2 B-VG. Die

11

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 2019 gesetzwidrig, weil sie als "gemischte Verordnung" gegen den Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche verstoße.

1.2.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat als verordnungserlassende Behörde die Verordnungsakten vorgelegt und eine Äußerung erstattet, in der den Bedenken des Verwaltungsgerichts Wien entgegengetreten und die Abweisung des Antrages begehrt wird. 12

1.2.4. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat eine Äußerung erstattet, in der den Bedenken des Verwaltungsgerichts Wien entgegengetreten und die Abweisung des Antrages begehrt wird. 13

1.2.5. Die Wiener Landesregierung hat ihren Verordnungsakt vorgelegt und eine Äußerung erstattet, in der die Zulässigkeit des Antrages bestritten, den Bedenken des Verwaltungsgerichtes Wien entgegengetreten und die Zurück-, in eventu die Abweisung des Antrages begehrt wird. 14

1.2.6. Die Österreichische Zahnärztekammer hat eine Äußerung erstattet, in der den Bedenken des Verwaltungsgerichtes Wien beigetreten wird. 15

1.3. Zu V 426/2020 16

1.3.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 426/2020 hat mit Schriftsatz vom 8. November 2019 einen Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfes für ein Ambulatorium für Kinder- und Jugendheilkunde in 1100 Wien gemäß § 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 1 Wr. KAG gestellt. 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 17

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 Bedarfes nicht nachvollziehbar sei und dass ein Gutachten zur Übereinstimmung des Vorhabens mit "den Verordnungen" einzuholen gewesen wäre.

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, 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 Bedenken. 18

1.3.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat als verordnungserlassende Behörde eine Äußerung erstattet, die jener im Verfahren zu V 419/2020 entspricht. 19

1.3.4. Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Wiener Landesregierung haben Äußerungen erstattet, die jenen im Verfahren zu V 419/2020 entsprechen. 20

1.3.5. Die Österreichische Ärztekammer hat eine Stellungnahme abgegeben, in der den Bedenken beigetreten und die Aufhebung näher bezeichneter Gesetzesbestimmungen sowie der ÖSG VO 2018 angeregt wird. 21

1.4. Zu V 498/2020 22

1.4.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 498/2020 hat mit Schriftsatz vom 6. Februar 2020 einen Antrag auf Feststellung gestellt, 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 Verwal- 23

tungsgericht 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.

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 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 Bedenken. 24

1.4.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH, der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Wiener Landesregierung haben Äußerungen erstattet, die jenen im Verfahren zu V 419/2020 entsprechen. 25

1.4.4. Die Österreichische Zahnärztekammer hat eine Stellungnahme abgegeben, die in der Sache jener zu V 419/2020 entspricht. 26

1.5. Zu V 539/2020 27

1.5.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 539/2020 hat mit Schriftsatz vom 31. Jänner 2020 einen Antrag auf Feststellung gestellt, dass das geplante Ambulatorium für Zahnmedizin an einem näher bezeichneten Standort in 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 und Rechtswidrigkeit auf Grund der Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend gemacht und die Gesetz- und Verfassungswidrigkeit der Rechtsgrundlagen des angefochtenen Bescheides behauptet wird. 28

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, 29

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 Bedenken.

1.5.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH, der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Wiener Landesregierung haben Äußerungen erstattet, die jenen im Verfahren zu V 419/2020 entsprechen. 30

1.5.4. Die Österreichische Zahnärztekammer hat eine Stellungnahme abgegeben, die in der Sache jener zu V 419/2020 entspricht. 31

1.6. Zu V 607/2020 32

1.6.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 607/2020 hat mit Schriftsatz vom 30. Jänner 2020 einen Antrag auf Feststellung gestellt, 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 der ÄAVE bei Genehmigung des Laboratoriums der verbindliche Planungszielwert für 2020 für Innere Medizin überschritten werde. Die Ärztekammer für Wien machte geltend, dass aus den Zahlen der RSG Wien – VO 2019 kein Bedarf zu ersehen sei. 33

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 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 Bedenken. 34

- 1.6.3. Die Gesundheitsplanungs GmbH, der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und die Wiener Landesregierung haben Äußerungen erstattet, die jenen im Verfahren zu V 419/2020 entsprechen. 35
- 1.6.4. Die Österreichische Ärztekammer hat eine Stellungnahme abgegeben, die in der Sache jener zu V 426/2020 entspricht. Ferner haben die den verfahrenseinleitenden Antrag zum Anlassverfahren stellende Partei sowie die Österreichische Gesundheitskasse eine Stellungnahme abgegeben, in der den Bedenken des Verwaltungsgerichtes Wien entgegengetreten wird. 36
- 1.7. Zu V 244/2021 37
- 1.7.1. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren zu V 244/2021 hat mit Schriftsatz vom 13. März 2020 einen Antrag auf Feststellung gestellt, 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 daraufhin 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. 38
- 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 Bedenken. 39
- 1.7.3. Der Verfassungsgerichtshof hat das Vorverfahren eingeleitet. 40
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: 41

- 2.1. Zu E 2445/2019 und zu E 2462/2019 42
- 2.1.1. Die zu E 2445/2019 beschwerdeführende Gesellschaft 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 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 weshalb sich eine Prüfung der weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erübrige. Bedenken gegen § 23 G-ZG und gegen diese Verordnung bestünden nicht (Hinweis auf *Souhrada*, Soziale Sicherheit 3/2017, 104 ff). 43
- 2.1.2. Dieselbe, auch zu E 2462/2019 beschwerdeführende Gesellschaft stellte weiters 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-050128/2/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 44

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 Versorgungszone 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 weshalb sich eine Prüfung der weiteren gesetzlichen Voraussetzungen erübrige. Bedenken gegen § 23 G-ZG und gegen diese Verordnung bestünden nicht (Hinweis auf *Souhrada*, Soziale Sicherheit 3/2017, 104 ff).

2.1.3. Gegen diese beiden Entscheidungen des Landesverwaltungsgerichtes Oberösterreich richten sich die vorliegenden, zu E 2445/2019 und zu E 2462/2019 protokollierten, auf Art. 144 B-VG gestützten 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) und einer gesetzwidrigen Verordnung (ÖSG VO 2018) behauptet und jeweils die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Erkenntnisses beantragt wird.

45

Die beschwerdeführende Gesellschaft bringt in beiden Beschwerden im Wesentlichen übereinstimmend vor, dass die Beleihung der Gesundheitsplanungs GmbH die verfassungsrechtlichen Beleihungsgrenzen überschreite, unter anderem deshalb, weil die "(rechtsformenmissbrauchende) In-Sich-Beleihung" objektiv unsachlich sei, weil Kernaufgaben und nicht bloß vereinzelte 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.

46

2.1.4. Die Oberösterreichische Landesregierung und das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich haben in beiden, zu E 2445/2019 und zu E 2462/2019 protokollierten Verfahren die Verwaltungs- bzw. Gerichtsakten vorgelegt, von der Erstattung einer Gegenschrift jedoch jeweils abgesehen. 47

2.2. Zu E 2872/2020 48

2.2.1. Der Beschwerdeführer im zu E 2872/2020 protokollierten Verfahren stellte am 1. Oktober 2019 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 Röntgeninstituts 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 NÖGUS ergebe sich, dass der Großgeräteplan für die Versorgungsregion Weinviertel keinen Bedarf für ein weiteres extramurales MRT-Gerät ausweise und dass der Großgeräteplan für das Landesklinikum 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. 49

2.2.2. Gegen diese Entscheidung richtet sich die vorliegende, 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 eines verfassungswidrigen Gesetzes (§ 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. 50

Begründend führt der Beschwerdeführer kurz 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 Bedarfsprüfung nach § 10c Abs. 3 Nö. KAG (§ 3a Abs. 3a KAKuG) überschießend und damit verfassungswidrig. 51

2.2.3. Die Niederösterreichische Landesregierung hat die Verwaltungsakten vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet. 52

2.3.4. Das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich hat die Gerichtsakten vorgelegt, von der Erstattung einer Gegenschrift jedoch abgesehen. 53

II. Rechtslage

Die maßgebliche Rechtslage stellt sich wie folgt dar (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben): 54

1. Die §§ 18 bis 30, § 41 und § 42 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I 26/2017, idF BGBl. I 100/2018 (§§ 21, 23 sowie 29) lauten (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben): 55

"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 Ge-

sellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitsplanungs 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 Bedacht 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 Patientenanwaltschaft,
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."

2. § 3a und § 56a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I/1957, idF BGBl. I 26/2017 (§ 56a) und BGBl. I 13/2019 (§ 3a) lauten (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

56

"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 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 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 Einvernehmen 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.

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."

3. 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. 27/2018 (§ 10c) laut(et)en (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

57

"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 o-

der 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 Grundbuchsumstellungsgesetzes – 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 – eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages nach § 8 des Primärversorgungsgesetzes, BGBl. I Nr. 131/2017, 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 NÖ Gebietskrankenkasse 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 Hauptverband der Österreichischen 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."

4. 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 laut(et)en (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

58

"§ 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 krankenhausentlastende 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 Monitoringbereichs;
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 Gesundheit 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 NÖ Gebietskrankenkasse entsandte Mitglieder, darunter der Obmann/die Obfrau der NÖ Gebietskrankenkasse, sowie
2. ein Mitglied, das von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 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 Co-Vorsitzende/die Co-Vorsitzende durch einen seiner/ihrer in der NÖ Gebietskrankenkasse bestellten Stellvertreter bzw. eine seiner/ihrer in der NÖ Gebietskrankenkasse bestellte Stellvertreterin,
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/die Vorsitzende der Gesundheitsplattform gem. § 6 Abs. 5 gleichberechtigt mit der Obfrau/dem Obmann der NÖ Gebietskrankenkasse (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 Be-

triebsformen 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."

5. § 6a Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBl. 132/1997, idF LGBl. 73/2018 lautete (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

59

"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 Sicherheit

eine 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 Besiedlungsdichte);
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 Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 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 Planungsinstituts 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 Hauptverband der österreichischen 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."

6. § 17a Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017 lautet (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

60

"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."

7. Die §§ 4, 12a und 14 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG – WV), LGBl. 24/2000, idF LGBl. 25/2018 (§ 4) und LGBl. 66/2019 (§ 12a und § 14) lauten (die in Prüfung gezogene Bestimmung ist hervorgehoben):

"Gesundheitsplanung auf Landesebene
§ 4

(1) Jene Teile des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG), die Angelegenheiten des Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG betreffen, hat die Gesundheitsplanungs GmbH durch Verordnung für verbindlich zu erklären. Die Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt bei der Erfüllung die Aufgaben der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung. Sie ist auf Verlangen der Landesregierung zur jederzeitigen Information verpflichtet.

(1a) Kommt das im § 5 Abs 2 Z 3 SAGES-Gesetz vorgesehene Einvernehmen über die als verbindlich zu erklärenden Teile des RSG bzw. dessen Änderungen entsprechend den Bestimmungen der Landes-Zielsteuerungskommission nicht zustande, hat die Landesregierung auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen des RSG für Fondskrankenanstalten einen Krankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen. Die Vorgaben des Zielsteuerungsvertrages gemäß § 10 G-ZG und des ÖSG einschließlich der im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden sind dabei zu beachten. Vor Erlassung der Verordnung ist der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) zu hören.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche, österreichweit auf einheitlichen Grundsätzen basierende Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die im ÖSG vereinbarten Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze und -methoden zu berücksichtigen. Im Landeskrankenanstaltenplan sind jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Fondskrankenanstalten,
2. die höchstzulässigen 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. die Art und die Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die höchstzulässigen Bettenzahlen je Fachbereich, bezogen auf das Land bzw die Versorgungsregion oder 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 im Zusammenhang mit § 7 Abs 2 und 3 die zur Realisierung beabsichtigten Bettenkapazitäten je Fachbereich und Standort im Salzburger Landeskrankenanstaltenplan zumindest unverbindlich mit Informationscharakter auszuweisen.

(4) Der Salzburger Landeskrankenanstaltenplan ist bei einer wesentlichen Änderung der im Abs 1a genannten Pläne an die geänderten Bedingungen anzupassen. Erteilte Bewilligungsbescheide zur Errichtung und zum Betrieb von im Abs 1 genannten Krankenanstalten sind dabei zu ändern oder aufzuheben, wenn und soweit dies zur Einhaltung der Planvorgaben erforderlich ist.

3. Teil Errichtung und Betrieb selbstständiger Ambulatorien Sachliche Voraussetzungen § 12a

(1) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs 1 Z 5) darf nur erteilt werden, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

a) Durch das selbstständige Ambulatorium muss nach dem beabsichtigten Anstaltszweck und Leistungsangebot eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden (Abs 2 und 3), soweit nicht Abs 4 Anwendung findet.

b) Der Bewerber muss das Eigentum oder ein sonstiges Recht an der für die Krankenanstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachweisen, das ihm die zweckentsprechende Benützung der Betriebsanlage gestattet.

c) Das für die Unterbringung der Krankenanstalt vorgesehene Gebäude muss den bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen und nach seiner Lage und Beschaffenheit für die Art der vorgesehenen Krankenanstalt geeignet sein.

d) Sofern ein Vertragsvergabeverfahren der Sozialversicherung über den verfahrensgegenständlichen Leistungsumfang anhängig ist oder innerhalb von drei Monaten nach Zustellung der Entscheidung der Landesregierung im Rahmen eines Verfahrens gemäß § 12e (Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes) eingeleitet wird, ist Voraussetzung für die Erteilung der Errichtungsbewilligung darüber hinaus auch eine Vertragszusage der Sozialversicherung auf Grund dieses Vertragsvergabeverfahrens. Eine Vertragszusage der Sozialversicherung ist der Landesregierung im Wege des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben.

(2) Die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes ist unter Bedachtnahme auf das bereits bestehende Versorgungsangebot

1. öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kaserverträgen einschließlich der Ambulanzen dieser Krankenanstalten,
2. kasseneigener Einrichtungen und
3. niedergelassener Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständiger Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien der niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

unter den Gesichtspunkten der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und der Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit zu beurteilen.

(2a) 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 Frage der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist nach Abs 1 lit a iVm Abs 2 und 3 vorzugehen.

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

1. die örtlichen 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 Patienten;
4. die durchschnittliche Belastung zu berücksichtigender bestehender Leistungsanbieter und
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw Zahnmedizin.

(4) Die Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes hat zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, sind die Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse und der Dachverband der Sozialversicherungsträger zu hören.

(5) Bei der Errichtung von selbstständigen Ambulatorien (§ 2 Abs 1 Z 5), die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, sind die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

Veränderung der Krankenanstalt § 14

(1) Jede Veränderung der Krankenanstalt ist der Landesregierung anzuzeigen.

(2) Einer Bewilligung der Landesregierung bedürfen alle wesentlichen Veränderungen im Anstaltszweck und Leistungsangebot, in der Organisation der Krankenanstalt, im räumlichen Bestand sowie in der apparativen und sonstigen sachlichen Ausstattung. Als solche wesentliche Änderungen gelten insbesondere:

- a) eine Veränderung der Art der Krankenanstalt (§ 2 Abs 1 Z 1 bis 5);
- b) eine Veränderung der Form einer Allgemeinen Krankenanstalt (§ 2 Abs 2 lit a bis c);
- c) eine Änderung des Leistungsangebotes der Krankenanstalt;
- d) eine Errichtung neuer Abteilungen, Departments, Stationen oder anderer Einrichtungen wie Ambulatorien, Laboratorien oder Institute, wenn diese vom Errichtungsbewilligungsbescheid nicht umfasst waren;
- e) eine Verlegung der Betriebsstätte;
- f) eine Erweiterung der Krankenanstalt durch Neu-, Zu- oder Umbauten;
- g) die Neuanschaffung medizinisch-technischer Großgeräte, ohne dass damit eine bauliche Maßnahme verbunden wäre.

Im Bewilligungsverfahren sind die Vorschriften der §§ 8 bis 12 bzw §§ 12b bis 12g und bei Änderungen gemäß lit a bis e und g auch § 7 bzw § 12a sinngemäß anzuwenden. Von einer Prüfung des Bedarfes ist bei einer Verlegung der Betriebsstätte (lit e) jedoch abzusehen, wenn bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt. Bei

Fondskrankenanstalten ist an Stelle der Bedarfsprüfung (§ 7 Abs 1 lit a) zu prüfen, ob die Änderung mit den auf Grund der §§ 23 oder 24 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erlassenen Verordnungen übereinstimmt. Die Bewilligung kann nur bei gegebener Übereinstimmung erteilt werden. Bei Fondskrankenanstalten ist die Bewilligung weiters nur dann zu erteilen, wenn die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

(3) Für die Erweiterung (Abs 2 lit a bis d und g) von Ambulatorien eines Krankenversicherungsträgers findet abweichend von Abs 2 an Stelle des § 7 der § 12f Anwendung."

8. Die §§ 5, 22, 23 und 24 des Gesetzes vom 16. Dezember 2015 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz – SAGES-Gesetz 2016), LGBl. 121/2015, idF LGBl. 33/2018 (§ 5), LGBl. 100/2018 (§ 24) und LGBl. 66/2019 (§ 22 und § 23) lauten:

62

"Aufgaben in Angelegenheiten der Zielsteuerung § 5

(1) Der Fonds hat in Angelegenheiten der Zielsteuerung folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Beschlussfassung über den von der Kommission gemäß § 17 Abs 2 Z 2 vorbereiteten Entwurf des vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommens (Art 9 Abs 1 der Zielsteuerungsvereinbarung);
2. die Koordination, Abstimmung und Festlegung aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben und Maßnahmen zur Umsetzung;
3. die Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und die Behandlung des Monitoringberichts;
4. die Wahrnehmung von Agenden des Sanktionsmechanismus der Zielsteuerung-Gesundheit nach § 32;
5. die Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen) sowie die Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;
6. die Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß Abs 2;
7. die Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural;
8. die Umsetzung der Strategie zur Gesundheitsförderung;
9. die Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds (§ 15);
10. die Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
11. die Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
12. die Evaluierung der Aufgaben gemäß Z 1 bis 11.

(2) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat den Salzburg betreffenden Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) in Angelegenheiten gemäß Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG entsprechend den Vorgaben des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG)

1. bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterzuentwickeln und regelmäßig zu revidieren;
2. dafür Sorge zu tragen, dass der RSG jedenfalls die im Art 5 Abs 7 der Vereinbarung genannten Inhalte umfasst und bei Kapazitätsplanungen im ambulanten Bereich die Vorgaben des Art 5 Abs 6 der Vereinbarung eingehalten werden;
3. dafür Sorge zu tragen, dass die einvernehmlich zwischen Ländern und Sozialversicherung als normativ gekennzeichneten Teile des RSG durch Verordnung gemäß § 23 Abs 2 G-ZG als verbindlich festgelegt werden. 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.

Landes-Zielsteuerungskommission, Zusammensetzung § 22

- (1) Die Landes-Zielsteuerungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:
1. fünf Mitglieder als Landeskurie, die von der Landesregierung entsendet werden, darunter zumindest ein Mitglied der Landesregierung,
 2. fünf Mitglieder als Sozialversicherungskurie, darunter der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse, die von den Trägern der Sozialversicherung entsendet werden, und
 3. ein Mitglied, das vom Bund entsendet wird.

(2) § 19 Abs 2 bis 5 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Geschäftsordnung § 23

(1) Den Vorsitz führen gleichberechtigt ein von der Landesregierung bestimmtes Mitglied derselben aus dem Kreis der Mitglieder in der Landeskurie und der Obmann bzw die Obfrau der Salzburger Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse.

(2) Die Einberufung der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgt durch die Vorsitzenden. In jedem Jahr haben mindestens zwei Sitzungen stattzufinden. Die Landes-Zielsteuerungskommission ist auch einzuberufen, wenn es einer bzw eine der beiden Vorsitzenden oder mindestens zwei sonstige Mitglieder verlangen.

(3) Die Landes-Zielsteuerungskommission ist beschlussfähig, wenn von jeder Kurie (Land und Sozialversicherungsträger) jeweils drei Mitglieder oder Ersatzmitglieder, darunter zumindest einer bzw eine der Vorsitzenden, anwesend sind.

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

1. Die Mitglieder einer Kurie können nur einheitlich abstimmen, das Abstimmungsverhalten ergibt sich aus Abs 5.
2. Soweit in Z 3 nicht anderes bestimmt wird, werden Beschlüsse mit den Stimmen der Kurien gemäß § 22 Abs 1 Z 1 und 2 gefasst.
3. Bei Beschlüssen, die von geltendem Recht, der Vereinbarung, der Zielsteuerungsvereinbarung, dem Zielsteuerungsvertrag oder Beschlüssen der Organe der Bundesgesundheitsagentur abweichen, kommt dem Mitglied gemäß § 22 Abs 1 Z 3 ein Vetorecht zu. Im Fall der Verhinderung an der Sitzungsteilnahme kann dieses binnen einer Woche die Einwände schriftlich und begründet mitteilen.

(5) Die Stimme der Kurie des Landes bestimmt sich nach der Mehrheit der Stimmen der anwesenden Kurienmitglieder. Die Willensbildung in der Kurie der Sozialversicherung richtet sich nach den bundesgesetzlichen Vorschriften. Die Abstimmungen in den Kurien haben getrennt voneinander zu erfolgen. Das von der Landesregierung als Vorsitzender bzw Vorsitzende bestellte Mitglied der Landesregierung hat die Stimmabgabe (eine Stimme) für die Landeskurie wahrzunehmen.

(6) § 20 Abs 5 und 8 gilt sinngemäß.

Landes-Zielsteuerungskommission, Aufgaben § 24

(1) Die Landes-Zielsteuerungskommission hat folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. die Beschlussfassung in Angelegenheiten des § 5;
2. die Beschlussfassung in solchen Angelegenheiten, die ihr von der Gesundheitsplattform zusätzlich übertragen werden;
3. die Beschlussfassung in Bezug auf solche Aufgaben gemäß § 6 Z 11, die gesetzlich der Landes-Zielsteuerungskommission zugewiesen werden.

(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."

9. Die §§ 5, 5a und 7 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG 1987), 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 vorgesehene 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 Rechts-träger 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."

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

64

"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 krankenhausentlastende 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."

11. 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), lautete auszugsweise wie folgt (die in Prüfung gezogenen Bestimmungen [ausgenommen die ebenfalls in Prüfung gezogene Anlage 2] 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 Gesamtanzahl 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	1	1			
12 Burgenland-Süd	Fonds-KA	K104 Güssing LKH	1	1				
	Fonds-KA	K107 Oberwart LKH	1	1				
	extramural		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. ^{1,4}	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			1	
	Fonds-KA	K216 Villach LKH ⁴	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 Gerätestandort K214 in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter

² MR: Betrieb des MR-Gerätes durch das KH Spittal/Drau am Gerätestandort K215 und des MR-Gerätes durch das LKH Wolfsberg am Gerätestandort 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				
	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					
	extramural ⁴		1	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				
	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
	Summe		15	12	5	1		
			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: "MedAustron" 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				
		4	3					
42 OÖ Zentralraum Wels	Fonds-KA	K434 Wels-Grieskirchen KL K434.1 Wels	2	2	3		2	
	Fonds-KA	K434.2 Grieskirchen	1					
	Rehabilitationszentren extramural ⁶		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 ¹			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				1			
	extramural		3	3				
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 Graz	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 Liezen	Fonds-KA	K643 Rottenmann-Bad Aussee KAV/ Bad Aussee	1					
		Rottenmann	1	1				
	Fonds-KA	K646 Schladming DIA KH extramural	1	1				
63 Östliche Obersteiermark	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 Oststeiermark	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 West-/Süd- steiermark	Fonds-KA	K654 LKH Südsteiermark/Wagna	1	1				
	Fonds-KA	K664 LKH Weststeiermark/ Deutschlandsberg	1					
		Voitsberg	1					
	extramural		2	1				
66 Westliche Obersteiermark	Fonds-KA	K648 Stolzalpe LKH		1				
	Fonds-KA	K672 Judenburg-Knittelfeld LKH/ Knittelfeld ³	1	1				
		Judenburg	1					
	extramural ³		1					
6 Steiermark	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	1					
		Natters	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 ^{4,5}	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 ¹ St. Elisabeth KH	1					
		Fonds-KA K917 Rudolfstiftung	1	1	2		1	1
		Fonds-KA K952 St. Anna KISP sonstige KA extramural ¹	3 6	1 7			1	
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 sonstige KA ⁴ extramural ^{2,4}	1 2 7	1 2 8		1 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 16	3 18	1 5		1	
		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), 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):

"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 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), mit Ablauf des 18. Februar 2021 außer Kraft. 67

12. 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), 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.

RSZ-Planungsmatrix* für Bundesland Wien

1.840.226 EW 2016

Anlage 1 – Blatt 1

Ambulante ärztliche Versorgung		AM/PTV ¹⁶	AN	KLU	KCG ¹⁷	KJP ¹⁸	CH ¹⁹	NCH ²⁰	IM ²¹	GGH	NEU ²²	PSY ²³	DER	AU	HNO	URO	PCH ²⁴	PUL	OP ²⁵	UCH	OTRR	MKG	ZMK ²⁶	STR	RAO	NJK	PAU	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	-	0,0	25,9	75,7	-	9,2	6,5	34,4	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	879,3
AAVE spezialambulanz		697,3	-	81,3	-	X	44,1	-	20,7	0,51	43,7	X	73,3	89,6	63,7	43,5	-	35,9	0,6	0,2	-	-	559,4	-	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	2064,3
AAVE in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag)		0,8	-	2,0	-	-	2,0	-	38,2	7,3	2,7	X	3,5	0,2	3,8	8,9	-	2,0	3,0	-	-	77,0	-	N.V.	771,4						
AAVE in Kassambulanz (kassenfremde selbstständige Ambulanz)		722,8	-	172,2	-	X	144,6	-	403,8	180,1	65,4	X	84,1	148,3	90,3	73,0	-	50,9	135,5	76,0	-	9,2	681,9	34,4	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	3165,3
davon in PUVeinheiten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IST §2-Kassenplanstellen 2016		741	X	86	X	X	37	X	0,4	0,2	3,6	X	7,2	91	62	4,4	X	3,9	86	0	X	X	656	-	X	X	X	X	X	X	2193
§2-Kassenplanstellen (Verträge)		3,6	X	11	X	X	2,6	X	71	2,6	11	X	8	11	5	2,0	X	2	7	6	X	X	91	-	X	X	X	X	X	X	340
PLAN AAVE 2025		50,4	X	89,3	-	X	0,87	-	261,9	80,9	47,5	X	59,8	64,8	34,5	20,7	-	0,3	30,9	91,9	X	14,5	0,3	44,0	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	1027,4
AAVE niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag und Kassengeld) gesamt		80,2	-	92,6	-	X	5,3	-	79,3	21,7	48,4	X	81,2	0,7	67,4	5,1	-	3,9	18,6	0,0	X	0,0	757	X	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	2520,8
AAVE insgesamt		863,6	X	119	-	X	161,0	-	440,2	202,6	95,9	X	140,9	163,5	101,8	78,8	-	48,1	143,5	91,9	X	14,5	784,0	44,0	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	3548,2
davon in PUVeinheiten		0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PLAN AAVE 2030		894,2	X	187,7	-	X	166,3	-	460,1	204,9	98,8	X	146,0	176,8	105,3	82,8	-	50,2	155,3	94,3	X	14,7	784,5	45,2	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	3666,9

¹⁶NCH: in Regime nicht berücksichtigt

¹⁷KUG, PCH, Zögnerort zu CH

¹⁸ZMK einschließlich ÖRO, §2-Kassenplanstellen - ZMK, K, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde + Zahnbehandler + Dentisten.

¹⁹KJP, PSY: Der Ausweis der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).

²⁰Für einen 24/7-Einsatz im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in den Krankenanstalten sind bei PLAN AAVE 2025* in Wien insgesamt 40 AAVE aus dem Bereich der Innere Medizin/Chirurgie dem Bereich AM/PTV/Intensivambulanz zugeordnet worden.

²¹Die Kapazitäten für ein multimedialer Schichtdienst sind in einem mehrdimensionalen Planmodell festgelegt.

²²Die bereits vereinbarte, aber noch nicht quantifizierte Verlagerung der Dialyseversorgung von Intramural nach extramural erfordert eine Verschiebung der AAVE zwischen den Sektoren.

²³Die VPE ist eine ZMK-Versorgung von Menschen mit Behinderung, Kindern mit hohem Betreuungsbedarf, Angehörigen/Inhabern von Patienten oder Wachen in Langzeitbetten für zumindest sechs wochentag, vier- und geschichtliche Eingriffe unter Sedation sowie bei Narkose vorgesehen.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY ¹⁴		KJP	PSY	gesamt
IST AAVE 2016		6,1	23,6	29,7
AAVE spezialambulanz		6,6	20,7	27,3
AAVE in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassambulanz (kassenfremde selbstständige Ambulanz)		-	1,4	1,4
AAVE in Instituten ¹⁵		11,0	67,0	78,0
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	26,4	33,3
AAVE spezialambulanz		7,0	26,4	33,3
AAVE niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in selbstständigen Ambulanz (mit Vertrag und Kassengeld) und sonstigen gesamt		9,9	36,3	46,2
AAVE insgesamt		26,8	103,7	130,5
PLAN AAVE 2030		28,3	109,2	137,4

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

¹⁴Je Versorgungsregion wird es zusätzlich zu niedergelassenen Versorgungs- und Standorten mit einem stationären psychiatrischen Versorgungsangebot und pro Krankenhaus mindestens ein zugehöriges Ambulanz mit ambulanten und tagesspäteren Angeboten für Erwachsene geben.

¹⁵Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind pro Versorgungsregion - zusätzlich zur niedergelassenen Versorgung - ein Standort mit einem stationären psychiatrischen Versorgungsangebot und zwei zugehörige Ambulanz mit ambulanten und tagesspäteren Angeboten geplant.

¹⁶Unter "Instituten" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Staat Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.

¹⁷Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemgruppen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenintervention).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 92 Wien-West

697.145 EW 2016

Anlage 1 – Blatt 3

Ambulante ärztliche Versorgung		AM/	PV ^(a)	AN	KUW	KQC ^(b)	KJP ^(c)	CH ^(d)	NCH ^(d)	M	GGH	NEU	PSY ^(e)	DER	AU	HNO	URO	PCH ^(f)	PUL	OR	UCH	ORTR	MG	ZMK ^(g)	STR	RAD	NUK	PIR	PAT	LAB	SON	gesamt	
IST AAVE 2016		112	-	20,3	-	X	221	-	818	234	97	X	6,6	97	81	6,9	-	16	0,6	34,6	-	6,8	0,2	14,6	n.v.	292,4							
AAVE spitasambulant		280,8	-	32,5	-	X	215	-	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.	759,5							
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		-	-	-	-	X	-	-	14	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	-	n.v.	4,5							
AAVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,4	
AAVE in Kassenambulatorien (kassenfremde selbstständige Ambulatorien)		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.	1068,7							
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.	1068,7							
davon in PV-Einheiten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
IST §2-Kassenplanstellen 2016		294	X	36	X	X	B	X	37	39	E	X	30	33	24	14	X	F	32	0	X	X	264	-	X	X	X	X	X	X	X	851	
§2-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	X	141	
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)																																	
PLAN AAVE 2025																																	
AAVE spitasambulant		231	X	110	-	X	270	-	82,3	27,0	9,3	X	116	81	91	7,1	-	0,9	14,5	30,0	X	0,3	3,8	6,4	n.v.	304,7							
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		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	241,9	X	n.v.	679,7							
AAVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)																																	
AAVE in Kassenambulatorien (kassenfremde selbstständige Ambulatorien)																																	
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	-	25,5	52,3	30,0	X	0,3	245,7	15,4	n.v.	1184,4							
davon in PV-Einheiten		420																															
PLAN AAVE 2030																																	
AAVE insgesamt		333,3	X	50,3	-	X	51,8	-	141,6	74,5	29,5	X	43,4	53,5	33,0	24,4	-	26,2	53,6	30,8	X	0,4	250,3	15,6	n.v.	1212,3							

^(a) NCH: in Region nicht berücksichtigt

^(b) KQC: PCH: zugeordnet zu CH

^(c) ZMK: einschließlich KFO; §2-Kassenplanstellen - ZMK: Zahn-, M- und Kiefermunde + Zahnbehandl. + Dentisten

^(d) KJP, PSY: Der Ausweis der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in eigener Darstellung (siehe unten).

^(e) Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in der Krankenstation sind bei "PLAN AAVE 2025" in der Versorgungsregion B2 AAVE aus dem Bereich der internen Chirurgie dem Bereich AM/PV intramurale zugeordnet worden.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY		KJP	PSY	gesamt
IST AAVE 2016		4,0	6,6	0,6
AAVE spitasambulant		19	7,6	9,5
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassenambulatorien (kassenfremde selbstständige Ambulatorien)		2,7	6,7	9,3
AAVE insgesamt		8,5	30,9	39,4
IST §2-Kassenplanstellen 2016		2	9	110
§2-Kassenplanstellen (Verträge)		0	1	10
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)				
PLAN AAVE 2025		4,5	6,9	114
AAVE spitasambulant		5,3	25,3	30,6
AAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)		3,8	32,2	42,0
AAVE in selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag)				
AAVE in Kassenambulatorien (kassenfremde selbstständige Ambulatorien)				
AAVE insgesamt		10,2	32,5	42,7

Großgeräte - siehe ÖStG-VO und ÖStG 2017 (Anhang 10 - GFP) in der jeweils geltenden Fassung

^(f) Unter "Institute" sind erkrankung Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Staat, Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben. Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemfelder spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenintervention).

[...]"

13. § 84a des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG.), BGBl. 189/1955 idF BGBl. I 100/2018, lautet:

69

"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 Sondersversicherungsträger 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."

III. Bedenken des Verfassungsgerichtshofes

1. Der Verfassungsgerichtshof hat über die in sinngemäßer Anwendung der §§ 187 und 404 ZPO iVm § 35 Abs. 1 VfGG zur gemeinsamen Beratung und Entscheidung verbundenen Anträge und Beschwerden erwogen: 70

2. Bei der Behandlung dieser Anträge und Beschwerden sind im Verfassungsgerichtshof Bedenken ob folgender Bestimmungen entstanden: 71

2.1. Bei Behandlung des Antrages des Landesverwaltungsgerichtes Salzburg Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit der §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG und des § 4 Abs. 1 SKAG. 72

2.2. Bei Behandlung der Anträge des Verwaltungsgerichtes Wien Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit der §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 2 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG und des § 10 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017. 73

2.3. Bei der Behandlung der zu E 2445/2019 und E 2462/2019 protokollierten Beschwerden Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit der §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG, des § 3a Abs. 3a KAKuG, des § 17a Abs. 4 und 5 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 und des § 6a Abs. 6a Oö. KAG sowie ob der Gesetzmäßigkeit des § 4 und der Anlage 2 zur Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018). 74

2.4. Bei der Behandlung der zu E 2872/2020 protokollierten Beschwerde Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit der §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 G-ZG, des § 3a Abs. 3a KAKuG, des § 17 NÖGUS-G und des § 10c Abs. 3 NÖ KAG sowie ob der Gesetzmäßigkeit des § 4 und der Anlage 2 zur Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018) idF der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2019). 75

3. Zur Zulässigkeit: 76

3.1. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass der Antrag des Landesverwaltungsgerichtes Salzburg zulässig ist, dass es bei der Erlassung seiner Entscheidung die von ihm angefochtenen Bestimmungen zumindest denkmöglich anwenden wird müssen und dass auch der Verfassungsgerichtshof die aus Anlass des Antrages des Landesverwaltungsgerichtes Salzburg in Prüfung gezogenen Bestimmungen anzuwenden hat. 77

3.2. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass die Anträge des Verwaltungsgerichtes Wien zulässig sind, dass es bei der Erlassung seiner Entscheidungen die von ihm angefochtenen Bestimmungen zumindest denkmöglich anwenden wird müssen und dass auch der Verfassungsgerichtshof die aus Anlass des Antrages des Verwaltungsgerichtes Wien in Prüfung gezogenen Bestimmungen anzuwenden hat. 78

3.3. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass die zu E 2445/2019 und E 2462/2019 protokollierten Beschwerden zulässig sind, dass das Landesverwaltungsgericht Oberösterreich bei der Erlassung der angefochtenen Entscheidungen die in Prüfung gezogenen Bestimmungen zumindest denkmöglich angewendet hat und dass auch der Verfassungsgerichtshof diese Bestimmungen bei seiner Entscheidung über die Beschwerden anzuwenden hat. 79

3.4. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass die zu E 2872/2020 protokollierte Beschwerde zulässig ist, dass das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich bei der Erlassung der angefochtenen Entscheidung die in Prüfung gezogenen Bestimmungen zumindest denkmöglich angewendet hat oder hätte anwenden müssen und dass auch der Verfassungsgerichtshof diese Bestimmungen bei seiner Entscheidung über die Beschwerde anzuwenden hat. Zwar beruft sich das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich in seiner angefochtenen Entscheidung auf die ÖSG VO 2018 in ihrer Stammfassung, der Verfassungsgerichtshof geht jedoch vorläufig davon aus, dass das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich im Zeitpunkt seiner Entscheidung vom 16. Juli 2020 bereits die ÖSG VO 2018 idF der ÖSG VO 2019, welche am 6. November 2019 in Kraft getreten ist, anzuwenden gehabt hätte. 80

4. Zur Rechtslage 81

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). 82

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.

83

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.

84

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:

85

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).

86

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).

87

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-

88

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 grundsätzlich 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, insofern 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, § 4 Abs. 1 Sbg. KAG 2000 und § 10 Abs. 1 Wr. 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. 1 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013.)

89

4.4.3. Die Rechtsstellung der Bundes-Zielsteuerungskommission, der Landes-Zielsteuerungskommissionen und der Gesundheitsplanungs GmbH stellt sich folgendermaßen dar:

90

4.4.3.1. 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), 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-Zielsteuerungskommission ist nicht (ausdrücklich) Weisungen staatlicher Organe unterworfen.

91

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 eigener Rechtspersönlichkeit gestaltet (vgl. zB § 1 Abs. 1 NÖGUS-G 2006, § 1 Abs. 1 Oö. Landesgesundheitsfonds-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. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013, § 22 Abs. 1 SAGES-Gesetz 2016, § 7 Abs. 1 Wr. Gesundheitsfonds-Gesetz 2017). 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, § 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

92

(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".

93

§ 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 GZG im Rechtsinformationssystem des Bundes als Verordnung zu veröffentlichen" hat.

94

- 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 Landes-Ausführungsgesetze sehen dem 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). 95
- 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. 96
5. Der Verfassungsgerichtshof hegt gegen die hiemit in Prüfung gezogenen Bestimmungen folgende Bedenken: 97
- 5.1. Hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen der ÖSG-Verordnungen bzw. der RSG Wien – Verordnung 2019 98
- 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. 99

5.1.1.1. Diese Verordnungen dürften durch die §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2 G-ZG 100
determiniert werden, die als unmittelbar anwendbares Bundesrecht erlassen wur-
den. Der Verfassungsgerichtshof hegt daher zunächst das Bedenken, dass diese
Bestimmungen als gesetzliche Determinierung von – auch – krankenanstalten-
rechtlichen Verordnungen (insofern) entgegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG als Bundes-
gesetz und nicht als Grundsatzgesetz erlassen wurden.

5.1.1.2. § 23 Abs. 1 vorletzter und letzter Satz und Abs. 2 vorletzter und letzter 101
Satz G-ZG regelt das von der Gesundheitsplanungs GmbH durchzuführende Ver-
fahren vor Erlassung dieser Verordnungen als unmittelbar anwendbares Bundes-
recht. Der Verfassungsgerichtshof geht vorläufig davon aus, dass sich diese Ver-
fahrensbestimmungen – lege non distinguente – auch auf ÖZG- 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 krankenanstal-
tenrechtlichen 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 102
des Verfassungsgerichtshofes, derart zustande, dass zunächst der ÖSG zwischen
Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung bzw. die RSG zwi-
schen Vertretern der Länder und der Sozialversicherung (unter Einbeziehung des
Bundes) akkordiert werden. Dieser Abstimmungsvorgang dürfte zumindest teil-
weise nicht hoheitlicher Natur sein (so dürfte etwa die Beteiligung von Bundesver-
tretern am Abstimmungsvorgang hinsichtlich des ÖSG in Belangen, die der Sache
nach Krankenanstaltenrecht betreffen, schon aus Gründen der Kompetenzvertei-
lung 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 Sachverständi-
gengutachtens" zukommen dürfte; vgl. § 59k Z 1 KAKuG) und dürften Teile für die
Verbindlicherklärung auszuwählen sein. Die Tätigkeit dieser Zielsteuerungskom-
missionen dürfte, wenn sie hoheitlich als Teilschritt des Verordnungserlassungs-
verfahrens zu deuten wäre, mangels Weisungsingerenz 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. 103

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. 104

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. 105

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. 106

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. 107

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. 108

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. 109

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, 110

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. 111

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. 112

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). 113

§ 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. 114

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. 115

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. 116

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. 117

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. 118

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) 119

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.

120

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

121

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.

122

5.2. Hinsichtlich der Bedarfsprüfung

123

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 Anstaltzweck 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

124

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).

125

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.

126

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,

127

insbesondere im Bereich der Großgeräte, auch eine solche Kontingentierung zu rechtfertigen vermögen.

5.3. Zu den in Prüfung gezogenen Verordnungen 128

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: 129

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. 130

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 131

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 Verordnungsbestimmungen 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 Verordnungen 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.

IV. Ergebnis

1. Der Verfassungsgerichtshof hat daher beschlossen, von Amts wegen §§ 18, 19, 20 Abs. 1 und 2, 23 Abs. 1 zweiter, dritter und vierter Satz, Abs. 2 zweiter, dritter und vierter Satz und Abs. 4 bis 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I 26/2017, § 3a Abs. 3a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), LGBl. 1/1957, idF BGBl. I 26/2017, § 17 NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz 2006 (NÖGUS-G 2006), LGBl. 134/2005 (LGSlg. 9450), idF LGBl. 92/2017, § 17a Abs. 4 und 5 des Landesgesetzes über den Oö. Gesundheitsfonds (Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013), LGBl. 83/2013, idF LGBl. 96/2017, § 4 Abs. 1 Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. 24/2000 (WV), idF LGBl.

25/2018, § 10 des Gesetzes über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017), LGBL. 10/2018, § 6a Abs. 6a Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997), LGBL. 132/1997 (WV), idF LGBL. 97/2017 und § 10c Abs. 3 Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (Nö. KAG), LGBL. 170/1974 (LGSlg. 9440), idF LGBL. 83/2017 auf ihre Verfassungsmäßigkeit sowie § 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), und § 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) 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) auf ihre Gesetzmäßigkeit zu prüfen.

2. Ob die Prozessvoraussetzungen vorliegen und die dargelegten Bedenken zutreffen, wird in den Gesetzes- bzw. Verordnungsprüfungsverfahren zu klären sein. 135

In den Verordnungsprüfungsverfahren wird auch zu erörtern sein, ob eine allfällige Aufhebung im Sinne des Art. 139 Abs. 3 B-VG über die im konkreten Fall angewendete Norm hinaus in Betracht kommt. 136

3. Dies konnte gemäß § 19 Abs. 4 VfGG ohne mündliche Verhandlung in nichtöffentlicher Sitzung beschlossen werden. 137

Wien, am 6. Oktober 2021

Der Präsident:

DDr. GRABENWARTER

Schriftführin:

Dr. DUARTE-HERRERA

*Weitere Geschäftszahlen: V 419/2020, V 426/2020, V 498/2020, V 539/2020, V 607/2020, V 244/2021, E 2445/2019, E 2462/2019, E 2872/2020

