

Arbeitsunterlage

Art. 19 der 15a-Vereinbarung

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

(1) Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind in ihrer jeweiligen Fassung der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Sie sind durch geeignete Rechtsvorschriften im Zuständigkeitsbereich für die Verfahren und Entscheidungen der jeweiligen Entscheidungsträger (Behörden, Vertragspartner, Selbstverwaltungskörper und Rechtsträger der Krankenfürsorgeanstalten) als verbindlich zu erklären. ÖSG und RSG als sind qualifizierte und von den Vertragspartnern anerkannte Sachverständigengutachten anzusehen, von denen nur aus gravierenden Gründen abgewichen werden darf. Der ÖSG kommt nur dann gültig zustande, wenn ihm Bund, Länder und Sozialversicherung zugestimmt haben, ein RSG kommt nur dann gültig zustande, wenn ihm das jeweilige Land und die Sozialversicherung zugestimmt haben. 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. Der ÖSG (einschließlich Rehabilitationsplan und Großgeräteplan) ist der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung. ÖSG und RSG sind integrale Bestandteile der Zielsteuerung-Gesundheit und mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsreform abgestimmt. Regionale Strukturpläne dürfen dem Österreichischen Strukturplan nicht widersprechen, sie haben Ländergrenzen übergreifende Sachverhalte (z. B. Einzugsgebiete) und den Bedarf der durch die Krankenfürsorgeanstalten bzw. standeseigenen Einrichtungen (§ 5 GSVG) geschützten Personen zu berücksichtigen.

(2x) Es darf vorgesehen werden, dass von ÖSG oder RSG im Einzelfall aus schwerwiegenden Gründen abgewichen werden dar. Dies ist der Fall, wenn sich

1. seit der Kundmachung die Rahmenbedingungen maßgeblich geändert haben, wobei als maßgebliche Veränderungen nur gelten
 - a) der Ausfall eines Teils von Anbietern durch Auflösung oder Vertragskündigung (Vertragsabschlüsse nach § 23 Abs. 5 ASVG) oder
 - b) Veränderungen in der Patientennachfrage (z. B. Wanderungsbewegungen, Errichtung von Einrichtungen, welche zusätzlichen Bedarf auslösen, z. B. Sportzentren oder Altersheime) oder
 - c) Entfall oder Hinzukommen von Verkehrsverbindungen, wodurch sich die Erreichbarkeit von Behandlungsstellen verändert (Definition in den Raumordnungen suchen?)
 - d) Abweichungen, welche Grundlage dafür sein sollen, ein Projekt über die Optimierung der integrierter gesundheitlicher Versorgung von Patienten durchzuführen. Solche Projekte oder Verwaltungsabläufe können zum Zweck der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erfolgen (z. B. Case Management, Disease Management, Entlassungsmanagement, Telemedizin, Beratung) und müssen im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung stattfinden, der Bund ist dann beizuziehen, wenn Gesichtspunkte der Bundesvollziehung betroffen sind.
2. die Planung wegen besonderer Umstände in gravierendem unvorhersehbarem Ausmaß sich als un-zweckmäßig erwiesen hat (z. B. unerkannte Auswirkungen von Berechnungsparametern)
3. rechtskräftige Entscheidungen ergangen sind, die eine Veränderung notwendig machen.

Von der Planung abweichende Entscheidungen haben die für ein Abweichen maßgeblichen Gründe im Detail einschließlich allfälliger Berechnungsunterlagen und Datenquellen dazustellen. Solche Entscheidungen sind nach Rechtskraft dem BMGF und den Landesregierungen als Grundlage für die Weiterentwicklung von ÖSG und RSG zuzustellen(und im Rechtsinformationssystem des Bundes zu veröffentlichen). ÖSG und RSG sind ohne Verzug an neue Entwicklungen, insbesondere das Auftreten von Sachverhalten nach Z 1 oder Z 2 anzupassen, wobei auch befristete und/oder sachlich differenzierende Veränderungen (z. B. hinsichtlich des Bedarfs an bestimmten Leistungen) zulässig sind.

(3x) Abweichungen von ÖSG oder einem RSG in Fällen, die nicht auf einen schwerwiegenden und entsprechend dokumentierten Grund nach Abs. 2x zurückzuführen sind, haben zur Folge, dass die damit verbundenen Mehraufwände von dem Rechtsträger zu tragen sind, der die Abweichung veranlasst sie behördlich genehmigt hat. Als Mehraufwände gelten auch Honorare, Kostenerstattungen oder Kostenzuschüsse, die von Sozialversicherungsträgern zu leisten sind.

(4x) Bei der Erstellung von ÖSG und RSG sind insbesondere Planungsinhalte, Zielvorstellungen und Erläuterungen so zu trennen, klar zu fassen und zu formulieren, dass sie als Grundlage für die Umsetzung in Bundes- und Landesrecht sowie zur Unterstützung nachprüfender Kontrolle herangezogen werden können. ÖSG und

RSG haben vorrangig der Planung von Organisations- und Behandlungskapazitäten zu dienen, Einschränkungen auf bestimmte Rechtsformen oder bestimmte Anbieter zur Umsetzung dieser Planungen sind unzulässig.

(5x) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ÖSG und seine Änderungen sind von der Bundesgesundheitsagentur unverzüglich nach Beschlussfassung im Rechtsinformationssystem des Bundes (Bundesgesetzblatt, Teil II) so kundzumachen, dass der zum jeweiligen Zeitpunkt relevante Inhalt auch für die Vergangenheit jederzeit nachvollziehbar bleibt. Die Bundesgesundheitsagentur ist berechtigt, zur Klarstellung, welche Teile des ÖSG bei der weiteren Umsetzung als verbindlich betrachtet werden sollen, diese Teile durch Verordnung unter Verweis auf die betreffenden Passagen der Kundmachung konkret zu bezeichnen. Diese Verordnung ist im Bundesgesetzblatt kundzumachen. Als Beginn der verbindlichen Wirkung nach Abs. 1 ist der Beginn eines Monats nach dem Tag der Kundmachung vorzusehen.

(6x) Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit RSG und ihre Änderungen sind von den Landesgesundheitsfonds unverzüglich nach Beschlussfassung im Rechtsinformationssystem des Bundes (Landesgesetzblatt) so kundzumachen, dass der zum jeweiligen Zeitpunkt relevante Inhalt auch für die Vergangenheit jederzeit nachvollziehbar bleibt. Der Landesfonds ist berechtigt, zur Klarstellung, welche Teile des RSG bei der weiteren Umsetzung als verbindlich betrachtet werden sollen, diese Teile durch Beschluss unter Verweis auf die betreffenden Passagen der Kundmachung konkret zu bezeichnen. Als Beginn der verbindlichen Wirkung nach Abs. 1 ist der Beginn eines Monats nach dem Tag der Kundmachung vorzusehen.

(7x) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die in dieser Vereinbarung festgehaltenen Vorgangsweisen und Ziele auch in jenen Zusammenhängen zu berücksichtigen, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind und insbesondere keine Vorgangsweisen zu wählen, durch welche die Inhalte dieser Vereinbarung beeinträchtigt werden könnten. Bereits bestehende Vorgangsweisen und Rechtslagen sind in diesem Sinn zu ändern. Im Interesse der Behandlungssicherheit und Behandlungsqualität ist zugunsten der Patienten in den dienstrechtlichen Normen der Vertragsparteien und der Sozialversicherung (inkl. Dienstordnungen) vorzusehen, dass Nebenbeschäftigungen (andere Dienstverhältnisse, selbstständige bzw. freiberufliche Erwerbstätigkeiten) nur in einem vertretbaren Maß und keinesfalls uneingeschränkt genehmigbar sind. Der Hauptverband hat im Internet eine allgemein zugängliche kostenlose Übersicht zum Inhalt von ÖSG und RSG sowie zu den in deren Rahmen tätigen Leistungsanbietern des öffentlichen Gesundheitswesens anzubieten.

(die folgenden kursiven Passagen stammen i. W. unverändert aus dem Entwurfstext zur 15a-Vereinbarung)

*(2) Der ÖSG umfasst verbindliche Vorgaben für RSG im Hinblick auf die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** Abs. 1 angeführten Bereiche, verfolgt die Zielsetzungen gemäß **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** Abs. 3 bis 8, legt die Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität fest und stellt damit eine Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung dar.*

(3) Die Inhalte des ÖSG umfassen insbesondere:

- 1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;*
- 2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;*
- 3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;*
- 4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;*
- 5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte;*
- 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: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;*
- 8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Standorten und Kapazitäten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.***
- 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 Versorgungsgebiete.*
- 10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inkl. österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten); die Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlen- und Hochvolttherapiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren.*

unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

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

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

1. Aktualisierung von Ist-Stand und Bedarfsprognosen
2. jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrizen für den ambulanten und den akutstationären Bereich und sukzessive Festlegung weiterer verbindlicher Mindestfallzahlen für medizinische Leistungen bzw. Leistungsbündel entsprechend international vorhandener Evidenz;
3. Weiterentwicklung der Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien für alle Teilbereiche, insbesondere für interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen;
4. Weiterentwicklung der überregionalen Versorgungsplanung auf Basis einer entsprechenden Beobachtung und bei Bedarf Ergänzung weiterer Versorgungsbereiche;
5. Erweiterung der Angebotsplanung um ambulante Rehabilitation der Phase III (wohnnah ambulante Rehabilitation zur Stabilisierung der in vorangegangenen Rehabilitationsphasen erreichten Effekte);
6. Präzisierung der notwendigen Schritte zur Berücksichtigung der präklinischen Versorgung inkl. Rettungs- und Krankentransportdienst in der Planung
7. Weiterentwicklung von morbiditätsbasierten Methoden der Bedarfsschätzung in der Gesundheitsversorgung und pilothafte Anwendung (Versorgungsforschung)

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

~~(6) Der ÖSG sowie Revisionen, Wartungen und Ergänzungen des ÖSG sind in geeigneter Weise kundzumachen, u.a. durch Veröffentlichung auf der Homepage des BMG.~~

(7) Die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind je Bundesland entsprechend den Vorgaben des ÖSG gemäß Abs. 3 Z 9 Abs. 3 Z 11 (nicht Z 9) bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich. Die Schwerpunkte der RSG sind jedenfalls:

1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den stationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich jeweils mit Ausweis der Organisations- bzw. Betriebsformen von Spitalsambulanzen;
2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für den ambulanten Bereich gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen der Anbieterstrukturen sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG) bzw. bei Bedarf auch auf tieferen regionalen Ebenen;
3. Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multi-professionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und Bereinigung von Parallelstrukturen im Sinne des **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** Abs. 6 und Abs. 8 Z 3; Forcierung der flächendeckenden Umsetzung von zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten (ZAE);
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß Abs. 3 Z 7 inkl. Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparent dargestellte Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen;
6. Standortbezogene Planung medizinisch-technischer Großgeräte entsprechend den Planungsvorgaben und Qualitätskriterien des ÖSG nach Art und Anzahl des jeweiligen Großgeräts und Abbildung der auf Bundesebene vereinbarten Großgeräte mit überregionaler Bedeutung gem. Abs. 3 Z 8;

~~(8) Die RSG sind auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen. 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. Die jeweils aktuelle Fassung der RSG ist in geeigneter Weise kundzumachen und auf der Website des jeweiligen Landes zu veröffentlichen.~~

~~(9) Die rechtliche Umsetzung der Vorgaben des RSG erfolgt durch~~

- ~~1. eine Verordnung der jeweiligen Landesregierung für den intramuralen Bereich (bettenführende Krankenanstalten einschließlich der Spitalsambulanzen) und~~
- ~~2. eine Verordnung des jeweiligen Landeshauptmannes im Einvernehmen mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für den extramuralen Bereich (niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien).~~

~~Diese Verordnungen haben hinsichtlich der Vorgaben jenes Maß an Konkretheit aufzuweisen, das erforderlich ist, um den Bedarf eines konkreten Vorhabens ausschließlich und abschließend anhand dieser Verordnungen beurteilen zu können.~~

Bedarfsplanung im Bereich der Sozialversicherung

(9x) Die Bundesgesetzgebung hat vorzusehen, dass die Trägerkonferenz des Hauptverbandes durch Verordnung (Richtlinie?) die verbindlichen Inhalte des ÖSG und der RSG für den Bereich der Sozialversicherung und der gleichgestellten Rechtsträger (z. B. KFA nach § 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG; standeseigene Einrichtungen nach § 5 GSVG) umzusetzen hat. Sie ist hierbei, soweit sich diese Verordnung auf Rechtsträger erstreckt, die nicht dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger angehören, im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen des Bundesministers für Gesundheit gebunden.

(9y) Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern sind durch den Bundesminister für Gesundheit zu entscheiden, § 413 ist auf solche Verfahren sinngemäß anzuwenden.

(9z) Der Hauptverband ist berechtigt, durch die Trägerkonferenz vorläufige Maßnahmen zur Einhaltung von ÖSG und RSG zu setzen.

Bedarfsplanung im sonstigen extramuralen Bereich des Bundes

Der Bund hat sicherzustellen, dass die verbindlichen Inhalte des ÖSG und der RSG auch im Zuständigkeitsbereich (einschließlich Privatwirtschaftsverwaltung) der bundesgesetzlich eingerichteten Behörden und den Einrichtungen der bundesgesetzlich eingerichteten Selbstverwaltung eingehalten werden.

Bedarfsplanung im sonstigen extramuralen Bereich der Länder

Jedes Land hat sicherzustellen, dass die verbindlichen Inhalte des ÖSG und der RSG auch im Zuständigkeitsbereich (einschließlich Privatwirtschaftsverwaltung) der landesgesetzlich eingerichteten Behörden und den Einrichtungen der landesgesetzlich eingerichteten Selbstverwaltung eingehalten werden.

(10) Die Verordnungen gemäß ~~Abs. 9~~ Abs. 5x und 6x sind die verpflichtende Grundlage für die krankenstellenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Notwendige Anpassungen im Krankenstellen- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. In Bezug auf den extramuralen Bereich ist sozialversicherungsrechtlich sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner ihre Verhandlungen darauf ausrichten. Im Rahmen von Bedarfsprüfungsverfahren sowie bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten im Sinne der Erbringung sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen zu berücksichtigen, soweit dies die Datenverfügbarkeit zulässt.

(10x) Für die Errichtung (Neu-, Um- oder Ausbau) von Krankenanstalten oder anderen Einrichtungen (Gruppenpraxen, PHC, PVE etc.), die einem RSG vorgesehen sind, ersetzt eine behördliche Bestätigung, die auch in der Form eines Feststellungsbescheides bzw. negativen Feststellungsbescheides ergehen kann, über die Konformität mit den verbindlichen Bestimmungen des RSG ein ansonsten durchzuführendes Bedarfsprüfungsverfahren. Diese Bestätigung ist unabhängig vom Datum des Antrages allen Antragstellern auszustellen, welche darum ersuchen, soweit der nach dem RSG ausgewiesene Bedarf noch nicht durch einen Vertragsabschluss nach Z 1 gedeckt ist. Ein Rechtsanspruch auf Errichtungsbewilligung oder Vertragsabschluss mit einem Kostenträger (Sozialversicherung etc.) ist damit nicht verbunden. Sofern nach dem vorgesehenen Leistungsangebot der Krankenanstalt nicht ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen (§ 3 Abs. 2a KAKuG), darf für Krankenanstalten eine Errichtungsbewilligung nur dann erteilt werden, wenn der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestätigt, dass mit dem jeweiligen Antragsteller

1. nach den für die Vergabe solcher Verträge jeweils anzuwendenden gesetzlichen Bestimmungen ein Vertrag über die entsprechenden Leistungen mit allen in Betracht kommenden gesetzlichen Sozialversicherungsträgern abgeschlossen wurde, welcher auch anderen Kostenträgern (z. B. Krankenfürsorgeanstalten oder Einrichtungen nach § 5 GSVG) zum Beitritt offen steht, oder
2. vereinbart oder auf sonstige Art sichergestellt wurde, dass keine von einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger durch Honorare bzw. Kostenerstattungen zu finanzierenden Leistungen erbracht werden bzw. dann, wenn solche Leistungen Forderungen gegen einen Sozialversicherungsträger auslösen, deren Aufwände ersetzt werden.

Die Behörde ist berechtigt, ihr Verfahren bis zum Einlangen der Bestätigung des Hauptverbandes auszusetzen (§ 38 AVG). Für den Fall, dass Verträge nach Z 1 oder die Voraussetzungen der Z 2 nicht mehr vollständig erfüllt werden bzw. nicht mehr bestehen und auch nicht voraussichtlich innerhalb von drei Monaten ab Kenntnis unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

der Behörde von wieder vollständiger Leistung ausgegangen werden kann, ist mit Ablauf dieser Frist die Betriebsbewilligung zurückzunehmen.

(10y) Im Genehmigungsverfahren für Krankenanstalten und bei Vertragsabschlüssen, welche die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zum Inhalt haben, für welche eine überregionale Versorgungsplanung im ÖSG enthalten ist (wie Rehabilitation, Großgeräte, Tumorbehandlung nach § 131b Abs. 2 ASVG und vergleichbares wie Hadronentherapie etc.), ist jeweils der gesamtösterreichische Bedarf an entsprechenden Leistungen, wie er in den verbindlichen Teilen des ÖSG enthalten ist, zu berücksichtigen. Krankenanstalten und Vertragspartner, durch deren Angebot die im ÖSG enthaltenen Bedarfszahlen (oder die bereits vorhandenen Kapazitäten?) überschritten würden, dürfen nicht genehmigt bzw. in Vertrag genommen werden, wenn gesamtösterreichisch bereits die Bedarfssumme erreicht ist, auch wenn für das jeweilige Land im ÖSG noch eine Unterschreitung der Bedarfszahlen ausgewiesen ist. Beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ist hiefür eine österreichweite Verfahrensevidenz zu schaffen, welche in einschlägigen Verfahren zwingend abzufragen ist, um in verschiedenen Ländern laufende Verfahren, die im Ergebnis Überkapazitäten begründen würden, frühzeitig zu erkennen. Hiervon kann nur abgewichen werden

1. durch Beschluss der Bundesgesundheitsagentur, wenn dieser Beschluss gleichzeitig auch eine entsprechende Modifikation des ÖSG umfasst oder
2. wenn die gleichhohe Kapazitäten in einem anderen Land, für das sie im ÖSG als Bedarf ausgewiesen sind oder in dem sie tatsächlich bestehen, nach Art und Umfang auf Dauer nicht weiter wirksam werden sollen, sondern zur Genehmigung bzw. Vertragsabschluss in einem anderen Land freigegeben sind und dies durch schriftliche Zusage des Landes, in welchem diese Kapazitäten ursprünglich vorhanden waren, verbindlich erklärt wird. Diese Erklärung ist an die Bundesgesundheitsagentur zu richten, welche den ÖSG bzw. die Aufzeichnungen über Überkapazitäten in diesem Sinn zu ändern hat.

(10z) In Verfahren über die Bedarfsprüfung, Errichtung und Betriebsbewilligung von Krankenanstalten hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Parteistellung für die Sozialversicherung, verbunden mit dem Recht der Beschwerde an die Höchstgerichte (Verbandsbeschwerde), soweit nicht Verfahren über folgende Themen vorliegen:

1. Verfahren über Einrichtungen, die ausschließlich nichterstattungsfähige Leistungen erbringen sollen (hiefür Einbeziehung GKK wie bisher – andere SVT nicht? Dann aber nicht bloß Anhörungsrecht wie jetzt in § 7 Abs. 4 SKAG, vielleicht Parteistellung HV trotzdem besser?),
2. Feststellungsverfahren über die Plankonformität (Abs. 10x),
3. Errichtungsbewilligungen oder Betriebsbewilligungen bei Fondskrankenanstalten,
4. Errichtungsbewilligungen für plankonforme andere Krankenanstalten mit grundsätzlich erstattungsfähigen Leistungen, sofern eine Bestätigung nach Abs. 10x erteilt wurde,
5. Errichtungsbewilligungen ohne Änderung des Leistungsangebots und auf diesen beruhende Betriebsbewilligungen.

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

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

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

Elektronische Rechnungslegung im Gesundheitswesen

(13x) Im Waren- und Dienstleistungsverkehr mit Sozialversicherungsträgern sind alle Vertragspartnerinnen oder Vertragspartner oder deren sonstige Berechtigte zur Ausstellung und Übermittlung elektronischer Rechnungen nach den für Vertragspartner des Bundes geltenden Regeln zu verpflichten.

xx. Bundesgesetz zur Umsetzung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über ... (ZielsteuerungsG usw.)

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht

m. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Verbindlichkeit des Österreichischen Strukturplans Gesundheit ÖSG

§ ym. (1) Der Bundesminister für Gesundheit hat jene Teile des Österreichischen Strukturplans Gesundheit ÖSG, die für die Vollziehung im Zuständigkeitsbereich des Bundes (einschließlich der bundesgesetzlich eingerichteten Selbstverwaltungskörper) zu beachten sind, durch Verordnung als verbindlich zu erklären.

(2) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat jene Teile des Österreichischen Strukturplans Gesundheit ÖSG, die vom Bundesminister für Gesundheit nach Abs. 1 für die Vollziehung im Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung zu beachten sind, durch Richtlinie für die Sozialversicherungsträger als verbindlich zu erklären (§ 31 Abs. 6 ASVG).

(3) Andere bundesgesetzlich eingerichtete Selbstverwaltungskörper, welche nach dem Sozialversicherungsrecht zum Abschluss von Gesamtverträgen nach den §§ 338 ff. ASVG berechtigt sind, haben unabhängig davon, ob solche Gesamtverträge bestehen, jene Teile des Österreichischen Strukturplans Gesundheit ÖSG, die von der Bundesgesundheitsagentur für die Vollziehung im ihrem Zuständigkeitsbereich zu beachten sind, durch die ihrem Organisationsrecht entsprechenden Normen für ihren Zuständigkeitsbereich als verbindlich zu beachten.

(Parallelbestimmungen in z. B. § 66a Abs. 1 Z 1 ÄrzteG zweckmäßig).

(4) ÖSG und RSG sind auch beim Abschluss von Verträgen nach dem Sechsten Teil des ASVG und den entsprechenden Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze von allen Vertragspartnern und bei der Durchführung von Vergabeverfahren einzuhalten. Verträge, die nicht einem RSG entsprechen, sind nichtig, ausgenommen in jenen Fällen, in denen ein Abweichen vom ÖSG oder RSG durch die jeweilige Aufsichtsbehörde vor Vertragsabschluss schriftlich in einem klar umrissenen Bereich als zulässig genehmigt wurde.

(5) Von einem für verbindlich erklärten Strukturplan darf nur in solchen Fällen abgewichen werden wenn sich,

1. *siehe den Text der 15a-Vereinbarung, ist deren Inhalt anzupassen*

2. ...

Weitere Übernahme des Art. 19 wie vorhin, wenn dessen Inhalte feststehen.

Von der Planung abweichende Entscheidungen haben die für ein Abweichen maßgeblichen Gründe im Detail einschließlich allfälliger Berechnungsunterlagen und Datenquellen dazustellen. Solche Entscheidungen sind nach Rechtskraft dem BMGF und den Landesregierungen als Grundlage für die Weiterentwicklung von ÖSG und RSG zuzustellen.

p. Abschnitt

Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. .../2016, wird wie folgt geändert:

1. § 84a Abs. 1 zweiter Satz wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Beim Abschluss von Verträgen nach dem 6. Teil dieses Bundesgesetzes sind von allen vertragschließenden Parteien die Inhalte der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen (z. B. Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) zu übernehmen. Verträge, die diesen Inhalten widersprechen, sind ungültig.“

2. § 131 Abs. 2 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Für Leistungen

- a) von Gesundheitsdiensteanbietern, deren Niederlassungen nicht im Rahmen des ÖSG und eines RSG erfolgten oder
 - b) einer Krankenanstalt, deren Errichtungsbewilligung auf Art. 19 Abs. 10x Z 2 der 15a-Vereinbarung (KAKuG-§ wenn fix, ersetzen!) beruhte, oder
 - c) einer Krankenanstalt, für die keine Errichtungsbewilligung zu erteilen war, weil ihr Leistungsangebot ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen umfassen sollte
- besteht ausnahmsweise und nur dann Anspruch auf Kostenerstattung, wenn die entsprechende Leistung
1. für diesen Leistungsanbieter oder diese Krankenanstalt entweder im Vorhinein durch den Versicherungsträger genehmigt wurde oder
 2. nach Art und Umfang und Qualität bei keinem Leistungsanbieter (Krankenanstalt), der/die in einem RSG vorgesehen sind, erbracht hätte werden können und dies durch entsprechende Unterlagen bescheinigt ist.“

2.alternativ. § 130a lautet (generelle neue Bestimmung, Alternative § 131 Abs. 2 als Ergänzung):

„Allgemeine Bestimmungen über Kostenerstattung und Kostenzuschüsse

§ 130a. (1) Anspruch auf Kostenerstattung und Kostenzuschüsse aus einer Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz besteht nur dann, wenn bei der Leistungserbringung neben den für die jeweilige Leistung geltenden besonderen Bestimmungen folgende Voraussetzungen erfüllt waren:

1. Der Leistungserbringer muss mindestens die gleichen Qualifikationen aufweisen, die vom Krankenversicherungsträger des Versicherten von Vertragspartnern im gleichen Bundesland vereinbart wurden,
2. Die Leistung muss von einem Leistungserbringer erbracht worden sein, dessen Angebot in Strukturplänen enthalten ist, welche für das Gebiet kundgemacht sind, in welchem die Leistung erbracht wurde (ÖSG, RSG - § 84a Abs. 1, 15a-Vereinbarung bzw. Umsetzungsgesetz zitieren, je nach Situation auch den Stellenplan nach § 342 Abs. 1 Z 1 und den Versorgungsplan nach § 343e Abs. 2 erwähnen ...),
3. ...“

3. § 135 Abs. 2 erster Satz lautet:

„In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren und im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Behandlungsstellen (Ärzte, Gruppenpraxen, eigene oder Vertragseinrichtungen) freigestellt sein.“

4. In § 338 Abs. 2 entfällt der zweite Satz.

5. § 338 Abs. 2a und 3 lauten:

„(2a) Die Versicherungsträger haben sich beim Abschluss von Verträgen nach Abs. 1 an die zur Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit beschlossenen Pläne, insbesondere den Großgeräteplan zu halten. Verträge die dem widersprechen, sind ungültig.

(3) Die Abs. 1, 2 und 2a gelten entsprechend für die Regelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Krankenanstalten.“

6. § 339 samt Überschrift wird durch folgenden Text ersetzt:

„Beteiligung am elektronischen Verwaltungssystem nach § 31a

§ 339. Die Vertragspartner und Vertragspartnerinnen sind verpflichtet, vom Hauptverband oder einem Versicherungsträger zur Verfügung gestellten elektronischen Supportsystemen, die für eine einfache und sichere Abwicklung der Verwaltungsabläufe und Genehmigungsverfahren eingerichtet sind, zu verwenden. Der Hauptverband und die Versicherungsträger sind bei der Erstellung solcher Systeme und deren Betrieb im übertragenen Wirkungsbereich tätig und an die Weisungen der jeweils zuständigen Bundesministerin/des jeweils zuständigen Bundesministers gebunden, diese Systeme haben auch die entsprechende Teilnahme der Krankenfürsorgeanstalten (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) und der anderen den Sozialversicherungsträgern gleichwertigen Stellen (§ 5 GSVG) zu ermöglichen.“

7. § 339a lautet:

e-Rechnung

„Alle Vertragspartner der Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, spätestens bis 31. Dezember 2019 die für die Versicherten (Angehörigen) erbrachten Leistungen mit den Versicherungsträgern nach einheitlichen Regeln elektronisch abzurechnen. Der Hauptverband hat im Rahmen des elektronischen Verwaltungssystems nach § 31a diese Regeln nach den für Vertragspartner des Bundes nach dem IKT-Konsolidierungsgesetz, BGBl. I Nr. 35/2012 bestehenden Bedingungen so zu gestalten, dass gegenüber Bund und Sozialversicherung möglichst weitgehend die gleichen Vorgangsweisen eingehalten werden können und entsprechende Software den Vertragspartnern gegen Ersatz der Erstellungskosten zur Verfügung zu stellen. Die nähere Festlegung von IKT-Standards unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

sowie die Festlegung neuer IKT-Standards erfolgt durch Verordnung des BMGF im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Ab dem 1. Jänner 2019 gelten Abrechnungen nur dann als vollständig eingebracht, wenn sie zur Kennzeichnung der erbrachten Leistungen international anerkannte Codierungen (ICD-10, ICPC 2) enthalten.“

8. § 341 Abs. 3 zweiter Satz lautet:

„Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt oder der Gruppenpraxis im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, wenn sie

1. nicht
 - a) entweder im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen sind
 - b) oder zur Abwicklung eines Projektes dienen sollen, welches nach § 459e eingerichtet ist, und
2. gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes oder für den Sitz der Gruppenpraxis geltenden Gesamtvertrages verstoßen.“

9. In § 342 Abs. 1 Z 1 wird die Wortfolge „unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)“ durch die Wortfolge „im Rahmen der für niedergelassene Ärzte anwendbaren Inhalte der regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)“ ersetzt.

10. § 343 werden folgende Abs. 5, 6 und 7 angefügt:

„(5) Verträge nach diesem Abschnitt, soweit sie die Erbringung und/oder Verrechnung von

1. Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a),
2. Vorsorge-(Gesunden-)untersuchungen (§ 132b),
3. Krankenbehandlung (§ 133),
4. Anstaltspflege (§ 144),
5. medizinischer Hauskrankenpflege (§ 151),
6. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierungen (§§ 153 ff.) sowie
7. Hilfe bei körperlichen Gebrechen (§ 154)

betreffen, sind nur dann gültig, wenn sie für die Versicherten (inkl. Angehörige und zu betreuende Personen) aller Sozialversicherungsträger und aller Krankenfürsorgeanstalten (§ 2 Abs. 1 Z 2 B-KUVG) abgeschlossen werden und allen anderen gleichartigen Einrichtungen (z. B. nach § 5 GSVG) zum Beitritt offen stehen, wobei unterschiedliche Leistungs- und Honorarbestimmungen innerhalb eines Vertrages nach sachlichen Kriterien zulässig sind. Verträge, die nicht diesen Kriterien entsprechen, können nur ausnahmsweise dann gültig abgeschlossen werden, wenn mindestens drei Sozialversicherungsträger dies unter Hinweis auf einen konkreten Grund vereinbaren, ein Bedarf im Rahmen des jeweiligen RSG bescheinigt ist und der jeweilige Landesfonds (oder die BGA?) im konkreten Einzelfall zustimmt.

(6) Hat eine Ärztin/ein Arzt oder eine Gruppenpraxis bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits Verträge mit mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen, so können diese Verträge ab einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Bestimmung nur gemeinsam hinsichtlich aller bundesgesetzlich eingerichteten Krankenversicherungsträger gekündigt werden.

(7) Der Hauptverband hat im Internet eine ohne persönliche Anmeldung kostenfrei zugängliche und laufend aktuell zu haltende Übersicht anzubieten, in der alle Behandlungsstellen im In- und Ausland, mit denen Verträge eines oder mehrerer Sozialversicherungsträger bestehen (einschließlich allfälliger eigener Einrichtungen, Rehabilitations- und Kureinrichtungen und einschließlich von Verträgen betreffend die Übernahme der Versorgung nach § 23 Abs. 5 dritter Satz), zumindest mit kurzen Angaben des jeweiligen Leistungsangebotes (Fachrichtung, Verrechnungsmöglichkeiten, Anschluss an das e-card-System, ELGA-Teilnahme usw.) und ihrer Öffnungszeiten ersichtlich sind. Für den Fall, dass einzelne Behandlungsstellen eigene Angebote im Internet bereitstellen und dadurch die Voraussetzungen nach diesem Absatz auf Dauer erfüllt erscheinen, darf dabei auf diese Angebote verlinkt werden.“

11. § 441d Abs. 2 wird folgende Z 15 angefügt:

„15. Verordnung (Richtlinie) über die verbindlichen Inhalte des ÖSG und der RSG für den Bereich außerhalb von Anstaltspflege.“

12. In § 349 Abs. 2b wird die Wortfolge „des Österreichischen Strukturplans Gesundheit - ÖSG“ durch „der Verordnung der Trägerkonferenz nach § 441d Abs. 2 Z 15 zur Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit - ÖSG“ ersetzt.

13. § 348g und § 349a werden aufgehoben.

x. Abschnitt

Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 3/2016, wird wie folgt geändert:

1. (Grundsatzbestimmung) In § 3 Abs. 5 erster Satz wird das Wort „Krankenversicherungsträger“ durch das Wort „Sozialversicherungsträger“ ersetzt.

2. (Grundsatzbestimmung) § 3a Abs. 9 lautet:

„(9) Die Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums, dessen Rechtsträger ein Sozialversicherungsträger ist, ist zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass das beabsichtigte Leistungsangebot den verbindlichen Bestimmungen des ÖSG entspricht oder dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dies gilt auch dann, wenn der Sozialversicherungsträger einen Dritten mit der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums betraut.“

3. (Grundsatzbestimmung) § 3b Abs. 2 lautet:

„(2) Die Bewilligung zum Betrieb eines selbständigen Ambulatoriums eines Sozialversicherungsträgers ist zu erteilen, wenn eine Errichtungsbewilligung gemäß § 3 Abs. 9 vorliegt und die Voraussetzungen des Abs. 1 Z 2 bis 4 gegeben sind.“

4. § xxx Abs. y lautet:

„(y) In Verfahren zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine Krankenanstalt und zur Vorabfeststellung des Bedarfs haben ... sowie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als gesetzliche Interessenvertretung der betroffenen Sozialversicherungsträger Parteistellung im Sinn des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde gemäß Art. 130 Abs. 1 Z 1 bzw. Art. 144 B-VG sowie das Recht der Revision gemäß Art. 133 Abs. 1 Z 1 B-VG.“

w. § 10a lautet:

§ 10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, auf Basis der gemeinsamen Festlegungen in der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen eines Regionalen Strukturplanes Gesundheit für alle (wenn nur Fonds-KA, wer dann den Rest? – Krankenanstalten, deren Errichtung ein Sozialversicherungsträger beschlossen hat, übernehmen, weil Aufsicht ohnedies BMG?) Krankenanstalten durch Verordnung einen Krankenanstaltenplan zu erlassen, der sich im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages gemäß § 8 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) und des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) befindet. 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.

(2) Im Landeskrankenanstaltenplan ist jedenfalls festzulegen:

1. die Standorte der Krankenanstalten auf der Ebene politischer Bezirke oder des Landes oder der Versorgungszonen nach dem ÖSG, bei dislozierten Einrichtungen auch deren tatsächliche Standorte,
2. die maximale Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege und Intensivbereich) je Standort,
3. die medizinischen Fachbereiche je Standort,
4. die für die Fachbereiche jeweils vorgesehenen fachrichtungsbezogenen Organisationsformen je Standort,
5. Art und Anzahl der medizinisch technischen Großgeräte je Standort,
6. die maximale Bettenzahl je Fachbereich bezogen auf das Land und die Versorgungsregionen oder bezogen auf die Standorte,
7. Festlegung von Referenzzentren und speziellen Versorgungsbereichen je Standort,
8. Zahl, Fachgebiete und Behandlungskapazitäten der Anstaltsambulatorien (§ 26 Abs. 1 KAKuG) bzw. ambulanten Erstversorgungseinheiten (§ 6 Abs. 7 Z 5 KAKuG).

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

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

(5) (Systematik mit KAG zu diskutieren, aber aus Kapazitätsgründen relevant:) Die Landesgesetzgebung hat vorzusehen, dass Behandlungskapazitäten (Spitalsbetten, Geräte), für die zwar ein Strukturplan Regelungen enthält (z. B. Großgeräte), aber die im konkreten Fall nicht im Krankenanstaltenplan (Abs. 1) vorgesehen sind, eine Errichtungsbewilligung erteilt werden darf, wenn der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger schriftlich zugestimmt hat.

4. Nach § 65 Abs. 4j wird folgender Abs. 4j eingefügt:

„(4j) Die Landesgesetzgebung hat die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen in §§ 3 Abs. 5, 3a Abs. 9, § xxx Abs. y und 3b Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx /2016 innerhalb von sechs Monaten zu erlassen.“

xx. Landesgesetz zur Umsetzung der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über ...

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht

e. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Verbindlichkeit des Regionalen Strukturplans Gesundheit RSG

§ zm. (1) Die Landesregierung hat jene Teile des Regionalen Strukturplans Gesundheit RSG, die für die Vollziehung im Zuständigkeitsbereich des Landes (einschließlich der landesgesetzlich eingerichteten Selbstverwaltungskörper) zu beachten sind, durch Verordnung als verbindlich zu erklären (allenfalls als Aufgabe des Landesfonds zu gestalten, der hiezu beliehen werden müsste, vgl. Abs. 6x oben).

(2) ÖSG und RSG sind auch beim Abschluss von Verträgen nach dem Sechsten Teil des ASVG und den entsprechenden Bestimmungen der anderen Sozialversicherungsgesetze sowie der Verträge nach den Rechtsgrundlagen der Krankenfürsorgeanstalten von allen Vertragspartnern und bei der Durchführung von Vergabeverfahren einzuhalten. Verträge, die nicht einem RSG entsprechen, sind nichtig, ausgenommen in jenen Fällen, in denen ein Abweichen vom ÖSG oder RSG durch die jeweilige Aufsichtsbehörde vor Vertragsabschluss schriftlich in einem klar umrissenen Bereich als zulässig genehmigt wurde.

(3) Von einem für verbindlich erklärten Strukturplan darf nur in solchen Fällen abgewichen werden wenn sich,

1. seit der Kundmachung die Rahmenbedingungen maßgeblich geändert haben, wobei als maßgebliche Veränderungen nur gelten
 - a) der Ausfall eines Teils von Anbietern durch Auflösung oder Vertragskündigung (Vertragsabschlüsse nach § 23 Abs. 5 ASVG) oder
 - b) Veränderungen in der Patientennachfrage (z. B. Wanderungsbewegungen, Errichtung von Einrichtungen, welche zusätzlichen Bedarf auslösen, z. B. Sportzentren) oder
 - c) Entfall oder Hinzukommen von Verkehrsverbindungen, wodurch sich die Erreichbarkeit von Behandlungsstellen verändert (Definition in den Raumordnungen suchen?)
2. die Planung wegen besonderer Umstände in gravierendem unvorhersehbarem Ausmaß sich als un- zweckmäßig erwiesen hat (z. B. unerkannte Auswirkungen von Berechnungsparametern).

Von der Planung abweichende Entscheidungen haben die für ein Abweichen maßgeblichen Gründe im Detail einschließlich allfälliger Berechnungsunterlagen und Datenquellen dazustellen. Solche Entscheidungen sind nach Rechtskraft dem BMGF und den Landesregierungen als Grundlage für die Weiterentwicklung von ÖSG und RSG zuzustellen.

(4) Für Anträge zur Errichtung von Krankenanstalten oder anderen Einrichtungen (Gruppenpraxen, PHC), die einem RSG vorgesehen sind, ersetzt eine behördliche Bestätigung über die RSG-Konformität ein ansonsten durchzuführendes Bedarfsprüfungsverfahren. Eine Errichtungsbewilligung (außer für Krankenanstalten, die nicht durch einen Landesfonds finanziert werden, Art. 19 Abs. 10x, oder keiner Errichtungsbewilligung bedürfen) darf jedoch nur dann erteilt werden, wenn der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestätigt, dass mit dem jeweiligen Antragsteller

1. nach den für die Vergabe solcher Verträge jeweils anzuwendenden gesetzlichen Bestimmungen ein Vertrag über die Verrechnung der entsprechenden Leistungen mit allen in Betracht kommenden gesetzlichen Sozialversicherungsträgern abgeschlossen wurde, welcher auch anderen Kostenträgern (z. B. Krankenfürsorgeanstalten oder Einrichtungen nach § 5 GSVG) zum Beitritt offen steht, oder
2. vereinbart oder auf sonstige Art sichergestellt wurde, dass keine von einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger durch Honorare bzw. Kostenerstattungen zu finanzierenden Leistungen erbracht werden bzw. dann, wenn solche Leistungen Forderungen gegen einen Sozialversicherungsträger auslösen, deren Aufwände ersetzt werden.

Für den Fall, dass bestehende Verträge nach Z 1 oder die Voraussetzungen der Z 2 nicht mehr bestehen und auch nicht voraussichtlich innerhalb von drei Monaten wieder vorhanden sind, ist mit Ablauf dieser Frist die Betriebsbewilligung zurückzunehmen.

xx. Bundesgesetz zur Änderung des Ärztegesetzes und der anderen Landesgesetze hinsichtlich des Gesamtvertragsrechts ...

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht

§ 84 Abs. 4 lautet (ÄrzteG):

„(4) Der Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte obliegen mit dem Ziel der Wahrnehmung und Förderung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der niedergelassenen Ärzte ausschließlich folgende Angelegenheiten:

1. ...,
2. der Abschluss und die Lösung von Gesamtverträgen und sonstigen Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeanstalten einschließlich Vereinbarungen über die Zahl und Verteilung der Vertragsärzte (nicht aber Vereinbarungen über die Auswahl von Bewerbern um Kassenstellen) jeweils im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit und der dafür geltenden Bestimmungen (§ 343 Abs. 5 ASVG usw.),
3. die Wahrnehmung von Angelegenheiten der hausapothekenführenden Ärzte, insbesondere der Abschluss und die Lösung von Gesamtverträgen und sonstigen Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeeinrichtungen jeweils im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit und der dafür geltenden Bestimmungen (§ 343 Abs. 5 ASVG usw.),“

§ 126 Abs. 4 lautet (ÄrzteG):

„(4) Der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte obliegen mit dem Ziel der Wahrnehmung und Förderung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der niedergelassenen Ärzte ausschließlich folgende Angelegenheiten:

1. ...,
2. der Abschluss und die Lösung von Gesamtverträgen und sonstigen Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeanstalten einschließlich Vereinbarungen über die Zahl und Verteilung der Vertragsärzte (nicht aber Vereinbarungen über die Auswahl von Bewerbern um Kassenstellen) jeweils im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit und der dafür geltenden Bestimmungen (§ 343 Abs. 5 ASVG usw.),
3. die Wahrnehmung von Angelegenheiten der hausapothekenführenden Ärzte, insbesondere der Abschluss und die Lösung von Gesamtverträgen und sonstigen Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeeinrichtungen) jeweils im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit und der dafür geltenden Bestimmungen (§ 343 Abs. 5 ASVG usw.),“

Erläuterungen

(nur zu den eingefügten Passagen der Fassung des Art. 19, aber auch der Begleitgesetze)

Achtung: Die folgenden Formulierungen sind nur Platzhalter, ihre endgültige Fassung kann erst dann erfolgen, wenn über die grundsätzlichen Inhalte des Art. 19 Einvernehmen herrscht und feststeht, für welche Passagen welche Begründungen relevant werden bzw. bleiben

Allgemeiner Teil

Planungen, die im Rahmen der Gesundheitsreform erstellt werden, drücken sich in umfangreichen Unterlagen wie dem **Österreichischen Strukturplan Gesundheit ÖSG und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit RSG** aus. Bereits jetzt ist bundesgesetzlich vorgesehen, z. B. in § 84a und § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG, dass diese Planungen zu beachten sind bzw. darauf Bedacht zu nehmen ist. Eine Verbindlichkeit, welche alle Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens beträfe, ist nicht normiert.

Die vorliegende Unterlage hat lediglich das Ziel, aus juristisch-organisatorischer Sicht jene Gedanken zu sammeln (und in möglichen legislativen Formulierungen darzustellen), die zu behandeln wären, wenn das Thema „Verbindlichkeit von ÖSG und RSG“ tatsächlich (in welcher Form letztlich immer) näher erörtert werden sollte.

Dies erwies sich als nicht einfach, weil das Zusammenspiel von Verfassung, Bundesrecht, Landesrecht, sozialversicherungsrechtlichem Vertragsrecht und Leistungsrecht letztlich ein Netzwerk ergibt, in welches die einschlägigen Bestimmungen einzuweben wären.

Diese Unterlage behandelt das Thema nur hinsichtlich des Bereiches medizinischer Betreuung, für das bereits jetzt in Form von Krankenanstaltenplan und Stellenplan mehrfach (auch parallel) einschlägige Regeln existieren, freilich unterschiedlicher Genese, somit im Kern die Bereiche Krankenbehandlung und Anstaltspflege.

Belange gewerblicher Anbieter (Bandagisten, Medizingerätehersteller usw.) sind nicht betroffen.

Allgemeine Verbindlichkeit – Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs

Mit den vorgeschlagenen Rechtsgrundlagen soll eine **allgemeine Verbindlichkeit der Inhalte dieser Planungsunterlagen** hergestellt werden. Die Regeln der Bundesverfassung und die Judikatur der Höchstgerichte geben dafür den Rahmen vor, insbesondere, weil auch in anderen Zusammenhängen (z. B. Flächenwidmung, Raumordnung) bereits einschlägige Regeln bestehen bzw. Rechtsfragen ausjudiziert sind, so z. B. durch das Erkenntnis VwGH 29. 9. 2015, 2013/05/0034:

Aus dem B-VG ergibt sich, dass Verordnungen gehörig und gesetzmäßig kundzumachen sind (vgl. Art. 89 Abs. 1 und Art. 139 Abs. 3 Z 3 B-VG). Der zentrale Sinn der gebotenen **Kundmachung von Rechtsvorschriften** ist zugleich ein wichtiges Element des Rechtsstaates; durch die Veröffentlichung der Regeln, die Rechte und Pflichten festlegen, soll nämlich der Rechtsunterworfenen in die Lage versetzt werden, sein Verhalten an den rechtlichen Geboten zu orientieren. Aus dem rechtsstaatlichen Prinzip hat der Verfassungsgerichtshof das Erfordernis einer ausreichenden Kundmachung von Rechtsverordnungen, und zwar insbesondere auch von Plänen, abgeleitet. Ist ein Plan (z. B. Flächenwidmungsplan) Bestandteil einer Verordnung, muss der Rechtsunterworfenen die Rechtslage aus der planlichen Darstellung eindeutig und unmittelbar feststellen können. Das gilt nach dem VwGH auch dann, wenn die Inhalte der entsprechenden Rechtsverordnung (z. B. durch eine Novelle) bereits wieder außer Kraft getreten sind: Der Umstand, dass eine Rechtsverordnung außer Kraft getreten ist, bewirkt im Allgemeinen noch nicht, dass ihr für Sachverhalte, die in ihrem zeitlichen Anwendungsbereich verwirklicht wurden, keine rechtliche Bedeutung mehr zukäme. **Auch bereits außer Kraft getretene Verordnungen** haben daher öffentlich zugänglich zu bleiben, selbst wenn ihr Anwendungsbereich Jahrzehnte zurück liegt. Dem entsprechend enthält der Entwurf auch Bestimmungen über die Publikation der Unterlagen. Dass dabei das Rechtssystem des Bundes (welches mittlerweile auch die früheren Landesgesetzblätter enthält) herangezogen wird, hat praktische Gründe. In diesem System sind die jeweils aktuellen Anforderungen an elektronische Publikation (samt Signatur) berücksichtigt, sodass sich die im vorliegenden Zusammenhang tätigen Stellen um diese technischen Details nicht weiter zu kümmern bräuchten.

Für den Bereich der **Bedarfsprüfung** gibt es Entscheidungen des VwGH, wonach eine (vorhandene) Planung nicht verbindlich ist, sondern auf den tatsächlichen Bedarf abzustellen ist (VwGH 19. 06. 2007, 2004/11/0079). Diese Judikatur kann allerdings Anbieter dazu verleiten, die Höhe des Bedarfs dadurch zu beeinflussen, dass sie ihr Angebot nach eigenem Ermessen verknappt (damit Wartezeiten usw. verlängern bzw. die Bereitschaft der Patienten zu Zuzahlungen für „Privattermine“ steigern und auf diese Weise scheinbar zusätzlichen Bedarf generierten, der durch andere Anbieter gedeckt werden sollte, wobei diese Anbieter zumindest teilweise in einem rechtlichen oder örtlichen Naheverhältnis stehen können), ohne dass dies durch die Patienten oder die Sozialver-

sicherung beeinflussbar gewesen wäre. Dieser **Fehlentwicklung** soll begegnet werden. Bedarfsprüfung soll nicht mehr hauptsächlich von Wartezeiten abhängig gemacht sein.

Diese Linie ist ebenfalls durch (neuere) Judikatur gedeckt: Wartezeiten können zwar nach wie vor ein Kriterium bilden, ob sie vorliegen, ist allerdings objektiv zu ermitteln. „Bedarfshebung durch Meinungsumfrage bei Mitbewerbern“ ist dafür kein ausreichender Weg. Siehe EBzRV 779 BlgNR 24. GP, S. 27:

Dem Kriterium der Wartezeit, dem nach der Judikatur des VfGH im Rahmen der Bedarfsprüfung früher eine entscheidende Bedeutung zukam, darf im Hinblick auf die Aussagen des EuGH im „Hartlauer“ Urteil (Rz 69) wegen seiner mangelnden Objektivität (Methode der Befragung von Einrichtungen im Einzugsgebiet) keine maßgebliche Bedeutung mehr zukommen. Der EuGH hat nämlich festgestellt, dass die Prüfung der Wartezeit anhand von Antworten (dort: der Zahnärzte) im Einzugsgebiet erfolgt, obwohl diese unmittelbare potentielle Konkurrenten des Antragstellers sind. Eine solche Vorgehensweise ist jedoch geeignet, die Objektivität und Unparteilichkeit der Behandlung des betreffenden Bewilligungsantrages zu beeinträchtigen. Dies schließt aber nicht aus, dass auch Wartezeiten, sofern deren Feststellung auf objektiven Ermittlungsergebnissen beruht, je nach ihrem Ausmaß für oder gegen einen Bedarf sprechen können (vgl. VfGH 2. 4. 2014, 2013/11/0078, und vom 23. 9.2014, 2013/11/0241).

Bestimmungen, die in einzelnen Gesetzespassagen vorsehen, dass ÖSG und RSG zu berücksichtigen seien bzw. unter Bedachtnahme anzuwenden (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG) oder zu beachten (§ 84a ASVG) seien, werden nach Inkrafttreten im Sinn der Umsetzung der Verbindlichkeit anzuwenden sein.

Linien des Verfassungsgerichtshofs

Der VfGH vertritt zur Verbindlichkeit von Planungen einen klaren Standpunkt: Nach seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. z. B. VfSlg. 3130, 11.807, 12.420 und 13.716) muss der Rechtsunterworfenen die Rechtslage **aus der planlichen Darstellung eindeutig und unmittelbar** – also ohne das Heranziehen etwaiger technischer Hilfsmittel – feststellen können; ansonsten genügt die Regelung nicht den rechtsstaatlichen Anforderungen. Diesen Erfordernissen wird nicht Rechnung getragen, wenn eine Widmung der von den in Prüfung gezogenen Textstellen erfassten Flächen nicht aus der zeichnerischen Darstellung ersichtlich ist (vgl. VfSlg. 14.759). Die Kennzeichnung der Widmungskategorien muss jedenfalls mit der aus rechtsstaatlichen Gründen erforderlichen Präzision erfolgen (vgl. VfSlg. 14.968/1997).

Es ist aber durchaus möglich, Bindungen an Pläne vorzusehen. Das ist durch den VfGH in seinen Entscheidungen zum **Krankenhaus Kitzbühel** belegt:

VfSlg 17.232 (Kitzbühel I): „... *Keine Überschreitung der Grundsatzgesetzgebung des Bundes durch die Bestimmungen über einen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) sowie über einen Großgeräteplan (GGP) in § 10a KAKuG und die dadurch bewirkte Bindung der Landesregierung an den Inhalt von ÖKAP und GGP bei Erlassung des Landeskrankenanstaltenplanes. ...*“

VfSlg 18.730 (Kitzbühel II): „... *Gegen ... KAG bestehen auch in seiner Neufassung ... die lediglich eine textliche Anpassung im Hinblick auf den ... „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ enthält ... keine Bedenken; keine dynamische Verweisung ... Auch wenn allenfalls nur eine Krankenanstalt von den Änderungen des Krankenanstaltenplanes betroffen ist, handelt es sich dabei um die vorausschauende Planung und Sicherstellung der Krankenanstaltenpflege im gesamten jeweiligen Bundesland. ...*“

Es sind daher Bindungen anderer Behörden, auch von Landesregierungen möglich. Diese Bindungen müssen aber durch Gesetz und Verordnung entstehen, ein „Plan an sich“ oder ein „Sachverständigengutachten“ können nie aus sich selbst eine Bindung erzeugen.

Dass Pläne (RSG und ÖSG) einander nicht widersprechen dürfen, kann durch entsprechende Rechtsvorschriften gültig vorgesehen werden (VfGH V 123-124/2014 vom 03.03.2015, Prüfungsbeschluss E 1245/2014 2. 12. 2014, am Beispiel von § 31 Abs. 1 letzter Satz oöROG 1994: Bebauungspläne dürfen u. A. dem Flächenwidmungsplan nicht widersprechen, aber können diesen ausführen).

Es sind jedenfalls konkrete Verordnungsermächtigungen zu schaffen, weil Verordnungen, die auf einer verfassungswidrigen (weil zu wenig bestimmten) gesetzlichen Grundlage beruhen, ihrerseits erfolgreich als gesetzwidrig angefochten werden kann (vgl. VfSlg 19.700). Angesichts der unterschiedlichen Lebensgebiete, Sachverhalte und Rechtsfolgen, die Gegenstand und Inhalt gesetzlicher Regelung sein können, ist ganz allgemein davon auszugehen, dass Art. 18 B-VG einen dem jeweiligen Regelungsgegenstand adäquaten Determinierungsgrad verlangt (siehe etwa VfSlg. 15.888 und *Grabenwarter/Holoubek*, Verfassungsrecht - Allgemeines Verwaltungsrecht, 2010, Rz 745). Daher geht der VfGH in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass der Grundsatz der Vorherbestimmung verwaltungsbehördlichen Handelns und damit auch des Ordnungsgebers im Sinne des Art. 18 B-VG nicht in Fällen überspannt werden darf, in denen ein rascher Zugriff und die Berücksichtigung vielfältiger örtlicher und zeitlicher Verschiedenheiten für eine sinnvolle und wirksame Regelung wesensnotwendig sind (siehe VfSlg. 17.348 mwN). Das gilt insbesondere bei der Regelung wirtschaftlicher Tatbestände oder dort, wo die gesetzliche Regelung an komplexe technische Sachverhalte anknüpfen muss (abermals VfSlg. 17.348/2004).

unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgprwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

In diesen Fällen kann sich die erforderliche Determinierung aus den Zielen und dem Regelungssystem sowie besonderen verfahrensmäßigen Vorkehrungen des Gesetzes ergeben. Die Ziele der vorliegenden Regelung sind diesen Überlegungen adäquat und die Texte werden diesen Grundlagen zu entsprechen haben.

Da die in Rede stehenden Planungsbestimmungen Auswirkungen auf das Investitionsverhalten von privaten Marktteilnehmern ebenso wie von öffentlichen Körperschaften bzw. Gebietskörperschaften haben werden, wird auf größtmögliche Vorhersehbarkeit und Planbarkeit der Rahmenbedingungen Wert gelegt. Der VfGH hat dazu festgehalten, dass Rechtsunterworfenen mit einer Veränderung der Rechtslage für die Zukunft und damit auch einer ungünstigeren Gestaltung dieser Rechtslage rechnen müssen, im wirtschaftlichen Verkehr insbesondere auch damit, dass sich Preise, Tarife und Abgaben ändern (siehe nur VfSlg. 15.739 und 14.868). Der Gleichheitsgrundsatz setzt im Hinblick auf wirtschaftliche Investitionsentscheidungen daher nur dort allenfalls bestimmte Grenzen, wo staatliche Maßnahmen das konkrete Investitionsverhalten gezielt hervorgerufen haben (siehe VfSlg. 12.944, 13.655, 15.739).

Judikatur des Bundesverwaltungsgerichts und der Landesverwaltungsgerichte

Die bisherige Rechtslage ist charakterisiert durch die Entscheidung des BVwG vom 31.05.2016, W209 2016158-1 (**Radiologie Althofen**):

Das Gericht verwies hier auf die Erläuterungen (RV 900 BlgNR 25. GP, S 21) zu der mit BGBl. I Nr. 162/2015 neu eingeführten Bestimmung des § 347 Abs. 3a ASVG, welche inhaltlich festhalten:

Im Rahmen der Gesundheitsreform ist neben dem österreichischen Strukturplan Gesundheit die Schaffung regionaler Strukturpläne vorgesehen. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben nach § 84a Abs. 1 ASVG in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten den österreichischen Strukturplan Gesundheit und die regionalen Strukturpläne zu beachten; auch im Vertragspartnerrecht (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG) ist eine entsprechende Bedachtnahme vorgesehen. Die genannten Strukturpläne sind allerdings nicht gesetzliche Normen, sondern lediglich Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gilt nach § 59j Z 1 KAKuG als objektiviertes Sachverständigengutachten. Eine **Bindungswirkung**, wie sie in anderen Bestimmungen des ASVG vorgesehen ist (vgl. nur § 49 Abs. 4 ASVG), besteht nicht. Um die in den Strukturplänen vorgesehenen Planungen nicht zu konterkarieren, sollen die Schiedskommissionen bei ihren Entscheidungen prüfen, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (z. B. Österreichischer Strukturplan Gesundheit) beachtet oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) darauf Bedacht genommen haben, und ihrerseits den Umfang der Bedachtnahme als wesentliches Kriterium für ihre Entscheidungen heranziehen. Dies gilt in weiterer Folge auch für die Befassung der Gerichtsbarkeit im Rechtsschutzweg.

Daraus war für das BVwG der Wille des Gesetzgebers ableitbar, dass der Regionale Strukturplan Gesundheit - Kärnten (RSG) 2020 das im Rechtsschutzweg angerufene Bundesverwaltungsgericht nicht binden solle, zumal die Annahme einer Bindung an die Entscheidung der Landeszielsteuerungskommission, wie sie der Wortlaut der Bestimmung nahelegen könnte, verfassungsrechtlich bedenklich wäre.

Insofern hatte sich das Bundesverwaltungsgericht somit inhaltlich mit dem Vorliegen der Kriterien der dynamischen Stellenplanung des § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG auseinanderzusetzen und (lediglich) unter Bedachtnahme auf den RSG 2020 sowie unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur **eigenständig** zu beurteilen, ob im Bezirk St. Veit/Glan - wie im RSG 2020 vorgesehen - mit nur einer Radiologen-Planstelle eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist. Dabei ist auch zu prüfen, ob der Hauptverband und die Beschwerdeführerin die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 ASVG (ÖSG 2012) beachtet haben.

Festzuhalten ist nach dem BVwG jedenfalls, dass auch die vorhandenen intramuralen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen sind. § 26 Abs. 1 Z 3 KAKuG steht der Erbringung ambulanter Untersuchungen und Behandlungen durch ein Krankenhaus nicht entgegen, zumal § 26 KAKuG laut OGH (4 Ob 148/99i, RdM 2000/6, 63) **kein Schutzgesetz** (Schutznorm, §1311 ABGB) zu Gunsten der freiberuflichen Ärzte/Ärztinnen und daher keine abschließende Regelung darstellt, nach welcher über § 26 KAKuG hinausgehende ambulante Leistungen in Krankenanstalten verboten wären.

Zur Frage der Bindungswirkung des Bundesverwaltungsgerichts an die Ergebnisse der Strukturpläne gemäß § 84a Abs. 1 (z. B. Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) iSd des § 347 Abs. 3a ASVG besteht allerdings keine Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes. Weil die soeben zitierte Entscheidung jedoch auch bei Annahme einer derartigen Bindungswirkung (nach Ansicht des BVwG) nicht anders gelautet hätte, war nach Ansicht des BVwG durch die Nichtbeachtung der Bindungswirkung im vorliegenden Fall eine Rechtsverletzung nicht möglich, weswegen das Vorliegen einer Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung iSd Art. 133 Abs. 4 B-VG verneint und dementsprechend die Revision nicht zugelassen wurde.

Nicht ausreichend ist nach der Judikatur hingegen die Übereinstimmung eines zu beurteilenden Projekts mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit, der die Prüfung des Bedarfs anhand der gesetzlichen Kriterien

unabgesprochen nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016
C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

nicht ersetzt (LVwG Nö 22. 7. 2016, LVwG-AV-491/001-201 5; Anlassfall: MR-Ambulatorium Neunkirchen).

Kompetenzbestimmungen

Weitere wichtige Rahmenbedingung sind die **Kompetenzbestimmungen der österreichischen Bundesverfassung** und die dazu ergangene Judikatur: Danach ist es nicht möglich, dass Angelegenheiten, die in die Kompetenz des Bundesgesetzgebers/einer Bundesbehörde oder eines Landesgesetzgebers/einer Landesbehörde fallen, durch einen einzigen Rechtsakt (des Bundesgesetzgebers, eines Landesgesetzgebers, einer Bundes- oder Landesbehörde) geregelt werden. Bundesbehörden können nicht Landesrecht setzen, Landesbehörden nicht Bundesrecht. Dies gilt gleichermaßen für Rechtsträger der Selbstverwaltung (Art. 120a B-VG). Diese können nur im Rahmen ihres jeweiligen Zuständigkeitsbereiches kraft eigener Kompetenz tätig werden. Den **Selbstverwaltungskörpern** können aber Aufgaben staatlicher Verwaltung übertragen werden (Art. 120b Abs. 2 B-VG). Die Gesetze haben derartige Angelegenheiten ausdrücklich als solche des übertragenen Wirkungsbereiches zu bezeichnen und eine Weisungsbindung gegenüber dem zuständigen obersten Verwaltungsorgan vorzusehen.

Planungen können weiters nicht allein von sich aus Rechtswirkungen auslösen: Sie müssen in die jeweilige (Bundes- oder Landes-)Rechtsordnung umgesetzt werden. Der VfGH anerkennt zwar, dass Zielvorgaben und andere Planungsmaßnahmen erstellt werden, der Inhalt verschiedener Vorgaben mag zwar durchaus auch unter Verwendung von im Wirtschaftsleben etablierten Techniken (z. B. Zielsteuerungsverträge etc.) erarbeitet werden, die **verbindliche Anordnung** selbst muss nach dem VfGH jedoch **in der Form eines bundesverfassungsgesetzlich vorgesehenen Gestaltungsmittels** getroffen werden (VfSlg. 17.172 – Ausgleichsfonds).

Bereits nach dem Wortlaut des Art. 15a B-VG können Bund und Länder untereinander „Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches“ schließen. Eine solche Vereinbarung muss sich daher nicht (wie manchmal gegen Detailregelungen solcher Vereinbarungen eingewendet wird) auf die bloße Gestaltung der jeweiligen Kompetenzen beschränken, sondern kann auch konkrete Abläufe und Regeln vorsehen. Verstöße gegen Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG können nach Art. 138a Abs. 1 (nur) von Bundes- oder Landesregierung vor dem VfGH geltend gemacht werden. Die Sozialversicherung (der Hauptverband) ist nicht Partner der Vereinbarung und als solcher auch nicht antragslegitimiert iSd Art. 138a B-VG.

Der Vorschlag, für verbindliche Bestimmungen **Einstimmigkeit** vorzusehen, steht in diesem Zusammenhang: Es gibt (mit Art. 15a B-VG) zwar eine Grundlage für Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern über „Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches“, ob dies allerdings auch Vorgangsweisen umfasst, in denen *mit den Stimmen eines Landes in den Aufgabenbereich eines bundesgesetzlich eingerichteten Selbstverwaltungskörper eingegriffen* würde, scheint offen (vgl. Art. 120b Abs. 1 erster Satz B-VG: „... Recht [von Selbstverwaltungskörpern], ihre Aufgaben in eigener Verantwortung frei von Weisungen zu besorgen ...“). Dies wäre aber der Fall, wenn über Angelegenheiten, die Aufgaben eines SV-Trägers wären (vgl. nur die Erreichbarkeitsregeln in § 135 Abs. 2 ASVG, Vertragsabschlüsse im extramuralen Bereich), Mehrheitsbeschlüsse in „Landesgremien“ (Gesundheitsplattformen etc.) möglich wären (vgl. dazu § 459e ASVG, wo Gemeinsamkeit vorgesehen, also beiderseitige Zustimmung notwendig ist). Die vorgesehene Einstimmigkeit für zu eigenbestimmten Vorgängen, nicht zu Fremd- (oder Dritt-)Bestimmung, die bei gesetzlichen Kompetenzen nicht ohne Weiteres zulässig erscheint. Die Rolle des Hauptverbandes (zur Vertretung der SV, § 31 Abs. 3 Z 5 ASVG in gemeinsamen Angelegenheiten, wie es eine Kompetenz- (§ 23 Abs. 2 ASVG) und Ländergrenzen übergreifende Vorgangsweise wäre, ist dadurch ebenfalls gedeckt.

Datenquellen

Genauere Daten sind wesentliche Grundlagen einer zielführenden Planung. In diesem Sinn enthält der Entwurf auch Bestimmungen für die **elektronische Abrechnung** mit dem Ziel, den Vertragspartnern einheitliche Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen und insbesondere ein Auseinanderdriften der Rechnungslegungsregeln gegenüber dem Bund und der Sozialversicherung zu verhindern. Es ist jedenfalls zu vermeiden, dass (nachdem Vertragspartner sowohl gegenüber Bundesdienststellen als auch gegenüber Sozialversicherungsträgern Rechnungen zu legen haben) Rechnungen nach sachlich unnötigen unterschiedlichen Kriterien erstellt werden müssen. Die Regeln dienen damit auch der Verwaltungsvereinfachung auf allen betroffenen Seiten.

Zur Absicherung der Datenquellen ist auch die exakte Personenkennzeichnung im Rahmen des e-card-Systems (§ 31a ASVG) und daher dessen verpflichtende Nutzung durch alle Vertragspartner vorzusehen (das e-card-System ist seinerseits wieder über die einschlägigen Zusammenarbeitsverpflichtungen z. B. mit dem Zentralen Melderegister - § 360 Abs. 6 ASVG, nach dem Personenstandsrecht - § 47 PStG und nach dem E-Government-Gesetz - § 31 Abs. 4 Z 1 ASVG über die Vergabe bereichsspezifischer Personenkenneichen) an die Grundlagen der **Identitätsdatenspeicherung** der Republik Österreich angebunden.

Zusammenfassung

Es ist daher nicht möglich, z. B. den ÖSG durch einen einzigen Rechtsakt verpflichtend zu gestalten. Es muss ein Netzwerk aus Rechtsvorschriften im Rahmen der Bundesverfassung samt begleitenden Maßnahmen (allenfalls auch Sanktionen) erstellt werden.

Die Umsetzung hat im Rahmen der jeweiligen Kompetenzen zu geschehen.

unabgesprochen nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPpgrpwis\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

Verordnungen von Landeshauptmännern und Richtlinien des Hauptverbandes sind idZ nur rechtstheoretisch „dasselbe“ (nämlich DurchführungsV zu Bundesgesetzen), es bestehen gravierende Unterschiede – und auch nur die *Theorie* einer Bindung an das oberste Organ des Bundes wäre gleich.

- Richtlinien des HV würden nur dann über die Verbandsmitglieder hinaus „greifen“, wenn sie im übertragenen Wirkungsbereich nach Weisungen des BM(ASK oder BMGF) erlassen würden. *Sollten sie Kammern binden*, wären allenfalls auch andere BM als Weisungsgeber vorzusehen (Art. 120b Abs. 2 B-VG, VfSlg. 17.023 – „Hauptverband“). Der HV wäre nur verlängerter Arm der Ministerien. *Sollten Landesbehörden gebunden werden*, wären die Landesregierungen als Weisungsgeber vorzusehen (das ist zwar möglich – siehe § 4 Abs. 3 SV-EG usw.), aber bei unterschiedlichen Interessen schwer vollziehbar und unpraktikabel.
- Verordnungen des LH hätten dieselben Hindernisse: Eine Bindung z. B. bundesweiter Sozialversicherungsträger wäre zwar denkbar, aber wenn — und das ist lt. VfGH zulässig —, ländergrenzüberschreitende Planungen (z. B. Versorgungszonen nach ÖSG) relevant würden, hätten zwei LH praktisch gleichlautende V zu erlassen, was hohe Koordinationskompetenz des BM voraussetzt. VfSlg 16.059: „Zwar ist jedes Land lediglich verpflichtet, unter Bedachtnahme auf den Landes-Krankenanstaltenplan Krankenanstaltspflege für anstaltsbedürftige Personen im eigenen Land entweder durch Errichtung und Betrieb öffentlicher Krankenanstalten oder durch Vereinbarung mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sicherzustellen, es kann jedoch für ‚Personen, die im Grenzgebiet zweier oder mehrerer Länder wohnen‘ die ‚Anstaltspflege auch dadurch sichergestellt werden‘, dass ‚diese Personen im Falle der Anstaltsbedürftigkeit in Krankenanstalten eines benachbarten Landes eingewiesen werden‘ (§ 18 Abs. 1 letzter Satz KAG). Das KAG des Bundes schreibt daher eine über die Landesgrenzen hinausgehende Prüfung des Bedarfes geradezu vor.“
- die Interessenlage ist eine andere: Landeshauptmänner bzw. Landesorgane können sich als Einzelpersonen, wie die Geschichte zeigt, auch dann vorrangig einzelnen (Landes- oder anderen) Interessen verpflichtet fühlen, wenn es sich um die Vertretung von volkswirtschaftlichen Gesamt-(nicht bloß: Bundes-!)interessen handelt und sie eigentlich an andere Standpunkte weisungsgebunden wären. Beispiele sind VfSlg. 10.510 – „Haslauer“, wo der LH (zu Ladenöffnungszeiten am 8. Dezember 1984) anführte, „es gegenüber der gewerblichen Wirtschaft nicht vertreten“ zu können, die ihm zugegangene Weisung des damaligen BMS Dallinger zu vollziehen oder auch VfSlg. 18.894 – „Betriebsabgang Hanusch-KH“, VfSlg. 11.854 und 10.933 „Versorgungsauftrag Nierenlithotripter“, und die Diskussion Anfang der 1990er-Jahre zum „Gamma Knife“, das in Wien aufgestellt wurde, mit dem Zitat von BM Zilk „die Jeti-Tant muss nicht mehr nach Graz fahren“ (vgl. dazu auch die parl. Anfrage aus 2011, 7770/J, beantwortet durch 7701/AB, XXIV. GP über die Ziele der Spitalsreform) usw.

Europäischer Gerichtshof anerkennt Planung im Gesundheitswesen

Der **Europäische Gerichtshof** hat allerdings zuletzt Planungsmaßnahmen, die Genehmigungen auf ein bestimmtes geografisches Gebiet beschränken und „*in kohärenter und systematischer Weise das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit*“ verfolgen, somit de facto für den Inhaber einer Genehmigung einen **Gebietsschutz** bewirken, als rechtens angesehen. Dies insoweit, als „*die vorgesehene territoriale Beschränkung für die Erfüllung dieser Aufgaben unter Bedingungen eines wirtschaftlichen Gleichgewichts erforderlich und verhältnismäßig ist.*“ (EuGH 23. 12. 2015, C-293/14. Schlagworte: Rauchfangkehrergewerbe, Territoriale Beschränkung der Gewerbeberechtigung, Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse, **Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit**). Daraus ergibt sich einerseits die Zulässigkeit von (gebietsbeschränkenden) Planungsmaßnahmen, aber auch, dass diese Maßnahmen verhältnismäßig zu sein haben, somit nicht unreflektiert alle Details abschließend auf Dauer enthalten dürften.

Im Hintergrund stehen die Überlegungen in der „**Hartlauer**“-Entscheidung vor dem EuGH, 10. März 2009, C-169/07 und die daran geknüpften Rahmenbedingungen (vgl. das Rundschreiben des BKA 17. März 2009 BKA-VA.C-169/07/0003-V/7/2009):

Eine geordnete Krankenanstaltenplanung dient der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen medizinischen Versorgung und der Vermeidung einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit, wie der EuGH in der Entscheidung „**Hartlauer**“ ausdrücklich anerkannt hat (Rz 47 unter Hinweis auf das frühere Urteil vom 16. 5. 2006, C-372/04, Watts; vgl. auch 28. 4. 1998, C-158/96, Kohll; in diesem Sinne auch VfSlg. 15.456 - Bedarfsprüfung OÖ KAG und VfSlg. 19.529), und damit dem wichtigen öffentlichen Interesse an einem funktionierenden Gesundheitswesen.

Dieses Urteil untersagt nicht generell die Prüfung des Bedarfs im Rahmen eines Bewilligungsverfahrens betreffend eine Krankenanstalt (VwGH 26. 3. 2015, 2013/11/0048).

Der EuGH erachtet das im österreichischen Krankenanstaltenrecht vorgesehene Bewilligungserfordernis mit Bedarfsprüfung prinzipiell aus dem in Art. 46 Abs. 1 EG vorgesehenen Gesundheitsschutz für rechtfertigungsfähig: Wenn sie zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus beitragen, können insbesondere zwei Ziele unter die Ausnahme des Art. 46 EG fallen, nämlich das Ziel der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ärztlichen oder klinischen Versorgung sowie das Ziel der Vermeidung

unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPpgrpwis\Art. 19 - Verbindlichkeit Refratsunterlage 5. 9..docx.docx. gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

dung einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit. Im Hinblick auf das letztgenannte Ziel betont der EuGH, dass die Planung medizinischer Leistungen die Beherrschung der Kosten sicherstellen und so weit wie möglich jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern soll; der Sektor der medizinischen Versorgung verursache nämlich erhebliche Kosten und müsse wachsenden Bedürfnissen nachkommen, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind.

Das Gemeinschaftsrecht schließt nicht aus, dass die Infrastrukturen ambulanter Versorgung, wie der Arztpraxen und der Ambulatorien, auch Gegenstand einer Planung sein können. Eine Planung, die eine vorherige Genehmigung für die Niederlassung neuer Anbieter medizinischer Leistungen verlangt, kann sich als unerlässlich erweisen, um eventuelle Lücken im Zugang zu ambulanter Versorgung zu schließen und um die Einrichtung von Strukturen einer Doppelversorgung zu vermeiden, so dass eine medizinische Versorgung gewährleistet ist, die den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst ist, das gesamte Staatsgebiet abdeckt und geografisch isolierte oder auf andere Weise benachteiligte Regionen berücksichtigt. Es steht daher einem Mitgliedstaat frei, die medizinische Versorgung so zu organisieren, dass er einem Sachleistungssystem den Vorrang gibt, damit jeder Patient im gesamten Inland leicht Zugang zu den Dienstleistungen von Vertragsärzten hat.

Das frühere österreichische Krankenanstaltenrecht mit dem damaligen Bewilligungssystem war nicht geeignet, dem Ermessen der zuständigen Behörden hinreichende Grenzen zu setzen. Es beruht nämlich auf der ausschließlichen Bedingung des Bestehens eines Bedarfs, welche in den Bundesländern in der Praxis nach unterschiedlichen Kriterien geprüft wurde und nach Auffassung des EuGH daher nicht ausreichend gesetzlich determiniert war.

Allerdings liegt die **Grenze für Bedarfsprüfungen** dort, wo das öffentliche Gesundheitswesen verlassen wird: Der VfGH hat z. B. in VfSlg. 15.740, Passagen in der ktnKAO und im ktnKAPlan aufgehoben, weil auch private, nicht gemeinnützige, ohne Zuhilfenahme öffentlicher Mittel geführte Krankenanstalten in eine bedarfsorientierte Krankenanstaltenplanung miteinbezogen wurden. Darin wurde ein verfassungswidriger Konkurrenzschutz für bereits bestehende, erwerbswirtschaftlich geführte private Krankenanstalten gegenüber entsprechenden, neu zu errichtenden Krankenanstalten gesehen (vgl. auch VfSlg. 13.023).

Der VwGH (2. 4. 2014, 2013/11/0078) vertritt dies ebenfalls: Erbringen die (in die Bedarfsprüfung) Einzubeziehenden auch sozialversicherungsrechtlich **nicht erstattungsfähige** Leistungen, so sind diese - anders als nach der bisherigen Rechtslage - in das bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigende bestehende Versorgungsangebot nicht einzubeziehen, da ansonsten ein **unzulässiger Konkurrenzschutz** zugunsten bestehender privatwirtschaftlich tätiger Organisationsformen verwirklicht wäre (vgl. die EBzRV 779 BlgNR 24. GP, S. 28 zu § 3a KaKuG 2001).

Daraus ergibt sich, dass in den verfahrensrechtlichen Bestimmungen des Entwurfes darauf zumindest ansatzweise einzugehen war.

Eine Vorschrift, welche die Erteilung einer Konzession vom Vorhandensein eines örtlichen Bedarfs nach Erbringung bestimmter Tätigkeiten abhängig macht, greift in die **Erwerbsfreiheit** jener Personen ein, die nicht im Besitze einer entsprechenden Berechtigung sind, eine solche aber anstreben. Ein solcher Eingriff behindert den Zugang dieser Personen zu einer Erwerbstätigkeit. Derartige Beschränkungen sind nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs nur zulässig, wenn sie durch ein öffentliches Interesse geboten, zur Zielerreichung geeignet, dieser adäquat und auch sonst sachlich zu rechtfertigen sind (vgl. z. B. VfSlg. 11.276 und 11.503; 12.296).

Jede Bedarfsprüfung dient dem Schutz bestehender Unternehmungen vor zusätzlicher Konkurrenz. Einen solchen Konkurrenzschutz hat der VfGH nur dann als mit dem Grundrecht der Erwerbsfreiheit vereinbar angesehen, wenn besondere Gründe für eine derartige Einschränkung sprechen, so wenn es sich um die Regelung „sensibler Bereiche“ handelt (vgl. zu Medien VfSlg. 13.725), insbesondere etwa dann, wenn die Regelung dem Ziel der Sicherung einer flächendeckenden, qualifizierten ärztlichen Versorgung (VfSlg. 13.826), der bestmöglichen Heilmittelversorgung der Bevölkerung (vgl. VfSlg. 10.386, 10.692, 15.103 u.v.a.) oder der Existenzsicherung des bestehenden Gesundheitssystems (Erkenntnis vom 10. März 1999, VfSlg. 15.456) dienen.

In seinem Erkenntnis VfSlg. 13.023 hat der Verfassungsgerichtshof anerkannt, dass der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie von einer Gebietskörperschaft, einem sonstigen Rechtsträger oder von Privatpersonen betrieben werden, vorrangige Bedeutung zukommt. Dies insbesondere auch deshalb, weil durch öffentliche Mittel eine für den einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Ein **Existenzschutz** (iSd VfSlg. 15.103) der im Gesetz genannten, im Rahmen des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Sozialversicherung tätigen Personen und Einrichtungen ist anerkannt.

Europarecht kein Hindernis - Dienstleistungsrichtlinie

Die **Dienstleistungsrichtlinie** der EU, 2006/123/EG, betrifft nicht die Anforderungen für den Zugang bestimmter Dienstleistungsanbieter zu öffentlichen Mitteln. Zu diesen Anforderungen gehören insbesondere Anforderun-

unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

gen, die Bedingungen vorsehen, unter denen Dienstleistungserbringer Anspruch auf öffentliche Mittel haben, einschließlich spezifischer Vertragsbedingungen und vor allem Qualitätsnormen, die erfüllt werden müssen, um öffentliche Gelder erhalten zu können, z. B. für soziale Dienstleistungen. (Erwägungsgrund 10 dieser RL). Die Richtlinie berührt nicht die Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die soziale Sicherheit (Erwägungsgrund 14). Die im vorliegenden Entwurf genannten Vorgangsweisen stehen mit diesen Zielen in Einklang.

Vergaberecht

Ein weiterer Aspekt ist das **Vergaberecht**. Am 18. 4. 2016 für Österreich ist die zweijährige Frist zur **Umsetzung von europarechtlichen Richtlinien** abgelaufen. Für Österreich hätte dies tiefgreifende Veränderungen im Bundesvergabegesetz (BVergG) bedeutet, dies ist noch nicht geschehen. Mit einer Anpassung der einschlägigen österreichischen Regeln ist zwar in den nächsten Monaten zu rechnen, abschließende Bestimmungen können im vorliegenden Zusammenhang schon aus Kompetenzgründen (vgl. idZ auch Art. 14b Abs. 4 und 5 B-VG; Länderzustimmung zur Kundmachung von Bundes-Rechtsakten) nicht enthalten sein. Wohl aber ist der allgemeine Grundsatz zu berücksichtigen, wonach dass das österreichische (Bundes- und Landes-)Recht unionsrechtskonform im Einklang mit der europäischen Vergabe-Richtlinie auszulegen ist. Im Falle von Widersprüchen zwischen nationalem Recht (z. B. den Gesetzen zur Umsetzung der 15a-Vereinbarungen der Gesundheitsreform, zu denen im Ergebnis auch das Sozialversicherungsrecht, vgl. nur § 84a ASVG, und das Krankenanstaltenrecht, vgl. nur § 10a KAKuG, gehören) und Unionsrecht (Vergabe-Richtlinie) besteht **unmittelbare Wirkung** bzw. Anwendungsvorrang **des Unionsrechts**. Das österreichische Recht (auch durch Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG) kann den Anwendungsbereich des (europäischen, in Österreich umgesetzten) Vergaberechts weder ausschließen noch zusätzliche Ausnahmen vom Vergaberecht schaffen. Maßgeblich sind alleine die Ausnahmetabestände, die im BVergG bzw. in der Vergabe-Richtlinie festgelegt sind. Weder BVergG noch die Vergabe-Richtlinie sehen daher auch Ausnahmen für die Beschaffung von medizinischen Dienstleistungen vor. Dies hat bereits das Vergabeverfahren betreffend Leistungen der Kinder-Rehabilitation gezeigt:

Wie das Bundeskanzleramt zu einer Anfrage über die Anwendung des Vergaberechts im Gesundheitsbereich festhielt, unterliegt die Vergabe der hier in Rede stehenden Dienstleistungen (Einzelverträge, Vorverträge für Behandlungen der Patienten, Gesamtverträge, Krankenanstaltenverträge usw.) durch (hauptsächlich:) Sozialversicherungsträger als öffentliche Auftraggeber dem Vergaberecht. Je nach Ausgestaltung der Leistungsbeschreibung kann es sich dabei in erster Linie um Dienstleistungsverträge oder um Konzessionsverträge handeln. Die damit verbundenen Dienstleistungen könnten unter keinen Ausnahmetatbestand des geltenden (bzw. zukünftigen) Vergaberechts subsumiert werden, sodass eine Vergabe außerhalb des Regelungsregimes des Vergaberechts unzulässig wäre. Wohl aber haben die österreichischen Gesetzgeber aufgrund der Klassifikation solcher (Dienst-)Leistungen als „nichtprioritär“ bzw. (künftig) als „soziale und andere besondere Dienstleistung“ großen Spielraum bei der Ausgestaltung des jeweiligen Verfahrens. An der Verpflichtung, die „Grundwahrheiten des Vergaberechts“ einzuhalten, nämlich der unionsrechtlichen Grundsätze der **Transparenz**, der **Objektivität** und der **Nicht-Diskriminierung** (vgl. dazu auch die Rspr des EuGH zu nicht-prioritären Dienstleistungen z. B. Rs C-507/03, C-226/09, C-95/10) wird sich aber auch nach Inkrafttreten des neuen Vergaberechts nichts ändern (BKA-600.883/0039-V/8/2015 vom 24. 06. 2015, siehe www.sozdok.at/Expertinnensuche). Die hier vorgelegten Formulierungen folgen daher (z. B. hinsichtlich der **Anbieter- bzw. Rechtsformneutralität**) diesen Rahmenbedingungen.

Rechtsformneutralität ist auch Kriterium bei Organisationsveränderungen: In Fällen, in denen z. B. ein bestehendes Laboratorium einer natürlichen Person von einem anderen Rechtsträger (einer juristischen Person) übernommen wird und als selbständiges Ambulatorium weitergeführt werden soll, erübrigen sich nach dem VwGH (2. 4. 2014, 2013/11/0078) weitere Ermittlungen, ob ein Bedarf gegeben ist, *insofern keine Erweiterung des Leistungsangebotes geplant ist*. Diese Auffassung hat der VwGH auch in einem Fall vertreten, in dem ein selbständiges Ambulatorium an die Stelle einer Facharztordination trat und eine Zusammenlegung ohne Ausweitung des Leistungsangebotes erfolgte.

Die Planungsinhalte sind, wie das Vergabeverfahren zur Kinderrehabilitation gezeigt hat, taugliche Grundlage für Vertragsvergaben (nur) dort, wo es konkrete Aussagen (z. B. Tabellen über Bedarf) gibt (vgl. auch BVwG 14. 06. 2016, W138 2126059-2, über ein abgewiesenes Anfechtungsbegehren im Rahmen dieses Verfahrens).

Nach dem Krankenanstaltenrecht (in der Ausprägung der Grundsatzbestimmung des § 148 Z 1 ASVG, siehe auch § 145 Abs. 2 ASVG), aber auch nach den Ärztegesamtverträgen (vgl. nur § 26 Abs. 1 des Gesamtvertrages in Wien, avsv Nr. 5/2016) besteht **Behandlungspflicht** (Kontrahierungszwang, Aufnahmезwang, für öffentl. Krankenanstalten auch Betriebspflichten), sodass die Planungsvorgaben auch vor dem Hintergrund zu sehen sind, dass die entsprechenden Behandlungskapazitäten auf Dauer vorzusehen (und deren Bestand abzusichern) sind (inkl. der Sanktionen hinsichtlich Ersatz für Aufwände, die planwidrig entstehen sollten). Es soll nicht mehr möglich sein, durch privatrechtliche Gestaltung (z. B. Zurücklegung des GKK-Einzelvertrages, wenn Verträge zu „allen Kassen“ bestanden und damit die Verträge zu den Sondersicherungsträgern bestehen bleiben oder Kündigung eines Krankenanstaltenvertrages hinsichtlich nur eines Sozialversicherungsträgers) Sondersituationen entstehen zu lassen, die letztlich zu Lasten des Gesamtsystems und damit der Patienten und Steuerzahler gehen würden.

Rechnungshof

Die vorgeschlagenen Regeln versuchen, Grundlage für die Auswahl der bestgeeigneten Anbieter zu werden. Wie Kontakte mit dem Rechnungshof zeigen, steht auch der Rechnungshof dem bisher im vorliegenden Zusammenhang möglichen „**Windhundprinzip**“ skeptisch gegenüber:

Dieses Wort schildert die Situation, dass für die Bedarfsprüfung, Bewilligung etc. von Krankenanstalten oder für Verträge mit der Sozialversicherung jener Bewerber Vorrang erhielt, der als schnellster die entsprechenden Anträge oder Angebote stellte und damit den Bedarf deckte/konsumierte, wonach für Angebote andere Bewerber kein Raum/Bedarf mehr blieb, was de facto „eine Monopolstellung des Schnellsten, nicht aber des Besten“ bewirkte.

Gesundheitsdiensteanbieter sollten aber nicht nach Schnelligkeit bei der Antragsbringung, sondern nach Qualität der angebotenen/erbrachten Leistungen bewertet werden.

Diesem Ziel dient insbesondere die abgestufte Vorgangsweise nach Abs. 10x, welche die behördlichen Verfahren mit den (durch Vergabeverfahren abzuwickelnden) sozialversicherungsrechtlichen Vertragsabschlüssen verbindet und erstmals eine gemeinsame, koordinierte Vorgangsweise in diesen Situationen rechtlich begründen würde.

Auswirkungen auf Stellenpläne

Dass die Verbindlichkeit von ÖSG und RSG Konsequenzen auf die Stellenpläne hätte, darf nicht übersehen werden. Die heutigen (GKK, VAEB, BVA, SVAgW, KFA ...) -Stellenpläne, die einander zwar ähnlich, aber kaum völlig deckungsgleich sein dürften, würden zumindest inhaltlich durch eine V oder RL ersetzt werden können. Das Mitspracherecht der Anbiertvertretungen (Kammern, es geht nicht nur um die Ärztekammern) würde eingeschränkt. Schon heute sind freilich (Einzel-)Verträge, die gegen einen Stellenplan verstoßen, entweder nach § 341 Abs. 3 zweiter Satz ASVG oder nach § 343 Abs. 1 fünfter Satz ASVG nichtig. Allgemeine Vertragsfreiheit besteht in diesem Zusammenhang somit bereits bisher nicht.

Die entsprechenden Regeln sollen nach wie vor durch die Selbstverwaltung, konkret die Trägerkonferenz des Hauptverbandes aufgestellt werden. Insoweit dadurch allerdings Bereiche außerhalb der Sozialversicherung (wie die KFA) betroffen sind, ist dafür aus verfassungsrechtlichen Gründen die Gestaltung als übertragener Wirkungsbereich mit Weisungsbindung an den BMGF notwendig.

Ein weiteres Thema ist, die „Bündelung der Kassenverträge“ (die derzeit nur GKK, BKK und SVB umfasst, § 343 Abs. 1 ASVG) weiter fortzusetzen (insb. auch hinsichtlich KFA...). Das auch iZm damit, dass es nicht möglich sein soll, den §-2-Vertrag zu kündigen und die anderen Verträge zu behalten. Damit wäre die Bindung der Stellenpläne an die Gesamtverträge nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG in Frage, ansonsten eine einzelne Interessenvertretung die Gesundheitsplanung unterlaufen/verhindern könnte.

Zusammenfassung der allgemeinen Überlegungen

Um einen Text oder Plan verbindlich zu machen, muss damit

1. der Inhalt exakt und mit allen notwendigen Details feststehen (in der Praxis „Handwerk“: keine bloßen unsortierten Blätter, Zeichnungen ohne Inhaltsangaben, schlecht lesbare Grafiken, Excel-Listen in minimaler Schrift, schlechte Kopien, Bilder in schlechter Auflösung usw.), vgl. die Kundmachungsvorschläge im RIS,
2. es sich um einen Inhalt handeln, nach dem sich Andere auch tatsächlich richten können („Normcharakter“, also keine bloßen Erzählungen, Schilderungen), vgl. die Definitionskompetenz der BGA, weil die bisherigen Pläne keinesfalls vollständig als Umsetzungsunterlagen gelten könnten, da sie teilweise als Vorschläge formuliert sind,
3. der Inhalt exakt zitierbar und sicher auch Jahre später auffindbar sein. Damit verbietet sich zunächst, die Pläne „auf der Ministeriumsseite ins Internet“ zu hängen, weil nicht sicher ist, ob ein Link nach Minister-/Regierungswechseln oder Layoutwechseln der Website noch in seiner ursprünglichen Form funktionieren würde. Genaue Seitenzitation (ohne Redundanzen in der Zählung) ist ebenfalls notwendig. Die Erfahrung zeigt, dass Auffindbarkeit nicht leicht absicherbar ist (und wohl in späteren Zeiten auch übersehen wird, weil es den Betroffenen egal wird). Und weil auf diese Weise nicht sicher ist, ob das Dokument nicht gehackt/durch eine andere Version ersetzt/verfälschbar bleibt. Das ist der Grund dafür, dass die elektronischen Kundmachungsseiten hohen Aufwand für Zugriffssicherheit treiben (mit elektronischen Signaturen usw.).
4. er von einer dazu befugten Stelle aufgestellt worden sein, vgl. die Aufteilung der Normsetzung auf die jeweils zuständigen Stellen,
5. eine klare Anordnung bestehen, die an konkrete Personen (Normadressaten, Vollziehungsbehörden) gerichtet ist, sich danach zu richten (eine Vereinbarung nach Art. 15a wäre das nicht, sondern nur die auf ihr beruhenden Gesetze des Bundes und der Länder, nötigenfalls durch Durchführungsverordnungen), auch dafür sind parallele Normen notwendig,

6. durch alle Verwaltungsbehörden klare Vollziehung ergehen, somit die Anordnungen durch kompetenzmäßig Berechtigte tatsächlich vollzogen werden und
7. falls nicht, diese Anordnung durch Sanktionen durchgesetzt werden können.

Absicherung durch Sanktionen

Entsprechende Bestimmungen könnten, um deren Einhaltung zu sichern, mit Sanktionen belegt werden. Davon wird im Entwurf nur spärlich, aber doch Gebrauch gemacht, um die Umsetzbarkeit abzustützen:

- Nichtigkeitssanktion (siehe § 338 Abs. 2a letzter Satz bzw. § 341 Abs. 3 ASVG letzter Satz, also ein vorhandenes Instrument). Dass ein Vertrag nichtig (unwirksam) ist, wenn er nicht einem Planungskriterium (dort: Stellenplan) entspricht, ist seit Jahrzehnten in § 343 Abs. 1 vorletzter Satz ASVG normiert, der Gedanke ist somit durchaus nicht neu oder ungewöhnlich (damit wollte man seinerzeit den Zehnjahresvertrag aus 1978 absichern, dieser Vertrag ist ein Vorläufer der seither immer wieder versuchten Kapazitätsplanungsversuche im ambulanten Bereich; abgedruckt bei *Dragaschnig/Souhrada*, Schiedskommissionen [1983], S. 224-229).
- wirtschaftliche Sanktionen, z. B. finanzverfassungsrechtlicher Art, vgl. Art. 19 ff. Österreichischer Stabilitätspakt 2012, insb. Art. 24 – Tragung finanzieller Sanktionen, vgl. auch Zahlungen aus (Ausgleichs-)Fonds, Zielsteuerungsmaßnahmen usw., Ausschluss von Kostenerstattungen diverser Arten bis hin in § 82 ASVG, Grundlagen in Ausgleichsfonds-RL des HV usw. könnten vorgesehen werden. Auch dafür ein Beispiel gibt es schon im ASVG: § 447a Abs. 12 ASVG – keine Leistungen, wenn eine Kasse die ungünstige Kassenlage selbst herbeigeführt hat.

Eine andere Form der Absicherung wäre, einschlägige Normen an Zustimmungen anderer Betroffener zu knüpfen, sie also ohne diese Zustimmung gar nicht erst *wirksam* werden (kundmachen, ihre Normwirkung entfalten!) zu lassen:

Alternative wäre allenfalls, dass eine V nur dann *kundgemacht werden kann* (nicht erlassen - !), wenn eine andere zugestimmt hat, das ist bereits im B-VG öfter vorgesehen, z. B. beim Vergaberecht nach Art. 14b Abs. 4 B-VG; im Organisationsrecht Art. 15 Abs. 10 B-VG, im Verfahren Art. 94 Abs. 2 und in der mittelbaren Bundesverwaltung siehe Art. 102 Abs. 1 B-VG. Allerdings: eine solche „mehrfache Bindung“ (Eigenwille-Fremdwille-Aufsicht) auch hier einzuführen, scheint dem Anlassfall nicht adäquat, weil die jeweils zugrundeliegenden Planungsunterlagen ja ohnedies konsensual zu erstellen sein werden und Regeln über die Kundmachung der Umsetzungsnormen dann de facto eine doppelte Absicherung (die auch mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden wäre) bedeuten würden.

Besonderer Teil

Zur Vereinbarung nach Art. 15a

Zu Art. 19 Abs. 1 bis 6x:

Dass der ÖSG ein qualifiziertes Sachverständigengutachten ist, soll auch in Zukunft nicht in Frage gestellt werden. Damit wird die fachliche Qualifikation dieses Plans festgehalten, aus dem sich seine allgemeine Akzeptanz ableitet. Seine formalen Inhalte werden näher definiert und auch die Möglichkeit von Ausweichregeln geschaffen. Damit wird klargestellt, dass ÖSG und RSG auch in jenen Bereichen, in denen sie nicht (durch die vorgesehenen Verordnungen) als verbindlich erklärt wurden, einen fachlich anerkannt hohen Standard repräsentieren.

Zu Art. 19 Abs. 2x:

Da die SV und damit das öff. Gesundheitswesen weitgehend durch privatrechtliche Verträge an Leistungsanbieter gebunden ist, könnte ansonsten dann, wenn es keine Ausweichregeln im ÖSG gibt, bei dessen Verbindlichkeit durch Kündigungsandrohung privater Anbieter massiver Druck auf die Vorname/Nichtvorname bestimmter Entscheidungen entstehen (vgl. auch § 23 Abs. 5 ASVG über die Zusammenarbeit von Krankenversicherungsträgern und Ländern im Falle eines vertragslosen Zustandes).

Grundlagen für innovative Projekte dürfen durch Verbindlichkeit der Planung nicht eingeschränkt werden, daher enthält Abs. 2x in lit. d eine ausdrückliche Grundlage für Projekte, wie sie z. B. bisher (bei unverbindlicher Planung) in § 459e ASVG vorgesehen waren.

Bereits bisher bestand mit dieser Bestimmung eine Rechtsgrundlage, welche die Sozialversicherungsträger und den Hauptverband ermächtigte, gemeinsam oder gemeinsam mit dem Bund, einem oder mehreren Ländern oder von ihnen beauftragten Einrichtungen Projekte über die Optimierung von Verwaltungsabläufen und Verwaltungsabläufe betreffend die integrierte gesundheitliche Versorgung der Versicherten durchzuführen. Solche Projekte oder Verwaltungsabläufe konnten zum Zweck der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erfolgen (z. B. Case Management, Disease Management, Entlassungsmanagement).

unabgesprochene nicht freigegebene Arbeitsunterlage für die FG Recht am 5. September 2016

C:\Users\hauptman\AppData\Local\Temp\5\XPgrpwise\Art. 19 - Verbindlichkeit Referatsunterlage 5. 9..docx.docx, gespeichert 05.09.2016 08:24:00, gedruckt 17.10.2016 08:35:00

Eine unflexible Verbindlichkeit von ÖSG oder RSG hätte für solche Projekte, die ja innovativ sein sollten, Hindernisse gebildet. Daher soll für solche Projekte eine Möglichkeit geschaffen werden, einschlägige Maßnahmen auch ohne deren Erwähnung in einem Planungsdokument zu treffen.

Dies wird auch in Zukunft in den Materiengesetzen des Bundes und der Länder umzusetzen sein.

ÖSG und RSG sollen nicht zuletzt, um Patienten und Leistungsanbietern klaren Überblick zu geben (vgl. die Aufgabe des Hauptverbandes, im Internet eine Leistungsübersicht zu veröffentlichen), laufend aktuell gehalten werden. Diesem Ziel dient die Aktualisierungspflicht im Schlussteil des Abs. 2x.

Zu Art. 19 Abs. 3x:

Die Regel folgt gedanklich den bestehenden Vorbildern: vgl. Art. 4 Abs. 2 und Art. 5 der Vereinbarung über den **Konsultationsmechanismus** und einen künftigen **Stabilitätspakt**, BGBl. I Nr. 35/1999.

Die Kostentragungsregel hat im Ergebnis Sanktionscharakter (vgl. § 2 F-VG: jeder trägt den Aufwand, der sich auch der Besorgung seiner Aufgaben ergibt – wenn diese Aufgaben in einer ÖSG/RSG-widrigen Form erweiternd erfüllt werden, ist auch der daraus entstehende Aufwand zu tragen. Andere Vertragsparteien dürfen damit nicht belastet werden. Dies gilt auch dann, wenn in behördlichen Verfahren solche Aufwände hervorgerufen werden sollten (Genehmigung von Krankenanstalten außerhalb der Planung usw.).

Zu Art. 19 Abs. 4x:

Die Rechtsformneutralität der Planung vermeidet, dass bestimmte (vielleicht sogar neu entstehende) z. B. Zusammenarbeitsmöglichkeiten von vornherein ausgeschlossen wären, obwohl sie, z. B. nach dem Ausscheiden eines Anbieters sinnvoll wären, z. B. eine Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern und Krankenanstaltenbetreiber bzw. anderen Gesundheitsberufen über einen gemeinsamen nichtmedizinischen Rechtsträger (Infrastrukturprovider) bei der Abdeckung des Bedarfs eines bestimmten Gebietes in Form der Ausschreibung einer Dienstleistungskonzession, was allein durch Gesamtverträge nicht gewährleistet werden kann. Die Planung soll sich mit dem Bedarf nach Behandlungskapazitäten beschäftigen, nicht jedoch mit dem Bedarf nach organisatorischen Einrichtungen oder Rechtsformen wie Spitälern, Ordinationen, Gesellschaften o. Ä. Damit werden auch wirtschafts- (vergabe-)rechtliche Schwierigkeiten dahin vermieden, dass bestimmte Anbieter sich nur deswegen diskriminiert fühlen könnten, weil sie eine andere Rechtsform verwenden. Auch organisatorische bzw. gesetzestechnische Vorkehrungen in anderen Zusammenhängen können zweckmäßig sein: So wird die Salzburger Flugrettung unter der Federführung des Roten Kreuzes, Landesverband Salzburg betrieben, das seinerseits Verträge mit Helikopterbetreibern, Krankenanstalten, etc. abgeschlossen hat. Das RK ist die einzige gesetzlich anerkannte Rettungsorganisation im Land Salzburg.

Zu Art. 19 Abs. 5x:

Verbindlich könnten z. B. die Bedarfstabellen sein, nicht aber die Darlegungen der Berechnungsschlüssel und der Ausgangswerte.

Die Verbindlicherklärung durch Verordnung der Bundesgesundheitsagentur bedeutet keine Bindung von Landesbehörden durch eine Verordnung des Bundes (allenfalls statt V einen – kundzumachenden – Beschluss der BGA vorsehen, was im Effekt dasselbe Ergebnis hätte?). Eine solche Bindung käme (erst) durch die Übernahme der einschlägigen Bestimmungen kraft Landesgesetz (und die dort vorgesehenen Rechtsakte) zustande.

Es muss jedenfalls eine Behörde sein, auf die der entsprechende Auftrag zurückzuführen ist, siehe das „Bodenmarkierungserkenntnis“ VfSlg. 12.157, eine Grundlage iSd Judikatur zu Art. 18 B-VG (Verordnungsgrundlagen) muss vorhanden sein. Dies erscheint aber durch z. B. eine Beleihung gestaltbar.

Zu Art. 19 Abs. 7x:

Es kann neben den jeweiligen Durchführungsgesetzen (Gesundheits-ZielsteuerungsG, KAKuG, ASVG usw.) auch Rechtsbereiche geben, deren Rechtlagen die Ziele der Reform beeinflussen können. So soll z. B. versucht werden, Nebenbeschäftigungen, durch welche die Behandlungssicherheit eingeschränkt würde, nicht mehr ungeschränkt zuzulassen, weil damit die persönliche Fähigkeit medizinischen Personals z. B. für medizinische Betreuung durch Ermüdung, Ablenkung beeinträchtigt werden kann (vgl. auch die Kumulationsregel in § 2 Abs. 2 ArbeitszeitG und die Regeln des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes).

Transparenz und Übersicht sollen durch die Verpflichtung des Hauptverbandes gefördert werden, im Internet eine kostenlose Darstellung zu publizieren.

Zu Art. 19 Abs. 9x bis 9z und die folgenden Absätze mit Überschriften:

Der Text folgt dem Gedanken, dass alle Betroffenen für ihren eigenen Vollziehungsbereich die Regeln umzusetzen haben, der Gedanke, eine verbindliche Umsetzung durch einen einzelnen Rechtsakt (wessen immer) zu bewirken, wird nicht verfolgt (siehe dazu die verfassungsrechtlich-praktischen Überlegungen in der Einleitung).

Zu Art. 19 Abs. 10x, 10y und 10z:

Krankenanstalten, welche *ausschließlich* sv-rechtlich nichterstattungsfähige Leistungen erbringen, sind äußerst selten, können aber nicht ausgeschlossen werden. In diesem Fall gibt es keine Bedarfsprüfung (§ 3 Abs. 2a bzw.

§ 3a Abs. 4 KAKuG) – die Bestimmung ist im Sinne der Dienstleistungsfreiheit aufrecht zu erhalten, siehe die oben bei der Judikatur des EuGH und des VfGH angeführten vielfachen Entscheidungen.

Wenn es keine Errichtungsbewilligung gibt, muss für die (seltenen, aber nicht ausgeschlossenen) Fälle, in denen Kostenerstattungsanträge aus speziellen Situationen heraus gestellt werden, im Leistungsrecht der Sozialversicherung Vorsorge getroffen sein. Zur Abgrenzung bei der Kostenerstattung vgl. § 131 Abs. 2 ASVG. Die öffentlich-rechtlichen Rahmenbedingungen der Planung (welche auch effizienten Mitteleinsatz für Personal- und Geräteeinsatz begründen) dürfen nicht im Wege leistungsrechtlicher Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts unterlaufen werden können.

Durch Abs. 10x entfällt im Ergebnis die „Sperrwirkung“ einer Bedarfsprüfung für andere Antragsteller (Abschaffung des bisherigen „Windhundprinzips“), das muss im Krankenanstaltenrecht der Länder nachvollzogen werden (insb. Befristung von Feststellungsbescheiden, bundesweit einheitliche Regelung wäre sinnvoll).

Im Ergebnis kommt es durch die Kombination von Verbindlichkeit bundesweiter Planung bei den gegebenen Verhältnissen dazu, dass Behörden und Sozialversicherungsträger, die für Krankenanstaltengenehmigung und Vertragsvergabe zuständig sind, in der Art kommunizierender Gefäße in einem Netzwerk zusammenzuarbeiten haben, wenn nicht durch Einzelaktionen die verbindlichen Rahmenbedingungen überschritten werden sollen.

Der Anwendungsbereich könnte – siehe den Vorschlag – auf tatsächlich überregional wirkende Einrichtungen eingeschränkt werden – dort stellt sich das überregionale, Koordinationsproblem für Bewilligungen zwischen den Ländern, weil Regelung in einem RSG nicht möglich ist. Verbindliche Bedarfszahlen gibt es im ÖSG aber wahrscheinlich auch zu anderen Leistungsbereichen – das überregional zu bewerkstelligen ist aber unrealistisch bis unmöglich (z. B. kann ein Überangebot an CT-Leistungen in Wien wohl nicht begründen, dass ein nach den ÖSG-Bedarfswerten adäquates, im RSG vorgesehene CT in Kärnten nicht bewilligt werden kann).

Bei Neubewilligungen wäre Abstellen auf den Bedarf wohl sachgerecht, bestehende Kapazitäten rückzubauen ist eine andere Sache. Und wirksam vollziehbar wird das nur, wenn es eine österreichweit funktionierende Verfahrensevidenz gibt – die haben wir derzeit nicht, die müsste vom BMG betrieben und fix ins Verfahren eingebaut werden.

Die Bestimmung über die Parteistellung des Hauptverbandes (vgl. § 31 Abs. 3 Z 5 ASVG) ergibt sich daraus, dass in solchen Verfahren jeweils ländergrenzenübergreifende (bundesweite) Gesichtspunkte zu berücksichtigen sein würden, deren Behandlung über den Zuständigkeitsbereich des einzelnen Sozialversicherungsträgers hinausgehen kann (vgl. bereits jetzt die Versorgungszonen, die nicht zuletzt Anlass dafür waren, das Vergabeverfahren über Leistungen der Kinderrehabilitation durch den Hauptverband und nicht durch einzelne Sozialversicherungsträger zu führen).

Der Zweck dieser Regelung ist durch folgende Tabellen erläutert.

Angenommen, der verbindlich erklärte ÖSG (dem die RSG zu entsprechen haben würden) enthielte für ein Vorhaben folgende **Zahlen für den Bedarf**, wobei es für dieses Beispiel gleichgültig ist, ob Spitalsbetten, xtausend Behandlungen, xStunden Betreuung usw. Es wird am Beispiel VZ = Versorgungzone dargestellt, aber dem Sinn nach ist das für jede geografische Zone (VZ, Land, Bezirkshauptmannschaft, Gemeindearztsprengel, Stellenpläne) innerhalb des gesamtstaatlichen Planungsbereichs gültig:

VZ Ost	VZ Nord	VZ Süd	VZ West	Summe
500	350	250	150	1250

Tatsächlich existieren aber bereits folgende Angebotskapazitäten:

800	200	300	50	1350
-----	-----	-----	----	------

Das bedeutet folgende **Abweichungen zwischen Bedarf und Tatsachen**, die einzelnen VZ lägen für sich jeweils

300 über Bedarf	150 unter Bedarf	50 über Bedarf	100 unter Bedarf	100 über Bedarf
-----------------	------------------	----------------	------------------	-----------------

Der österreichweite Bedarf wäre damit bereits insgesamt mit 100 überschritten. In den VZ Nord und West wären aber noch *bezogen auf die einzelne Versorgungzone* folgende Kapazitäten offen

--	150	--	50	200 offen
----	-----	----	----	-----------

Soll nun dennoch eine einzelne Landesbehörde oder ein Sozialversicherungsträger unkoordiniert berechtigt sein, z. B. in einem Land der VZ Nord einen Bedarf von 150 festzustellen, zu genehmigen, vertraglich zuzulassen usw.?

Das würde folgende Tatsachen an Angebotskapazitäten bewirken und den Zielen, die mit dem ÖSG verfolgt werden, klar zuwiderlaufen:

800	350	300	50	1500!
-----	-----	-----	----	--------------

Die Verbindlichkeit des ÖSG bedeutet somit, dass Verfahren, welche die Zulassung zusätzlicher Kapazitäten nach sich ziehen, jeweils nicht die Situation des eigenen Landes oder der eigenen VZ, sondern (nur) jene des Gesamtbedarfes zu berücksichtigen haben.

Dadurch wird nicht verhindert, dass entsprechende Kapazitäten „untereinander getauscht“ werden (was im Text berücksichtigt ist): Es könnte z. B. sein, dass zum Ausgleich des Fehlbedarfs der VZ Nord (auf welchen Wegen immer) vereinbart wird, dass die VZ Ost eine Kapazität von 150 abbaut, was folgende Situation bewirken würde:

650	350	300	50	1350
-----	-----	-----	----	------

Damit wären (zwar immer noch nicht die Bedarfsplanungszahlen des ÖSG erfüllt, aber) zumindest keine zusätzlichen Kapazitäten eröffnet und für eine bedarfsgerechtere Aufteilung vorhandener Kapazitäten gesorgt. Dies soll Ziel der bundesweiten Planung sein.

Eine schärfere Variante könnte sein, dass generell nicht die tatsächlichen Kapazitäten, sondern gleich der Bedarf nach ÖSG als Richtschnur genommen würde: Das würde bedeuten, dass in der VZ Nord zwar (noch immer) ein Bedarf an 150 genehmigbar/akzeptierbar wäre, aber nur dann, wenn gleichzeitig in anderen VZ so viel an Überkapazität abgebaut würde, dass der ÖSG-Bedarf erreicht würde, was als Ergebnis etwa folgendermaßen lauten würde:

600	350	250	50	1250
-----	-----	-----	----	------

Die entsprechenden Einigungen könnten im Rahmen der Bundesgesundheitsagentur getroffen werden.

Ein Verschieben von Zahlen kann z. B. durch Kapazitätsabbau wie durch Auflassung von Überkapazitäten deren anderweitige Nutzung oder durch Verzicht auf (landes-)grenznahe Kapazitäten erfolgen, die jenseits der Grenze im anderen Land effizienter vorgesehen werden könnten.

Verträge sind für Beziehungen mit der Sozialversicherung generell vorgesehen, auch Krankenanstalten haben Verträge (§ 148 Z 10, § 149 Abs. 1 und § 338 Abs. 1 ASVG), mögen auch die Finanzierungsströme teilweise (Fondskrankenanstalten) auf öffentlich-rechtliche Weise geregelt sein.

Neu abzuschließende Verträge hätten auf diese Rechtslage einzugehen und allenfalls auch die nur gemeinsame Kündigung hinsichtlich aller Sozialversicherungsträger bzw. Sanktionen bei Nichtbetrieb oder Verletzung der Aufnahmepflichten und anderer aus dem RSG entstehenden Rechte (Gebietsschutz) oder Pflichten zu vorzusehen.

Als „sonstige Art“ der Sicherstellung kommen z. B. satzungsmäßiger Ausschluss von (Genehmigungspflicht für) Leistungen in Betracht, die in einer Einrichtung erbracht wurden, die nicht in einem RSG vorgesehen ist. Die Regelung soll jedoch auch Anbietern nachvollziehbar und im Vorhinein kalkulierbar machen, wie sie ihre Leistungen finanzieren müssen. Es muss damit nicht „auf Verdacht“ ein Verfahren geführt oder gar ohne konkrete Finanzierungssicherheit (Honorarverrechnungsmöglichkeit) gebaut werden, woraus insgesamt für alle Beteiligten Ersparnis an Verwaltungsaufwand entsteht.

Der Schlusssatz soll verhindern, dass der Vertrag von einem (mittlerweile etablierten) Anbieter einseitig (vielleicht nur hinsichtlich einzelner Vertragspartnergruppen wie z. B. den Krankenversicherungsträgern) beendet wird und dann der Bedarf im RSG (noch, teilweise) „besetzt“ ist durch jemanden, der keine vollständige Leistung mehr erbringt, weil er sie selbst eingeschränkt hat bzw. dazu Anlass gegeben hat, was auch auf Absicht begründet sein könnte (Rosinenpicken durch Konzentrierung auf bestimmte lukrativere Patientengruppen). Es muss sich dabei nicht nur um Kündigung durch den Betreiber handeln, auch – teilweise – Betriebseinstellung ohne nachvollziehbaren (z. B. Umbaumaßnahmen oder unvorhersehbare Schäden) Grund ist denkbar.

Zu Art. 19 Abs. 13x:

Siehe auch die Einleitung über die Datenquellen: Die Richtlinie 2014/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2014 über die elektronische Rechnungsstellung bei öffentlichen Aufträgen, ABl. EU L 133, 6. 5. 2014 verpflichtet alle Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung der Mitgliedsländer ab November 2018, e-Rechnungen zu akzeptieren. Bereits seit Längerem verlangt der Bund auch in Einzelfällen und kleineren Beträgen die e-Rechnung.

Es darf nach diesem Zeitpunkt nicht vorkommen, dass für die Verrechnung von gleichen Leistungen eines Arztes, einer Krankenanstalt usw. grundsätzlich unterschiedliche Vorgangsweisen (Abrechnungssoftware etc.) danach zu wählen wären, ob der Rechnungsempfänger der Bund oder ein Sozialversicherungsträger ist.

Nach der Rechtslage könnte die Anwendung der e-Rechnung auch auf die SV (oder das öff. Gesundheitswesen generell) ausgedehnt werden: § 5 Abs. 2 des Bundesgesetz, mit dem IKT-Lösungen und IT-Verfahren bundesweit konsolidiert werden (IKT-Konsolidierungsgesetz – IKT-KonG), BGBl. I Nr. 35/2012 enthält eine Verordnungsermächtigung des BMF.

Zur Umsetzung auf Bundesebene

Umsetzungsgesetz

Zu § ...

ASVG

Zu § 84a – Verbindlichkeit

Da die Stellenpläne der Gesamtverträge auch Verträge sind, erübrigt sich ein gesondertes Eingehen auf diesen Punkt, eine parallele Bestimmung in den Landesgesetzen wird jedoch notwendig sein, um auch bei den Vertragspartnern gleichermaßen die Verbindlichkeit zu bewirken. Ansonsten wäre es denkbar, dass Vertragsabschlüsse nicht zustande kommen, weil die damit umzusetzende Verbindlichkeit nicht anerkannt würde.

Zu § 131 Abs. 2 – Kostenerstattung

Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Sozialversicherung dienen öffentlichen Interessen und werden zu wesentlichen Teilen aus öffentlichen Mitteln gefördert. Diese Finanzierung verlangt, dass die entsprechenden Mittel effizient eingesetzt werden, z. B. dadurch, dass kostenintensive Behandlungen an bestimmten Orten gebündelt und die damit verbundenen technischen Einrichtungen gut ausgelastet werden. Es kann jedoch auch Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen geben, die nicht durch das öffentliche Gesundheitswesen finanziert werden (Schönheitsoperationen, Wellnessangebote etc.). Ebenso soll durch das Gesetz nicht in die Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit eingegriffen werden. Es besteht jedoch auch auf europarechtlicher Ebene, nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen, keine allgemeine Verpflichtung, alle niedergelassenen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen aus Mitteln einer Sozialversicherung gleichermaßen durch Honorierung aller ihrer Leistungen zu unterstützen (vgl. die Gestaltungsmöglichkeit der Mitgliedsstaaten bei der Organisation von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse DAWI und Sozialdienstleistungen von allgemeinem Interesse SDAI). Vor diesem Hintergrund soll die Kostenerstattung für Leistungen, die nicht im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Planungsmaßnahmen ÖSG und RSG erbracht wurden, nur unter bestimmten Umständen zugelassen und ansonsten ausgeschlossen werden.

Zu § 135 Abs. 2 – Erreichbarkeit von Behandlungsstellen

Da die Planungsunterlagen wettbewerbs- und damit rechtsformneutral zu sein haben (siehe bei Abs. 4x der 15a-Vereinbarung), ist eine ebenso neutrale Umsetzung im Leistungs- und Organisationsrecht des Gesundheitswesens die Folge.

Zu § 338 Abs. 2 – Heranziehung eigener Einrichtungen

Derzeit dürfen eigene Einrichtungen für die Versorgung mit Leistungen nur nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden. Wenn ÖSG und RSG verbindliche Rahmenbedingungen enthalten, ist diese Bestimmung gegenstandslos und zu streichen.

Zu § 338 Abs. 2a zweiter Satz

Eine Sonderregel über den (bereits bisher verbindlichen) Großgeräteplan kann entfallen, wenn ÖSG und RSG mit den konkreten Passagen verbindlich sein sollen. Geschieht dies nicht, darf diese Bestimmung nicht gestrichen werden.

Einschlägige Planungen und Regelungen sind rechtlich akzeptiert, auch wenn sie Auswirkungen auf Wahlärzte oder Wahlpartner haben, vgl. OGH 10 ObS 365/98v, SZ 72/98 - Magnetresonanz-Tomographie: Bei computer-technisch bestimmten, an einem Großgerät vorgenommenes Diagnoseverfahren, steht für den Betroffenen die jeweilige technische (maschinelle) Ausstattung des Großgerätes, nicht aber das besondere Vertrauensverhältnis zur Persönlichkeit eines bestimmten Arztes im Vordergrund. Hier wird der Grundsatz der freien Arztwahl durch andere, vor allem technisch-wirtschaftliche Gesichtspunkte überlagert.

Gehört eine ärztliche Leistung, die allerdings nicht von jedem allenfalls berufsrechtlich in Betracht kommenden Vertragsarzt verrechnet werden darf, zum Inhalt des Krankenbehandlungsanspruches, ist eine gesamtvertragliche **Einschränkung der Verrechenbarkeit grundsätzlich zulässig**, weil sie in der Regel berechtigten Interessen beider Vertragsparteien entspricht. Handelt es sich um ärztliche Leistungen, deren Refundierung aus sachlich gerechtfertigten Gründen nach dem Gesamtvertrag und der Honorarordnung auf ein ärztliches Fachgebiet beschränkt worden sind, kann ein Versicherter bei Erbringung der Leistung durch einen Arzt aus einem anderen Fachgebiet keinen Kostenerstattungsanspruch nach § 131 Abs. 1 ASVG haben.

Bei der Beurteilung der berechtigten Interessen beider Vertragsparteien kann damit auch das Interesse eines Anbieters berücksichtigt werden, für seine (in Erwartung eines bestimmten Arbeitsumfanges kalkulierten) Leistungen und Kapazitäten auch tatsächlich Kunden/Patienten/Aufträge zu erhalten, somit eine Art Gebietsschutz bzw. Konkurrenzschutz zu erreichen.

OGH 1. 6. 2010 10 ObS 79/10f: Darf ein Vertragsfacharzt für Radiologie aufgrund gesamtvertraglicher Verrechnungsbeschränkungen eine Computertomographie mit dem Krankenversicherungsträger nicht verrechnen,

besteht auch für einen Versicherten, der eine Computertomographie bei einem Wahlfacharzt für Radiologie in Anspruch nimmt, kein Anspruch auf eine Kostenerstattung gemäß § 131 Abs. 1 ASVG.

Zu § 339 – elektronisches Verwaltungssystem

Die Teilnahme an diesem System soll allgemein verbindlich herzustellen und zu nutzen sein, um allen Anbietern im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens gleiche Zugangschancen zu wahren.

Daraus entstehen exakte und vollständige Datenquellen. Dies sind wesentliche Grundlage zielgerichteter Planungen. Dies dient auch der effizienten Vollziehung des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (GDG), BGBl. Nr. 745/1996.

Zu § 339a – e-Rechnung

Da auch die Sozialversicherung von einer einheitlichen Rechnungslegung Vorteile zu erwarten hätte, sollen den Vertragspartner nur die tatsächlichen Gesteungskosten verrechnet werden können. Damit würde sich der Aufwand aus der Umstellung auf die Betroffenen verteilen und nicht eine Gruppe stärker belastet werden.

Es darf keinesfalls Ergebnis der Umstellung sein, dass ein Arzt, Spital usw. gegenüber dem Bund und gegenüber der SV Abrechnungsabläufe mit sachlich nicht gerechtfertigten Unterschieden zu beachten hätte. Durch die große Zahl der Betroffenen würde sich der Kostenersatz (im Vergleich zur Einzelbeschaffung von Abrechnungssoftware) minimieren.

Zu § 341 Abs. 3 zweiter Satz

Die Nichtigkeitssanktion unterstützt die Verbindlichkeit. Verbindliche Bestimmungen ohne sonstige Wirkungen laufen Gefahr, in der Praxis leichter umgangen bzw. ignoriert zu werden.

Zu § 343 Abs. 5 und 6

Derzeit haben Gesundheitsdienstanbieter mit „allen Kassen“ in der Praxis vier bis fünf Verträge (GKK, BVA, SVA, VAE und allfällige KFA). Dieses Vertragsbündel kann im Einzelfall durch Kündigung einzelner Verträge so aufgespalten werden, dass z. B. der Vertrag mit der GKK (aus welchem Grund und von welcher Seite immer) gekündigt wird, aber die anderen Verträge aufrecht bleiben. In bestimmten Fächern und örtlichen Räumen (verbunden allenfalls mit Nebenbeschäftigungen) kann dadurch dennoch mit den verbleibenden Verträgen ein wirtschaftliches Auskommen erzielt werden, dies allerdings auf Kosten der Patienten bzw. der GKK, die in diesem Fall einen zweiten Anbieter unter Vertrag zu nehmen hätte, um das Sachleistungsprinzip weiter aufrecht halten zu können. Dieser zweite Anbieter wird aber dadurch konkurrenziert, dass der erste noch die Verträge der sog. „Kleinen Kassen“ abwickelt und gleichzeitig Wahlarzt der GKK wäre. Das führt im Einzelfall dazu, dass es schwierig sein kann, Bewerber um die GKK-Verträge zu finden und Patienten auf Barzahlung beim Wahlarzt angewiesen sein. Es besteht der Eindruck, dass hier eine Art „Rosinenpicken“ möglich ist, diese Fehlentwicklung soll (bei Kündigungen mit einer Übergangsfrist) vermieden werden.

Zu § 343 Abs. 7 - Anbieterübersicht

Diese Aufgabe soll einerseits der Transparenz für Patienten, andererseits als Grundlage der Planungen aller Vertragsparteien und der Sozialversicherung dienen. Auch der Rechnungshof hat im Rahmen einer seiner Prüfungen angemerkt, dass er ein Compliance- und systematisches Management von Verträgen für wesentlich halte. Die anzubietenden Informationen können auch dafür verwendet werden bzw. zur Förderung von Compliance durch Transparenz der jeweils gegebenen Angebote beitragen.

KAKuG

Zu § 3a Abs. 9:

Denkbar ist auch, dass ein Ambulatorium eines Sozialversicherungsträgers eine plankonforme Leistung erbringt bzw. erbringen würde – dann entfällt die Bedarfsprüfung und wird durch die Feststellung der Plankonformität ersetzt.

Zu § 10a:

Derzeit betrifft diese Bestimmung die Fondskrankenanstalten. Zur Umsetzung verbindlicher Bestimmungen ist jedoch auch ein Rahmen für die anderen Krankenanstalten (stationär und ambulant) notwendig. Es wird noch zu diskutieren sein, wodurch dieser Rahmen zu setzen wäre, wenn dies nicht im jeweiligen Landeskrankenanstaltenplan geschehen sollte.

Nachdem die Planung seitens der SV (nur) für die SVT und gleichgestellte Rechtsträger umzusetzen ist, muss eine öffentlich-rechtlich fundierte Rahmenregelung auch für Ambulatorien (von „Nicht-Fonds-KA-Rechtsträgern“) geschaffen werden.

Zur Umsetzung auf Landesebene

Landes-KAG

Zu § ...