jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Lvwg Beschluss 2020/4/20 VGW-106/087/1060/2020-8

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 20.04.2020

Entscheidungsdatum

20.04.2020

Index

10/01 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG)
82/01 Gesundheitsrecht, Organisationsrecht
60 Gesundheits- und Sozialrecht (S)
60/40 Krankenbehandlung

Norm

B-VG Art. 139 Abs1 Z1
RSG Wien - VO 2019 §1
RSG Wien - VO 2019 §2
Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz §23 Abs4
Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 Wr §10 Abs1

Text

Das Verwaltungsgericht Wien stellt durch seine Richterin Dr. Zirm im Verfahren über die Beschwerde der A., vertreten durch Rechtsanwälte GmbH, gegen den Bescheid des Magistrates der Stadt Wien, Magistratsabteilung 40, vom 15.11.2019, Zl. MA 40-... (aufgrund des Beschlusses der Wiener Landesregierung vom 12. November 2019 zur Pr. Zl. 827995-2019-GGS), an den Verfassungsgerichtshof gemäß Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG iVm Art. 135 Abs. 4 B-VG iVm Art. 89 Abs. 2 B-VG iVm § 57 VfGG den

ANTRAG,

der Verfassungsgerichtshof möge

die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, zur Gänze als gesetzwidrig aufheben,

in eventu

§ 1 Abs. 1 Z 1 sowie Anlage 1 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, als gesetzwidrig aufheben.

BEGRÜNDUNG

I. Anlassfall

1. Mit Bescheid der im Anlassfall belangten Behörde vom 15. November 2019, Zl. MA 40-..., wurde auf Antrag der B.

GmbH gemäß § 5 Abs. 1 Wr. KAG vorab festgestellt, dass an der geplanten Änderung der Krankenanstalt „B.“ in Wien, C.-gasse, ein Bedarf besteht.

Die Änderung besteht laut Spruch des genannten Bescheides in der Erweiterung des Leistungsangebotes der Krankenanstalt um fünf weitere Behandlungsstühle zur … Behandlung von PatientInnen …. Dies entspricht 1 Versorgungseinheitsäquivalent (VEÄ) zur Versorgung von 100 neu begonnen Fällen innerhalb eines Kalenderjahres. Damit einhergehend werden die Öffnungszeiten ausgedehnt und das Personal in näher genanntem Umfang aufgestockt.

2. Gegen diesen Bescheid erhob die Beschwerdeführerin, die A., rechtzeitig Beschwerde an das antragstellende Gericht. Der Beschwerdeführerin kommt gemäß § 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 8 Wr. KAG Parteistellung im Verfahren hinsichtlich der Frage des Bedarfs zu. Sie begründete ihre Beschwerde unter anderem damit, dass die Bedarfsprüfung durch die belangte Behörde grob lückenhaft geblieben sei und die eingeholten Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH keine taugliche Grundlage für ausreichende Feststellungen zu den bedarfsrelevanten Kriterien bilden würden. In der Folge ging die Beschwerdeführerin auf einzelne Kriterien des § 5 Abs. 3 Wr. KAG ein und führte näher aus, warum die Ausführungen der belangten Behörde unzutreffend bzw. die durchgeführten Ermittlungen unzureichend seien.

3. Das antragstellende Gericht hat aufgrund dieser Beschwerde zu überprüfen, ob der Bedarf an der beantragten Änderung der Krankenanstalt „B.“ nach der im Zeitpunkt seiner Entscheidung geltenden Sach- und Rechtslage gegeben ist. Dabei hat es – wie unten näher auszuführen ist – die angefochtene Verordnung anzuwenden.

II. Rechtslage

1. Die im Beschwerdefall maßgeblichen Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1957 – Wr. KAG, LGBl. Nr. 23/1987 idF LGBl. Nr. 49/2019, lauten:

„Errichtung von selbständigen Ambulatorien

§ 5.

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

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

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

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

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

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

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

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

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

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

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

2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,

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

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

5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw. Zahnmedizin.

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

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

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

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

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

(8) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Wien bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien die A. hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Verwaltungsgericht Wien gemäß

Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Verwaltungsgerichts Wien das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

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

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

Änderung von Krankenanstalten

§ 7

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

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

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

[...]“

2. Die maßgeblichen Bestimmungen des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes - G-ZG,BGBl. I Nr. 26/2017 idF BGBl. I Nr. 100/2018, lauten:

„Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

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

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

[...]

Inhalte des RSG

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

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

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

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

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer im Sinne des § 18 Abs. 1 Z1 – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);

3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;

4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

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

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

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

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

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

(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zu erfolgen.

(10) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen frühzeitig und strukturiert – mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission – die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

Kundmachung des ÖSG und der RSG

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

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

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG

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

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

(3) Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlicherklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafter/innen der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden. Die Beschlussfassung in der Generalversammlung erfolgt einstimmig. Der Sitz der Gesellschaft ist Wien. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. Die Geschäftsführung wird durch die Gesellschafter bestellt, wobei die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin/einem Geschäftsführer und zwei Stellvertreterinnen/Stellvertretern besteht. Die Tätigkeit des/der Geschäftsführers/Geschäftsführerin und dessen/deren Stellvertreter/innen ist unentgeltlich. Die Stammeinlage wird vom Bund für die Gesellschafter entrichtet. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist von allen Gebühren und Abgaben befreit. Voraussetzung für die Gründung der Gesellschaft ist, dass sich die künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der Gesundheitsplanungs GmbH für die Dauer der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens anzugehören. Ein vorzeitiger Austritt oder eine Auflösung der GmbH ist ausgeschlossen.

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

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

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

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

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

[...]

Bundes-Zielsteuerungskommission

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

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

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

1. Für die Beschlussfassungen in allen Angelegenheiten ausgenommen Z 2 ist ein Einvernehmen zwischen der Kurie des Bundes, der Kurie der Länder und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich, wobei die Kurien jeweils eine Stimme haben.

2. Beschlussfassungen in den Angelegenheiten gemäß Abs. 4 Z 2 lit. a sowie Abs. 4 Z 2 lit. b, sofern es sich um Mittel gemäß §§ 59d und 59f KAKuG handelt, erfolgen mit Bundesmehrheit; in diesen Fällen verfügt die Kurie des Bundes über vier Stimmen.

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

1. In den Angelegenheiten der Zielsteuerung-Gesundheit

a) [...]

2. Zu Angelegenheiten der Bundesgesundheitsagentur als Fonds:

a) [...]

3. Zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen:

a) [...]

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

3. Die maßgeblichen Bestimmungen des Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017, LGBl. Nr. 10/2018, lauten:

„Wiener Zielsteuerungskommission

§ 7. (1) Der Wiener Zielsteuerungskommission gehören die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen und Vertretern,

die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen und Vertretern sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes an. Bei der Vertretung der Sozialversicherung ist auf die Wahrung der aus der Selbstverwaltung erfließenden Rechte zu achten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Jede Kurie hat eine Stimme.

2. Die gemeinsamen Positionen zu den Themen der Wiener Zielsteuerungskommission sind innerhalb der Kurie des Landes zu akkordieren.

3. Die für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadträtin oder der für das Krankenanstaltenwesen in Wien zuständige amtsführende Stadtrat hat die Stimmabgabe für die Kurie des Landes gemäß Z 1 wahrzunehmen.

4. Für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich.

5. Die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Falle der Verhinderung der Vertreterin oder des Vertreters des

Bundes an der Sitzungsteilnahme kann der Bund binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen.

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

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

Aufgaben der Wiener Zielsteuerungskommission

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

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

1. Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und den Landes-Zielsteuerungsübereinkommen inklusive Finanzzielsteuerung resultierenden Aufgaben,

2. Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts,

3. Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß § 18 und Regelungen bei Nicht-Zustandekommen eines Landes-Zielsteuerungsübereinkommens gemäß § 19,

4. Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Ländern zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (zB Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen usw.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs,

5. Angelegenheiten des Regionalen Strukturplanes Gesundheit Wien,

6. Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural,

7. Strategie zur Gesundheitsförderung,

8. Entscheidung über die Verwendung der Mittel aus dem Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 3 Abs. 2,

9. Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen,

10. Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement,

11. Evaluierung der von der Wiener Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

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

Regionaler Strukturplan Gesundheit Wien (RSG)

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

(2) Der RSG hat jedenfalls Folgendes zu beinhalten:

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

2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer (ambulanter Bereich der Sachleistung, d.h. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen) – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie

Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);

3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. für Wien Nr. 29/2017, sowie insbesondere durch rasche flächendeckende Entwicklung von Primärversorgungsstrukturen und ambulanten Fachversorgungsstrukturen, wobei in der Umsetzung vor allem bestehende Vertragspartner berücksichtigt werden, und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;

4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen, inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;

5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

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

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

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

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

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

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

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

(2) Jene Teile des RSG, die nach § 9 Abs. 6 rechtliche Verbindlichkeit erlangen sollen, sind von der Gesundheitsplanungs GmbH vorab einem allgemeinen, als solches ausgewiesenen, Begutachtungsverfahren zu unterziehen. Ergeben sich

nach der Begutachtung Änderungen, ist über die geänderten Teile des RSG eine nochmalige Beschlussfassung in der Wiener Zielsteuerungskommission herbeizuführen.

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

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

4. Die angefochtene Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, lautet:

„Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien (RSG Wien – VO 2019)

Verbindlicherklärung

§ 1. (1) Aufgrund des § 23 Abs. 4 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und § 10 Abs. 1 des Gesetzes, mit dem das Gesetz über die Errichtung (Fortführung) eines Wiener Gesundheitsfonds 2017 (Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) erlassen wird, LGBl. Nr.10/2018, werden folgende von der Wiener Landes-Zielsteuerungskommission mit Beschluss vom 18.3.2019 und 7.6.2019 als verbindlich zu erklärend ausgewiesenen Teile des „Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien" verordnet:

1. Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Wien gemäß Anlage 1
2. Planung von Primärversorgungseinheiten in Wien gemäß Anlagen 2a und 2b
3. Planung des akutstationären Bereichs in Wien gemäß Anlage 3

(2) Für die Bedeutung der in dieser Verordnung verwendeten Abkürzungen ist das Abkürzungsverzeichnis gemäß Anlage 4 maßgebend.

(3) Das Umsetzungsziel für die geplante ambulante ärztliche Versorgung und für die Planung von Primärversorgungseinheiten ist das Jahr 2025.

(4) Das Umsetzungsziel für den geplanten akutstationären Bereich ist das Jahr 2020.

Inkrafttreten

§ 2. Diese Verordnung tritt mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft."

5. Anlage 1 der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien, Kundmachung (RIS) 1/2020, lautet:

"RSG-Planungsmatrix" für Bundesland Wien

Anlage 1 – Blatt 1

1.840.226 EW 2016

Ambulante ärztliche Versorgung	AM-PV[1,2]	AN	KUU	KJC[1]	KJP[1,3]	CH[1,3]	NCH[1,4]	IM[1]	GGH	NEU	PSY[1,3,5]	DER	AU	HNO	URO	PCH[1,4]	PUL	OR[1]	UCH	ORTR	MKG	ZMK[1,3]	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt
IST ÄAVE 2016																														
ÄAVE spitalsambulant	9,8	-	86,8	-	x	98,5	-	243,5	67,7	36,1	x	57,4	46,6	35,7	20,6	-	9,3	25,9	75,7	-	9,2	8,5	34,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	879,3
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	697,3	-	913	-	x	44,1	-	551,7	185,1	43,7	x	73,3	86,6	63,7	43,6	-	35,9	96,6	5,2	-	-	588,4	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	2064,3
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-	-	-	-	-	54	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	40,3
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	6,8	-	2,0	-	-	2,0	-	36,2	7,3	2,7	x	3,5	6,2	3,8	8,0	-	2,0	3,0	-	-	-	77,0	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	97,6
ÄAVE insgesamt	**722,8**	-	**972,2**	-	x	**144,6**	-	**493,8**	**190,1**	**82,4**	x	**134,1**	**140,3**	**103,3**	**72,0**	-	**50,9**	**125,5**	**76,0**	-	**9,2**	**681,9**	**34,4**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**3165,3**
davon in P-V-Einheiten	-																													
IST §2-Kassenplanstellen 20 %																														
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	741	x	85	x	x	37	x	164	102	38	x	72	91	62	44	x	30	85	0	x	x	495	-	x	x	x	x	x	x	**2 951**
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	38	x	11	x	x	26	x	71	25	11	x	8	11	5	20	x	2	17	6	x	x	91	-	x	x	x	x	x	x	**349**
PLAN ÄAVE 2025																														
ÄAVE spitalsambulant	50,4	x	80,3	-	x	108,7	-	261,0	80,9	47,3	x	56,8	64,8	34,0	23,7	-	12,3	30,9	91,9	x	14,3	12,3	44,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**1027,4**
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) gesamt	819,2	-	922,8	-	x	52,3	-	719,3	227,7	48,4	x	81,2	104,7	67,4	55,1	-	38,8	118,6	5,0	x	0,0	701,7	x	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**3520,3**
ÄAVE insgesamt	**869,6**	**x**	**1013**	-	**x**	**161,0**	-	**440,2**	**202,6**	**95,9**	**x**	**140,0**	**169,5**	**101,8**	**78,8**	-	**51,1**	**149,5**	**96,9**	**x**	**14,3**	**714,0**	**44,0**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**3548,3**
davon in P-V-Einheiten	181,0																													
PLAN ÄAVE 2030																														
ÄAVE insgesamt	**894,2**	**x**	**1017,7**	-	**x**	**164,3**	-	**460,1**	**204,9**	**96,8**	**x**	**146,0**	**174,8**	**105,3**	**82,8**	-	**50,2**	**155,3**	**94,3**	**x**	**14,7**	**734,8**	**45,2**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**3666,9**

[1] NCH: in Regionen nicht berücksichtigt
[2] KJC, PCH: zugeordnet zu CH
[3] ZMK einschließlich KFO; §2-Kassenplanstellen - ZMK: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde +Zahnfachärzte +Dentisten
[4] KJP, PSY: Die Ausweise der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).
[5] Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in den Krankenanstalten sind bei "PLAN ÄAVE 2025" in Wien insgesamt 40 ÄAVE aus dem Bereich der intramuralen Chirurgie dem Bereich AM-PV intramural zugeordnet worden.
[6] Die Kapazitäten für ein multimodales Schmerzzentrum erfordern einen interdisziplinären Fächermix.
[7] Die bereits vorhandene, aber noch nicht quantifizierte Verlagerung der Diabetesversorgung von intramural nach extramural erfordert eine Verschiebung der ÄAVE zwischen den Sektoren.
[8] Je UR ist eine ZMK-Versorgung von 8 Monaten mit Behinderung, Kindern mit hohem Betreuungsaufwand, Angstpatientinnen, inhaftierten Patientinnen oder Wachkomapatientinnen für zahnmed. sowie mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Eingriffe unter Sedoanalgesie bzw. Narkose vorgesehen.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY [1]	KJP	PSY	gesamt
IST ÄAVE 2016			
ÄAVE spitalsambulant	6,1	23,6	29,7
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	6,6	20,7	27,3
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	-	14	14
ÄAVE in Instituten [2]	192	67,0	259,0
ÄAVE insgesamt	**23,7**	**192,7**	**216,5**
IST §2-Kassenplanstellen 20 %			
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	6	22	28,0
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	0	2	2,0
PLAN ÄAVE 2025			
ÄAVE spitalsambulant	7,0	25,4	32,3
ÄAVE ug. Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) und Instituten [2] gesamt	9,9	96,3	106,2
ÄAVE insgesamt	**26,8**	**121,7**	**148,6**
PLAN ÄAVE 2030			
ÄAVE insgesamt	**28,3**	**129,2**	**157,4**

Rehabilitation (Erwachsene) - siehe ÖSG-VO in der jeweils geltenden Fassung
Großgeräte - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang 16 - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

[1] Je Versorgungsregion wird es - zusätzlich zur niedergelassenen Versorgung - zwei Standorte mit einem stationären psychiatrischen Versorgungsangebot und pro Krankenhaus mindestens ein zugehöriges Ambulatorium mit ambulanten und tagesklinischen Angeboten für Erwachsene gehen.
[2] Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind pro Versorgungsregion - zusätzlich zur niedergelassenen Versorgung - ein Standort mit einem stationären psychiatrischen Versorgungsangebot und zwei zugehörige Ambulatorien mit ambulanten und tagesklinischen Angeboten geplant.
[3] Unter "Institute" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.
Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung).

1

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 91 Wien-Mitte-Südost

Anlage 1 – Blatt 2

806.823 EW 2016

Ambulante ärztliche Versorgung	AM-PV[1,2]	AN	KUU	KJC[1]	KJP[1,3]	CH[1,3]	NCH[1,4]	IM	GGH	NEU	PSY[1,3,5]	DER	AU	HNO	URO	PCH[1,4]	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	ZMK[1,3]	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt
IST ÄAVE 2016																														
ÄAVE spitalsambulant	3,3	-	49,6	-	x	58,8	-	153,6	38,4	20,7	x	34,1	32,9	24,1	19,6	-	14	11,2	28,5	-	-	0,6	16,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**472,9**
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	309,0	-	33,8	-	x	9,8	-	58,4	42,3	21,7	x	34,6	47,9	30,8	27,1	-	9,8	47,3	0,1	-	-	278,3	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**910,4**
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	27,9	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**29,8**
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	9,8	-	-	-	x	2,0	-	31,4	5,3	1,8	x	2,5	6,2	2,8	7,9	-	2,0	3,0	-	-	-	85,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**154,7**
ÄAVE insgesamt	**322,1**	-	**94,2**	-	x	**77,6**	-	**223,4**	**86,0**	**44,2**	x	**71,1**	**90,4**	**57,7**	**40,6**	-	**15,3**	**61,4**	**28,6**	-	-	**347,9**	**16,1**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**1590,0**
davon in P-V-Einheiten	-																													
IST §2-Kassenplanstellen 20 %																														
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	317	x	34	x	x	16	x	52	47	18	x	33	46	30	22	x	17	35	0	x	x	245	-	x	x	x	x	x	x	**1010**
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	13	x	4	x	x	15	x	28	7	2	x	4	6	2	9	x	0	5	3	x	x	42	-	x	x	x	x	x	x	**174**
PLAN ÄAVE 2025																														
ÄAVE spitalsambulant	20,4	x	69,0	-	x	62,8	-	157,7	46,4	28,0	x	42,0	41,0	27,0	14,0	-	13	15,2	42,7	x	13,6	2,2	16,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**587,6**
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) gesamt	356,3	-	37,3	-	x	21,7	-	93,3	90,0	23,4	x	37,5	55,4	31,9	26,0	-	16,3	53,5	0,0	x	0,0	401,1	x	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**1209,5**
ÄAVE insgesamt	**379,7**	**x**	**106,3**	-	**x**	**84,5**	-	**250,9**	**95,4**	**51,4**	**x**	**80,0**	**96,4**	**53,0**	**41,0**	-	**17,6**	**66,7**	**42,7**	**x**	**13,6**	**403,3**	**16,2**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**1797,0**
davon in P-V-Einheiten	119,0																													
PLAN ÄAVE 2030																														
ÄAVE insgesamt	**393,1**	**x**	**109,5**	-	**x**	**87,3**	-	**262,6**	**98,4**	**52,9**	**x**	**82,8**	**100,3**	**54,8**	**43,3**	-	**18,5**	**69,5**	**43,7**	**x**	**13,6**	**416,0**	**16,6**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**1857,5**

[1] NCH: in Regionen nicht berücksichtigt
[2] KJC, PCH: zugeordnet zu CH
[3] ZMK einschließlich KFO; §2-Kassenplanstellen - ZMK: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde +Zahnfachärzte +Dentisten
[4] KJP, PSY: Die Ausweise der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).
[5] Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in den Krankenanstalten sind bei "PLAN ÄAVE 2025" in der Versorgungsregion 91 ÄAVE aus dem Bereich der intramuralen Chirurgie dem Bereich AM-PV intramural zugeordnet worden.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY	KJP	PSY	gesamt
IST ÄAVE 2016			
ÄAVE spitalsambulant	2,1	15,0	17,2
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	4,7	8,1	12,8
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	-	0,4	0,4
ÄAVE in Instituten [1]	4,8	40,4	45,2
ÄAVE insgesamt	**11,6**	**64,0**	**75,7**
IST §2-Kassenplanstellen 20 %			
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	4	8	12,0
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	0	1	1,0
PLAN ÄAVE 2025			
ÄAVE spitalsambulant	2,4	16,3	18,7
ÄAVE ug. Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) und Instituten [1] gesamt	10,8	53,1	63,9
ÄAVE insgesamt	**15,2**	**69,3**	**82,5**
PLAN ÄAVE 2030			
ÄAVE insgesamt	**15,7**	**70,8**	**84,5**

Großgeräte - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang 16 - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

[1] Unter "Institute" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.
Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 93 Wien-Nordost

Anlage 1 – Blatt 4

336.258 EW 2016

Ambulante ärztliche Versorgung	AM-PV[1,2]	AN	KUU	KJC[1]	KJP[1,3]	CH[1,3]	NCH[1,4]	IM	GGH	NEU	PSY[1,3,5]	DER	AU	HNO	URO	PCH[1,4]	PUL	OR	UCH	ORTR	MKG	ZMK[1,3]	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt
IST ÄAVE 2016																														
ÄAVE spitalsambulant	0,1	-	7,9	-	x	17,8	-	28,2	5,9	4,7	x	6,7	4,0	3,5	2,1	-	-	4,1	12,7	-	2,3	7,7	5,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**115,1**
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	121,5	-	15,2	-	x	5,6	-	9,6	25,6	7,5	x	15,3	12,9	11,9	8,3	-	5,3	26,0	0,0	-	-	113,8	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**346,4**
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,0	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**6,0**
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	10	-	2,0	-	x	-	-	6,8	2,0	0,8	x	1,0	2,0	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-	4,8	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**22,3**
ÄAVE insgesamt	**131,6**	-	**25,1**	-	x	**23,3**	-	**53,8**	**33,5**	**13,0**	x	**19,0**	**18,9**	**16,4**	**11,4**	-	**5,3**	**31,0**	**12,7**	-	**2,3**	**132,3**	**5,6**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**487,8**
davon in P-V-Einheiten	-																													
IST §2-Kassenplanstellen 20 %																														
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	51	x	15	x	x	4	x	15	16	6	x	5	12	8	8	x	5	16	0	x	x	86	-	x	x	x	x	x	x	**333**
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	2	x	1	x	x	2	x	5	3	0	x	1	2	0	0	x	1	0	1	x	x	7	-	x	x	x	x	x	x	**25**
PLAN ÄAVE 2025																														
ÄAVE spitalsambulant	4,8	x	12,8	-	x	16,9	-	22,0	8,5	6,3	x	5,8	5,7	4,1	2,6	-	0,1	3,2	16,2	x	0,8	6,3	12,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**135,1**
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) gesamt	152,2	-	17,3	-	x	4,8	-	30,0	24,5	9,3	x	9,1	15,3	12,4	9,8	-	4,8	27,3	0,0	x	0,0	139,8	x	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**431,7**
ÄAVE insgesamt	**159,1**	**x**	**30,2**	-	**x**	**25,7**	-	**52,0**	**33,0**	**15,6**	**x**	**15,7**	**21,0**	**16,6**	**12,3**	-	**5,0**	**30,5**	**16,2**	**x**	**0,8**	**146,1**	**12,4**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**566,7**
davon in P-V-Einheiten	24,0																													
PLAN ÄAVE 2030																														
ÄAVE insgesamt	**167,0**	**x**	**31,8**	-	**x**	**27,1**	-	**55,9**	**34,1**	**16,4**	**x**	**16,9**	**22,4**	**17,5**	**13,1**	-	**5,4**	**32,2**	**16,8**	**x**	**0,7**	**153,2**	**12,9**	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	**597,1**

[1] NCH: in Regionen nicht berücksichtigt
[2] KJC, PCH: zugeordnet zu CH
[3] ZMK einschließlich KFO; §2-Kassenplanstellen - ZMK: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde +Zahnfachärzte +Dentisten
[4] KJP, PSY: Die Ausweise der IST-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).
[5] Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA/AMA) in den Krankenanstalten sind bei "PLAN ÄAVE 2025" in der Versorgungsregion 4,9 ÄAVE aus dem Bereich der intramuralen Chirurgie dem Bereich AM-PV intramural zugeordnet worden.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY	KJP	PSY	gesamt
IST ÄAVE 2016			
ÄAVE spitalsambulant	-	2,0	2,0
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	-	4,9	4,9
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseigene selbständige Ambulatorien)	-	10	10
ÄAVE in Instituten [1]	3,6	9,9	13,5
ÄAVE insgesamt	**3,6**	**17,8**	**21,4**
IST §2-Kassenplanstellen 20 %			
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	0	5	5,0
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	0	0	0,0
PLAN ÄAVE 2025			
ÄAVE spitalsambulant	0,0	2,2	2,2
ÄAVE ug. Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseigenes) und Instituten [1] gesamt	3,8	20,0	23,8
ÄAVE insgesamt	**3,8**	**22,2**	**26,0**
PLAN ÄAVE 2030			
ÄAVE insgesamt	**4,4**	**25,9**	**30,2**

Großgeräte - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang 16 - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

[1] Unter "Institute" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.
Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 92 Wien-West

Anlage 1 – Blatt 3

697.145 EW 2016

Ambulante ärztliche Versorgung	AM-PV[1]	AN	KJU	KJC[2]	KJP[3]	CH[4]	NCH[5]	IM	GGH	NEU	PSY[6]	DER	AU	HNO	URO	PCH[7]	PUL	OR	UCH	ORTH	MKG	ZNK[8]	STR	RAD	NUK	PMR	PAT	LAB	SON	gesamt
IST ÄAVE 2016																														
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und selbständiger Ambulatorien	112	-	20,3	-	x	22,1	-	91,8	23,4	15,7	x	16,6	6,7	8,1	6,9	-	10,6	10,6	34,6	-	6,8	0,2	14,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	292,4
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	260,8	-	52,9	-	x	27,9	-	43,5	42,9	14,0	x	27,4	25,3	27,0	14,0	-	14,7	32,4	0,1	-	-	206,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	739,5
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-	-	x	-	-	1,4	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	4,5
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseitigen selbständigen Ambulatorien)	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12,4	-	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	12,4
ÄAVE insgesamt	272,0	-	52,9	-	x	43,6	-	126,6	65,7	27,6	x	44,0	31,8	29,1	20,9	-	26,3	43,0	34,7	-	6,8	221,8	14,8	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1065,7
davon in PV-Einheiten	-																													
IST §2-Kassenplanstellen 2016																														
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	294	x	36	x	x	16	x	37	30	12	x	30	33	24	14	x	17	32	0	x	x	264	-	x	x	x	x	x	x	851
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	21	x	6	x	x	9	x	28	15	9	x	3	3	3	11	x	1	8	2	x	x	22	-	x	x	x	x	x	x	141
PLAN ÄAVE 2025																														
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und selbständiger Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseitigen) gesamt	23,1	x	110	-	x	27,0	-	62,3	27,0	13,3	x	19,6	16,1	9,1	7,1	-	16,9	14,5	30,0	x	0,3	3,8	15,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	334,7
ÄAVE insgesamt	30,1	-	37,9	-	x	23,8	-	56,0	47,1	15,7	x	30,6	34,0	23,2	16,4	-	14,5	37,8	5,0	x	0,0	24,9	x	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	278,7
davon in PV-Einheiten	42,0																													
PLAN ÄAVE 2030																														
ÄAVE insgesamt	133,3	x	90,3	-	x	51,8	-	161,6	74,5	29,5	x	42,4	51,5	33,0	24,4	-	26,2	53,4	30,8	x	0,4	250,3	15,4	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	1212,3

[1] NCH: in Regionen nicht berücksichtigt

[2] KJC, PCH: zugeordnet zu CH

[3] ZNK einschließlich KP O; §2-Kassenplanstellen - ZNK: Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde + Zahnbehandler <Dentisten

[4] KJP, PSY: Die Auswerte der BT-Werte und der Planwerte erfolgt in einer eigenen Darstellung (siehe unten).

[5] Für einen 24/7-Betrieb im Bereich der Allgemeinmedizin (ZNA IMA) in den Krankenanstalten sind bei "PLAN ÄAVE 2025" in der Versorgungsregion 92 ÄAVE aus dem Bereich der Intermuralen Chirurgie dem Bereich AM-PV intramural zuzuordnen werden.

Ambulante ärztliche Versorgung in KJP und PSY	KJP	PSY	gesamt
IST ÄAVE 2016			
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen	4,0	6,6	10,6
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen gesamt (inkl Vertrag)	1,9	7,6	9,5
ÄAVE in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag)	-	-	-
ÄAVE in Kassenambulatorien (kassenseitigen selbständigen Ambulatorien)	-	-	-
ÄAVE in Institute[1]	2,7	16,7	19,3
ÄAVE insgesamt	8,6	30,9	39,4
IST §2-Kassenplanstellen 2016			
§2-Kassenplanstellen (Verträge)	2	9	110
Kassenplanstellen sonstiger KV-Träger (Verträge)	0	1	13
PLAN ÄAVE 2025			
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen	4,5	6,9	11,4
ÄAVE niedergelassene Ärztinnen und in selbständigen Ambulatorien (inkl Vertrag und kassenseitigen) und Institute[1] gesamt	5,3	25,3	30,6
ÄAVE insgesamt	9,8	32,2	42,0
PLAN ÄAVE 2030			
ÄAVE insgesamt	10,2	32,5	42,7

Größenlinie - siehe ÖSG-VO und ÖSG 2017 (Anhang III - GGP) in der jeweils geltenden Fassung

[1] Unter "Institute" sind extramurale Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante psychiatrische Versorgung anbieten. Sie werden von öffentlichen Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Vereinen betrieben.
Einzelne Institute sind auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemlagen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenbehandlung).

III. Zur Zulässigkeit des Antrags

Gemäß § 57 Abs. 2 VfGG kann der Antrag auf Aufhebung einer Verordnung oder von bestimmten Stellen einer solchen von einem Gericht nur dann gestellt werden, wenn die Verordnung vom Gericht in der anhängigen Rechtssache unmittelbar anzuwenden bzw. wenn die Gesetzmäßigkeit der Verordnung eine Vorfrage für die Entscheidung der beim Gericht anhängigen Rechtssache ist. Der Antrag hat darzulegen, inwiefern das Gericht die Verordnung anzuwenden und welche Auswirkungen die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes auf die beim Gericht anhängige Rechtssache hätte.

1. Präjudizialität

1.1. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist ein Antrag iSd Art. 139 Abs. 1 Z 1 B-VG (bzw. des Art. 140 Abs. 1 Z 1 lit. a B-VG) nur dann wegen mangelnder Präjudizialität zurückzuweisen, wenn es offenkundig unrichtig (denkunmöglich) ist, dass die – angefochtene – generelle Norm eine Voraussetzung der Entscheidung des antragstellenden Gerichtes im Anlassfall bildet (vgl. etwa VfGH 12.12.2018, V 16/2018 mwN).

1.2. Die mitbeteiligte Partei im Ausgangsverfahren hat mit Schriftsatz vom 30. August 2017 einen Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs an der Erweiterung ihrer Krankenanstalt „B." in Wien, C.-gasse, in näher umschriebenem Umfang gemäß § 7 Abs. 2 iVm § 5 Abs. 1 Wr. KAG gestellt. Demnach kommen bei einer wesentlichen Änderung, ua. des Leistungsangebotes, einer Krankenanstalt die §§ 4 und 5 leg. cit. sinngemäß zur Anwendung. Die wesentliche Änderung des Leistungsangebotes ergibt sich gegenständlich aus der Ausweitung der Öffnungszeiten, der geplanten Anstellung von drei weiteren Fachärzten und der Aufstockung der Behandlungsstühle. Bei der gegenständlichen Krankenanstalt handelt es sich um ein selbständiges Ambulatorium.

1.3. § 5 Abs. 2 Wr. KAG bestimmt unter anderem, dass eine Errichtungsbewilligung (gegenständlich aufgrund der sinngemäßen Anwendung: Änderungsbewilligung) nur dann erteilt werden darf, wenn – unter Berücksichtigung mehrerer Determinanten – eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann (Z 1).

1.4. § 5 Abs. 3 Wr. KAG zählt Kriterien auf, die bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, zu berücksichtigen sind; dazu zählen etwa die örtlichen Verhältnisse oder die Verkehrsverbindungen. Zum Vorliegen dieser Kriterien ist ein Gutachten der Gesundheit Österreich GesmbH oder eines vergleichbaren Gesundheitsplanungsinstituts sowie eine begründete Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds einzuholen (Abs. 5 leg. cit.).

1.5. § 5 Abs. 3a Wr. KAG, eingefügt durch die Novelle LGBl. Nr. 10/2018, in Kraft getreten am 10. Februar 2018, regelt ohne Übergangsvorschriften, dass wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 geregelt ist, hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen ist. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

1.6. Mit § 5 Abs. 3a Wr. KAG wird die grundsatzgesetzliche Bestimmung des § 3a Abs. 3a KaKuG ausgeführt. Wie die Erläuterungen zur Grundsatzbestimmung sowie zur Ausführungsbestimmung (RV 1333 BlgNR XXV. GP 11 sowie Beilage Nr. 20/2017, S. 8, LG-002112017/0001) unmissverständlich zum Ausdruck bringen, ist für den Fa

Quelle: Landesverwaltungsgericht Wien LVwg Wien, http://www.verwaltungsgericht.wien.gv.at

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at