



**VERWALTUNGSGERICHT
WIEN**

1190 Wien, Muthgasse 62
Telefon: (43 01) 4000 DW 38680
Telefax: (43 01) 4000 99 38680
E-Mail: post@vgw.wien.gv.at

GZ: VGW-106/087/10286/2020-2
Österreichische Zahnärztekammer

Wien, 14.9.2020

Verfassungsgerichtshof
Freyung 8
1010 Wien
ZNW
mit Gerichts- und Verwaltungsakten (VGW-106/087/10286/2020; ...)

Das Verwaltungsgericht Wien stellt durch seine Richterin Dr. Zirm im Verfahren über die Beschwerde der Österreichischen Zahnärztekammer gegen den Bescheid des Magistrates der Stadt Wien, Magistratsabteilung 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, vom 27. Mai 2020, Zl. ..., betreffend Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG), (aufgrund des Beschlusses der Wiener Landesregierung vom 19. Mai 2020 zur Pr. Zl. ...), 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

1.1. Mit Schreiben vom 31. Jänner 2020, eingelangt im Scanzentrum der Stadt Wien am 3. Februar 2020, bei der im Anlassfall belangten Behörde (im Folgenden: belangte Behörde) am 5. Februar 2020, stellte die im Anlassfall mitbeteiligte Partei A. GmbH (im Folgenden: mitbeteiligte Partei) einen Antrag auf Feststellung, dass das geplante Ambulatorium für Zahnmedizin am Standort B.-straße, Wien, gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform ist und daher zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet gemäß § 5 Abs. 2 Z 1 Wr. KAG führt.

1.2. Als medizinische Leistung des Ambulatoriums wurde im Antrag das gesamte Leistungsspektrum der Zahnmedizin angegeben und als Schwerpunkt die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen sowie mit chronischen Demenzerkrankungen genannt sowie knappe Ausführungen zum Personalkonzept und zu den geplanten Öffnungszeiten gemacht. Das Ambulatorium solle vorwiegend erstattungsfähige Leistungen, in geringem Ausmaß auch Privatleistungen anbieten.

1.3. Die belangte Behörde ersuchte um Stellungnahme der MA 24, Strategische Gesundheitsversorgung, zum Vorliegen der Übereinstimmung des verfahrensgegenständlichen Leistungsumfanges mit den Verordnungen gemäß § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 Wr. KAG.

1.4. In der Stellungnahme der MA 24 vom 10. März 2020 führte diese zusammengefasst aus, gemäß der RSG-Wien – VO 2019 ergebe sich insgesamt für die Versorgungsregion (VR) 93 (Wien-Nordost) aus Anlage 1 – Blatt 4 für die Fachrichtung Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) aus den dort angegebenen Werten ein zusätzlicher Bedarf. Die Errichtung eines Ambulatoriums für Zahnmedizin in der VR 93 sei daher plankonform.

1.5. Mit Bescheid vom 27. Mai 2020 wurde gestützt auf § 5 Abs. 3a Wr. KAG die Plankonformität des beantragten Vorhabens der mitbeteiligten Partei in Bezug auf die Errichtung einer Krankenanstalt (Ambulatorium für Zahnmedizin) in Wien, B.-straße, festgestellt. Dieser Bescheid erging an die mitbeteiligte Partei sowie den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. In Abschrift wurde dieser Bescheid der Beschwerdeführerin, den Sozialversicherungsträgern, der Ärztekammer für Wien, der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten und der Gesundheit Österreich GmbH zugestellt.

2. Gegen diesen Bescheid richtet sich die im Ausgangsfall erhobene, rechtzeitige Beschwerde, mit welcher die Beschwerdeführerin inhaltliche Rechtswidrigkeit und Rechtswidrigkeit aufgrund der Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend macht. Weiters wird auf die Unzuständigkeit der belangten Behörde hingewiesen, da ein vorweggenommener Feststellungsbescheid ohne zugrundeliegenden Antrag auf Errichtungsbewilligung unzulässig sei, sowie auf die Gesetz- und Verfassungswidrigkeit der Grundlagen des angefochtenen Bescheides. Hinsichtlich ihrer Beschwerdelegitimation verweist die Beschwerdeführerin auf Art. 132 Abs. 4 B-VG iVm § 5 Abs. 8 Wr. KAG sowie auf Art. 132 Abs. 1 Z 1 B-VG.

3. Das antragstellende Gericht hat zunächst die Zulässigkeit dieser Beschwerde zu überprüfen, und bereits dabei – wie noch näher unter Pkt. III. dazulegen 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 vorgesehener Beschäftigungsausmaß von Ärztinnen und Ärzten bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzten unter Angabe der Berufsberechtigung und vorgesehener Anzahl von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 ist zulässig.

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

1. nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen der genannten Krankenanstalten und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen, Zahnärzte, Dentistinnen, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
 - a) zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und
 - b) zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,
2. das Eigentumsrecht oder sonstige Rechte zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage nachgewiesen sind,
3. das für die Unterbringung der Anstalt geplante oder bereits vorhandene Gebäude den hinsichtlich der Aufführung oder Verwendung solcher Gebäude vorgesehenen bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und
4. gegen die Bewerberin oder den Bewerber keine Bedenken bestehen.

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

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

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

(3a) Wenn der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang in den Verordnungen gemäß § 23 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-

ZG), BGBl. I Nr. 26/2017 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, oder § 5a Abs. 1 geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen. Die Entscheidung über die Plankonformität des Vorhabens hat mittels Feststellungsbescheid zu erfolgen. Ist das Vorhaben nicht in den genannten Verordnungen geregelt, ist Abs. 3 sinngemäß anzuwenden.

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

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

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

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

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

(9) Die Errichtungsbewilligung für ein selbständiges Ambulatorium, dessen Rechtsträger ein Krankenversicherungsträger oder eine Krankenfürsorgeeinrichtung ist, ist zu erteilen, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger oder der Krankenfürsorgeeinrichtung und der Ärztekammer für Wien bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer oder zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Zahnärztekammer vorliegt (§ 339 ASVG). Liegt kein Einvernehmen vor, ist die Bewilligung zur Errichtung zu erteilen, wenn durch die Landesregierung festgestellt wurde, dass eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes 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 Z 1 – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);
3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

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

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

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

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

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

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

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

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

Kundmachung des ÖSG und der RSG

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

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

Verbindlichkeitserklärung von Inhalten des ÖSG und der RSG

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

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

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

künftigen Gesellschafter vertraglich dazu verpflichten, als Gesellschafter der 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:

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

Anlage 1 - Blatt 2

006.823 EW 2026

Ankündigte ärztliche Versorgung		AM-PPV ¹⁾	AN	BAU	KUC ²⁾	KUP ³⁾	CH ⁴⁾	NOH ⁵⁾	BI	DBH	NEU	PEV ⁶⁾	DBR	AL	HWS	UFD	POC ⁷⁾	PLA	DB	LEH	DBTR	MAG	ZMK ⁸⁾	STP	SLD	SLB	PLM	PAJ	LAS	SCN	gesamt			
IST AAVE 2026																																		
AAVE-Optimalerzustand		3,7	-	80,8	-	-	-	-	108	26,4	20,7	-	34,1	30,9	26,7	18	-	14	12	38,2	-	-	0,8	6,1	14,4	14	14	14	14	14	14	272,8		
AAVE-Reduziertes Anbotniveau gesamt (mit Vertrag)		303,0	-	318	-	-	-	-	384	42,0	17,0	-	34,8	47,0	30,9	27,1	-	8,8	47,4	17	-	-	27,0	-	14,4	14	14	14	14	14	318,4			
AAVE in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,8			
AAVE in Kassenzuständen (skalenübergreifende Arztbüros)		9,8	-	-	-	-	-	-	219	5,0	18	-	22	4,2	23	7,9	-	2,8	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,7		
AAVE insgesamt		322,5	-	342	-	-	-	-	377,6	46,0	44,2	-	71,1	80,4	57,7	46,6	-	10,3	61,4	20,6	-	-	267,9	14,1	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	322,5			
IST 02-Kassenzustände 2026																																		
02-Kassenzustände (Verträge)		17	-	36	-	-	-	-	12	47	9	-	13	49	30	22	-	7	30	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	116		
Kassenzustände sonstige KV-Täger (Verträge)		0	-	0	-	-	-	-	38	7	2	-	4	6	2	6	-	0	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74		
PLAN AAVE 2026																																		
AAVE-Optimalerzustand		20,4	-	60,0	-	-	-	-	107	49,4	26,0	-	43,0	47,0	27,0	16,0	-	13	19,2	42,7	-	-	10,8	2,2	14,0	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	327,4		
AAVE-Reduziertes Anbotniveau und in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag und Kassenzuständen gesamt)		303,0	-	312	-	-	-	-	383	50,0	25,4	-	37,0	50,4	30,0	26,0	-	8,8	50,0	10	-	-	26,0	-	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	320,4		
AAVE insgesamt		323,7	-	374,0	-	-	-	-	390,4	99,4	51,4	-	80,0	97,4	57,0	42,0	-	21,8	69,2	42,7	-	-	36,8	24,2	28,4	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	323,7		
davon in KV-Zuständen		303	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	303		
PLAN AAVE 2026																																		
AAVE insgesamt		323,7	-	374,0	-	-	-	-	390,4	99,4	51,4	-	80,0	97,4	57,0	42,0	-	21,8	69,2	42,7	-	-	36,8	24,2	28,4	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	323,7		

¹⁾NOH in Regionalnetzen berücksichtigt
²⁾KUC, POC: Angehörig zu CH
³⁾DBR ausschließlich 02-Kassenzuständen - ZMK, Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie - Zahnbehandlungs - Dienstleistungen
⁴⁾KUP, PEV: Die Anzahl 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 der Kassenzuständen sind bei "PLAN AAVE 2026" in der Versorgungsregion 91 AAVE aus dem Bereich der inneren Medizin (AM-PPV) einmündig zugeordnet worden.

Ankündigte ärztliche Versorgung in KUP und P-PPV

Ankündigte ärztliche Versorgung in KUP und P-PPV		KUP	P-PPV	gesamt
IST AAVE 2026				
AAVE-Optimalerzustand		2,1	6,0	8,1
AAVE-Reduziertes Anbotniveau gesamt (mit Vertrag)		4,7	6,1	10,8
AAVE in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassenzuständen (skalenübergreifende Arztbüros)		-	6,4	6,4
AAVE in Arztbüros*		6,8	40,4	47,2
AAVE insgesamt		11,6	44,8	56,4
IST 02-Kassenzustände 2026				
02-Kassenzustände (Verträge)		4	8	12
Kassenzustände sonstige KV-Täger (Verträge)		0	1	1
PLAN AAVE 2026				
AAVE-Optimalerzustand		2,4	6,0	8,4
AAVE-Optimalerzustand und in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag und Kassenzuständen und Arztbüros)* gesamt		6,8	51	57,8
AAVE insgesamt		10,2	49,3	59,5
PLAN AAVE 2026				
AAVE insgesamt		10,7	49,8	60,5

Gründgröße: siehe OStG-VO und OStG 2017 (Anhang W - GDP) in der jeweils geltenden Fassung

*Unter "Arztbüros" sind abgrenzte Einrichtungen zu verstehen, die eine ärztliche präventive Versorgung anbieten. Sie werden von 0-Taktstellen-Tägigen (zB: Stadt Wien, private) Tägigen oder Wochenenden betriebl. Einheiten betriebl und auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemfragen spezialisiert (zB: Fachambulanz, Krebsambulanz).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 92 Wien-West

Anlage 1 - Blatt 3

497.145 EW 2026

Ankündigte ärztliche Versorgung		AM-PPV ¹⁾	AN	BAU	KUC ²⁾	KUP ³⁾	CH ⁴⁾	NOH ⁵⁾	BI	DBH	NEU	PEV ⁶⁾	DBR	AL	HWS	UFD	POC ⁷⁾	PLA	DB	LEH	DBTR	MAG	ZMK ⁸⁾	STP	SLD	SLB	PLM	PAJ	LAS	SCN	gesamt			
IST AAVE 2026																																		
AAVE-Optimalerzustand		10	-	20,0	-	-	-	-	118	21,4	10,7	-	18,4	17	11	13	-	18	6,8	34,8	-	-	8,8	0,2	14,8	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	210,4		
AAVE-Reduziertes Anbotniveau gesamt (mit Vertrag)		304,0	-	30,0	-	-	-	-	418	42,0	16,0	-	37,4	20,0	10,0	10	-	16,7	10,4	11	-	-	20,1	-	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	314,0		
AAVE in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,8		
AAVE in Kassenzuständen (skalenübergreifende Arztbüros)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,4		
AAVE insgesamt		272,0	-	32,0	-	-	-	-	416,0	63,7	26,7	-	55,8	37,0	21,0	23,0	-	34,7	17,2	45,7	-	-	28,9	0,2	29,2	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	304,7		
davon in KV-Zuständen		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
IST 02-Kassenzustände 2026																																		
02-Kassenzustände (Verträge)		24	-	36	-	-	-	-	17	38	0	-	30	13	14	14	-	17	12	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101		
Kassenzustände sonstige KV-Täger (Verträge)		27	-	0	-	-	-	-	20	6	0	-	3	3	3	3	-	1	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51		
PLAN AAVE 2026																																		
AAVE-Optimalerzustand		20,1	-	10,0	-	-	-	-	119	21,0	10,0	-	18,4	17	11	13	-	18	6,8	35,0	-	-	8,8	0,2	14,8	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	210,7		
AAVE-Reduziertes Anbotniveau und in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag und Kassenzuständen gesamt)		304,0	-	30,0	-	-	-	-	419	42,0	16,0	-	37,4	20,0	10,0	10	-	16,7	10,4	11	-	-	20,1	-	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	14,4	314,0		
AAVE insgesamt		324,0	-	40,0	-	-	-	-	438,0	63,0	26,0	-	55,8	37,0	21,0	23,0	-	34,7	17,2	46,0	-	-	28,9	0,2	29,2	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	304,7		
davon in KV-Zuständen		42,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,0		
PLAN AAVE 2026																																		
AAVE insgesamt		324,0	-	40,0	-	-	-	-	438,0	63,0	26,0	-	55,8	37,0	21,0	23,0	-	34,7	17,2	46,0	-	-	28,9	0,2	29,2	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	28,8	304,7		

¹⁾NOH in Regionalnetzen berücksichtigt
²⁾KUC, POC: Angehörig zu CH
³⁾DBR ausschließlich 02-Kassenzuständen - ZMK, Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie - Zahnbehandlungs - Dienstleistungen
⁴⁾KUP, PEV: Die Anzahl 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 der Kassenzuständen sind bei "PLAN AAVE 2026" in der Versorgungsregion 92 AAVE aus dem Bereich der inneren Medizin (AM-PPV) einmündig zugeordnet worden.

Ankündigte ärztliche Versorgung in KUP und P-PPV

Ankündigte ärztliche Versorgung in KUP und P-PPV		KUP	P-PPV	gesamt
IST AAVE 2026				
AAVE-Optimalerzustand		4,0	6,0	10,0
AAVE-Reduziertes Anbotniveau gesamt (mit Vertrag)		18	7,8	25,8
AAVE in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag)		-	-	-
AAVE in Kassenzuständen (skalenübergreifende Arztbüros)		-	-	-
AAVE in Arztbüros*		2,7	10,7	13,4
AAVE insgesamt		6,7	16,7	23,4
IST 02-Kassenzustände 2026				
02-Kassenzustände (Verträge)		3	8	11
Kassenzustände sonstige KV-Täger (Verträge)		0	1	1
PLAN AAVE 2026				
AAVE-Optimalerzustand		4,0	6,0	10,0
AAVE-Optimalerzustand und in selbstständigen Arztbüros (mit Vertrag und Kassenzuständen und Arztbüros)* gesamt		6,7	16,7	23,4
AAVE insgesamt		13,4	33,4	46,8
PLAN AAVE 2026				
AAVE insgesamt		13,4	33,4	46,8

Gründgröße: siehe OStG-VO und OStG 2017 (Anhang W - GDP) in der jeweils geltenden Fassung

*Unter "Arztbüros" sind abgrenzte Einrichtungen zu verstehen, die eine ärztliche präventive Versorgung anbieten. Sie werden von 0-Taktstellen-Tägigen (zB: Stadt Wien, private) Tägigen oder Wochenenden betriebl. Einheiten betriebl und auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Problemfragen spezialisiert (zB: Fachambulanz, Krebsambulanz).

"RSG-Planungsmatrix" für Versorgungsregion 93 Wien-Nordost
334.258 EW 2026

Anlage 1 – Blatt 4

Ambulante ärztliche Versorgung	AB	PC	AS	KU	KU2	KU3	CH	SO	SI	SOH	NEU	FR	GER	AI	HW	LR	PO	PL	OD	MO	GR	WAG	ZMK	STB	BA	MA	POB	FS	LA	ST	gesamt
IST AAVE 2020																															
AAVE spezialambulanz	0,1		7,9					22,2	0,8	4,7		6,7	4,0	3,5	2,1			4,7	0,7		2,5	7,7	0,8								
AAVE niedergewiesene Ambulanz gesamt (in 4 Vorlagen)	07,0		6,2					0,8	20,8	7,8		5,1	0,9	10,8	6,7			0,9	0,0			17,0									
AAVE in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen)																						0,0									
AAVE in Kassambulatorien (kassengebundene selbstständige Ambulatorien)	10		2,0					0,0	2,0	0,0		1,0	2,0	1,0	1,0							4,0									
AAVE insgesamt	17,1		26,1					23,0	21,6	12,5		12,8	10,9	14,4	14,4			5,5	11,0	0,7		21,5	0,8						407,8		
AAVE in KV-Contracten																															
IST Kassenplanstellen 2020																															
Kassenplanstellen (Verträge)	01		0					0	0	0		0	0	0	0							0									
Kassenplanstellen sonstige KV-Träger (Verträge)	2		1					0	0	0		0	0	0	0							1									
PLAN AAVE 2025																															
AAVE spezialambulanz	0,0		0,0					20,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0									
AAVE niedergewiesene Ambulanz und in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen und Kassengebunden)	02,0		0,0					20,0	24,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0									
AAVE in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen)																															
AAVE in Kassambulatorien (kassengebundene selbstständige Ambulatorien)																															
AAVE insgesamt	02,0		0,0					20,0	24,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0							546,7		
AAVE in KV-Contracten	20,0																														
PLAN AAVE 2030																															
AAVE spezialambulanz	0,0		0,0					0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0									
AAVE niedergewiesene Ambulanz und in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen und Kassengebunden) und in selbstständigen Ambulatorien	0,0		0,0					0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0									
AAVE in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen)																															
AAVE in Kassambulatorien (kassengebundene selbstständige Ambulatorien)																															
AAVE insgesamt	0,0		0,0					0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0							0,0							597,1		

**CH: in-Regionale nicht bedient
*KUC, PC: angerechnet zu CH
**ZMK spez/inst/ab/KV, Kassenplanstellen - ZMK, Zubeh. Musik- und Hörhilfsgeräte - Zubeh. Hörgeräte - *Zubeh. Hörgeräte
**KVP: PVV (bei Auswahl der ST-Struktur und der Planstellen von Art 1) in einer eigenen Darstellung (siehe unten)
**Für einen 24/7 Betrieb im Bereich der Akuten-Notdienste (ZNA/NA) in den Krankenhäusern sind bei "PLAN AAVE 2025" in der Versorgungsregion 93 AAVE aus dem Bereich der internen Chirurgie dem Bereich AM PVV zuzurechnen (siehe unten)

Ambulante ärztliche Versorgung in KVP und PVV	KVP	PVV	gesamt
IST AAVE 2020			
AAVE spezialambulanz		2,0	2,0
AAVE niedergewiesene Ambulanz gesamt (in 4 Vorlagen)		4,9	4,9
AAVE in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen)			
AAVE in Kassambulatorien (kassengebundene selbstständige Ambulatorien)		10	10
AAVE in Institutionen	3,0	9,9	12,9
AAVE insgesamt	3,0	16,8	19,8
IST Kassenplanstellen 2020			
Kassenplanstellen (Verträge)	0	0	0,0
Kassenplanstellen sonstige KV-Träger (Verträge)	0	0	0,0
PLAN AAVE 2025			
AAVE spezialambulanz	0,0	0,0	0,0
AAVE niedergewiesene Ambulanz und in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen und Kassengebunden) und in selbstständigen Ambulatorien	1,0	20,0	21,0
AAVE insgesamt	1,0	20,0	21,0
PLAN AAVE 2030			
AAVE spezialambulanz	0,0	0,0	0,0
AAVE niedergewiesene Ambulanz und in selbstständigen Ambulatorien (in 4 Vorlagen und Kassengebunden) und in selbstständigen Ambulatorien	0,0	29,0	29,0
AAVE insgesamt	0,0	29,0	29,0

Größtmögliche Werte DSG-VO und DSG 2017 (Anhang W - DSG) in der jeweils perfekten Fassung

*Unter "Institution" sind insbesondere Einrichtungen zu verstehen, die eine ambulante ärztliche Versorgung anbieten. Sie werden von 1000000 Trägern (z.B. Stadt Wien), privaten Trägern oder Verbänden betrieben.
Ersteinstufe sind auf die Behandlung funktioneller Erkrankungen und Problemfragen spezialisiert (z.B. Suchterkrankungen, Krisenintervention)

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 (denkbar) 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 Anlassfall hat mit Schreiben vom 31. Jänner 2020 einen Antrag auf Feststellung gestellt, dass das geplante Ambulatorium für

Zahnmedizin am Standort B.-straße, Wien, gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG plankonform ist und daher zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet gemäß § 5 Abs. 2 Z 1 Wr. KAG führt.

1.3. § 5 Abs. 8 Wr. KAG regelt, welchen Formalparteien im Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums 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 zukommt. Dies sind die betroffenen Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten, die Ärztekammer für Wien bzw. bei selbständigen Zahnambulatorien die Beschwerdeführerin des Ausgangsverfahrens. Gemäß dem letzten Satz des § 5 Abs. 8 Wr. KAG soll ihnen diese Parteistellung, das Recht der Beschwerde sowie der Revision auch in Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3 zukommen.

1.4. Gegenständlich wurde die Beschwerdeführerin von der belangten Behörde dem Verfahren als Partei nicht beigezogen: Ihr wurde kein Parteiengehör eingeräumt und ihr auch der Bescheid vom 27. Mai 2020 lediglich „in Abschrift“ übermittelt, sodass davon auszugehen ist, dass die belangte Behörde die Beschwerdeführerin nie als Partei des Verfahrens verstanden hat.

1.5. § 7 Abs. 3 VwGVG bestimmt, dass Beschwerde bereits ab dem Zeitpunkt beim Verwaltungsgericht erhoben werden kann, in dem der Beschwerdeführer von dem Bescheid Kenntnis erlangt hat, wenn der Bescheid bereits einer anderen Partei zugestellt oder verkündet worden ist. Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes besteht Beschwerdelegitimation nach § 7 Abs. 3 VwGVG auch dann, wenn die Parteistellung des Beschwerdeführers im Verwaltungsverfahren strittig war und er diesem nicht beigezogen worden ist (VwGH 30.3.2017, Ro 2015/03/0036).

1.6. Gegenständlich erachtet das Verwaltungsgericht die Parteistellung der Beschwerdeführerin als strittig, nicht auch zuletzt deshalb, da die Behörde angesichts der Zustellverfügung von einer mangelnden Parteistellung der Beschwerdeführerin ausgeht, wohingegen die Beschwerdeführerin ihre

Parteistellung als gegeben ansieht. Die grundsätzliche Beschwerdelegitimation ist daher zu bejahen und es ist im Anlassfall vom Verwaltungsgericht zunächst zu klären, ob der Beschwerdeführerin in dem vor der belangten Behörde geführten Feststellungsverfahren nach dem Wr. KAG Parteistellung zukam bzw. im verwaltungsgerichtlichen Verfahren zukommt, anderenfalls die Beschwerde zurückzuweisen wäre. Nur bei einer zulässigen Beschwerde könnte eine von der Beschwerdeführerin behauptete Unzuständigkeit der belangten Behörde gemäß § 27 VwGVG gegebenenfalls aufgegriffen werden (vgl. VwGH 27.03.2018, Ra 2015/06/0072).

1.7. Unstrittig und durch die Rechtsprechung hinreichend geklärt ist, dass der Beschwerdeführerin Parteistellung in einem Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs gemäß § 5 Abs. 3 Wr. KAG zukommen würde. Dies ergibt sich auch eindeutig aus dem Wortlaut des § 5 Abs. 8 Wr. KAG.

1.8. Die belangte Behörde stützt den angefochtenen Bescheid auf § 5 Abs. 3a Wr. KAG. § 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.

1.9. 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 Fall, dass das verfahrensgegenständliche Leistungsspektrum in den in Abs. 3a genannten Verordnungen geregelt ist, im Zuge der Bedarfsprüfung ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit diesen Verordnungen zu prüfen.

1.10. Im Zuge der genannten Novellen ist eine Änderung der Regelungen über die Parteistellung in § 3a Abs. 8 KaKuG bzw. § 5 Abs. 8 Wr. KAG nicht erfolgt. Auch die Erläuterungen enthalten keine dahingehenden Ausführungen.

1.11. Im Zeitpunkt der Erlassung des angefochtenen Bescheides im Mai 2020 war § 5 Abs. 3a Wr. KAG bereits in Kraft; das gegenständliche Vorhaben war auch in einer von § 5 Abs. 3a Wr. KAG bezeichneten Verordnung geregelt: Mit Kundmachung 1/2020 vom 8. Jänner 2020 im RIS wurde die Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Wien veröffentlicht und trat am 9. Jänner 2020 in Kraft (vgl. § 2 der angefochtenen Verordnung). Dieser Zeitpunkt liegt somit vor jenem der Erlassung des im Ausgangsverfahren angefochtenen Bescheides.

1.12. In dieser Verordnung wurde mit § 1 Abs. 1 Z 1 die Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Wien gemäß Anlage 1 dieser Verordnung als verbindlich erklärt.

1.13. Anlage 1 der angefochtenen Verordnung enthält eine Kapazitätsplanung differenziert nach den gemäß „RSGPlanungsmatrix“ (vgl. Anlage 3 zur ÖSG-VO) vorgegebenen medizinischen Fachrichtungen im ambulanten Bereich für das gesamte Bundesland Wien (Blatt 1) und die drei Wiener Versorgungsregionen (Blatt 2-4). Messgröße für ärztliche Kapazitäten ist dabei die „Ärztliche Ambulante Versorgungseinheit“ (ÄAVE) gem. Vorgabe des ÖSG 2017. Das Planungsmodell prognostiziert – ausgehend vom IST-ÄAVE-Stand 2016 – den PLAN-ÄAVE-Stand 2025 (vgl. die Erläuterungen zu § 1 Abs. 1 Z 1 der angefochtenen Verordnung).

1.14. Für die Versorgungsregion 93 Wien-Nordost, in welcher die verfahrensgegenständliche Krankenanstalt gelegen sein soll, lautet der IST-ÄAVE-Stand 2016 für den Bereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) 92,2 ÄAVE gesamt für den ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich, davon 7,7 ÄAVE spitalsambulant, 73,9 ÄAVE im Bereich niedergelassener ÄrztInnen mit Vertrag, 6,0 ÄAVE in selbständigen Ambulatorien mit Vertrag und 4,6 ÄAVE in Kassenambulatorien. Der PLAN-ÄAVE-Stand für 2025 sieht in der Versorgungsregion 93 115,1 ÄAVE gesamt für den ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich vor, davon 108,8 ÄAVE im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und selbständigen Ambulatorien (mit Vertrag und kasseneigene).

1.15. Da der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang – Erbringung von Leistungen der Zahnmedizin – somit seit 9. Jänner 2020 in einer Verordnung iSd § 5 Abs. 3a Wr. KAG geregelt ist, ist hinsichtlich des Bedarfs nach der geltenden Rechtslage ausschließlich die Übereinstimmung des Vorhabens mit dieser Verordnung zu prüfen. § 5 Abs. 3 Wr. KAG kommt nicht, auch nicht sinngemäß, zur Anwendung.

1.16. Folglich kommt nach dem eindeutigen Wortlaut des § 5 Abs. 8 Wr. KAG, welcher eine Parteistellung der Beschwerdeführerin in Verfahren gemäß Abs. 3a leg. cit. nicht vorsieht, der Beschwerdeführerin bei unveränderter Rechtslage (siehe dazu noch Pkt. 3.) keine Parteistellung im gegenständlichen Verfahren zur Feststellung der Plankonformität zu. Die belangte Behörde hätte die Beschwerdeführerin daher richtigerweise dem Verfahren nicht als Partei beigezogen und wäre die Beschwerde durch das antragstellende Gericht zurückzuweisen, ohne die Zuständigkeit der belangten Behörde näher prüfen zu können (siehe schon Pkt. 1.6.).

1.17. Bei dieser Beurteilung der Parteistellung ist die angefochtene Verordnung und insbesondere ihr § 1 Abs. 1 Z 1 iVm Anlage 1 vom antragstellenden Gericht wie soeben gezeigt unmittelbar anzuwenden und somit präjudiziell. So muss das antragstellende Gericht nicht nur § 5 Abs. 3a Wr. KAG anwenden, sondern auch prüfen, ob das Vorhaben in einer dort genannten Verordnung geregelt ist, was gegenständlich durch die angefochtene Verordnung – wie gezeigt – der Fall ist. Erst diese Überprüfung macht es dem antragstellenden Gericht möglich zu beurteilen, ob § 5 Abs. 3 Wr. KAG zur Anwendung gelangt oder nicht und – daraus resultierend –, ob die Parteistellung der Beschwerdeführerin gemäß § 5 Abs. 8 Wr. KAG gegeben ist oder eben nicht.

1.18. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass der Verfassungsgerichtshof seit VfSlg. 20.182/2017 die Rechtsauffassung vertritt, dass auch Gerichte gesetzwidrig kundgemachte Verordnungen gemäß Art. 139 B-VG anzuwenden haben und diese, wenn sie Bedenken gegen ihre rechtmäßige Kundmachung haben, vor dem Verfassungsgerichtshof anzufechten haben. Auch bei Zutreffen der unter Pkt. IV.2.5. geäußerten Bedenken erweist sich die angefochtene Verordnung daher als präjudiziell.

2. Anfechtungsgegenstand und -umfang

2.1. Das antragstellende Gericht hegt Bedenken gegen die angefochtene Verordnung, da diese nicht nur gesetzwidrig ist, sondern darüber hinaus auf einer verfassungswidrigen gesetzlichen Grundlage beruht (siehe dazu unten Pkt. IV.).

2.2. Hat ein Gericht gegen die Anwendung einer Verordnung aus dem Grund der Gesetzwidrigkeit Bedenken, so hat es den Antrag auf Aufhebung dieser Verordnung beim Verfassungsgerichtshof zu stellen. Auf Grund eines solchen Antrags erkennt der Verfassungsgerichtshof gemäß Art. 139 Abs. 1 B-VG über die Gesetzwidrigkeit der Verordnung. Nach der ständigen Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes umfasst der Prüfungsmaßstab der "Gesetzwidrigkeit" nach Art. 139 Abs. 1 B-VG auch die Verfassungsmäßigkeit einer Verordnung (siehe VfSlg. 16.242/2001). Daher erachtet es der Verfassungsgerichtshof in ebenso ständiger Rechtsprechung für zulässig, dass Gerichte einen Verordnungsprüfungsantrag damit begründen, dass die gesetzliche Grundlage der angefochtenen Verordnung(sbestimmung) verfassungswidrig und die auf einer solchen Grundlage erlassene Verordnung(sbestimmung) nach deren Aufhebung mit Gesetzlosigkeit belastet ist (siehe VfSlg. 16.538/2002). Anfechtungsgegenstand bleibt auch in dem Fall, dass sich die Bedenken ob der Gesetzmäßigkeit der Verordnungsbestimmung auf eine Verfassungswidrigkeit der gesetzlichen Grundlage der Verordnung beziehen, die vom Gericht anzuwendende Verordnungsbestimmung. Die gesetzliche Grundlage wird dann zum Prüfungsgegenstand, wenn der Verfassungsgerichtshof von Amts wegen aus Anlass des Verordnungsprüfungsantrags des Gerichts gemäß Art. 140 Abs. 1 B-VG ein Gesetzesprüfungsverfahren einleitet (VfSlg. 19.700/2012).

2.3. Zwar ist nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes eine (Mit-)Anfechtung der einer Verordnung zugrundeliegenden gesetzlichen Ermächtigung durch Gerichte zulässig, wenn die Verordnung bereits erlassen wurde und gemeinsam mit der Verordnungsermächtigung angefochten wird (vgl. VfSlg. 20.000/2015 mwN); eine Verpflichtung der Mitanechtung kann aus der oz. Rechtsprechung jedoch nicht abgeleitet werden.

2.4. Die Grenzen der Aufhebung einer auf ihre Gesetzmäßigkeit hin zu prüfenden Verordnungsbestimmung sind, wie der Verfassungsgerichtshof sowohl für von Amts wegen als auch für auf Antrag eingeleitete Normenprüfungsverfahren schon wiederholt dargelegt hat (vgl. etwa VfGH 14.6.2018, V 11/2018), notwendig so zu ziehen, dass einerseits der verbleibende Verordnungsteil nicht einen völlig veränderten Inhalt bekommt und dass andererseits die mit der aufzuhebenden Verordnungsstelle untrennbar zusammenhängenden Bestimmungen auch erfasst werden. Dieser Grundposition folgend hat der Gerichtshof die Rechtsauffassung entwickelt, dass im Normenprüfungsverfahren der Anfechtungsumfang der in Prüfung gezogenen Norm bei sonstiger Unzulässigkeit des Prüfungsantrags nicht zu eng gewählt werden darf. Das antragstellende Gericht hat all jene Normen anzufechten, welche für die Beurteilung der allfälligen Verfassungswidrigkeit der Rechtslage eine untrennbare Einheit bilden. Es ist dann Sache des Verfassungsgerichtshofes, darüber zu befinden, auf welche Weise eine solche Verfassungswidrigkeit – sollte der Verfassungsgerichtshof die Auffassung des antragstellenden Gerichtes teilen – beseitigt werden kann.

2.5. § 1 Abs. 1 Z 1 iVm Anlage 1 der angefochtenen Verordnung bildet eine der anzuwendenden Rechtsgrundlagen für das beim antragstellenden Gericht anhängige Beschwerdeverfahren; das Verwaltungsgericht hat sie bei seiner Entscheidung über die Beschwerde, wie oben dargelegt, anzuwenden.

2.6. Da bei Zutreffen der Bedenken des antragstellenden Gerichtes jedoch die gesamte Verordnung untrennbar davon betroffen wäre, wird primär die Aufhebung der gesamten Verordnung als gesetzwidrig und nur in eventu der konkret anzuwendenden Bestimmungen beantragt.

2.7. Der Eventualantrag bezieht sich auf § 1 Abs. 1 Z 1 iVm der gesamten Anlage 1, da nach Auffassung des antragstellenden Gerichtes ein untrennbarer Zusammenhang zwischen sämtlichen Blättern der Anlage 1 und § 1 Abs. 1 Z 1 der angefochtenen Verordnung vorliegt. Würde man nur Blatt 4 der Anlage 1 oder daraus nur die Festlegungen betreffend ZMK aufheben so bestünde ein widersprüchlicher Torso hinsichtlich der festgelegten Zahlen von ganz Wien und den einzelnen (verbleibenden) Versorgungsregionen.

3. Auswirkungen der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes auf die anhängige Rechtssache

Sollte der Verfassungsgerichtshof antragsgemäß die angefochtene Verordnung bzw. die in eventu angefochtenen Teile aufheben, hätte das antragstellende Gericht die Kriterien des § 5 Abs. 3 Wr. KAG – mangels das Vorhaben regelnder Verordnung gemäß § 5 Abs. 3a Wr. KAG – zur Frage des Vorliegens eines Bedarfs am beantragten Ambulatorium heranzuziehen. Dies hätte unmittelbar zur Folge, dass der Beschwerdeführerin – anders als bei einer Weitergeltung der angefochtenen Verordnung – Parteistellung gemäß § 5 Abs. 8 Wr. KAG im Vorabfeststellungsverfahren zur Bedarfsfrage zukäme und ihre Beschwerde daher zulässig wäre. Daher ist die Gesetz- bzw. Verfassungsmäßigkeit der angefochtenen Verordnung eine Vorfrage im Sinne des § 57 Abs. 2 VfGG für die Entscheidung der beim antragstellenden Gericht anhängigen Rechtssache.

IV. Bedenken

1. Allgemein zur Gesundheitsversorgungsplanung durch ÖSG und RSG

1.1. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (ÖSG und RSG) sind in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 98/2017) vorgesehen, bilden aber keinen Teil derselben. Nach Art. 5 Abs. 1 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie gemäß § 19 Abs. 1 G-ZG soll der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSG vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung darstellen.

1.2. Für die Beschlussfassung des ÖSG ist die Bundes-Zielsteuerungskommission zuständig, bei der es sich gemäß § 25 Abs. 1 Z 1 G-ZG um ein Organ der Bundesgesundheitsagentur handelt. Die Bundesgesundheitsagentur ist ein beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eingerichteter Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit (§ 56a KAKuG). Die Bundes-Zielsteuerungskommission besteht aus 17 Mitgliedern, wobei je vier Mitglieder von der Bundesregierung und dem Hauptverband sowie 9 Mitglieder von den Ländern bestellt werden (§ 26 Abs. 1 G-ZG).

1.3. Sinngemäße Ausführungen gelten für die RSG, die durch die Landes-Zielsteuerungskommissionen – Organe der Landesgesundheitsfonds (öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, die landesgesetzlich eingerichtet sind) – beschlossen werden. So ist die Wiener Zielsteuerungskommission Organ des Wiener Gesundheitsfonds (§ 4 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017) und besteht aus je fünf VertreterInnen des Landes und der Sozialversicherung sowie einer VertreterIn des Bundes (§ 7 Abs. 1 leg. cit.). Gemäß § 21 Abs. 7 G-ZG sind die RSG auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen (vgl. auch § 9 Abs. 4 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).

1.4. Um eine generelle Verbindlichkeit des ÖSG und der RSG (insbesondere für Dritte und Leistungserbringer) zu erwirken – nach herrschender Auffassung bestand vormals eine Bindung nur durch Bund und Länder als Partner des Gliedstaatsvertrags sowie die Sozialversicherungsträger im Wege der Verbindlichkeitserklärung in Zielsteuerungsverträgen –, wählte die Gesetzgebung eine Konstruktion der Beleihung einer GmbH mit der Verbindlicherklärung: Teile des ÖSG und der RSG sollen sowohl für Bereiche des Art. 10 B-VG („Sozialversicherungswesen“ und „Gesundheitswesen“) als auch für den Bereich des Art. 12 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“) von der Gesundheitsplanungs GmbH durch Verordnung für verbindlich erklärt werden.

1.5. Nach den geltenden Vorschriften müssen dazu zunächst jene Teile des ÖSG bzw. der RSG, die für verbindlich erklärt werden sollen, von der Bundes-Zielsteuerungskommission (ÖSG) bzw. den Landes-Zielsteuerungskommissionen (RSG) als solche ausgewiesen werden. Die Gesundheitsplanungs GmbH hat sodann ein Begutachtungsverfahren hinsichtlich dieser Teile durchzuführen und ist eine nochmalige Beschlussfassung in den Zielsteuerungskommissionen herbeizuführen, wenn sich nach der Begutachtung Änderungen ergeben (§ 23 Abs. 1 und 2 G-ZG sowie § 10 Abs. 2 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).

1.6. Die Verbindlicherklärung erfolgt durch Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH und ist im RIS kundzumachen (§ 23 Abs. 6 G-ZG).

1.7. Die Gesundheitsplanungs GmbH ist ein nach dem GmbH-Gesetz, RGBI. Nr. 58/1906, gegründetes Unternehmen. 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. Die Gesellschaft ist nicht gewinnorientiert. 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 (§ 23 Abs. 3 G-ZG).

2. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die gesetzlichen Grundlagen der angefochtenen Verordnung

2.1. Die angefochtene Verordnung stützt sich auf § 23 Abs. 4 G-ZG und § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017. Beide Bestimmungen ermächtigen die Gesundheitsplanungs GmbH die von der Landes-Zielsteuerungskommission ausgewiesenen Teile des RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären, wobei sich § 23 Abs. 4 G-ZG auf Teile des RSG bezieht, die Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen, und § 10 Abs. 1 des Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017 als Ausführungsbestimmung zu § 23 Abs. 5 G-ZG (Grundsatzbestimmung) auf jene Teile des RSG, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen.

2.2. Aufgrund der zersplitterten Kompetenzrechtslage und des Grundsatzes der Trennung der Vollziehungsbereiche ist eine Verbindlicherklärung des RSG Wien in den Bereichen des Art. 10 und 12 B-VG durch eine einzige Stelle grundsätzlich nicht möglich, sondern könnte nur von der kompetenzrechtlich jeweils zuständigen Gesetzgebung (Art. 10 B-VG: Bundesgesetzgebung; Art. 12 B-VG: Bundesgrundsatzgesetzgebung und Landesausführungsgesetzgebung) im Rahmen des jeweiligen Vollziehungsbereiches (Art. 10 B-VG: [mittelbare] Bundesvollziehung; Art. 12 B-VG: Landesvollziehung) vorgesehen werden. Nach ständiger Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist es jedoch zulässig, einen außerhalb der Staatsverwaltung stehenden Rechtsträger mit hoheitlichen Aufgaben zu beleihen, wenn bestimmte verfassungsrechtliche Grenzen

eingehalten werden (vgl. dazu grundlegend VfSlg. 14.473/1996; weiters zB VfSlg. 19.270/2010 uva). Auch eine Beleihung mit der Erlassung von Verordnungen ist grundsätzlich zulässig (VfSlg. 16.995/2003).

Zu den genannten verfassungsrechtlichen Grenzen zählen vor allem das verfassungsrechtliche Effizienzgebot, die Übertragung lediglich einzelner Aufgaben, die nicht in den Kernbereich staatlicher Verwaltung fallen, die Weisungsbefugnis eines obersten Organs, das dem jeweiligen Vertretungskörper gemäß Art. 76 Abs. 1 B-VG bzw. gemäß Art. 105 Abs. 2 B-VG und Art. 142 B-VG politisch und rechtlich verantwortlich ist, und das Sachlichkeitsgebot im Sinne des Gleichheitssatzes.

Diese Kriterien werden nach Auffassung des antragstellenden Gerichtes gegenständlich schon bereits aus folgenden Gründen nicht erfüllt:

Verstoß gegen das Sachlichkeitsgebot des Art. 7 B-VG:

Die Gesundheitsplanungs GmbH übernimmt alleine die Durchführung des Begutachtungsverfahrens und die Verbindlicherklärung von Teilen des ÖSG und der RSG durch Verordnung. Dabei ist die Gesundheitsplanungs GmbH verpflichtet, die – von anderen Stellen – ausgewiesenen Teile des ÖSG und der RSG für verbindlich zu erklären. Ihr bleibt kein Spielraum bzw. keine Einflussmöglichkeit auf den Inhalt; es handelt sich somit um einen reinen Formalakt (vgl. *Pabel*, Verfassungsrechtlicher Schutz der ärztlichen Gesamtverträge, RdM 2017, 250 [257]). Trotzdem stellt dieser den für die Bindungswirkung entscheidenden Akt dar, der von einer anderen Stelle nicht verfassungskonform gesetzt werden könnte. Dies erweckt den Anschein einer reinen Konstruktion zur Umgehung der Kompetenzverteilung und verstößt deshalb nach Auffassung des antragstellenden Gerichtes gegen das Sachlichkeitsgebot (vgl. idS auch *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, Die Verbindlicherklärung der Strukturpläne aus verfassungsrechtlicher Sicht, RdM 2018, 44 [49f]).

Keine effektive Steuerungsmöglichkeit durch die obersten Organe:

Der Verfassungsgerichtshof verlangt erstens, die Unterstellung eines Beliehenen unter ein oberstes Organ, das gemäß Art. 76 Abs. 1 B-VG (bzw. gemäß Art. 105 Abs. 2 B-VG) und Art. 142 B-VG verantwortlich ist, zweitens, dass dem obersten Organ ein Weisungsrecht eingeräumt ist und drittens, dass dem obersten Organ

eine effektive Leitungs- und Steuerungsfunktion gegenüber dem Beliehenen zukommt (VfSlg. 16.400/2001).

Die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH unterliegt gemäß § 23 Abs. 7 G-ZG der Aufsicht und die GmbH den Weisungen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers in Angelegenheiten des Art. 10 B-VG und ist Sinngemäßes nach § 23 Abs. 8 G-ZG durch die Ausführungsgesetze hinsichtlich der jeweils zuständigen Landesregierung in den Angelegenheiten des Art. 12 B-VG vorzusehen. Dementsprechend regelt § 10 Abs. 3 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017, dass die Tätigkeit der Gesundheitsplanungs GmbH insoweit Angelegenheiten des Art. 12 B-VG berührt sind, der Aufsicht und den Weisungen der Landesregierung unterliegt.

Es ist unklar, was das genau bedeuten soll, ob nämlich das Handeln bestimmter Organe, das Handeln aller Organe oder sogar das Handeln aller Gesellschafter der GmbH den Weisungen und der Aufsicht des obersten Organs unterliegen. Unterliegen nicht alle Organe und Gesellschafter den Weisungen, so liegt keine umfassende Steuerungsmöglichkeit vor. So könnten etwa die Gesellschafter Weisungen an die Generalversammlung erteilen (vgl. § 20 GmbHG), die jenen des obersten Organs widersprechen.

Versteht man die Weisungs- und Aufsichtsbefugnisse umfassend, so käme in der Generalversammlung dem zuständigen Bundesminister in den Angelegenheiten des Art. 10 B-VG eine Weisungsbefugnis nicht nur gegenüber dem Bundes-, sondern auch gegenüber dem Ländervertreter zu. In den Angelegenheiten des Art. 12 B-VG hätten die Landesregierungen nicht nur gegenüber dem Landesvertreter, sondern auch gegenüber dem Bundesvertreter Weisungsrechte. Dies würde zweifellos gegen den Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche verstoßen.

Sollte das Weisungsrecht hingegen verfassungskonform mit dem Trennungsgrundsatz verstanden werden, nämlich dass der Bundesminister nur gegenüber dem Bundesvertreter in der Generalversammlung weisungsbefugt ist und die Landesregierungen nur gegenüber dem Landesvertreter, so wäre die Steuerungsbefugnis der obersten Organe nicht effektiv: Weisungen könnten dann lediglich zu einer Verhinderung einer – einstimmig zu treffenden (§ 23 Abs. 3 G-ZG) – Entscheidung in der Generalversammlung führen, nicht jedoch

zur Herbeiführung eines bestimmten Inhaltes (vgl. zu all dem auch *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, RdM 2018, 49).

Schlussendlich ist eine effektive Einflussnahme und Weisungsbindung auch deshalb nicht möglich, weil ÖSG und RSG Bereiche aus beiden Kompetenzangelegenheiten vermischt regeln. Als Beispiel sei auf Pkt. III.1.11 und 1.12. verwiesen, wo die PLAN-ÄAVE für 2025 gesamt für den ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich dargestellt sind, davon eine bestimmte (nicht näher differenzierte) Gesamtzahl im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und selbständigen Ambulatorien, welche jedoch unterschiedlichen Kompetenztatbeständen (Art. 10 bzw. Art. 12 B-VG) unterliegen. Ob diese für verbindlich erklärte Zahl in den Bereich der Bundes- oder Landesvollziehung fällt, bleibt offen, genauso wie die Frage, wem diesbezüglich eine Weisungs- und Aufsichtsfunktion zukommen soll.

2.3. Verstoß gegen den Trennungsgrundsatz

Fraglich ist weiters, ob die in den gesetzlichen Grundlagen der angefochtenen Verordnung vorgesehene verbandsübergreifende Beleihung mit dem Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche vereinbar ist. Die Lehre (*Pürgy*, Die Mitwirkung von Beliehenen des Bundes an der Landesvollziehung, ZfV 2011, 745 mwH; *Mayr* in Jahrbuch Öffentliches Recht 2010, 93 [99 ff]) hat aus dem Erk VfSlg. 17.124/2004 eine implizite (wenn auch nicht näher begründete) Anerkennung der Zulässigkeit verbandsübergreifender Beleihungen gesehen.

Durch die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes ist jedoch nicht geklärt, ob eine grundsatzgesetzliche Verpflichtung der Betrauung eines genau bezeichneten Rechtsträgers außerhalb der Landesverwaltung zulässig ist: In VfSlg. 17.232/2004 hat der Verfassungsgerichtshof anerkannt, dass Fragen von grundsätzlicher Bedeutung einer für das ganze Bundesgebiet wirksamen einheitlichen Regelung bedürfen und auch im System des Art. 12 B-VG zulässig seien. Er hat daher eine grundsatzgesetzliche Verpflichtung der Landesgesetzgebung, die Landesregierung zu verpflichten, bestimmte Verordnungen (Landeskrankenanstaltenpläne) unter Bindung an bestimmte Planungsvorgaben zu erlassen, als zulässig erachtet. Der VfGH argumentierte ua. auch damit, dass es sich bei der damals in Prüfung gezogenen Regelung des § 10a KaKuG im Wesentlichen um eine Wiederholung von Inhalten einer 15a-

Vereinbarung zwischen Bund und Ländern handle und dass sich die Bindung der Landesgesetzgebung nicht erst aus § 10a KaKuG, sondern bereits aus der 15a-Vereinbarung ergebe (Pkt. 1.3.1. des Erkenntnisses).

Daraus kann geschlossen werden, dass die Verpflichtung der Landesgesetzgebung zur Beleihung einer bestimmt bezeichneten GmbH gerade nicht zulässig ist, zumal es sich weder um das (schon verfassungsrechtlich in Art. 101 Abs. 1 B-VG vorgesehene) Vollziehungsorgan der Länder handelt und zumal dies auch nicht Gegenstand einer 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern ist: Die Beleihung einer GmbH ist weder in der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens noch in jener zur Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017, vorgesehen. In Art. 5 Abs. 9 Z 2 und Art. 5 Abs. 10 Z 2 der ersteren 15a-Vereinbarung wird lediglich angeordnet, dass die Bundesgesundheitsagentur bzw. der Landesgesundheitsfonds bundes- und landesgesetzlich zu ermächtigen sowie organisatorisch in die Lage zu versetzen sind, die als normativ gekennzeichneten Teile der betreffenden Strukturpläne als verbindlich festzulegen und durch Verordnung kundzumachen (aA *Probst/Souhrada*, Verbindlichkeit gemeinsamer Planung in der österreichischen Gesundheitsreform, in GS Robert Rebhahn, 467 [478 f], die gleichsam von einer Nichtanwendung verfassungsrechtlicher Grundsätze aufgrund der Fundierung der Vorgangsweise in einer 15a-Vereinbarung ausgehen).

2.4. Verstoß gegen Art. 102 und Art. 97 Abs. 2 B-VG

Aufgrund nicht zuletzt auch der jüngeren Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes zur Anwendbarkeit des Art. 102 B-VG auf die Übertragung von Aufgaben staatlicher Verwaltung auf Selbstverwaltungskörper (VfGH 13.3.2019, G 242/2018 ua.; 5.3.2020, G 157/2019, V 54/2019), ist auch von dessen Anwendbarkeit bei der Beleihung auszugehen (vgl. auch zB. VwGH 22.6.2017, A 2017/0001, der unter Hinweis auf Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes von einer solchen Anwendbarkeit ausgeht).

Aus diesem Grund bestehen beim antragstellenden Gericht Bedenken gegen die gesetzlichen Grundlagen der Verordnung insofern, als auch gegenständlich die Gesundheitsplanungs GmbH in den Angelegenheiten des Gesundheitswesens (Art. 10 B-VG) alleine dem für das Gesundheitswesen zuständigen

Bundesminister unterstellt ist und damit der Landeshauptmann in der mittelbaren Bundesverwaltung schlechthin umgangen wird. Dies wäre nur mit Zustimmung der beteiligten Länder gemäß Art. 102 Abs. 4 B-VG zulässig, welche, soweit dem antragstellenden Gericht bekannt, nicht vorliegt (vgl. nochmals VfGH 13.3.2019, G 242/2018 ua; 5.3.2020, G 157/2019, V 54/2019; auch *Baumgartner*, Die Verbindlicherklärung von Strukturplänen durch die Gesundheitsplanungs GmbH, ZfV 2018, 255 [261f]; *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, RdM 2018, 48).

Geht man davon aus, dass die Gesundheitsplanungs GmbH als „Bundesbehörde“ anzusehen ist, fehlt es auch in den Angelegenheiten des Art. 12 B-VG an der Zustimmung der Bundesregierung gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG hinsichtlich des § 10 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetzes 2017, wonach die genannte GmbH an der Landesvollziehung mitwirkt (indem sie Verordnungen erlässt).

2.5. Kundmachung der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH

Gemäß § 23 Abs. 6 G-ZG hat die Gesundheitsplanungs GmbH die für verbindlich zu erklärenden Teile im Wege einer Verordnung zu erlassen und im RIS (www.ris.bka.gv.at) kundzumachen. Diese Bestimmung wurde nicht als Grundsatzbestimmung erlassen. Die Erläuterungen treffen dazu keine näheren Ausführungen. Das Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 enthält keine Kundmachungsvorschriften hinsichtlich der Verordnungen der Gesundheitsplanungs GmbH.

Zur Regelung der Art und Weise der Publikation einer Verordnung ist der Materiengesetzgeber zuständig, da er die Rechtserzeugungsregel der Verordnung regeln kann. Nach der – zur Kundmachung von Verordnungen im Rahmen der staatlichen Verwaltung ergangenen – Rechtsprechung des VfGH kann der Organisationsgesetzgeber jedoch subsidiäre Vorschriften über die Methode der Kundmachung von Rechtsvorschriften erlassen, also generelle materienunspezifische Kundmachungsregeln aufstellen, die dann zur Anwendung kommen, wenn der Materiengesetzgeber zur Frage der Kundmachung schweigt (VfSlg. 10.911/1986).

Ob diese Judikatur auf Beleihungen anwendbar ist, ist ungeklärt. Geht man davon aus, so ist die Bestimmung des § 23 Abs. 6 G-ZG als Regelung der Organisationsgesetzgebung iSd oz. Judikatur aufzufassen (Bundesgesetzgebung, die das GmbH-G erlassen hat gemäß Art. 10 Z 6 B-VG). Jedenfalls ist jedoch in Angelegenheiten des Art. 12 B-VG die (Anordnung der) Kundmachung der angefochtenen Verordnung im RIS (auch) durch die Organisationsgesetzgebung verfassungsrechtlich unzulässig: Das RIS wird gemäß § 6 BGBIG vom Bundesminister für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort bereitgestellt. Bei der Kundmachung von Verordnungen handelt es sich um einen Akt der Vollziehung. Die Mitwirkung eines Bundesministers an der Vollziehung in Angelegenheiten des Art. 12 B-VG ist bundesverfassungsgesetzlich nicht vorgesehen; auch eine Mitwirkung oberster Verwaltungsorgane des Bundes (hier: des Bundesministers als Bereitsteller/Betreiber des RIS bzw. sein Geschäftsapparat) gemäß Art. 97 Abs. 2 B-VG ist nach der Rechtsprechung des VfGH (vgl. etwa VfSlg. 9536/1982) nicht zulässig. Warum diese Judikatur auf Beleihungen nicht anwendbar sein sollte, vermag das antragstellende Gericht nicht zu erkennen und hegt daher auch dahingehende verfassungsrechtliche Bedenken.

3. Sonstige Bedenken gegen die Gesetz- bzw. Verfassungsmäßigkeit der angefochtenen Verordnung

3.1. Verordnungen stützen sich nicht auf Kompetenztatbestände nach dem B-VG, sondern auf gesetzliche Grundlagen. Ob die gesetzlichen Grundlagen einer Verordnung kompetenzkonform sind, ist eine andere (s.o.), von der Gesetzeskonformität einer Verordnung zu unterscheidende Frage.

3.2. § 23 Abs. 4 und 5 G-ZG iVm § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017 sehen vor, dass die Gesundheitsplanungs GmbH bestimmte Teile des RSG durch Verordnung für verbindlich zu erklären hat, und zwar einerseits für Teile, die Angelegenheiten des Art. 10 B-VG betreffen (§ 23 Abs. 4 G-ZG), andererseits für Teile, die Angelegenheiten des Art. 12 B-VG betreffen (Abs. 5 leg. cit. iVm § 10 Abs. 1 Wiener Gesundheitsfonds-Gesetz 2017).

3.3. Dass die GmbH also (eine) Verordnung(en) erlässt, die sowohl Angelegenheiten des Vollziehungsbereiches des Bundes (Art. 10 B-VG) als auch

Angelegenheiten des Vollziehungsbereiches der Länder (Art. 12 B-VG) regelt (regeln), ergibt sich somit aus dem geltenden Recht. Geht man – anders als das antragstellende Gericht – davon aus, dass die gesetzlichen Grundlagen verfassungsrechtlich unbedenklich sind, so ist fraglich, ob die GmbH für jeden Vollziehungsbereich eine gesonderte Verordnung erlassen müsste, oder ob in ein und demselben Rechtsakt Regelungen enthalten sein dürfen, die beide Vollziehungsbereiche betreffen.

3.4. Die Erlassung kompetenzbereichsübergreifender Bescheide ist nach der Rechtsprechung zulässig (vgl. VfSlg. 2473/1953, 2932/1955, 4774/1964, 5546/1967 sowie *Jabloner*, Gliedstaatsverträge in der österreichischen Rechtsordnung, ZÖR, Bd. 40, 1989, 225 [242]). *Wielinger* bezieht diese Judikatur auch auf Verordnungen der Gemeinde im übertragenen Wirkungsbereich (*Wielinger*, Das Verordnungsrecht der Gemeinden [1974] 109 f unter Hinweis auf die – Bescheide betreffende – oz. Erkenntnisse), jedoch kann dies aus Sicht des antragstellenden Gerichtes insbesondere angesichts der gegenständlichen Problematik, dass einzelne Bestimmungen nicht eindeutig einem Vollziehungsbereich zugeordnet werden können, somit janusköpfigen Charakter aufweisen, für die gegenständliche Verordnung nicht gleichermaßen gelten. Die vorgesehene Weisungskette zum zuständigen Bundesminister in Angelegenheiten des Art. 10 B-VG und zur zuständigen Landesregierung in Angelegenheiten des Art. 12 B-VG kann durch den janusköpfigen Charakter von einzelnen Bestimmungen der Verordnung nicht nachvollzogen werden (vgl. schon Pkt. III.2.2.) weshalb der Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche durch die Erlassung dieser „gemischten Verordnung“ nicht eingehalten wird (dieser Auffassung auch *Kopetzki*, RdM 2017, 1 sowie *Kopetzki/Perthold-Stoitzner*, RdM 2018, 47).

4. Nach Auffassung des antragstellenden Gerichtes sind sohin nicht nur die gesetzlichen Grundlagen der angefochtenen Verordnung verfassungswidrig, sondern ist auch unter Annahme der Verfassungskonformität ihrer gesetzlichen Grundlagen die angefochtene Verordnung gesetz- bzw. verfassungswidrig.

Verwaltungsgericht Wien

Dr. Zirm