

TE Vwgh Erkenntnis 2015/3/26 2013/11/0242

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 26.03.2015

Index

E6J;
L94405 Krankenanstalt Spital Salzburg;
001 Verwaltungsrecht allgemein;

Norm

62007CJ0169 Hartlauer VORAB;
KAG Slbg 2000 §12a Abs1 lita;
KAG Slbg 2000 §12a Abs2 Z3;
KAG Slbg 2000 §12a Abs2;
KAG Slbg 2000 §12a Abs3;
KAG Slbg 2000 §12a Abs4;
KAG Slbg 2000 §12e Abs1;
VwRallg;

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Waldstätten und die Hofräte Dr. Schick, Dr. Grünstäudl und Mag. Samm sowie die Hofrätin Dr. Pollak als Richter, im Beisein der Schriftführerin Mag. Krawarik, über die Beschwerde des Dr. G H in S, vertreten durch Berlin & Partner Rechtsanwälte in 5020 Salzburg, Schwarzstraße 21, gegen den Bescheid der Salzburger Landesregierung vom 14. Oktober 2013, Zl. 209-AMB/88/42-2013, betreffend Vorabfeststellung des Bedarfs eines selbständigen Ambulatoriums, zu Recht erkannt:

Spruch

Der angefochtene Bescheid wird wegen Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften aufgehoben.

Das Land Salzburg hat dem Beschwerdeführer Aufwendungen in der Höhe von EUR 1.346,40 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

1.1. Mit dem angefochtenen Bescheid wies die belangte Behörde das Ansuchen des Beschwerdeführers vom 23. Jänner 2012 auf Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes durch die Errichtung einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß § 12e Abs. 1 iVm § 12a Abs. 2 und 3 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000, LGBl. Nr. 24 idF LGBl. Nr. 46/2013 (SKAG), ab und schrieb dem Beschwerdeführer näher genannte Verfahrenskosten vor. 1.1. Mit dem angefochtenen Bescheid wies die belangte Behörde das Ansuchen des Beschwerdeführers vom 23. Jänner 2012 auf Vorabfeststellung der wesentlichen

Verbesserung des Versorgungsangebotes durch die Errichtung einer privaten Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums gemäß Paragraph 12 e, Absatz eins, in Verbindung mit , Paragraph 12 a, Absatz 2, und 3 des Salzburger Krankenanstaltengesetzes 2000, LGBl. Nr. 24 in der Fassung , Landesgesetzblatt Nr. 46 aus 2013, (SKAG), ab und schrieb dem Beschwerdeführer näher genannte Verfahrenskosten vor.

1.2. Im genannten, aus dem Verwaltungsakt ersichtlichen Ansuchen vom 23. Jänner 2012 teilte der Beschwerdeführer, ein Facharzt für Innere Medizin, der belangten Behörde mit, er beabsichtige die Umwandlung seiner ärztlichen Ordination mit Herzkatheterlabor in eine private Krankenanstalt. Er habe in den vergangenen 12 Jahren zahlreiche Herzkathetereingriffe sowie Darstellungen und Eingriffe an peripheren Gefäßen (wie etwa Becken- /Beinarterien und Halsschlagadern) durchgeführt. Im Jänner 2012 habe er das "derzeit neueste Herzkatheterlabor Österreichs" mit hochmodernen Geräten und vollständiger Digitalisierung in Betrieb genommen, durch welches die notwendige Strahlenbelastung für Patienten auf unter 10 % der bisher notwendigen Röntgendosis reduziert werde.

Das bisherige Leistungsvolumen von etwa 300 Patienten jährlich solle künftig auf 800 bis 1.000 Patienten pro Jahr angehoben werden, wofür die permanente Mitarbeit eines Arztes und die Umwandlung in eine Krankenanstalt erforderlich seien. Das beabsichtigte Leistungsangebot umfasse im Rahmen der invasiven Kardiologie und Angiologie die Diagnoseerstellung und Behandlung von Herzerkrankungen und Erkrankungen der peripheren Gefäße auf höchstem medizinischen und technischen Niveau bei einer Verkürzung der Wartezeiten. Als beabsichtigte Öffnungszeiten des Routinebetriebes der beantragten Krankenanstalt nannte der Beschwerdeführer Montag bis Freitag von 8.00 bis 16.00 Uhr, wobei außerhalb dieser Zeiten eine Rufbereitschaft für die eigenen Patienten bestehen solle.

1.3. In der Begründung des angefochtenen Bescheides gab die belangte Behörde den Verfahrensgang, die maßgebenden Rechtsvorschriften und die eingeholten Stellungnahmen verschiedener Einrichtungen zur Frage einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das geplante Ambulatorium wieder, darunter die (den Antrag ablehnenden) Stellungnahmen der Rechtsträger jener beiden Krankenanstalten des Bundeslandes Salzburg, in welchen gleichfalls eine Herzkatheteranlage betrieben wird. Weiters gab die belangte Behörde das eingeholte Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH vom 10. Mai 2012 wieder, aus dem hervorgeht, dass von den im Bundesland Salzburg bestehenden "Herzkatheterlabors (Coronarangiographieanlagen; COR)" die Anlage des Beschwerdeführers (als einzige extramurale Anlage) im Großgeräteplan nicht vorgesehen sei und dass durch die anderen (jeweils in Fonds-Krankenanstalten stationierten) COR die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgegebenen Wohnerrichtwerte eingehalten würden, sodass kein aktueller Bedarf für die COR im geplanten Ambulatorium des Beschwerdeführers bestehe. Außerdem zitierte die belangte Behörde die eingeholten Stellungnahmen der Salzburger Gebietskrankenkasse und des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger zur Frage, ob das gegenständliche Leistungsangebot ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen umfasse.

1.4. Sodann führte die belangte Behörde (betreffend die Zulässigkeit des gegenständlichen Feststellungsantrages) aus, dass gemäß § 12a Abs. 4 SKAG eine Bedarfsprüfung im Falle "sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähiger Leistungen" zu entfallen hätte. Diese Voraussetzung sei aber gegenständlich nach Ansicht der belangten Behörde nicht erfüllt, weil es ihres Erachtens darauf ankomme, ob die beabsichtigten Leistungen "grundsätzlich" sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig seien. Anders als bei den (in den Materialien zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten als Beispiel für sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen genannten) schönheitschirurgischen Behandlungen, die gemäß § 133 Abs. 3 ASVG unter bestimmten Voraussetzungen als Krankenbehandlung anzusehen und sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig seien, stellten die gegenständlichen Leistungen der Kardiagnostik jedenfalls eine Krankenbehandlung dar, deren Verrechnung mit dem Sozialversicherungsträger derzeit "de facto" nur bei Erbringung durch bettenführende Krankenanstalten möglich sei. De iure unterscheide der Gesetzgeber aber nicht, in welcher Einrichtung diese "(grundsätzlich) sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen" erbracht würden. § 12a Abs. 4 SKAG ändere daher nichts daran, dass gegenständlich die Frage, ob das beantragte Ambulatorium zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führe, zu prüfen sei. 1.4. Sodann führte die belangte Behörde (betreffend die Zulässigkeit des gegenständlichen Feststellungsantrages) aus, dass gemäß Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG eine Bedarfsprüfung im Falle "sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähiger Leistungen" zu entfallen hätte. Diese Voraussetzung sei aber gegenständlich nach Ansicht der belangten Behörde nicht erfüllt, weil es ihres Erachtens darauf ankomme, ob die

beabsichtigten Leistungen "grundsätzlich" sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig seien. Anders als bei den (in den Materialien zum Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten als Beispiel für sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen genannten) Schönheitschirurgischen Behandlungen, die gemäß Paragraph 133, Absatz 3, ASVG unter bestimmten Voraussetzungen als Krankenbehandlung anzusehen und sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig seien, stellten die gegenständlichen Leistungen der Kardiagnostik jedenfalls eine Krankenbehandlung dar, deren Verrechnung mit dem Sozialversicherungsträger derzeit "de facto" nur bei Erbringung durch bettenführende Krankenanstalten möglich sei. De iure unterscheide der Gesetzgeber aber nicht, in welcher Einrichtung diese "(grundsätzlich) sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen" erbracht würden. Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG ändere daher nichts daran, dass gegenständlich die Frage, ob das beantragte Ambulatorium zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führe, zu prüfen sei.

1.5. Als für ihre Entscheidung maßgebenden Sachverhalt stellte die belangte Behörde danach fest, dass als Einzugsgebiet des gegenständlichen Ambulatoriums angesichts der guten Erreichbarkeit (6 Gehminuten vom Salzburger Hauptbahnhof) das gesamte Bundesland Salzburg sowie Grenzregionen der Steiermark, von Oberösterreich und Oberbayern in Betracht kämen.

In diesem Einzugsgebiet würden die vom Beschwerdeführer beabsichtigten Leistungen auf dem Gebiet der invasiven Kardiologie und Angiologie derzeit in den zwei erwähnten bettenführenden Krankenanstalten angeboten. Nach dem genannten Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH, wonach das gegenständliche Einzugsgebiet durch einen idealen Wohnrichtwert pro Coronarangiographieanlage (COR) gekennzeichnet sei, sei ein aktueller Bedarf hinsichtlich des gegenständlichen Ambulatoriums nicht festzustellen.

Was dabei die Wartezeiten für nicht akute, elektive koronarangiographische Eingriffe bei den beiden genannten Leistungsanbietern (bettenführenden Krankenanstalten) betreffe, so gebe es dazu widersprüchliche Angaben. Während diese beiden Leistungsanbieter nach eigenen Angaben "höchstens zwei Wochen" bzw. "etwa zwei Wochen" als Wartezeiten angegeben hätten, habe der Beschwerdeführer Bestätigungen von drei Fachärzten für Innere Medizin vorgelegt, die Wartezeiten von "zwei bis drei Wochen, drei Wochen bzw. drei bis vier Wochen" bescheinigten. Die Gesundheit Österreich GmbH habe keine Daten genannt, die verlässliche Aussagen über die Wartezeiten geben.

Vor diesem Hintergrund nehme die belangte Behörde "eine Wartezeit von zwei Wochen als gegeben an", weil der Beschwerdeführer von einem mittlerweiligen Ausdehnen der Wartezeiten auf bis zu vier Wochen gesprochen habe und eine derart drastische Erhöhung binnen weniger Monate nach Ansicht der Behörde "unwahrscheinlich" sei. Außerdem sei die Salzburger Patientenvertretung nach ihren Angaben noch nicht mit Beschwerden hinsichtlich unzumutbarer Wartezeiten für Herzkatheteruntersuchungen konfrontiert worden.

1.6. Zusammenfassend sei daher davon auszugehen, dass durch das beantragte selbständige Ambulatorium des Beschwerdeführers eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes nicht zu erwarten sei.

2. Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde, zu der die belangte Behörde die Akten des Verwaltungsverfahrens vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet hat.

Der Verwaltungsgerichtshof hat erwogen:

2.1. Vorauszuschicken ist, dass es sich vorliegend um keinen Übergangsfall nach dem Verwaltungsgerichtsbarkeits-Übergangsgesetz (VwGbk-ÜG) handelt und somit gemäß § 79 Abs. 11 letzter Satz VwGG die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2013 geltenden Bestimmungen des VwGG weiter anzuwenden sind. 2.1. Vorauszuschicken ist, dass es sich vorliegend um keinen Übergangsfall nach dem Verwaltungsgerichtsbarkeits-Übergangsgesetz (VwGbk-ÜG) handelt und somit gemäß Paragraph 79, Absatz 11, letzter Satz VwGG die bis zum Ablauf des 31. Dezember 2013 geltenden Bestimmungen des VwGG weiter anzuwenden sind.

2.2. Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24 in der hier maßgebenden Fassung LGBl. Nr. 46/2013 (SKAG), lautet auszugsweise: 2.2. Das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000, LGBl. Nr. 24 in der hier maßgebenden Fassung Landesgesetzblatt Nr. 46 aus 2013, (SKAG), lautet auszugsweise:

"Einteilung der Krankenanstalten

§ 2 Paragraph 2

1. (1) Absatz eins, Die Krankenanstalten werden eingeteilt in:

...

5. selbstständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer stationären Aufnahme nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn es über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist, und die Entlassung noch am Tag der Aufnahme erfolgt. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.

...

Errichtung und Betrieb selbstständiger Ambulatorien

Sachliche Voraussetzungen

§ 12a Paragraph 12 a

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

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

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

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

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

1. öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen einschließlich der Ambulanzen dieser Krankenanstalten,

1. 2. Ziffer 2

kasseneigener Einrichtungen und

2. 3. Ziffer 3

niedergelassener Ärzte, Gruppenpraxen und selbstständiger Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien der niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

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

1. (3) Absatz 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. die örtlichen Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);

1. 2. Ziffer 2

die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;

2. 3. Ziffer 3

das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Patienten;

4. die durchschnittliche Belastung zu berücksichtigender bestehender Leistungsanbieter und
 5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin bzw Zahnmedizin.
1. (4)Absatz 4,Die Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes hat zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, sind die Salzburger Gebietskrankenkasse und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger zu hören.

...

Vorabfeststellung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes

§ 12e Paragraph 12 e

1. (1)Absatz eins,Auf Antrag kann die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium vor der Beantragung der Errichtungsbewilligung festgestellt werden. Der Antrag hat die im § 12b Z 1 und 2 vorgesehenen Angaben zu enthalten. Für die Parteistellung gilt § 12c Abs 1 sinngemäß.Auf Antrag kann die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium vor der Beantragung der Errichtungsbewilligung festgestellt werden. Der Antrag hat die im Paragraph 12 b, Ziffer eins, und 2 vorgesehenen Angaben zu enthalten. Für die Parteistellung gilt Paragraph 12 c, Absatz eins, sinngemäß.
2. (2)Absatz 2,Im Bescheid ist bei Vorliegen der Voraussetzungen die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium, befristet für die Dauer von höchstens drei Monaten, festzustellen. Wird innerhalb dieser Frist ein Antrag auf Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums samt den erforderlichen ergänzenden Unterlagen (§ 12b Z 3 und 4) gestellt, ist im Errichtungsbewilligungsverfahren das Vorliegen dieser Voraussetzung nicht neuerlich zu prüfen.Im Bescheid ist bei Vorliegen der Voraussetzungen die wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes durch das selbstständige Ambulatorium, befristet für die Dauer von höchstens drei Monaten, festzustellen. Wird innerhalb dieser Frist ein Antrag auf Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums samt den erforderlichen ergänzenden Unterlagen (Paragraph 12 b, Ziffer 3, und 4) gestellt, ist im Errichtungsbewilligungsverfahren das Vorliegen dieser Voraussetzung nicht neuerlich zu prüfen.

..."

2.3. Die Grundsatzgesetzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 61/2010 (KAKuG), lauten auszugsweise: 2.3. Die Grundsatzgesetzbestimmungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, Bundesgesetzblatt Nr. 1 aus 1957, in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 61 aus 2010, (KAKuG), lauten auszugsweise:

"Errichtungs- und Betriebsbewilligung für bettenführende Krankenanstalten

§ 3. (1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie 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, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.Paragraph 3, (1) Bettenführende Krankenanstalten bedürfen sowohl zu ihrer Errichtung wie 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, Leistungsvolumen einschließlich vorgesehener Personalausstattung) genau zu bezeichnen. Eine Vorabfeststellung zur Frage des Bedarfs ist zulässig.

1. (2)Absatz 2,Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 1 darf nur erteilt werden, wenn insbesondereDie Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des Absatz eins, darf nur erteilt werden, wenn insbesondere

a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das

bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Abs. 2b und 2c gegeben ist; a) nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater gemeinnütziger und sonstiger bettenführender Krankenanstalten mit Kassenverträgen zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit ein Bedarf gemäß Absatz 2 b, und 2c gegeben ist;

...

1. (2a) Absatz 2 a, Die Landesregierung hat von einer Prüfung des Bedarfs abzu sehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

...

Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien

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

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

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

...

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

...

1. (4) Absatz 4, Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Abs. 2 Z 1 in Verbindung mit Abs. 3 abzu sehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage, ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören. Die Landesregierung hat von einer Prüfung nach Absatz 2, Ziffer eins, in Verbindung mit Absatz 3, abzu sehen, wenn nach dem vorgesehenen Leistungsangebot im selbstständigen Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden sollen. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist zur Frage,

ob es sich beim Leistungsangebot um ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

..."

2.4. Die RV. 779 BlgNR 24. GP, 5 ff, zur Novelle BGBl. I Nr. 61/2010 lautet auszugsweise (Hervorhebungen nicht im Original): 2.4. Die Regierungsvorlage 779, BlgNR 24. GP, 5 ff, zur Novelle Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 61 aus 2010, lautet auszugsweise (Hervorhebungen nicht im Original):

"Allgemeiner Teil

...

Selbstredend sind von diesem zu schaffenden Mechanismus einer Regelung des Marktzugangs jene Bereiche auszuschließen, in denen ärztliche und zahnärztliche Leistungen außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen (zB IVF und plastische Schönheitschirurgie).

...

Besonderer Teil

...

Zu Z 8 (§ 3 Abs. 2a):Zu Ziffer 8, (Paragraph 3, Absatz 2 a.):

Eine Regelung des Marktzugangs für Bereiche, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die außerhalb des Erstattungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, wäre überschießend und damit verfassungswidrig. Die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist in einem solchen Errichtungsbewilligungsverfahren zur Frage, ob es sich um ausschließlich nicht erstattungsfähige Leistungen handelt, zu hören.

...

Zu Z 17 (§§ 3a und 3b neu):Zu Ziffer 17, (Paragraphen 3 a, und 3b neu):

Die genannten §§ enthalten die Regelungen für die Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien, die hinsichtlich der Bedarfsprüfung in Symmetrie zu den entsprechenden Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 betreffend Gruppenpraxen gestaltet sind. Die genannten Paragraphen enthalten die Regelungen für die Errichtungs- und Betriebsbewilligung für selbständige Ambulatorien, die hinsichtlich der Bedarfsprüfung in Symmetrie zu den entsprechenden Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 betreffend Gruppenpraxen gestaltet sind.

§ 3a Abs. 2: Der VfGH hat in seinem Erkenntnis Slg. Nr. 13023 ausgesprochen, dass der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen vorrangige Bedeutung zukomme, dies insbesondere auch deshalb, weil hier durch öffentliche Mittel eine für den einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Diese Betrachtungsweise greift jedoch insofern zu kurz, als durch das System der Wahlarztkostenerstattung auch medizinische Leistungen in privaten selbständigen Ambulatorien zu einem nicht unwesentlichen Teil aus Mitteln der öffentlichen Hand getragen werden. Daher soll im Rahmen der Bedarfsprüfung die bestehende Versorgungslage auch unter Einbeziehung von Nichtkassenvertragspartnern, die jedoch im Wahlarzterstattungssystem eine Rolle spielen, beurteilt werden. Dabei sind allerdings sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen der Wahlärzte bzw. -einrichtungen nicht zu berücksichtigen, da ansonsten ein unzulässiger Konkurrenzschutz bestehender privatwirtschaftlich tätiger Organisationsformen vorliegen würde. Paragraph 3 a, Absatz 2 :; Der VfGH hat in seinem Erkenntnis Slg. Nr. 13023 ausgesprochen, dass der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen vorrangige Bedeutung zukomme, dies insbesondere auch deshalb, weil hier durch öffentliche Mittel eine für den einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Diese Betrachtungsweise greift jedoch insofern zu kurz, als durch das System der Wahlarztkostenerstattung auch medizinische Leistungen in privaten selbständigen Ambulatorien zu einem nicht unwesentlichen Teil aus Mitteln der öffentlichen Hand getragen werden. Daher soll im Rahmen der Bedarfsprüfung die bestehende Versorgungslage auch unter Einbeziehung von Nichtkassenvertragspartnern, die jedoch im Wahlarzterstattungssystem eine Rolle spielen, beurteilt werden. Dabei sind allerdings sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen der Wahlärzte bzw. -einrichtungen nicht zu berücksichtigen, da ansonsten ein unzulässiger Konkurrenzschutz bestehender privatwirtschaftlich tätiger Organisationsformen vorliegen würde.

..."

2.5. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 in der hier maßgebenden Fassung BGBl. I Nr. 61/2010 (ASVG), lautet auszugsweise: 2.5. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, Bundesgesetzblatt Nr. 189 aus 1955, in der hier maßgebenden Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 61 aus 2010, (ASVG), lautet auszugsweise:

"Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen. Paragraph 131, (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (Paragraph 338,) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Wird die Vergütung für die Tätigkeit des entsprechenden Vertragspartners nicht nach den erbrachten Einzelleistungen oder nicht nach Fallpauschalen, wenn diese einer erbrachten Einzelleistung gleichkommen, bestimmt, so hat die Satzung des Versicherungsträgers Pauschbeträge für die Kostenerstattung festzusetzen.

...

Umfang der Krankenbehandlung

§ 133. (1) Die Krankenbehandlung umfaßt: Paragraph 133, (1) Die Krankenbehandlung umfaßt:

1. 1.Ziffer eins
ärztliche Hilfe;
 2. 2.Ziffer 2
Heilmittel;
 3. 3.Ziffer 3
Heilbehelfe.
1. (2) Absatz 2, Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.
 2. (3) Absatz 3, Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Andere kosmetische Behandlungen können als freiwillige Leistungen gewährt werden, wenn sie der vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit förderlich oder aus Berufsgründen notwendig sind. ...

..."

3.1. In der Beschwerde bestätigt der Beschwerdeführer die Feststellungen der belangten Behörde insoweit, dass er niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie ist und in seiner ärztlichen Privatordeination eine Coronarangiographieanlage (COR) zur Diagnoseerstellung und Behandlung von Herzerkrankungen und Erkrankung der peripheren Gefäße betreibt, wobei er die Umwandlung der bestehenden Ordeination in eine Privatkrankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums anstrebt. Er habe daher (gemeint: im Hinblick auf die notwendige Errichtungsbewilligung) gemäß § 12e Abs. 1 SKAG die Vorabfeststellung beantragt, dass die Errichtung dieses selbständigen Ambulatoriums zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führen werde. 3.1. In der Beschwerde bestätigt der Beschwerdeführer die

Feststellungen der belangten Behörde insoweit, dass er niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie ist und in seiner ärztlichen Privatordination eine Coronarangiographieanlage (COR) zur Diagnoseerstellung und Behandlung von Herzerkrankungen und Erkrankung der peripheren Gefäße betreibt, wobei er die Umwandlung der bestehenden Ordination in eine Privatkrankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums anstrebt. Er habe daher (gemeint: im Hinblick auf die notwendige Errichtungsbewilligung) gemäß Paragraph 12 e, Absatz eins, SKAG die Vorabfeststellung beantragt, dass die Errichtung dieses selbständigen Ambulatoriums zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führen werde.

3.2. Soweit der Beschwerdeführer mit Hinweis auf das hg. Erkenntnis vom 21. April 1998, Zl. 96/11/0228, vorbringt, dass in einem solchen Fall der Umwandlung einer bestehenden Facharztordination in ein Ambulatorium eine Ermittlung der Bedarfsfrage nicht zu erfolgen habe, ist ihm zu entgegnen, dass dem zitierten Erkenntnis ein nicht vergleichbarer Sachverhalt (Weiterführung eines bewilligten Laboratoriums durch einen anderen Rechtsträger sichtlich ohne Erweiterung des Leistungsangebotes) zugrunde lag (vgl. die hg. Erkenntnisse vom 2. April 2014, Zl. 2013/11/0078, und vom 26. Februar 2015, Zl. 2012/11/0043, je mit Bezugnahme auf das vom Beschwerdeführer zitierte Erkenntnis).

3.2. Soweit der Beschwerdeführer mit Hinweis auf das hg. Erkenntnis vom 21. April 1998, Zl. 96/11/0228, vorbringt, dass in einem solchen Fall der Umwandlung einer bestehenden Facharztordination in ein Ambulatorium eine Ermittlung der Bedarfsfrage nicht zu erfolgen habe, ist ihm zu entgegnen, dass dem zitierten Erkenntnis ein nicht vergleichbarer Sachverhalt (Weiterführung eines bewilligten Laboratoriums durch einen anderen Rechtsträger sichtlich ohne Erweiterung des Leistungsangebotes) zugrunde lag vergleiche , die hg. Erkenntnisse vom 2. April 2014, Zl. 2013/11/0078, und vom 26. Februar 2015, Zl.2012/11/0043, je mit Bezugnahme auf das vom Beschwerdeführer zitierte Erkenntnis).

Erweitert sich bei einem Übergang einer Facharztordination in ein selbständiges Ambulatorium das Leistungsspektrum qualitativ oder quantitativ oder steht nicht fest, ob die bestehende Ordination ihren Betrieb einstellt, sind - so die zitierten Erkenntnisse, Zlen. 2013/11/0078 und 2012/11/0043, mit Verweisen auf die Vorjudikatur - jedenfalls Erhebungen über die Wartezeit anzustellen und ist eine umfassende Bedarfsprüfung vorzunehmen.

Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer im Antrag selbst vorgebracht, dass das von ihm in der Facharztordination erbrachte Leistungsspektrum künftig in einem selbständigen Ambulatorium zumindest quantitativ erweitert werden soll (Steigerung des Leistungsvolumens von etwa 300 Patienten auf bis zu 1.000 Patienten jährlich). Alleine der Umstand, dass gegenständlich eine Privatordination in ein Ambulatorium umgewandelt werden soll, schließt daher eine Bedarfsprüfung gemäß § 12a SKAG noch nicht aus. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer im Antrag selbst vorgebracht, dass das von ihm in der Facharztordination erbrachte Leistungsspektrum künftig in einem selbständigen Ambulatorium zumindest quantitativ erweitert werden soll (Steigerung des Leistungsvolumens von etwa 300 Patienten auf bis zu 1.000 Patienten jährlich). Alleine der Umstand, dass gegenständlich eine Privatordination in ein Ambulatorium umgewandelt werden soll, schließt daher eine Bedarfsprüfung gemäß Paragraph 12 a, SKAG noch nicht aus.

3.3.1. Der Beschwerdeführer macht außerdem geltend, die belangte Behörde hätte den Bedarf hinsichtlich des gegenständlichen Ambulatoriums nicht verneinen dürfen, sondern das gegenständliche Ansuchen des Beschwerdeführers um Vorabfeststellung richtigerweise im Hinblick auf § 12a Abs. 4 SKAG zurückweisen müssen, weil es sich bei dem von ihm beabsichtigten Leistungsangebot, wie insbesondere auch die von der belangten Behörde eingeholte Auskunft der Salzburger Gebietskrankenkasse ergeben habe, ausschließlich um "sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen" im Sinne der letztgenannten Bestimmung handle.

3.3.1. Der Beschwerdeführer macht außerdem geltend, die belangte Behörde hätte den Bedarf hinsichtlich des gegenständlichen Ambulatoriums nicht verneinen dürfen, sondern das gegenständliche Ansuchen des Beschwerdeführers um Vorabfeststellung richtigerweise im Hinblick auf Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG zurückweisen müssen, weil es sich bei dem von ihm beabsichtigten Leistungsangebot, wie insbesondere auch die von der belangten Behörde eingeholte Auskunft der Salzburger Gebietskrankenkasse ergeben habe, ausschließlich um "sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen" im Sinne der letztgenannten Bestimmung handle.

Für die letztgenannte Annahme spreche auch, dass der Beschwerdeführer der einzige Facharzt für Innere Medizin sei, der Herzkatheteruntersuchungen ambulant durchführe, sodass die Salzburger Gebietskrankenkasse für derartige Leistungen bislang keinen Gesamtvertrag mit der Salzburger Ärztekammer abgeschlossen habe. Außerdem sei die Coronarangiographieanlage (COR) des Beschwerdeführers nicht in den Großgeräteplan aufgenommen, sodass auch

nach der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes eine Kostenerstattung ausgeschlossen sei.

3.3.2. Gemäß § 12a Abs. 4 SKAG hat die Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt "ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen" erbracht werden sollen. 3.3.2. Gemäß Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG hat die Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes zu entfallen, wenn nach dem beabsichtigten Leistungsangebot in der Krankenanstalt "ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen" erbracht werden sollen.

3.3.3. Nach der von der belangten Behörde im Verwaltungsverfahren gemäß § 12a Abs. 4 zweiter Satz SKAG eingeholten Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse vom 14. März 2012 (wiedergegeben im angefochtenen Bescheid S. 9) stellt die Durchführung einer Coronarangiographie im niedergelassenen Bereich keine erstattungsfähige Leistung dar, "d.h. dass uns in Österreich keine Ordinationseinrichtung bekannt ist, die mit einem SV-Träger eine invasive Koronardiagnostik verrechnen kann". In Österreich, so die Salzburger Gebietskrankenkasse weiter, sei die "Durchführung von invasiven Katheteruntersuchungen an Spitäler gebunden und erfolgt die Finanzierung durch die KV-Träger als Teilfinanzierer in Form der LKF- oder PRIKRAF-Finanzierung". 3.3.3. Nach der von der belangten Behörde im Verwaltungsverfahren gemäß Paragraph 12 a, Absatz 4, zweiter Satz SKAG eingeholten Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse vom 14. März 2012 (wiedergegeben im angefochtenen Bescheid S. 9) stellt die Durchführung einer Coronarangiographie im niedergelassenen Bereich keine erstattungsfähige Leistung dar, "d.h. dass uns in Österreich keine Ordinationseinrichtung bekannt ist, die mit einem SV-Träger eine invasive Koronardiagnostik verrechnen kann". In Österreich, so die Salzburger Gebietskrankenkasse weiter, sei die "Durchführung von invasiven Katheteruntersuchungen an Spitäler gebunden und erfolgt die Finanzierung durch die KV-Träger als Teilfinanzierer in Form der LKF- oder PRIKRAF-Finanzierung".

Ungeachtet dieser Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse hat die belangte Behörde im angefochtenen Bescheid invasive Katheteruntersuchungen schon als "grundsätzlich" sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen angesehen (und damit die Anwendbarkeit des § 12a Abs. 4 SKAG verneint), weil Katheteruntersuchungen, anders als etwa Schönheitschirurgische Behandlungen, als "Krankenbehandlung" gemäß § 133 Abs. 3 ASVG zu qualifizieren seien und - im Falle der Erbringung durch eine bettenführende Krankenanstalt - "de facto" vom Sozialversicherungsträger abgegolten würden. Der Gesetzgeber unterscheide nicht, in welcher Einrichtung diese " (grundsätzlich) sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen" erbracht würden. Ungeachtet dieser Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse hat die belangte Behörde im angefochtenen Bescheid invasive Katheteruntersuchungen schon als "grundsätzlich" sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen angesehen (und damit die Anwendbarkeit des Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG verneint), weil Katheteruntersuchungen, anders als etwa Schönheitschirurgische Behandlungen, als "Krankenbehandlung" gemäß Paragraph 133, Absatz 3, ASVG zu qualifizieren seien und - im Falle der Erbringung durch eine bettenführende Krankenanstalt - "de facto" vom Sozialversicherungsträger abgegolten würden. Der Gesetzgeber unterscheide nicht, in welcher Einrichtung diese " (grundsätzlich) sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen" erbracht würden.

3.3.4. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer und die belangte Behörde von einer unterschiedlichen Auslegung des § 12a Abs. 4 SKAG ausgehen. Während nämlich der Beschwerdeführer meint, es genüge, dass die beabsichtigten Leistungen - soweit sie (konkret) im gegenständlichen Ambulatorium erbracht werden - sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind, setzt § 12a Abs. 4 SKAG nach Ansicht der belangten Behörde voraus, dass im Ambulatorium ausschließlich Leistungen erbracht werden, die "grundsätzlich" - gemeint also bei abstrakter Beurteilung, unabhängig vom jeweiligen Leistungserbringer - sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind. Der nicht eindeutige Wortlaut des § 12a Abs. 4 SKAG scheint insofern für die belangte Behörde zu sprechen, als die Bestimmung auf sozialversicherungsrechtlich "nicht erstattungsfähige" Leistungen abstellt, somit auf Leistungen, die von der Sozialversicherung generell (somit unabhängig vom Leistungserbringer) nicht erstattet werden. 3.3.4. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer und die belangte Behörde von einer unterschiedlichen Auslegung des Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG ausgehen. Während nämlich der Beschwerdeführer meint, es genüge, dass die beabsichtigten Leistungen - soweit sie (konkret) im gegenständlichen Ambulatorium erbracht werden - sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind, setzt Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG nach Ansicht der belangten Behörde voraus, dass im Ambulatorium ausschließlich Leistungen erbracht werden, die "grundsätzlich" - gemeint also bei abstrakter Beurteilung, unabhängig vom jeweiligen Leistungserbringer -

sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind. Der nicht eindeutige Wortlaut des Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG scheint insofern für die belangte Behörde zu sprechen, als die Bestimmung auf sozialversicherungsrechtlich "nicht erstattungsfähige" Leistungen abstellt, somit auf Leistungen, die von der Sozialversicherung generell (somit unabhängig vom Leistungserbringer) nicht erstattet werden.

Für diese Ansicht sprechen auch die zitierten Erläuterungen zum KAKuG (oben Pkt. 2.4.), die einerseits beispielhaft für sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen neben den Leistungen der "plastischen Schönheitschirurgie" auch die "IVF" (In-vitro-Fertilisation, deren Kostentragung durch einen Fonds im IVF-Fonds-Gesetz geregelt wird) anführen und andererseits im gegebenen Zusammenhang von "Leistungen außerhalb des Erstattungsbereiches der gesetzlichen Krankenversicherung" sprechen.

Nicht zuletzt ergibt sich auch aus dem Zweck der Bedarfsprüfung (um eine solche handelt es sich bei der Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes; vgl. das zitierte hg. Erkenntnis, Zl. 2013/11/0078, und jenes vom 23. September 2014, Zl. 2013/11/0241), dass diese nur dann zu entfallen hat, wenn im geplanten Ambulatorium ausschließlich Leistungen erbracht werden, die - generell (mit den Worten der belangten Behörde: grundsätzlich) - sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind. Wie bereits aus dem (in den zitierten Gesetzesmaterialien zum KAKuG ausdrücklich genannten) Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7. März 1992, G 198/90 u.a., VfSlg. 13023 (vgl. insbesondere Pkt. 8.2.), hervorgeht, dient die Bedarfsprüfung von Krankenanstalten dem gewichtigen öffentlichen Interesse an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, der insbesondere auch deshalb vorrangige Bedeutung zukommt, weil durch öffentliche Mittel eine für den Einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird. Nicht zuletzt ergibt sich auch aus dem Zweck der Bedarfsprüfung (um eine solche handelt es sich bei der Prüfung der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes; vergleiche , das zitierte hg. Erkenntnis, Zl. 2013/11/0078, und jenes vom 23. September 2014, Zl. 2013/11/0241), dass diese nur dann zu entfallen hat, wenn im geplanten Ambulatorium ausschließlich Leistungen erbracht werden, die - generell (mit den Worten der belangten Behörde: grundsätzlich) - sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig sind. Wie bereits aus dem (in den zitierten Gesetzesmaterialien zum KAKuG ausdrücklich genannten) Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7. März 1992, G 198/90 u.a., VfSlg. 13023 vergleiche , insbesondere Pkt. 8.2.), hervorgeht, dient die Bedarfsprüfung von Krankenanstalten dem gewichtigen öffentlichen Interesse an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, der insbesondere auch deshalb vorrangige Bedeutung zukommt, weil durch öffentliche Mittel eine für den Einzelnen finanziell tragbare medizinische Behandlung sichergestellt wird.

Die Bedarfsprüfung von Krankenanstalten dient daher dem Schutz v.a. bestehender gemeinnütziger Einrichtungen, die durch öffentliche Mittel (mit-)finanziert werden und die ein wesentlicher Teil des der Volksgesundheit dienenden Systems der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sind (vgl. das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vorn 10. März 1999, G 64/98, VfSlg. 15456, sowie - in diesem Sinne auch den vom Beschwerdeführer genannten Beschluss des Obersten Gerichtshofes vom 1. Juni 2010, 10 ObS 79/10f). Die Bedarfsprüfung von Krankenanstalten dient daher dem Schutz v.a. bestehender gemeinnütziger Einrichtungen, die durch öffentliche Mittel (mit-)finanziert werden und die ein wesentlicher Teil des der Volksgesundheit dienenden Systems der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sind vergleiche , das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vorn 10. März 1999, G 64/98, VfSlg. 15456, sowie - in diesem Sinne auch den vom Beschwerdeführer genannten Beschluss des Obersten Gerichtshofes vom 1. Juni 2010, 10 ObS 79/10f).

In diesem Sinne ist auch nach der Rechtsprechung des EuGH (vgl. das Urteil vom 10. März 2009, Rechtssache C-169/07, Hartlauer, Rn 44-49) die Bedarfsprüfung aus unionsrechtlicher Sicht unter dem Blickwinkel der Einschränkung der Niederlassungsfreiheit nur dann zulässig, wenn sie durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt ist, konkret wenn sie "jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern soll", da der Sektor der medizinischen Versorgung erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen nachkommen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind. In diesem Sinne ist auch nach der Rechtsprechung des EuGH vergleiche , das Urteil vom 10. März 2009, Rechtssache C-169/07, Hartlauer, Rn 44-49) die Bedarfsprüfung aus unionsrechtlicher Sicht unter dem Blickwinkel der Einschränkung der Niederlassungsfreiheit nur dann zulässig, wenn sie durch zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt ist, konkret wenn sie "jede Verschwendung finanzieller, technischer und menschlicher Ressourcen verhindern soll", da der Sektor der medizinischen Versorgung

erhebliche Kosten verursacht und wachsenden Bedürfnissen nachkommen muss, während die finanziellen Mittel, die für die Gesundheitsversorgung bereitgestellt werden können, unabhängig von der Art und Weise der Finanzierung nicht unbegrenzt sind.

Zweck der in Rede stehenden Bedarfsprüfung ist es daher, dass ein neuer Anbieter medizinischer Leistungen in Form einer Krankenanstalt erst auf den Markt treten soll, wenn das mit öffentlichen Mitteln (insbesondere im Wege der Sozialversicherung) finanzierte Leistungsangebot (vgl. auch § 12a Abs. 2 Z 3 SKAG) ausgelastet ist. Zweck der in Rede stehenden Bedarfsprüfung ist es daher, dass ein neuer Anbieter medizinischer Leistungen in Form einer Krankenanstalt erst auf den Markt treten soll, wenn das mit öffentlichen Mitteln (insbesondere im Wege der Sozialversicherung) finanzierte Leistungsangebot vergliche, auch Paragraph 12 a, Absatz 2, Ziffer 3, SKAG) ausgelastet ist.

Daraus folgt umgekehrt, dass eine Bedarfsprüfung eines neuen Leistungsanbieters unterbleiben kann, wenn es um medizinische Leistungen geht, die von bestehenden Anbietern ohnehin nicht unter Verwendung öffentlicher Mittel angeboten werden, weil in diesem Fall ein Schutz öffentlich finanzierter medizinischer Leistungen von vornherein nicht in Betracht kommt.

Für den Beschwerdefall bedeutet dies, dass die Bedarfsprüfung in Bezug auf das vom Beschwerdeführer beantragte Leistungsangebot (Herzkatheteruntersuchungen) nur dann zu unterbleiben hätte, wenn auch die entsprechenden medizinischen Leistungen im Einzugsgebiet bestehender Leistungsanbieter (fallbezogen die Leistungen der beiden genannten öffentlichen Krankenanstalten Salzburgs) sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig wären, somit kein mit öffentlichen Mitteln finanziertes Leistungsangebot zu schützen wäre.

Da gegenständlich aber unstrittig und durch die Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse belegt ist, dass Herzkatheteruntersuchungen in den beiden öffentlichen Krankenanstalten Salzburgs vom Krankenversicherungsträger finanziert werden, ist mit der belangten Behörde davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall die Voraussetzungen des § 12a Abs. 4 SKAG nicht erfüllt sind und somit über den Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs inhaltlich zu entscheiden war. Da gegenständlich aber unstrittig und durch die Stellungnahme der Salzburger Gebietskrankenkasse belegt ist, dass Herzkatheteruntersuchungen in den beiden öffentlichen Krankenanstalten Salzburgs vom Krankenversicherungsträger finanziert werden, ist mit der belangten Behörde davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall die Voraussetzungen des Paragraph 12 a, Absatz 4, SKAG nicht erfüllt sind und somit über den Antrag auf Vorabfeststellung des Bedarfs inhaltlich zu entscheiden war.

3.4. Was nun die von der belangten Behörde durchgeführte Bedarfsprüfung angeht, so ist die Beschwerde im Recht, wenn sie im vorliegenden Fall die mangelhafte Ermittlung der Wartezeiten bei bestehenden Leistungsanbietern (vgl. zu den Wartezeiten als zu berücksichtigendes Kriterium bei der Bedarfsprüfung von selbständigen Ambulatorien das hg. Erkenntnis vom 23. September 2014, Zl. 2013/11/0241) rügt. Die belangte Behörde hat sich nämlich, wie dargestellt, im Rahmen der Ermittlung der bei den beiden bestehenden Leistungsanbietern tatsächlich anfallenden Wartezeiten für Herzkatheteruntersuchungen über die Angaben von (vom Beschwerdeführer namentlich genannten) Fachärzten, die teilweise deutlich längere Wartezeiten als zwei Wochen bescheinigt haben, hinweggesetzt und damit den angefochtenen Bescheid mit einem wesentlichen Verfahrensmangel behaftet. 3.4. Was nun die von der belangten Behörde durchgeführte Bedarfsprüfung angeht, so ist die Beschwerde im Recht, wenn sie im vorliegenden Fall die mangelhafte Ermittlung der Wartezeiten bei bestehenden Leistungsanbietern vergliche, zu den Wartezeiten als zu berücksichtigendes Kriterium bei der Bedarfsprüfung von selbständigen Ambulatorien das hg. Erkenntnis vom 23. September 2014, Zl. 2013/11/0241) rügt. Die belangte Behörde hat sich nämlich, wie dargestellt, im Rahmen der Ermittlung der bei den beiden bestehenden Leistungsanbietern tatsächlich anfallenden Wartezeiten für Herzkatheteruntersuchungen über die Angaben von (vom Beschwerdeführer namentlich genannten) Fachärzten, die teilweise deutlich längere Wartezeiten als zwei Wochen bescheinigt haben, hinweggesetzt und damit den angefochtenen Bescheid mit einem wesentlichen Verfahrensmangel behaftet.

4. Nach dem Gesagten war der angefochtene Bescheid gemäß § 42 Abs. 2 Z 3 lit. b und c VwGG wegen Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften aufzuheben. 4. Nach dem Gesagten war der angefochtene Bescheid gemäß Paragraph 42, Absatz 2, Ziffer 3, Litera b, und c VwGG wegen Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften aufzuheben.

Die Entscheidung über den Aufwandsatz beruht (gemäß § 79 Abs. 11 letzter Satz VwGG sowie § 3 Z 1 der VwGH-

Aufwandersatzverordnung 2014, BGBl. II Nr. 518/2013 idF der Novelle BGBl. II Nr. 8/2014) auf den §§ 47 ff VwGG iVm § 1 der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2008, BGBl. II Nr. 455. Die Entscheidung über den Aufwandersatz beruht (gemäß Paragraph 79, Absatz 11, letzter Satz VwGG sowie Paragraph 3, Ziffer eins, der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2014, Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 518 aus 2013, in der Fassung , der Novelle Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 8 aus 2014,) auf den Paragraphen 47, ff VwGG in Verbindung mit , Paragraph eins, der VwGH-Aufwandersatzverordnung 2008, Bundesgesetzblatt , II Nr. 455.

Wien, am 26. März 2015

Gerichtsentscheidung

EuGH 62007CJ0169 Hartlauer VORAB

Schlagworte

Auslegung Anwendung der Auslegungsmethoden Verhältnis der wörtlichen Auslegung zur teleologischen und historischen Auslegung Bedeutung der Gesetzesmaterialien VwRallg3/2/2

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2015:2013110242.X00

Im RIS seit

22.04.2015

Zuletzt aktualisiert am

05.10.2017

Quelle: Verwaltungsgerichtshof VwGH, <http://www.vwgh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at