

# TE Vwgh Erkenntnis 2022/4/7 Ra 2018/11/0175

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 07.04.2022

## Index

L94406 Krankenanstalt Spital Steiermark  
10/01 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG)  
40/01 Verwaltungsverfahren  
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz  
82/06 Krankenanstalten

## Norm

ASVG §131  
AVG §§  
B-VG Art132 Abs4  
B-VG Art133 Abs6 Z1  
B-VG Art133 Abs8  
KAG Stmk 2012 §7  
KAG Stmk 2012 §7 Abs2 Z1  
KAG Stmk 2012 §7 Abs3  
KAG Stmk 2012 §7 Abs6  
KAG Stmk 2012 §8  
KAG Stmk 2012 §8 Abs4  
KAKuG 2001 §3a Abs2  
KAKuG 2001 §3a Abs2 Z1  
KAKuG 2001 §3a Abs4  
KAKuG 2001 §3a Abs8  
KAKuG 2001 §8 Abs4

## Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Handstanger und Senatspräsident Dr. Schick sowie die Hofrättinnen Dr. Pollak, Mag. Hainz-Sator und MMag. Ginthör als Richter, unter Mitwirkung der Schriftführerin Mag. Vitecek, über die Revision der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (nunmehr: Österreichische Gesundheitskasse Landesstelle Steiermark) in Graz, vertreten durch die Stingl und Dieter Rechtsanwälte OG in 8010 Graz, Kalchberggasse 10, gegen den Beschluss des Landesverwaltungsgerichtes Steiermark vom 26. Juni 2018, ZI. LVwG 48.30-3206/2017-12, betreffend Zurückweisung einer Beschwerde iA. Vorabfeststellung des Bedarfs für eine

private Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums (belangte Behörde vor dem Verwaltungsgericht: Steiermärkische Landesregierung; mitbeteiligte Partei: Dr. D M in G, vertreten durch die Muhri & Werschitz Partnerschaft von Rechtsanwälten GmbH in 8010 Graz, Neutorgasse 47), zu Recht erkannt:

## **Spruch**

Der angefochtene Beschluss wird wegen Rechtswidrigkeit seines Inhalts aufgehoben.

Das Land Steiermark hat der Revisionswerberin Aufwendungen in Höhe von € 1.346,40 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen. Das Mehrbegehren wird abgewiesen.

## **Begründung**

1 Über Antrag des Mitbeteiligten vom 4. und vom 8. September 2014 stellte die belangte Behörde mit Bescheid vom 8. August 2017 gemäß § 8 Abs. 1 letzter Satz iVm. § 7 Abs. 3 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012 (StKAG) fest, dass ein Bedarf für ein selbständiges Ambulatorium „für MR-Untersuchungen und MR gezielte Therapie“ an einem näher bezeichneten Standort in L bestehe. Der Bescheid umschreibt weiter das Leistungsangebot des geplanten Ambulatoriums („Angebotenes Untersuchungsspektrum der Magnetresonanz-Diagnostik auf dem Standort L[...]\“; „Darüber hinaus spezielle Magnetresonanz-Leistungen“), ein „besonderes Servicekonzept“, die Erreichbarkeit des Antragstellers (des Mitbeteiligten) rund um die Uhr, die Öffnungszeiten, den Personalbedarf und das in Aussicht genommene MRT-Gerät.

2 Aus der Begründung geht hervor, dass die belangte Behörde näher genannte betroffene Sozialversicherungsträger angehört habe, darunter die Revisionswerberin, an die der Bescheid nach der Zustellverfügung auch erging.

3 Die dagegen von der Revisionswerberin erhobene Beschwerde wurde von der belangten Behörde mit Beschwerdevorentscheidung vom 13. November 2017 abgewiesen und der bereits mit dem Bescheid vom 8. August 2017 festgestellte Bedarf nach der in Aussicht genommenen Krankenanstalt bestätigt.

4 Über Vorlageantrag der Revisionswerberin erging der angefochtene, auf § 31 VwG VG iVm. § 8 Abs. 4 StKAG gestützte Beschluss des Verwaltungsgerichtes, mit dem „die Beschwerde mangels Parteistellung zurückgewiesen und die Beschwerdevorentscheidung ... bestätigt“ wurde. Unter einem wurde gemäß § 25a VwGG ausgesprochen, dass eine Revision an den Verwaltungsgerichtshof nicht zulässig sei.

5 Das Verwaltungsgericht legte zunächst dar, dass es sich bei den vom geplanten Ambulatorium in Aussicht genommenen MR-Leistungen um abstrakt erstattungsfähige Leistungen handle, weshalb nach der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (Hinweis auf VwGH 26.3.2015, 2013/11/0242) eine Bedarfsprüfung stattzufinden habe. In weiterer Folge begründete es unter „Zur Bedarfsprüfung“, weshalb seiner Auffassung nach ein Bedarf an den vom Mitbeteiligten beantragten Leistungen bestehe. Danach führte es unter „Zur Parteistellung“ begründend aus, nach § 8 Abs. 4 StKAG hätten die betroffenen Sozialversicherungsträger hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Vorabfeststellungsverfahren. Im vorliegenden Fall dürfe ex lege aufgrund § 338 Abs. 2a ASVG die Revisionswerberin für das gegenständliche Gerät keine Leistungen erbringen, weil dieses nicht im Großgeräteplan enthalten sei, weshalb eine Refundierung der Leistungen durch die Revisionswerberin an Versicherte gesetzlich ausgeschlossen sei. Aufgrund der gesetzlich ausgeschlossenen Erstattungspflicht für die beantragten Leistungen komme eine Betroffenheit der Revisionswerberin nicht in Betracht. Dies folge auch daraus, dass dann, wenn man die Betroffenheit jedes Sozialversicherungsträgers in jedem Verfahren bejahen würde, das Wort „betroffene“ keinen Anwendungsbereich hätte. Dass die Revisionswerberin selbst die beantragten Leistungen anbiete und ihr Parteistellung „aufgrund einer Konkurrenzsituation“ zukomme, sei nicht vorgebracht worden. Die Revisionswerberin habe trotz fehlender Parteistellung Beschwerde erhoben. Der Umstand, dass ihr der Bescheid zugegangen sei, könne die Parteistellung nicht begründen. Selbst die Zustellung eines Bescheides an eine Person mache diese nicht zur Partei des Verfahrens, wenn die Voraussetzungen für die Parteistellung objektiv nicht gegeben seien. Ungeachtet des Umstandes, dass die belangte Behörde die Beschwerde (in ihrer Beschwerdevorentscheidung) abgewiesen habe, gelte es festzuhalten, dass Art. 132 Abs. 1 Z 1 B-VG bestimme, dass beschwerdelegitimiert sei, wer durch den Bescheid in seinen Rechten verletzt zu sein behauptet. Voraussetzung dafür sei daher auch ein Rechtsschutzbedürfnis des Beschwerdeführers, welches lediglich dann vorliege, wenn die Verletzung in Rechten möglich sein könne. An einer Parteistellung fehle es vorliegendenfalls, weshalb die Beschwerde „im Ergebnis mangels Parteistellung zurückzuweisen war“.

6 Gegen dieses Erkenntnis richtet sich die vorliegende (außerordentliche) Revision.

7 Sowohl die belangte Behörde als auch der Mitbeteiligte erstatteten eine Revisionsbeantwortung.

8 Der Verwaltungsgerichtshof hat über die Revision erwogen:

9 1.1.1. § 3a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) idFBGBI. I Nr. 131/2017 lautet (auszugsweise):

„Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulanzen

§ 3a.

...

(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 Ambulanzen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulanzen auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärzte, Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

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

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann,

...

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

...

(8) Weiters hat die Landesgesetzgebung vorzusehen, dass in Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums – ausgenommen im Fall des Abs. 4 – betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die zuständige Landesärztekammer bzw. bei selbstständigen Zahnambulanzen die Österreichische Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG und das Recht der Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht gemäß Art. 132 Abs. 5 B-VG und gegen Erkenntnisse und Beschlüsse des Landesverwaltungsgerichts das Recht der Revision an den Verwaltungsgerichtshof gemäß Art. 133 Abs. 1 B-VG haben. Dies gilt auch für Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des Abs. 3.

...“

10 1.1.2. Zur maßgeblichen Entwicklung der grundsatzgesetzlichen Regelungen über die Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulanzen und zur Parteistellung näher aufgezählter Formalparteien im Bedarfsprüfungsverfahren:

11 1.1.2.1. Nach der Rechtslage vor dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 7. März 1992, VfSlg 13.023, war die Erteilung einer Errichtungsbewilligung für Krankenanstalten (sowohl von bettenführenden als auch von selbstständigen Ambulanzen) vom Bestehen eines Bedarfs abhängig (§ 3 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes). Im Bewilligungsverfahren war gemäß § 3 Abs. 3 leg.cit. bei der Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulanzen ein

Anhörungsrecht der zuständigen Ärztekammer und der gesetzlichen Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten (sowie bei Zahnambulanzen auch der Österreichischen Dentistenkammer) vorgesehen (§ 3 Abs. 3 leg. cit.).

12 1.1.2.2. Die grundsatzgesetzliche Neuregelung der Bedarfsprüfung (auch für selbständige Ambulanzen) und die Verpflichtung, der Ausführungsgesetzgeber habe eine Parteistellung (samt Beschwerde- und Revisionslegitimation) für „betroffene Sozialversicherungsträger“ vorzusehen, geht zurück auf die im Gefolge des Erkenntnisses des Verfassungsgerichtshofes VfSlg 13.023, mit dem der Konkurrenzschutz für bereits bestehende private Anbieter von medizinischen Leistungen in Krankenanstalten als verfassungswidrig aufgehoben worden war, ergangene Novelle BGBl. Nr. 801/1993.

13 Die RV zu dieser Novelle, 1080 Blg NR 18. GP, 12 f, lautet hinsichtlich § 3, der Vorgängerbestimmung des nunmehrigen § 3a KAKuG, (auszugsweise):

„Zu Art. I Z 7 und 8 (§ 3 Abs. 2lit. a und § 3 Abs. 3):

Der Verfassungsgerichtshof hat mit seinem Erkenntnis vom 7. März 1992, GZ G 198, 200/90 ua., § 3 Abs. 2 lit. a und die Wortfolge „die gesetzliche Interessensvertretung der privaten Krankenanstalten, bei Bewilligung der Errichtung eines selbständigen Ambulatoriums (§ 2 Abs. 1 Z 7), sofern nicht Abs. 6 anzuwenden ist, auch die zuständige Ärztekammer und“ im § 3 Abs. 3 zweiter Satz des KAG wegen Verletzung des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit (Art. 6 StGG) als verfassungswidrig aufgehoben.

Die aufgehobenen Bestimmungen haben eine Bedarfsprüfung für Ambulanzen und Sanatorien vorgesehen. Zwar sind nach Ansicht des Verfassungsgerichtshofes gesetzliche Regelungen, die die Erwerbsausübungsfreiheit beschränken, zulässig, wenn sie das öffentliche Interesse gebietet und sie zur Zielerreichung geeignet und adäquat (verhältnismäßig) sind, und sie auch sonst sachlich gerechtfertigt werden können. In diesem Sinne anerkannte der Verfassungsgerichtshof, daß an einer flächendeckenden, bestmöglichen und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung ein öffentliches Interesse besteht und daß dieses Ziel auch von derart überragender Bedeutung angesehen werden muß, daß das vom Gesetzgeber zur Zweckverwirklichung eingesetzte (taugliche) Mittel der Bedarfsprüfung bzw. des Konkurrenzschutzes nicht als unverhältnismäßig zu qualifizieren ist.

Weiters räumte der Verfassungsgerichtshof ein, daß der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch gemeinnützige Einrichtungen, unabhängig davon, ob sie von einer Gebietskörperschaft oder einem sonstigen Rechtsträger betrieben werden, vorrangige Bedeutung zukommt.

Dessen ungeachtet gelangte der Verfassungsgerichtshof zum Ergebnis, daß die genannten Bestimmungen des KAG im Hinblick auf das Grundrecht der Erwerbsfreiheit verfassungswidrig sind:

Die genannten geltenden Bestimmungen des KAG bringen nach Ansicht des Höchstgerichtes nicht zum Ausdruck, daß privaten, nach erwerbswirtschaftlichen Kriterien geführten Krankenanstalten bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur subsidiäre Bedeutung zukommt. Deshalb mußte die gesamte Regelung aufgehoben werden, obgleich der Verfassungsgerichtshof den Konkurrenzschutz nur für bestehende erwerbswirtschaftlich geführte Krankenanstalten für verfassungswidrig hält.

Bei der Ausarbeitung einer Ersatzregelung gilt es daher, private, auf Gewinn gerichtete Einrichtungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vom Konkurrenzschutz durch Feststellung eines Bedarfes als Voraussetzung für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung auszunehmen, während gegenüber öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, die letztlich auch nur durch die Finanzierung mit beträchtlichen Mitteln der öffentlichen Hand (einschließlich der Mittel der sozialen Krankenversicherung) betrieben werden können, auch in Hinkunft ein Konkurrenzschutz normiert werden kann.

Die Neufassung des § 3 Abs. 2 lit. a schlägt daher für die Ersatzregelung auch in Hinkunft eine Bedarfsprüfung im Zusammenhang mit öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten vor.

Der Auftrag einer flächendeckenden und erschwinglichen medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung wird aber nicht nur durch öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten erfüllt. Im Rahmen des bestehenden Systems der Gesundheitsversorgung kommen daneben auch niedergelassene Kassenärztliche und Dentisten, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen in Betracht.

Ist nun bei der Prüfung einer allfälligen Verletzung des Grundrechts auf Erwerbsfreiheit ein Konkurrenzschutz für Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die jedermann flächendeckend und erschwinglich die erforderliche medizinische Betreuung ermöglichen, als sachlich gerechtfertigter und adäquater Eingriff in das Grundrecht anzuerkennen, so müssen in diese Überlegung auch die im vorigen Absatz erwähnten Einrichtungen, die das medizinische Versorgungsangebot sicherstellen, miteinbezogen werden.

Auch diesem Gedanken trägt die Fassung des § 3 Abs. 2 lit. a Rechnung. Die Neufassung des § 3 Abs. 3 ist redaktioneller Art, da die Bestimmungen über die verfahrensrechtliche Stellung von Interessenvertretungen im Zusammenhang mit der Bedarfsprüfung nunmehr in § 3 Abs. 7 (neu) enthalten sind.

...

Zu Art. I Z 10 (§ 3 Abs. 6 und 7 neu):

...

§ 3 Abs. 7 (neu) folgt den zur neuen Bedarfsprüfungsregelung angestellten Überlegungen, wonach im Sinne der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes jenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, die flächendeckend eine erschwingliche medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung auf der finanziellen Basis öffentlicher Mittel sicherstellen, auch vor dem Hintergrund des Grundrechts auf Freiheit des Erwerbs ein Konkurrenzschutz zukommen kann. Flankierend zur Regelung des § 3 Abs. 2 lit. a ist es geboten, den in Betracht kommenden Interessenvertretungen bzw. dem jeweiligen Sozialversicherungsträger Parteistellung zur Bedarfsfrage im Verwaltungsverfahren und in diesem Zusammenhang auch Beschwerdelegitimation vor dem Verwaltungsgerichtshof zuzuerkennen.

..."

14 1.1.2.3. Nach der übereinstimmenden Judikatur des Verfassungsgerichtshofes (VfGH 10.3.1999, VfSlg 15.449) und des Verwaltungsgerichtshofes (zB VwGH 13.12.2005, 2003/11/0055) war das Ambulanzangebot öffentlicher Krankenanstalten nicht in die Bedarfsprüfung für selbständige Ambulatorien einzubeziehen.

15 Dieser Judikatur trat der Grundsatzgesetzgeber mit der NovelleBGBl. I Nr. 179/2004 entgegen, derzufolge das Versorgungsangebot der Ambulanzen öffentlicher (und gemeinnütziger) Krankenanstalten explizit in die Bedarfsprüfung einzubeziehen sei (§ 3 Abs. 2 lit. a des Krankenanstaltengesetzes). Die RV 693 BlgNR 22. GP, 4, spricht lapidar von einer „Klarstellung“.

16 1.1.2.4. Die grundsatzgesetzliche - und auch im Revisionsfall relevante - Neumschreibung des Kreises der in eine Bedarfsprüfung für ein geplantes selbständiges Ambulatorium einzubeziehenden Leistungserbringer geht zurück auf die Novelle BGBl. I Nr. 61/2010 zum KAKuG. Einzubeziehen ist seitdem auch das Versorgungsangebot sog. Wahleinrichtungen (Wahlärzte, Wahlambulatoren) und Gruppenpraxen, allerdings nur, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen (§ 3a Abs. 2 Z 1 KAKuG). Ausdrücklich entfallen sollte die Bedarfsprüfung dann, wenn das neue Ambulatorium nur sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen anbietet, wobei zur Frage der Erstattungsfähigkeit die zuständige Gebietskrankenkasse zu hören sein sollte. Die Umschreibung des Kreises derjenigen, denen hinsichtlich des Bedarfs Formalparteistellung zukommt, wurde unverändert beibehalten, diese aber explizit auf Vorabfeststellungsverfahren ausgedehnt.

17 Die RV 779 BlgNR 24. GP, 5 ff, zu dieser Novelle lautet (auszugsweise):

„Zu Art. 3 (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten)

...

Zu Z 17 (§§ 3a 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.

§ 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 selbstständigen 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.

..."

18 1.2.1. Die im Revisionsfall maßgeblichen §§ 7 und 8 StKAG idF LGBI. Nr. 3/2018 lauten (auszugsweise):

„§ 7

#### Errichtungsbewilligung für selbstständige Ambulatorien

(1) Selbstständige Ambulatorien bedürfen, sofern § 109 nichts anderes bestimmt, zu ihrer Errichtung einer Bewilligung; zuständige Behörde ist die Landesregierung.

(2) Die Bewilligung zur Errichtung darf nur erteilt werden, wenn

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 selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, bei selbstständigen Zahnambulatorien auch im Hinblick auf niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, Dentistinnen und Dentisten und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,

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

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

eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann;

..."

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

..."

§ 8

#### Verfahren zur Errichtung von selbstständigen Ambulatorien

(1) ... Eine Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des § 7 Abs. 3 ist zulässig.

..."

(4) In Verfahren zur Erteilung der Bewilligung zur Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums - ausgenommen im Fall des § 7 Abs. 6 - und in Verfahren zur Vorabfeststellung zu den Voraussetzungen des § 7 Abs. 3 haben betroffene Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Steiermark bzw. bei selbstständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer, hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des AVG und das Recht gegen Bescheide der Bewilligungsbehörde Beschwerde an das Landesverwaltungsgericht und gegebenenfalls Revision an den Verwaltungsgerichtshof zu erheben.

..."

19 1.2.2. Das Steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz 2017 - StGFG 2017, LGBI. Nr. 2/2018, lautet (auszugsweise):

## „§ 1

Begriffsbestimmungen Im Sinne dieses Gesetzes sind:

...

3. Vereinbarung OFG: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBI. Nr. 68/2017;

...

## § 3

Aufgaben des Fonds

(1) Der Fonds hat die in den Vereinbarungen OFG und ZG festgelegten Aufgaben sowie sonstige Aufgaben, die dem Fonds durch Landesgesetz übertragen werden, wahrzunehmen. Er hat im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung insbesondere die Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene Personen wahrzunehmen, für die ein Träger der Sozialversicherung nach der Vereinbarung OFG leistungspflichtig ist sowie bei seiner Tätigkeit im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich die Vorgaben der Bundesgesundheitsagentur, des Zielsteuerungsvertrages, der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen sowie die Festlegungen in der Landes-Zielsteuerungskommission einzuhalten und die gesamtkökonomischen Auswirkungen zu berücksichtigen.

...

## § 4

Mittel des Fonds

(1) Die dem Fonds für seine Aufgaben zur Verfügung stehenden Mittel sind:

1. Mittel gem. Art. 28 Abs. 1 Z 1 bis 7 Vereinbarung OFG;

..."

20 1.2.3. Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBI. Nr. 68/2017, lautet (auszugsweise):

„Artikel 23

Einrichtung der Landesgesundheitsfonds

(1) Zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit haben die Länder weiterhin für jedes Bundesland einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten.

...

(3) Auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind den Trägern folgender Krankenanstalten, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben, von den Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren:

1. Öffentliche Krankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 KAKuG mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und

2. private Krankenanstalten der im § 2 Abs. 1 Z 1 KAKuG bezeichneten Art, die gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind.

...

Artikel 28

Mittel der Landesgesundheitsfonds

(1) Mittel der Landesgesundheitsfonds sind:

...

3. Beiträge der Sozialversicherung gemäß Abs. 6,

...

(6) Hinsichtlich der Mittel der Sozialversicherung gilt Folgendes:

1. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger leistet für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds einen vorläufigen Pauschalbetrag.
2. Die vorläufigen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung ab 2017 ergeben sich aus dem Jahresbetrag der Zahlung gemäß endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, multipliziert mit den vorläufigen Hundertsätzen der Folgejahre. Diese sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.
3. Die endgültigen jährlichen Abrechnungen sind bis zum 31. Oktober des jeweils folgenden Kalenderjahres in der Form vorzunehmen, dass der jeweilige endgültige Jahresbetrag des Vorjahres um jenen Prozentsatz zu erhöhen ist, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr prozentuell gestiegen sind, wobei im Zuge der Vereinbarung über den Finanzausgleich gemäß Abs. 1 Z 4 vereinbarte beitragsrelevante Einnahmen in der sozialen Krankenversicherung nicht zu berücksichtigen sind.
4. Von den Mitteln gemäß Z 1 bis 3 werden
  - a) 70% in zwölf gleich hohen Monatsraten überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2017, alle weiteren Raten über die gesamte Laufzeit dieser Vereinbarung jeweils zum 20. eines Monats fällig sind;
  - b) 30% in vier gleich hohen Quartalsbeträgen überwiesen, wobei die 1. Rate am 20. April 2017, die folgenden Raten jeweils am 20. Juli, am 20. Oktober und am 20. Jänner des Folgejahres fällig sind.
5. Die Sozialversicherungsträger leisten ab 2017 bis zum Ende der Laufzeit dieser Vereinbarung jährlich einen Betrag in der Höhe des variablen Finanzvolumens an die Landesgesundheitsfonds, das sich auf Grund der am 31. Dezember 1996 bestehenden Rechtslage bezüglich der in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehenen Kostenbeiträge (Kostenanteile) im stationären Bereich ergeben hätte. Kostenbeiträge (Kostenanteile) für (bei) Anstaltpflege auf Grund von Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen werden von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Landesgesundheitsfonds eingehoben. Diese Kostenbeiträge (Kostenanteile) werden gemäß Z 2 valorisiert.

..."

21 1.3. Das ASVG idF BGBl. I Nr. 37/2018 lautete (auszugsweise):

„Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

§ 131. (1) Nimmt der/die Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338), die eigenen Einrichtungen oder 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% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Abweichend davon ist zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen Kostenerstattung bei ärztlicher Hilfe in der Satzung die Höhe der Kostenerstattung unter Bedachtnahme auf die in den Honorarordnungen festgelegten Grundvergütungen und Zuschläge festzusetzen. 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.

...

Regelung durch Verträge

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung (des Dachverbandes) zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten, Dentistinnen/Dentisten, Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen, Hebammen, Apothekerinnen/Apothekern, den Erbringerinnen/Erbringern von nach § 135 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 erbringen, und anderen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach

Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form. Die Verträge sowie allfällige Änderungen und Zusatzvereinbarungen sind vom Dachverband im Internet zu veröffentlichen. Nach jeder fünften Änderung ist vom Dachverband eine konsolidierte Fassung zu veröffentlichen.

(2) Durch die Verträge nach Abs. 1 ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Eigene Einrichtungen der Versicherungsträger dürfen für die Versorgung mit diesen Leistungen nur nach Maßgabe der hiefür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden.

(2a) Die Versicherungsträger haben sich beim Abschluss von Verträgen nach Abs. 1 an den von der Bundesgesundheitskommission im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) beschlossenen Großgeräteplan zu halten. Dieser Großgeräteplan ist nach Abstimmung mit der Sozialversicherung, bezüglich der nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie des extramuralen Bereiches auch nach Abstimmung mit der für diese Krankenanstalten in Betracht kommenden gesetzlichen Interessensvertretung im Einvernehmen mit den Ländern festzulegen. Verträge die dem widersprechen, sind ungültig.

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

..."

22 2. Die Revision ist zulässig.

23 2.1. Partei des Verfahrens zur Erteilung einer Errichtungsbewilligung für eine in Aussicht genommene Krankenanstalt sowie im Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs an einer solchen ist der Bewilligungsgeber. Darüber hinaus räumt § 8 Abs. 4 StKAG den dort genannten juristischen Personen des öffentlichen Rechts eine auf die Bedarfsfrage eingeschränkte Parteistellung und insoweit auch gemäß Art. 132 Abs. 4 B-VG Beschwerdelegitimation vor dem Verwaltungsgericht und gemäß Art. 133 Abs. 8 B-VG Revisionslegitimation vor dem Verwaltungsgerichtshof ein. Ein darüber hinausgehendes Recht kommt diesen juristischen Personen in den genannten Verfahren nach dem StKAG nicht zu (vgl. zur insoweit gleichen Rechtslage nach dem Tiroler Krankenanstaltengesetz und zur Beschwerdelegitimation der Tiroler Gebietskrankenkasse im früheren Beschwerdemodell nach Art. 131 Abs. 2 (alt) B-VG VwGH 2.3.2010, 2010/11/0031).

24 Die vorliegende Revision richtet sich gegen die Verneinung der Stellung der Revisionswerberin als Formalpartei (im zugrundeliegenden Vorabfeststellungsverfahren vor der belangten Behörde) durch das Verwaltungsgericht. Die Revisionslegitimation der Revisionswerberin, die die Verletzung eines eigenen prozessualen Rechts, nämlich der Stellung als Formalpartei im Errichtungsbewilligungsverfahren, geltend macht, ergibt sich aus Art. 133 Abs. 6 Z 1 B-VG (vgl. insb. VwGH 15.6.2018, Ro 2017/11/0006, Ra 2017/11/0160, Ra 2017/11/0053; vgl. auch zB VwGH 25.6.2015, Ro 2015/07/0009; 26.4.2017, Ro 2017/03/0010; vgl. zur Beschwerdelegitimation der Österreichischen Zahnärztekammer im früheren Beschwerdemodell nach Art. 131 B-VG (alt) VwGH 16.10.2012, 2009/11/0158).

25 2.2. Die Revision ist auch gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig, weil Judikatur zur Frage fehlt, was unter der Wendung „betroffene Sozialversicherungsträger“ in § 8 Abs. 4 StKAG zu verstehen ist.

26 3. Die Revision ist im Ergebnis begründet.

27 3.1. Vorauszuschicken ist zunächst Folgendes:

Ungeachtet des oben wiedergegebenen Spruchs der angefochtenen Entscheidung ist bei deren verständiger Würdigung davon auszugehen, dass sie ausschließlich als Zurückweisung der Beschwerde der Revisionswerberin zu qualifizieren ist. Dafür spricht entscheidend nicht nur die Bezeichnung als „Beschluss“, die anschließende Bezugnahme auf § 31 VwGVG und die Parteistellungsbestimmung des § 8 Abs. 4 StKAG als Rechtsgrundlage, sondern vor allem der abschließende Satz der Entscheidungsbegründung, demzufolge „die gegenständliche Beschwerde im Ergebnis mangels Beschwerdelegitimation zurückzuweisen war“. Dem Verwaltungsgericht kann ungeachtet seiner missverständlichen Ausdrucksweise nicht ernsthaft zugesonnen werden, unter einem die Beschwerdelegitimation der Revisionswerberin verneint und dennoch die Beschwerde meritorisch erledigt zu haben.

28 3.2.1. Der Mitbeteiligte tritt der Rechtsauffassung des Verwaltungsgerichtes entgegen, derzufolge eine Bedarfsprüfung für das in Aussicht genommene Ambulatorium nicht gemäß § 7 Abs. 6 StKAG deshalb zu entfallen

hatte, weil es sich bei den in Aussicht genommenen medizinischen Leistungen um solche handelt, die, wenn sie von bestehenden Anbietern im Einzugsgebiet des geplanten Ambulatoriums erbracht werden, sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähig wären (vgl. dazu grundlegend VwGH 26.3.2015, 2013/11/0242 [= VwSlg 19088 A]; 13.12.2018, Ro 2017/11/0009). Der Mitbeteiligte sieht nämlich die Voraussetzungen für das Absehen von einer Bedarfsprüfung im Fall des § 7 Abs. 6 StKAG verwirklicht, weil mangels Aufnahme des geplanten MRT-Gerätes in den Großgeräteplan gemäß § 338 Abs. 2a ASVG keine sozialversicherungsrechtliche Erstattungspflicht bestehen, woraus folge, dass mangels durchzuführender Bedarfsprüfung nach § 7 Abs. 2 Z 1 und Abs. 3 StKAG von vornherein keine Parteistellung der Revisionswerberin gegeben sei.

29 Diese Auffassung wird vom Verwaltungsgerichtshof nicht geteilt.

30 3.2.2. Das Verwaltungsgericht hat festgestellt, dass die in Aussicht genommenen MR-Leistungen abstrakt erstattungsfähig (vgl. dazu VwGH 26.3.2015, 2013/11/0242) sind. Es hat damit zum Ausdruck gebracht, dass derartige Leistungen grundsätzlich sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind, mögen sie auch im Falle der Erbringung durch das geplante Ambulatorium, etwa wie im Revisionsfall wegen § 338 Abs. 2a (Nichtaufnahme des geplanten Gerätes in den Großgeräteplan) nicht erstattungsfähig sein (vgl. zur Nichterstattungsfähigkeit dieser Leistungen OGH 1.6.1999, 10ObS365/98v; 1.6.2020, 10ObS79/10f; vgl. auch Kneihs/Mosler in SV-Komm § 338 ASVG Rn 45, 48). Dieser Beurteilung tritt der Mitbeteiligte nicht entgegen. Der Verwaltungsgerichtshof legt sie seinen weiteren Erwägungen zugrunde.

31 Entgegen der Auffassung des Mitbeteiligten ist das Verwaltungsgericht zu Recht davon ausgegangen, dass dann, wenn die in Aussicht genommenen MR-Leistungen abstrakt erstattungsfähig sind, die Voraussetzungen für ein Absehen von einer Bedarfsprüfung nach § 7 Abs. 6 StKAG nicht vorliegen. Es befindet sich dabei in Übereinstimmung mit der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes (vgl. erneut VwGH 26.3.2015, 2013/11/0242).

32 Im Revisionsfall kommt demnach § 8 Abs. 4 StKAG zur Anwendung, der (auch) in Verfahren zur Vorabfeststellung des Bedarfs neben der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten und der Ärztekammer für Steiermark auch betroffenen Sozialversicherungsträgern hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung sowie Beschwerde- und Revisionslegitimation einräumt.

33 3.3. Zu klären ist daher im Folgenden, ob das Verwaltungsgericht zutreffend davon ausgegangen ist, dass die Revisionswerberin nicht als betroffener Sozialversicherungsträger iSd. § 8 Abs. 4 StKAG anzusehen ist.

34 3.3.1.1. Das Verwaltungsgericht gründet die Verneinung der Parteistellung der Revisionswerberin zunächst darauf, dass diese schon ex lege aufgrund von § 338 Abs. 2a ASVG keine Leistungen für die Inanspruchnahme des im geplanten Ambulatorium vorgesehenen MRT-Geräts erbringen dürfte, weil dieses nicht im Großgeräteplan enthalten sei, weshalb eine Refundierung der erbrachten medizinischen Leistungen mit diesem Gerät durch die Revisionswerberin als Sozialversicherungsträger ausgeschlossen sei. Ausgehend von dieser - zutreffenden (vgl. erneut OGH 1.6.1999, 10ObS365/98v; 1.6.2020, 10ObS79/10f) und im Übrigen auch in der Revision nicht kritisierten - Überlegung folgert das Verwaltungsgericht, dass wegen dieser fehlenden Erstattungspflicht eine Betroffenheit iSd. § 8 Abs. 4 StKAG der Revisionswerberin nicht in Betracht komme. Dafür spreche auch, dass das Wort „betroffene“ in § 8 Abs. 4 StKAG keinen Anwendungsbereich hätte, würde man die Betroffenheit jedes Sozialversicherungsträgers in jedem Verfahren bejahen. Ergänzend führt das Verwaltungsgericht aus, dass die Revisionswerberin nicht vorgebracht hätte, „selbst“ die im geplanten Ambulatorium in Aussicht genommenen Leistungen anzubieten, sodass ihr Parteistellung aufgrund einer Konkurrenzsituation zukäme.

35 Das Verwaltungsgericht legt, wie die Begründung der angefochtenen Entscheidung zeigt, dieser anscheinend die Rechtsauffassung zugrunde, dass die Wendung „betroffene Sozialversicherungsträger“ in § 8 Abs. 4 StKAG nur solche Sozialversicherungsträger erfasst, die in Bezug auf die von einem geplanten Ambulatorium angebotenen medizinischen Leistungen erstattungspflichtig wären, oder solche, die Träger von im Einzugsgebiet oder zumindest Nahebereich des geplanten Ambulatoriums gelegenen kasseneigenen Einrichtungen sind.

36 3.3.1.2. Die belangte Behörde, die im Verwaltungsverfahren die Revisionswerberin als betroffenen Sozialversicherungsträger angesehen und noch in der Beschwerdevorentscheidung keine Zweifel an deren Parteistellung erkennen ließ, tritt in ihrer Revisionsbeantwortung nunmehr im Ergebnis der Auffassung des Verwaltungsgerichts bei. Da der Gesetzgeber durch die Beifügung des Wortes „betroffen“ ausdrücklich bestimmt habe, dass nicht alle Sozialversicherungsträger, sondern lediglich jene Parteistellung haben sollen, die vom beantragten

Leistungsangebot belastet werden, sei davon auszugehen, dass nur jene Sozialversicherungsträger, die bei positiver Entscheidung der Behörde eine Zahlungspflicht trifft, von der Parteistellung erfasst sein können. Die Revisionswerberin sei mangels Zahlungspflicht für Leistungen, die vom geplanten Ambulatorium erbracht werden, nicht iSd. § 8 Abs. 4 StKAG betroffen. Im Falle einer späteren Aufnahme in den Großgeräteplan würden die Interessen der Sozialversicherungsträger schon in dem hiefür maßgeblichen Verfahren berücksichtigt werden.

37 3.3.1.3. Die Revisionswerberin (die Steiermärkische Gebietskrankenkasse) erblickt ihre Stellung als betroffene Sozialversicherungsträgerin demgegenüber - soweit ersichtlich - schon darin, dass das geplante Ambulatorium in der Steiermark gelegen sei. Sie weist außerdem darauf hin, dass sie zur Frage, ob ein geplantes Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbringt, nach der Vorschrift des § 7 Abs. 6 zweiter Satz StKAG ausdrücklich zu hören sei (arg. „die Steiermärkische Gebietskrankenkasse“).

38 3.3.2. Der Verwaltungsgerichtshof vermag im Ergebnis weder der Auffassung des Verwaltungsgerichts (und der belangten Behörde) noch derjenigen der Revisionswerberin zu folgen.

39 3.3.2.1. Soweit die Revision auf § 7 Abs. 6 zweiter Satz StKAG und die dort verankerte Pflicht zur Anhörung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse hinweist, ist ihr entgegenzuhalten, dass sich diese Anhörungspflicht nur auf die Frage bezieht, ob ein geplantes Ambulatorium ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungspflichtige Leistungen erbringt. Diese Frage steht im Zusammenhang damit, ob überhaupt eine Bedarfsprüfung nach § 7 Abs. 2 Z 1 und Abs. 3 StKAG stattzufinden hat. Aus der Verpflichtung in § 7 Abs. 6 zweiter Satz StKAG (die in § 3a Abs. 4 zweiter Satz KAKuG idF BGBI. I Nr. 61/2010 grundgelegt ist: „die zuständige Gebietskrankenkasse“), hiezu die Steiermärkische Gebietskrankenkasse anzuhören, folgt aber nicht, dass diese schon deshalb jedenfalls betroffener Sozialversicherungsträger iSd. § 8 Abs. 4 StKAG ist. Hätten der Grundsatzgesetzgeber in § 4 Abs. 8 KAKuG (diese Bestimmung wurde durch die Novelle BGBI. I Nr. 61/2010 unverändert übernommen) der „zuständigen Gebietskrankenkasse“ und der Landesgesetzgeber in § 8 Abs. 4 StKAG der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse schon deswegen Parteistellung hinsichtlich des Bedarfs einräumen wollen, wäre dies zweifellos durch eine andere Wendung als durch die Wendung „betroffene Sozialversicherungsträger“ zum Ausdruck gekommen.

40 Die Revision zeigt demnach insofern keine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Beschlusses auf.

41 3.3.2.2. Da § 8 Abs. 4 StKAG (wie auch § 3a Abs. 8 KAKuG) eine Formalparteistellung nur für „betroffene Sozialversicherungsträger“ vorsieht, scheidet eine Auslegung dahin, dass in Bewilligungs- bzw. Vorabfeststellungsverfahren für ein selbständiges Ambulatorium jeder Sozialversicherungsträger schon kraft seiner Stellung als Sozialversicherungsträger Parteistellung genießt, von vornherein aus. Insofern ist dem Verwaltungsgericht beizupflichten, dass sowohl dem Grundsatz- als auch dem Ausführungsgesetzgeber nicht zugesonnen werden kann, einen Begriff zu gebrauchen, dem schlechthin keine Bedeutung zukäme.

42 Das Wort „betroffene“ hat den Zweck, aus der Menge der Sozialversicherungsträger diejenigen herauszulösen, die im Bewilligungs- bzw. Vorabfeststellungsverfahren in einer spezifischen Beziehung zum geplanten Ambulatorium stehen. Diese Beziehung ist darin zu erblicken, dass - bezogen auf eine konkrete Bedarfsprüfung für ein geplantes Ambulatorium - einzelne, aber eben nicht notwendig alle Sozialversicherungsträger besondere finanzielle Interessen haben, die dadurch, dass ein neues Ambulatorium als Anbieter auf den Markt tritt, beeinträchtigt werden. Das wird einerseits dann der Fall sein, wenn ein Sozialversicherungsträger für die vom neuen Anbieter erbrachten Leistungen gemäß § 131 ASVG (konkret) erstattungspflichtig wäre, andererseits dann, wenn das neu auftretende Ambulatorium Nachfrage von denjenigen vorhandenen (konkurrenzgeschützten) Anbietern (im Einzugsgebiet des neuen Ambulatoriums) „abziehen“ würde, die dem Sozialversicherungsträger gehören (kasseneigene Einrichtungen) oder für deren medizinische Leistungen er - im Rahmen von (Kassen)Verträgen - finanzielle Leistungen erbringt (vgl. ähnlich Stöger, Ausgewählte öffentlich-rechtliche Fragen des österreichischen Krankenanstaltenrechts (2008), 567 (FN 2505); ders. in GmundKomm, § 3a KAKuG, Rn 7).

43 Dieses Verständnis der Wendung „betroffene Sozialversicherungsträger“ steht im Einklang mit den unter Pkt. 1.1.2.2. wiedergegebenen Materialien zur Novelle BGBI. Nr. 801/1993, mit der diese Wendung in das Krankenanstaltengesetz aufgenommen wurde. Diese weisen (RV, 12f) darauf hin, dass der Auftrag einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung nicht nur durch öffentliche und private Krankenanstalten erfüllt werde, sondern im Rahmen des bestehenden Systems der Gesundheitsversorgung „auch durch niedergelassene Kassenvertragsärzte ..., kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen der Kassen“ in

Betracht kämen. Sei nun, so die Materialien (RV, 13) weiters, ein Konkurrenzschutz für Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung als sachlich gerechtfertigter und adäquater Eingriff in das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit anzuerkennen, so müssten in diese Überlegung auch die erwähnten Einrichtungen, die das medizinische Versorgungsangebot sicherstellen (und damit in die Bedarfsprüfung ihr Versorgungsangebot) einbezogen werden.

44 Zur Einräumung der Parteistellung führen die Materialien (RV, 13) abschließend aus, dass es flankierend (zur Umschreibung des in die Bedarfsprüfung einzubeziehenden bestehenden Versorgungsangebots) geboten sei, den in Betracht kommenden Interessenvertretungen „bzw. dem jeweiligen Sozialversicherungsträger“ Parteistellung zur Bedarfsfrage und Beschwerdelegitimation (damals: vor dem Verwaltungsgerichtshof) zuzuerkennen.

45 Die Partizipation als Partei des Verfahrens sollte also genau den Sozialversicherungsträgern zukommen, deren niedergelassene Kassenvertragsärzte, kasseneigene Einrichtungen und Vertragseinrichtungen mit ihrem Versorgungsangebot in die Bedarfsprüfung einzubeziehen waren. Bezogen auf ein konkretes, neu auf den Markt tretendes Ambulatorium sollten demnach nur bestimmte Sozialversicherungsträger Parteistellung (und Beschwerdelegitimation) genießen, nämlich diejenigen, die die Behandlungskosten ihrer Versicherten in den in die Bedarfsprüfung einzubeziehenden Einrichtungen zumindest mitzutragen hatten und demnach ein finanzielles Interesse an der Auslastung dieser bestehenden Einrichtungen hatten.

46 Seit der Novelle BGBl. I Nr. 61/2010 zum (mittlerweile) KAKuG ist auch das Versorgungsangebot von Wahlärzten, Wahleinrichtungen und Gruppenpraxen in die Bedarfsprüfung für ein selbständiges Ambulatorium einzubeziehen (§ 3a Abs. 2 KAKuG), ohne dass sich die Umschreibung der Parteistellung in § 3a Abs. 8 KAKuG (und in § 8 Abs. 4 StKAG) geändert hätte. Nach Auffassung des Verwaltungsgerichtshofes hat sich dadurch der Kreis der „betroffenen“ Sozialversicherungsträger nicht erweitert.

47 Der Verwaltungsgerichtshof übersieht nicht, dass seit der Novelle BGBl. I Nr. 179/2004 und seit der Novelle BGBl. I Nr. 61/2010 in die Bedarfsprüfung für ein selbständiges Ambulatorium auch das Versorgungsangebot der Ambulanzen von öffentlichen, privaten gemeinnützigen und sonstigen Krankenanstalten mit Kassenverträgen, soweit es sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig ist, einzubeziehen ist. Die erwähnte Abgrenzungsfunktion des Begriffs „betroffene“ bleibt im Zusammenhang mit diesem Versorgungsangebot gewahrt, wenn davon ausgegangen wird, dass nur diejenigen Sozialversicherungsträger betroffen sind, die aufgrund von Verträgen mit diesen Krankenanstalten ein finanzielles Interesse an einer bestmöglichen Auslastung derselben haben, die durch die Konkurrenz eines neu auf den Markt tretenden Ambulatoriums reduziert würde (zum Grundsatz des Primats der Auslastung bestehender Einrichtungen, die mit öffentlichen Mitteln (insbesondere im Wege der Sozialversicherung) finanziert werden, vgl. abermals VwGH 26.3.2015, 2013/11/0242). Die erwähnte Abgrenzungsfunktion wäre allerdings nicht gegeben, wollte man die Betroffenheit eines Sozialversicherungsträgers allein schon deshalb bejahen, weil er - im Rahmen der Pauschalbeträge, die gemäß Art. 28 Abs. 1 Z 3 und Abs. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen iZm. § 4 StGFG geleistet werden - indirekt an der Finanzierung von bettenführenden Krankenanstalten beteiligt ist, deren bestehendes Versorgungsangebot (insb. das Angebot ihrer Ambulanzen) in die Bedarfsprüfung einzubeziehen ist. Ein derart weites Verständnis des Begriffs „betroffene“, das im Ergebnis dazu führen müsste, dass in praktisch allen Bewilligungs- bzw. Vorabfeststellungsverfahren für selbständige Ambulatorien sämtliche Sozialversicherungsträger betroffen sind, widerspricht nicht nur dem Auslegungsgrundsatz, dass dem Gesetzgeber im Zweifel keine überflüssigen oder inhaltsleeren Formulierungen zu unterstellen sind (vgl. VwGH 14.12.2007, 2007/02/0273, mwN), sondern lässt sich auch den erwähnten Gesetzesmaterialien nicht entnehmen.

48 3.3.2.3. Die bisherigen Überlegungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass zu den betroffenen Sozialversicherungsträgern iSd. § 3a Abs. 8 KAKuG und § 8 Abs. 4 StKAG nur diejenigen zählen, für die die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen des neuen Ambulatoriums nachteilige finanzielle Auswirkungen haben kann (direkt durch die Pflicht zur Kostenerstattung für die Inanspruchnahme eines neuen Ambulatoriums nach § 131 ASVG oder indirekt durch eine schlechtere Auslastung eigener Einrichtungen oder ihrer Vertragseinrichtungen).

49 3.3.2.4. Für den Revisionsfall ergibt sich daraus Folgendes:

50 Das Verwaltungsgericht hat nach den bisherigen Ausführungen zutreffend die Auffassung vertreten, dass die Revisionswerberin für die Inanspruchnahme der Leistungen des geplanten, unstrittig im Großgeräteplan nicht angeführten Ambulatoriums mangels Erstattungspflicht keine direkten nachteiligen finanziellen Auswirkungen ins

Treffen führen kann und folglich nicht aus einer Erstattungspflicht für die Inanspruchnahme des neuen Ambulatoriums ihre Betroffenheit ableiten kann.

51 Das Verwaltungsgericht hat darüber hinaus festgehalten, dass die Revisionswerberin nicht vorgebracht hätte, aufgrund eigener Einrichtungen, die MR-Leistungen im Einzugsgebiet des geplanten Ambulatoriums erbringen, als Konkurrentin betroffen zu sein. Dem ist die Revision auch nicht entgegengetreten.

52 Daraus allein folgt aber nicht, dass die Revisionswerberin nicht als betroffener Sozialversicherungsträger anzusehen wäre. Dazu wäre es nötig gewesen zu ermitteln, ob und welche der in die Bedarfsprüfung einbezogenen Einrichtungen, die MR-Leistungen erbringen, Vertragseinrichtungen der Revisionswerberin sind, weil im Falle des Bestehens solcher Vertragseinrichtungen nach den bisherigen Ausführungen (vgl. Pkt. 3.3.2.3.) eine Betroffenheit der Revisionswerberin zu bejahen wäre und die Zurückweisung deren Beschwerde mangels Parteistellung nicht in Betracht gekommen wäre.

53 Darauf gerichtete Ermittlungen hat das Verwaltungsgericht nicht angestellt, obwohl es in der Begründung des angefochtenen Beschlusses (S 16) in einer Tabelle „Standorte“ mit MRT-Geräten feststellt, die jeweils als „Institute“ bezeichnet werden. Diese Tabelle, die auch im Bescheid der belangten Behörde und in der Beschwerdevorentscheidung enthalten ist, geht auf eine Stellungnahme der Revisionswerberin im Verwaltungsverfahren zurück, in der abschließend festgehalten wird, dass die Versorgung „unserer Versicherten“ mit MR-Einrichtungen ausreichend sichergestellt sei. Das Verwaltungsgericht hätte dem Bedeutung beimessen müssen, weil darin zumindest ein Anhaltspunkt dafür zu erblicken ist, dass es Verträge der Revisionswerberin mit einzelnen dieser Institute gibt. Ohne eine Klärung dieser Frage ist aber die rechtliche Beurteilung des Verwaltungsgerichtes, die Revisionswerberin sei nicht als betroffener Sozialversicherungsträger anzusehen, nicht nachvollziehbar.

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

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.  
[www.jusline.at](http://www.jusline.at)