

TE Bvwg Erkenntnis 2016/12/5 W201 2004146-1

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 05.12.2016

Entscheidungsdatum

05.12.2016

Norm

ASVG §342

ASVG §343

ASVG §347a

AVG 1950 §62 Abs4

B-VG Art.133 Abs4

VwGVG §28 Abs1

VwGVG §28 Abs2

1. ASVG § 342 heute
2. ASVG § 342 gültig ab 01.01.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 191/2023
3. ASVG § 342 gültig von 01.08.2023 bis 31.12.2023 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2023
4. ASVG § 342 gültig von 01.01.2020 bis 31.07.2023 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
5. ASVG § 342 gültig von 03.08.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017
6. ASVG § 342 gültig von 01.01.2016 bis 02.08.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 113/2015
7. ASVG § 342 gültig von 01.09.2010 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010
8. ASVG § 342 gültig von 01.01.2010 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2009
9. ASVG § 342 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2007
10. ASVG § 342 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 145/2003
11. ASVG § 342 gültig von 01.08.2001 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 99/2001
12. ASVG § 342 gültig von 01.01.1994 bis 31.07.2001 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 411/1996

1. ASVG § 343 heute
2. ASVG § 343 gültig ab 20.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 106/2024
3. ASVG § 343 gültig von 01.01.2024 bis 19.07.2024 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 191/2023
4. ASVG § 343 gültig von 01.01.2020 bis 31.12.2023 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018
5. ASVG § 343 gültig von 03.08.2017 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 131/2017
6. ASVG § 343 gültig von 18.01.2017 bis 02.08.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 26/2017
7. ASVG § 343 gültig von 25.04.2014 bis 17.01.2017 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 32/2014
8. ASVG § 343 gültig von 01.01.2014 bis 24.04.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2013
9. ASVG § 343 gültig von 01.09.2010 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 102/2010
10. ASVG § 343 gültig von 01.09.2010 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 61/2010

11. ASVG § 343 gültig von 01.01.2010 bis 31.08.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2009
12. ASVG § 343 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 105/2004
13. ASVG § 343 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 145/2003
14. ASVG § 343 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 105/2004
15. ASVG § 343 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 145/2003
16. ASVG § 343 gültig von 01.08.2001 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 99/2001
17. ASVG § 343 gültig von 01.07.1998 bis 31.07.2001 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 139/1997
18. ASVG § 343 gültig von 01.08.1996 bis 30.06.1998 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 411/1996

1. ASVG § 347a heute
2. ASVG § 347a gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 130/2013

1. AVG 1950 § 62 gültig von 01.03.1983 bis 31.01.1991 wiederverlautbart durch BGBl. Nr. 51/1991

1. B-VG Art. 133 heute
2. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2019 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. B-VG Art. 133 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
4. B-VG Art. 133 gültig von 25.05.2018 bis 31.12.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 22/2018
5. B-VG Art. 133 gültig von 01.08.2014 bis 24.05.2018 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 164/2013
6. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2014 bis 31.07.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
7. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.2004 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003
8. B-VG Art. 133 gültig von 01.01.1975 bis 31.12.2003 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 444/1974
9. B-VG Art. 133 gültig von 25.12.1946 bis 31.12.1974 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 211/1946
10. B-VG Art. 133 gültig von 19.12.1945 bis 24.12.1946 zuletzt geändert durch StGBI. Nr. 4/1945
11. B-VG Art. 133 gültig von 03.01.1930 bis 30.06.1934

1. VwGVG § 28 heute
2. VwGVG § 28 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. VwGVG § 28 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2018

1. VwGVG § 28 heute
2. VwGVG § 28 gültig ab 01.01.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/2017
3. VwGVG § 28 gültig von 01.01.2014 bis 31.12.2018

Spruch

W201 2004146-1/32E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Angela SCHIDLOF als Vorsitzende sowie Dr. Erich Schmatzberger, Dr. Anna Bucsics, Dr. Mag. Thomas Vilinsky sowie Prof.Dr. Herbert Haider als fachkundige Laienrichter über die Beschwerde der XXXX vertreten durch TSCHURTSCHENTHALER Rechtsanwälte GmbH, Dr. Arthur Lemisch-Platz 7, 9020 Klagenfurt, gegen den Bescheid der Landesschiedskommission für Kärnten, LSK 1/2012 und LSK 2/2012, vom 14.01.2014, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu Recht erkannt: Das Bundesverwaltungsgericht hat durch die Richterin Mag. Angela SCHIDLOF als Vorsitzende sowie Dr. Erich Schmatzberger, Dr. Anna Bucsics, Dr. Mag. Thomas Vilinsky sowie Prof.Dr. Herbert Haider als fachkundige Laienrichter über die Beschwerde der römisch 40 vertreten durch TSCHURTSCHENTHALER Rechtsanwälte GmbH, Dr. Arthur Lemisch-Platz 7, 9020 Klagenfurt, gegen den Bescheid der Landesschiedskommission für Kärnten, LSK 1 aus 2012, und LSK 2 aus 2012,, vom 14.01.2014, nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung zu Recht erkannt:

I.römisch eins.

Soweit sich die Beschwerde gegen den Bescheid vom 14.01.2014, zugestellt am 22.01.2014, richtet, wird sie als unzulässig zurückgewiesen.

II.römisch zwei.

Die Beschwerde gegen den Bescheid vom 14.01.2014, zugestellt am 31.01.2014, wird gemäß § 28 Abs 1 iVm Abs 2 VwGVG abgewiesen und zugleich festgestellt, dass mit Rechtskraft dieser Entscheidung der Stellenplan, verringert um

zwei Planstellen, als angepasst gilt. Die Beschwerde gegen den Bescheid vom 14.01.2014, zugestellt am 31.01.2014, wird gemäß Paragraph 28, Absatz eins, in Verbindung mit Absatz 2, VwGVG abgewiesen und zugleich festgestellt, dass mit Rechtskraft dieser Entscheidung der Stellenplan, verringert um zwei Planstellen, als angepasst gilt.

III. römisch drei.

Die Revision ist gemäß § 133 Abs 4 B-VG zulässig. Die Revision ist gemäß Paragraph 133, Absatz 4, B-VG zulässig.

Text

BEGRÜNDUNG:

1. Verfahrensgang:

1.1. Mit Schreiben vom 10.11.2010 teilte die Kärntner Gebietskrankenkasse (im Folgenden: KGKK) der Zahnärztekammer für Kärnten mit, dass die Kündigung des Zahnarztes XXXX mit Wirkung zum 31.12.2010 zur Kenntnis genommen werde. Planstellen dürften jedoch seit dem 01.01.2010 nur bei einvernehmlich festgestelltem Bedarf nachbesetzt werden. Komme dieses Einvernehmen nicht zu Stande, dürfe die Planstelle vorerst nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Die KGKK vertrete den Standpunkt, dass im Bundesland Kärnten eine überdurchschnittlich gute Versorgung vorliege. Es gebe pro 3081 Einwohner einen Zahnarzt. Damit habe das Bundesland Kärnten nach Wien die zweithöchste Betreuungsdichte. In Klagenfurt gebe es 48 Planstellen. Damit würden in Klagenfurt 1878 Einwohner von einem Zahnarzt versorgt. Es sei damit von einer deutlichen Überversorgung auszugehen.

1.1. Mit Schreiben vom 10.11.2010 teilte die Kärntner Gebietskrankenkasse (im Folgenden: KGKK) der Zahnärztekammer für Kärnten mit, dass die Kündigung des Zahnarztes römisch 40 mit Wirkung zum 31.12.2010 zur Kenntnis genommen werde. Planstellen dürften jedoch seit dem 01.01.2010 nur bei einvernehmlich festgestelltem Bedarf nachbesetzt werden. Komme dieses Einvernehmen nicht zu Stande, dürfe die Planstelle vorerst nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Die KGKK vertrete den Standpunkt, dass im Bundesland Kärnten eine überdurchschnittlich gute Versorgung vorliege. Es gebe pro 3081 Einwohner einen Zahnarzt. Damit habe das Bundesland Kärnten nach Wien die zweithöchste Betreuungsdichte. In Klagenfurt gebe es 48 Planstellen. Damit würden in Klagenfurt 1878 Einwohner von einem Zahnarzt versorgt. Es sei damit von einer deutlichen Überversorgung auszugehen.

1.2. Mit Schreiben vom 21.12.2010 teilte die KGKK der Zahnärztekammer für Kärnten mit, dass die Kündigung des Dentisten XXXX mit Wirkung zum 31.12.2010 zur Kenntnis genommen werde. Bei mangelndem Einvernehmen könne jedoch die Planstelle vorerst nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Verwiesen werde auf die ausreichende Versorgungssituation gemäß dem Schreiben vom 20.11.2010. Der Betroffene habe im Jahr 2009 im Quartal durchschnittlich 55 Patienten der KGKK behandelt. Nachdem in Klagenfurt derzeit 46 Vertragszahnbehandler zur Verfügung stünden, gehe die belangte Behörde davon aus, dass die Versorgung dieser Patienten gewährleistet sei und somit kein Bedarf für eine Nachbesetzung dieser Stelle bestehe.

1.2. Mit Schreiben vom 21.12.2010 teilte die KGKK der Zahnärztekammer für Kärnten mit, dass die Kündigung des Dentisten römisch 40 mit Wirkung zum 31.12.2010 zur Kenntnis genommen werde. Bei mangelndem Einvernehmen könne jedoch die Planstelle vorerst nicht zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden. Verwiesen werde auf die ausreichende Versorgungssituation gemäß dem Schreiben vom 20.11.2010. Der Betroffene habe im Jahr 2009 im Quartal durchschnittlich 55 Patienten der KGKK behandelt. Nachdem in Klagenfurt derzeit 46 Vertragszahnbehandler zur Verfügung stünden, gehe die belangte Behörde davon aus, dass die Versorgung dieser Patienten gewährleistet sei und somit kein Bedarf für eine Nachbesetzung dieser Stelle bestehe.

1.3. Mit zwei Schreiben vom 11.01.2012 stellte die Landes Zahnärztekammer für Kärnten einen Antrag an die Landesschiedskommission, diese möge feststellen, dass für die Ermittlung des Bedarfs der Nachbesetzung einer Planstelle im Bundesland Kärnten ausschließlich der zwischen der Landes Zahnärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse vereinbarte Stellenplan als Grundlage heranzuziehen sei sowie gemäß § 343 Abs 1b zweiter Satz ASVG entscheiden, dass Bedarf an der Nachbesetzung der durch die Niederlegung der Kassenverträge durch die beiden Personen freigewordenen Planstellen bestehe und diese auszuschreiben seien.

1.3. Mit zwei Schreiben vom 11.01.2012 stellte die Landes Zahnärztekammer für Kärnten einen Antrag an die Landesschiedskommission, diese möge feststellen, dass für die Ermittlung des Bedarfs der Nachbesetzung einer Planstelle im Bundesland Kärnten ausschließlich der zwischen der Landes Zahnärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse vereinbarte Stellenplan als Grundlage heranzuziehen sei sowie gemäß Paragraph 343,

Absatz eins b, zweiter Satz ASVG entscheiden, dass Bedarf an der Nachbesetzung der durch die Niederlegung der Kassenverträge durch die beiden Personen freigewordenen Planstellen bestehe und diese auszuschreiben seien.

1.4. Im Rahmen des Verfahrens vor der Landesschiedskommission für Kärnten erstattete die KGKK zwei Gegenschriften, in welchen im Wesentlichen ausgeführt wird, das 4. Sozialrechtsänderungsgesetzes (SRÄG) 2009 eröffne den Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, nach Ausscheiden eines Stelleninhabers einer Ausschreibung zur Nachbesetzung einer Planstelle zu widersprechen, wenn nach Ansicht des Krankenversicherungsträgers kein Bedarf mehr bestehe.

Die Antragstellerin übersehe, dass im § 342 Abs 1 Z 1 ASVG nicht nur auf den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Bezug genommen werde, sondern auch andere Kriterien zur Anwendung kämen. Somit seien auch die Veränderungen der Morbidität und sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen sowie die örtlichen Verhältnisse und die Verkehrsverhältnisse zu berücksichtigen. Die Gesetzesmaterialien zu § 342 ASVG (476 Blg NR, 24. GP) verwiesen auf § 84a ASVG und das Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes, der eine gewisse Flexibilisierung der Stellenpläne erfordere. Es solle den Krankenversicherungsträgern möglich sein, sinnvolle Strukturveränderungen durchzusetzen. Die Frage, ob eine ausreichende zahnärztliche Versorgung gegeben sei, sei daher nicht nur nach einem gegebenenfalls vorhandenen RSG zu beurteilen, vielmehr seien sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen, die örtlichen Verhältnisse und die Verkehrsverhältnisse sowie die Veränderung der Morbidität und die Bevölkerungsdichte und -struktur zu berücksichtigen. Diese Kriterien seien von der KGKK beurteilt worden. Daraus ableitend sei festgestellt worden, dass trotz einer Nicht-Nachbesetzung der Planstellen eine ausreichende zahnärztliche Versorgung gegeben sei. Die Auswertung zeige, dass im Bezirk Klagenfurt-Stadt deutlich weniger Fälle pro Quartal behandelt würden als in anderen Kärntner Bezirken, was auf die hohe Zahnärztedichte in Klagenfurt zurückzuführen sei. Die Antragstellerin übersehe, dass im Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG nicht nur auf den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Bezug genommen werde, sondern auch andere Kriterien zur Anwendung kämen. Somit seien auch die Veränderungen der Morbidität und sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen sowie die örtlichen Verhältnisse und die Verkehrsverhältnisse zu berücksichtigen. Die Gesetzesmaterialien zu Paragraph 342, ASVG (476 Blg NR, 24. Gesetzgebungsperiode) verwiesen auf Paragraph 84 a, ASVG und das Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes, der eine gewisse Flexibilisierung der Stellenpläne erfordere. Es solle den Krankenversicherungsträgern möglich sein, sinnvolle Strukturveränderungen durchzusetzen. Die Frage, ob eine ausreichende zahnärztliche Versorgung gegeben sei, sei daher nicht nur nach einem gegebenenfalls vorhandenen RSG zu beurteilen, vielmehr seien sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen, die örtlichen Verhältnisse und die Verkehrsverhältnisse sowie die Veränderung der Morbidität und die Bevölkerungsdichte und -struktur zu berücksichtigen. Diese Kriterien seien von der KGKK beurteilt worden. Daraus ableitend sei festgestellt worden, dass trotz einer Nicht-Nachbesetzung der Planstellen eine ausreichende zahnärztliche Versorgung gegeben sei. Die Auswertung zeige, dass im Bezirk Klagenfurt-Stadt deutlich weniger Fälle pro Quartal behandelt würden als in anderen Kärntner Bezirken, was auf die hohe Zahnärztedichte in Klagenfurt zurückzuführen sei.

XXXX habe eine durchschnittliche Fallzahl pro Quartal von 94 und unterschreite damit den Gruppenschnitt um 77 %. Durchschnittlich hätten die Zahnärzte in Klagenfurt-Stadt im Jahr 2010 1574 Fälle behandelt, der Genannte habe im gesamten Jahr 2010 376 Fälle behandelt. Dentist XXXX habe eine durchschnittliche Fallzahl pro Quartal von 55 und unterschreite damit den Gruppenschnitt um 86 %. Der Genannte habe im gesamten Jahr 2010 218 Fälle behandelt. Diese geringen Fallzahlen seien nach dem Ausscheiden der beiden Personen von den vorhandenen Strukturen (45 niedergelassene Vertragszahnärzte, 33 Wahlzahnärzte, Zahnambulatorien der Kärntner Gebietskrankenkasse, Zahnambulatorien in öffentlichen Krankenanstalten) aufgefangen worden, weshalb durch die Nicht-Nachbesetzung der Planstellen die Versorgung keinesfalls gefährdet sei. Es habe auch nach den Vertragskündigungen keine Beschwerden von Versicherten über lange Wartezeiten gegeben. römisch 40 habe eine durchschnittliche Fallzahl pro Quartal von 94 und unterschreite damit den Gruppenschnitt um 77 %. Durchschnittlich hätten die Zahnärzte in Klagenfurt-Stadt im Jahr 2010 1574 Fälle behandelt, der Genannte habe im gesamten Jahr 2010 376 Fälle behandelt. Dentist römisch 40 habe eine durchschnittliche Fallzahl pro Quartal von 55 und unterschreite damit den Gruppenschnitt um 86 %. Der Genannte habe im gesamten Jahr 2010 218 Fälle behandelt. Diese geringen Fallzahlen seien nach dem Ausscheiden der beiden Personen von den vorhandenen Strukturen (45 niedergelassene Vertragszahnärzte, 33 Wahlzahnärzte, Zahnambulatorien der Kärntner Gebietskrankenkasse, Zahnambulatorien in

öffentlichen Krankenanstalten) aufgefangen worden, weshalb durch die Nicht-Nachbesetzung der Planstellen die Versorgung keinesfalls gefährdet sei. Es habe auch nach den Vertragskündigungen keine Beschwerden von Versicherten über lange Wartezeiten gegeben.

Kärnten habe im Jahr 2010 einen Bevölkerungsrückgang im Vergleich zum Vorjahr aufzuweisen. Sämtliche Zahnärzte im Bezirk Klagenfurt-Stadt seien mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar und auch diesbezüglich komme es zu keiner Verschlechterung bei der Versorgung.

Mit der Nicht-Nachbesetzung der genannten Planstellen sei die zahnärztliche Versorgung in Klagenfurt-Stadt keinesfalls gefährdet und seien daher die Planstellen nicht nachzubersetzen.

1.5. Nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor der Landesschiedskommission am 22.03.2012 entschied diese, dass im Sinne der Anträge der Landes Zahnärztekammer der Bedarf an der Besetzung der beiden Planstellen gegeben und der Stellenplan daher dementsprechend zu erfüllen sei. Am selben Tag erging dieser Bescheid (GZ: LSK 1/2012 und LSK 2/2012) auch schriftlich. 1.5. Nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor der Landesschiedskommission am 22.03.2012 entschied diese, dass im Sinne der Anträge der Landes Zahnärztekammer der Bedarf an der Besetzung der beiden Planstellen gegeben und der Stellenplan daher dementsprechend zu erfüllen sei. Am selben Tag erging dieser Bescheid (GZ: LSK 1 aus 2012, und LSK 2 aus 2012,) auch schriftlich.

1.6. Gegen diesen Bescheid erhob die KGKK am 17.04.2012 Berufung an die Bundesschiedskommission, welcher mit Bescheid der Bundesschiedskommission vom 12.12.2012, GZ: R4-BSK/12-9, Folge gegeben, der angefochtene Bescheid aufgehoben und die Sache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an die Landeschiedskommission für Kärnten zurückverwiesen wurde. Begründend führte die Bundesschiedskommission aus, die mit Ablauf des 31.12.2005 geltenden Gesamtverträge, die von den Ärztekammern für den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung abgeschlossen worden seien, seien mit 01.01.2006 auf die XXXX (die Beschwerdeführerin = BF) übergegangen (§ 114 Abs 2, erster Satz ZÄKG). Die XXXX sei daher Partei jenes Gesamtvertrages mit der KGKK, dessen zwingender Teil der bestehende Stellenplan sei (vgl VfSlg 17.920). 1.6. Gegen diesen Bescheid erhob die KGKK am 17.04.2012 Berufung an die Bundesschiedskommission, welcher mit Bescheid der Bundesschiedskommission vom 12.12.2012, GZ: R4-BSK/12-9, Folge gegeben, der angefochtene Bescheid aufgehoben und die Sache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an die Landeschiedskommission für Kärnten zurückverwiesen wurde. Begründend führte die Bundesschiedskommission aus, die mit Ablauf des 31.12.2005 geltenden Gesamtverträge, die von den Ärztekammern für den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung abgeschlossen worden seien, seien mit 01.01.2006 auf die römisch 40 (die Beschwerdeführerin = BF) übergegangen (Paragraph 114, Absatz 2,, erster Satz ZÄKG). Die römisch 40 sei daher Partei jenes Gesamtvertrages mit der KGKK, dessen zwingender Teil der bestehende Stellenplan sei vergleiche VfSlg 17.920).

Unzutreffend sei die Ansicht der Landesschiedskommission, für den 2002 vereinbarten Stellenplan seien die in § 342 Abs 1 Z 1 ASVG genannten Ziele nicht maßgeblich. Diese Ansicht widerspreche dem klaren und eindeutigen Wortlaut des präjudiziellen § 343 Abs 1b ASVG, wonach die Landesschiedskommission über den Bedarf der Nachbesetzung der freigewordenen Planstellen unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs 1 Z 1 ASVG zu entscheiden habe. Der Bedarfsprüfung seien daher nicht nur Bevölkerungsdichte und -struktur, sondern neben den örtlichen Verhältnissen, den Verkehrsverhältnissen und der Veränderung der Morbidität auch sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen zu Grunde zu legen. Zutreffend habe die Berufungswerberin gerügt, dass das Ermittlungsverfahren der Landeschiedskommission mangelhaft geblieben sei, weil diese dem Gebot der Amtswegigkeit nicht entsprochen und aufgrund unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Sache Feststellungen nicht getroffen habe, die zur Beurteilung des Bedarfs der Nachbesetzung nach den zu berücksichtigenden Kriterien notwendig seien. Unzutreffend sei die Ansicht der Landesschiedskommission, für den 2002 vereinbarten Stellenplan seien die in Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG genannten Ziele nicht maßgeblich. Diese Ansicht widerspreche dem klaren und eindeutigen Wortlaut des präjudiziellen Paragraph 343, Absatz eins b, ASVG, wonach die Landesschiedskommission über den Bedarf der Nachbesetzung der freigewordenen Planstellen unter Berücksichtigung der Kriterien nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG zu entscheiden habe. Der Bedarfsprüfung seien daher nicht nur Bevölkerungsdichte und -struktur, sondern neben den örtlichen Verhältnissen, den Verkehrsverhältnissen und der Veränderung der Morbidität auch sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen zu Grunde zu legen. Zutreffend habe die Berufungswerberin gerügt, dass das Ermittlungsverfahren der Landeschiedskommission mangelhaft geblieben sei, weil diese dem Gebot der

Amtswegigkeit nicht entsprochen und aufgrund unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Sache Feststellungen nicht getroffen habe, die zur Beurteilung des Bedarfs der Nachbesetzung nach den zu berücksichtigenden Kriterien notwendig seien.

1.7. Nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung vor der Landesschiedskommission für Kärnten am 11.04.2013 (Besprechung der zu erfolgenden Beweisaufnahme) sowie am 24.07.2013 wurde im Protokoll festgehalten, dass die Kommissionsmitglieder darin übereinkämen, dass jedenfalls alle Vertragsleistungen in die Beurteilung einzubeziehen seien sowie auch Vertragsleistungen, die durch Wahl(zahn)ärzte erbracht würden. Auch Privatleistungen, zu denen die KGKK Kostenerstattungen leiste, seien einzubeziehen. Für die Beurteilung der Entwicklung und der Morbidität würden die Leistungen des Zahnambulatoriums Klagenfurt der KGKK erforderlich sein. Für die Beurteilung sei ein Zeitraum von ungefähr zehn Jahren heranzuziehen. Die weiteren für die Entscheidung erforderlichen Kriterien seien durch die bisher vorgelegten Unterlagen ausreichend belegt.

1.8. In der mündlichen Verhandlung vor der Landesschiedskommission am 14.01.2014 wurde der Antrag der XXXX abgewiesen und zugleich festgestellt, dass mit Rechtskraft der Entscheidung der Stellenplan verringert um zwei Planstellen als angepasst gelte. Beide Parteien beantragten die Zustellung eines schriftlichen Bescheides. Um Wiederholungen zu vermeiden wird auf die Ausführungen in der Begründung des angefochtenen Bescheides verwiesen. 1.8. In der mündlichen Verhandlung vor der Landesschiedskommission am 14.01.2014 wurde der Antrag der römisch 40 abgewiesen und zugleich festgestellt, dass mit Rechtskraft der Entscheidung der Stellenplan verringert um zwei Planstellen als angepasst gelte. Beide Parteien beantragten die Zustellung eines schriftlichen Bescheides. Um Wiederholungen zu vermeiden wird auf die Ausführungen in der Begründung des angefochtenen Bescheides verwiesen.

Rechtlich führte die Landesschiedskommission aus, mit der Bestimmung, sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, fordere der Gesetzgeber, dass neben den Vertragszahnärzten auch die Wahlzahnärzte und die in Ambulatorien und Krankenanstalten tätigen Zahnärzte in die Bedarfsprüfung einzubeziehen seien. Der Gesetzgeber gebe damit der ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit zahnmedizinischen Leistungen den Vorrang vor der Möglichkeit, zahnmedizinische Leistungen durch direkte Verrechnung der Vertragszahnärzte mit dem Krankenversicherungsträger zu erhalten und nehme in Kauf, dass sich Patienten mit dem Ersatz von 80 % der im Voraus selbst bezahlten Leistungen begnügen und 20 % des Kassentarifs oder, im Falle eines höheren Honorars auch mehr, als Selbstbehalt tragen.

Mit der Regelung des § 343 Abs. 1b ASVG sei den Krankenversicherungsträgern ermöglicht worden, Änderungen der vereinbarten Stellenpläne durch eine Entscheidung der Landeschiedskommission durchzusetzen. Demgegenüber sei eine Benachteiligung der Zahnärzte durch Verminderung der Planstellen nicht erheblich, zumal ihre Niederlassungs- und Erwerbsfreiheit als Wahlzahnärzte nicht eingeschränkt werde. Die Anzahl von insgesamt 85 Zahnärzten in Klagenfurt ergebe unter Berücksichtigung der Bevölkerung von Klagenfurt und der Einpendler eine Dichte der zahnärztlichen Versorgung von 1528 Personen pro Zahnarzt oder 6,5 Zahnärzte pro 10.000 Einwohner und Einpendler. Mit der Regelung des Paragraph 343, Absatz eins b, ASVG sei den Krankenversicherungsträgern ermöglicht worden, Änderungen der vereinbarten Stellenpläne durch eine Entscheidung der Landeschiedskommission durchzusetzen. Demgegenüber sei eine Benachteiligung der Zahnärzte durch Verminderung der Planstellen nicht erheblich, zumal ihre Niederlassungs- und Erwerbsfreiheit als Wahlzahnärzte nicht eingeschränkt werde. Die Anzahl von insgesamt 85 Zahnärzten in Klagenfurt ergebe unter Berücksichtigung der Bevölkerung von Klagenfurt und der Einpendler eine Dichte der zahnärztlichen Versorgung von 1528 Personen pro Zahnarzt oder 6,5 Zahnärzte pro 10.000 Einwohner und Einpendler.

Die Veränderung der Morbidität und der Bevölkerungsdichte und -struktur in den Jahren 2009-2012 und die Prognose für die Zeit bis 2035 ließen für die weitere Zukunft keinen auffallend veränderten Bedarf erkennen.

1.9. Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der XXXX, im Wesentlichen mit dem Vorbringen, der angefochtene Bescheid sei der XXXX am 22.01.2014 und dann in einer berichtigten Fassung nochmals am 31.01.2014 zugestellt worden. Die belangte Behörde vertrete die Rechtsansicht, dass die Erstzustellung unwirksam sei und nicht den Beginn der Rechtsmittelfrist auslöse. 1.9. Gegen diesen Bescheid richtet sich die vorliegende Beschwerde

der römisch 40, im Wesentlichen mit dem Vorbringen, der angefochtene Bescheid sei der römisch 40 am 22.01.2014 und dann in einer berichtigten Fassung nochmals am 31.01.2014 zugestellt worden. Die belangte Behörde vertrete die Rechtsansicht, dass die Erstzustellung unwirksam sei und nicht den Beginn der Rechtsmittelfrist auslöse.

Dies treffe nicht zu: Der am 22.01.2014 erlassene Bescheid scheide nicht einfach dadurch aus dem Rechtsbestand aus, dass er ein weiteres Mal (in geänderter Fassung) erlassen werde. Die BF verkenne nicht, dass die belangte Behörde eine Berichtigung des Bescheides vornehmen wollte, es sei jedoch im vorliegenden Fall zweifelhaft, ob die Abweichung der Ausfertigung vom genehmigten Bescheid-Konzept evident sei. Der am 22.01.2014 erlassene Bescheid biete jedenfalls kaum Anhaltspunkte für offenkundige Unrichtigkeiten. Halte man die Berichtigung dennoch für zulässig, so bliebe dies jedenfalls auf den Lauf der Beschwerdefrist ohne Einfluss, auch die unrichtige Rechtsmittelbelehrung könne den Lauf der gesetzlichen Rechtsmittelfrist weder hemmen noch verlängern. In Ansehung des am 22.01.2014 erlassenen Bescheides habe folglich die vier-wöchige Beschwerdefrist mit der Zustellung am 22.01.2014 zu laufen begonnen. Die vorliegende, am 19.02.2014 erhobene, Beschwerde sei daher in Bezug auf beide Bescheide rechtzeitig. Gehe man davon aus, dass der am 31.01.2014 erlassene Bescheid nicht als Berichtigungsbescheid qualifiziert werden könne, so sei er schon wegen Verstoßes gegen § 68 Abs 1 AVG rechtswidrig und ersatzlos aufzuheben. Andernfalls bilde der Bescheid vom 31.01.2014 mit Ersterem eine Einheit. Dies treffe nicht zu: Der am 22.01.2014 erlassene Bescheid scheide nicht einfach dadurch aus dem Rechtsbestand aus, dass er ein weiteres Mal (in geänderter Fassung) erlassen werde. Die BF verkenne nicht, dass die belangte Behörde eine Berichtigung des Bescheides vornehmen wollte, es sei jedoch im vorliegenden Fall zweifelhaft, ob die Abweichung der Ausfertigung vom genehmigten Bescheid-Konzept evident sei. Der am 22.01.2014 erlassene Bescheid biete jedenfalls kaum Anhaltspunkte für offenkundige Unrichtigkeiten. Halte man die Berichtigung dennoch für zulässig, so bliebe dies jedenfalls auf den Lauf der Beschwerdefrist ohne Einfluss, auch die unrichtige Rechtsmittelbelehrung könne den Lauf der gesetzlichen Rechtsmittelfrist weder hemmen noch verlängern. In Ansehung des am 22.01.2014 erlassenen Bescheides habe folglich die vier-wöchige Beschwerdefrist mit der Zustellung am 22.01.2014 zu laufen begonnen. Die vorliegende, am 19.02.2014 erhobene, Beschwerde sei daher in Bezug auf beide Bescheide rechtzeitig. Gehe man davon aus, dass der am 31.01.2014 erlassene Bescheid nicht als Berichtigungsbescheid qualifiziert werden könne, so sei er schon wegen Verstoßes gegen Paragraph 68, Absatz eins, AVG rechtswidrig und ersatzlos aufzuheben. Andernfalls bilde der Bescheid vom 31.01.2014 mit Ersterem eine Einheit.

Im vorliegenden Fall habe die belangte Behörde zu untersuchen, ob der Bedarf an den verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen seit dem Abschluss des Gesamtvertrages am 24.04.2002 weggefallen sei; dabei seien die Kriterien des § 342 Abs 1 Z 1 ASVG zu berücksichtigen. Im vorliegenden Fall habe die belangte Behörde zu untersuchen, ob der Bedarf an den verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen seit dem Abschluss des Gesamtvertrages am 24.04.2002 weggefallen sei; dabei seien die Kriterien des Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG zu berücksichtigen.

Obwohl für das Bundesland Kärnten kein regionaler Strukturplan bestehe, könne auch der Arbeitsbericht zu der sich hier stellenden Bedarfsfrage herangezogen werden; so werde hier für die Versorgungsregion Kärnten Ost gegenüber dem Jahr 2007 ein praktisch unveränderter Bedarf ausgewiesen.

Zu den Feststellungen zu den ambulanten Versorgungsstrukturen sei hinzuzufügen, dass im Zahnambulatorium XXXX (rechtswidrig) ein sechster Behandlungsstuhl in Betrieb sei, obwohl von der krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung nur fünf Behandlungsstühle erfasst seien. Dies sei bei der Veränderung der Morbidität zu berücksichtigen. Zu den Feststellungen zu den ambulanten Versorgungsstrukturen sei hinzuzufügen, dass im Zahnambulatorium römisch 40 (rechtswidrig) ein sechster Behandlungsstuhl in Betrieb sei, obwohl von der krankenanstaltenrechtlichen Genehmigung nur fünf Behandlungsstühle erfasst seien. Dies sei bei der Veränderung der Morbidität zu berücksichtigen.

Bei den örtlichen Verhältnissen und den Verkehrsverhältnissen sei festzuhalten, dass die Feststellungen lediglich die in Klagenfurt erwerbstätigen Pendler umfassten. Es seien aber keine Daten zu den zum Zweck von Einkäufen und Behördenwegen einpendelnden Personen verfügbar. Es müssten zumindest die 9603 einpendelnden Schülerinnen, Schüler und Studierenden der Bedarfsfeststellung zu Grunde gelegt werden.

Bezüglich der Veränderung der Morbidität sei festzuhalten, dass der rechtswidrig betriebene sechste Behandlungsstuhl im Zahnambulatorium Klagenfurt versorgungswirksam sei und Patienten von den Vertragszahnärzten abziehe.

Die Feststellungen zur Veränderung der Bevölkerungsdichte und -struktur seien grundsätzlich korrekt, allerdings seien die erwähnten Schülerinnen, Schüler und Studierenden hinzuzufügen. Auf einen Zahnarzt entfielen daher 1640 Personen. Umgekehrt entfielen auf 10.000 Einwohner und Einpendler 6,1 Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Die Ausführungen der BF, die sich mit den Feststellungen der belangten Behörde im Wesentlichen deckten, zeigten deutlich nicht nur ein Fortbestehen, sondern sogar eine Zunahme des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen: Die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen sei durchgehend - und teils ganz beträchtlich - gestiegen, die Zahl der zu versorgenden Patienten sei zugleich angewachsen und wachse weiter.

Das Bestehen eines Bedarfs stelle die belangte Behörde offenbar gar nicht in Abrede. Sie verneine lediglich den Bedarf an der Nachbesetzung der frei gewordenen Kassenplanstellen und begründe dies damit, dass der gestiegene Bedarf auch durch die Wahlzahnärzte abgedeckt werden könne. Dies stehe mit den Regelungen des ASVG über das Vertragspartnersystem im Widerspruch.

Das Ziel des Gesamtvertrages habe gemäß § 342 Abs 1 Z 1 ASVG in der Sicherstellung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung mit Vertragszahnärzten zu bestehen weil nur diese den Regelungsgegenstand des Gesamtvertrages bilde. Es seien zwar auch die anderen Kriterien zu berücksichtigen, die Patienten hätten aber weiterhin einen Anspruch auf Sachleistung und seien nicht verpflichtet, unter Übernahme eines 20-prozentigen Selbstbehaltes einen Wahlzahnarzt in Anspruch zu nehmen. Insoweit habe das 4. SRÄG 2009 nichts daran geändert, dass es ein ausreichendes Angebot an Vertragszahnärzten geben müsse. Aus diesem Grund könne der belangten Behörde nicht gefolgt werden, wenn sie behaupte, der Gesetzgeber habe "in Kauf" genommen, dass sich Patienten mit dem eingeschränkten Ersatz der Wahlzahnarztkosten zu begnügen hätten. Die belangte Behörde behaupte auch nicht, dass die verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen nicht mehr finanzierbar seien. Tatsächlich wären Einsparungen auf diesem Weg auch nicht zu erzielen, weil die Patienten bei Wegfall einer Kassenplanstelle keinen Grund haben können, deswegen einen Wahlzahnarzt in Anspruch zu nehmen, sondern sie sich viel mehr an die verbleibenden Vertragszahnärzte halten würden. So sei auch zu erklären, dass die Gesetzesmaterialien zum 4. SRÄG 2009 nicht etwa Einsparungen von Kassenplanstellen als Ziel der dynamischen Stellenplanung vorgeben, sondern einen "optimierten Mitteleinsatz" und zu diesem Zweck eine "gewisse Flexibilisierung bei den Stellenplänen" (vgl. ErläutRV 476 BlgNR 24.GP 5 f.). Das Ziel des Gesamtvertrages habe gemäß Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG in der Sicherstellung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung mit Vertragszahnärzten zu bestehen weil nur diese den Regelungsgegenstand des Gesamtvertrages bilde. Es seien zwar auch die anderen Kriterien zu berücksichtigen, die Patienten hätten aber weiterhin einen Anspruch auf Sachleistung und seien nicht verpflichtet, unter Übernahme eines 20-prozentigen Selbstbehaltes einen Wahlzahnarzt in Anspruch zu nehmen. Insoweit habe das 4. SRÄG 2009 nichts daran geändert, dass es ein ausreichendes Angebot an Vertragszahnärzten geben müsse. Aus diesem Grund könne der belangten Behörde nicht gefolgt werden, wenn sie behaupte, der Gesetzgeber habe "in Kauf" genommen, dass sich Patienten mit dem eingeschränkten Ersatz der Wahlzahnarztkosten zu begnügen hätten. Die belangte Behörde behaupte auch nicht, dass die verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen nicht mehr finanzierbar seien. Tatsächlich wären Einsparungen auf diesem Weg auch nicht zu erzielen, weil die Patienten bei Wegfall einer Kassenplanstelle keinen Grund haben können, deswegen einen Wahlzahnarzt in Anspruch zu nehmen, sondern sie sich viel mehr an die verbleibenden Vertragszahnärzte halten würden. So sei auch zu erklären, dass die Gesetzesmaterialien zum 4. SRÄG 2009 nicht etwa Einsparungen von Kassenplanstellen als Ziel der dynamischen Stellenplanung vorgeben, sondern einen "optimierten Mitteleinsatz" und zu diesem Zweck eine "gewisse Flexibilisierung bei den Stellenplänen" vergleiche ErläutRV 476 BlgNR 24. Gesetzgebungsperiode 5 f.).

Schließlich versage auch der Hinweis der belangten Behörde, dass das Angebot der Wahlzahnärzte in den letzten Jahren (tatsächlich) vermehrt in Anspruch genommen worden sei. Diese Erscheinung ändere jedenfalls nichts an den gesetzlichen Grundlagen der Sachleistungsvorsorge und des Vertragszahnarztsystems.

Es treffe zwar zu, dass der Zahnarzt als Wahlzahnarzt denselben Kreis von Patienten behandeln könne, jedoch übersehe die belangte Behörde, dass die Versicherten regelmäßig eine Behandlung durch einen Vertragszahnarzt vorziehen würden, weil diesfalls die Kosten zur Gänze vom Sozialversicherungsträger übernommen würden. Insoweit führe die Nichtzulassung als Vertragszahnarzt faktisch zu einem Ausschluss des betroffenen Zahnarztes von einem gewissen Markt, weswegen eine Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit vorliege. Vor diesem Hintergrund bestehe das Regelungsziel der §§ 338 ff ASVG nicht allein in der Sicherstellung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung, sondern gleichzeitig auch in der Wahrung der Interessen der Zahnärzteschaft. Dies komme vor allem im § 338 Abs 2

zweiter Satz ASVG zum Ausdruck, wonach eigene Einrichtungen der Versicherungsträger für die Versorgung mit diesen Leistungen nur nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden dürften. Auch in der Rechtsprechung sei dies durchgehend anerkannt. Dies gelte auch für den Stellenplan: Die planmäßige Aufteilung des Anbietermarktes diene nicht nur einer regional ausgewogenen Versorgung, sondern auch der Erhaltung von wirtschaftlich überlebensfähigen Vertragsarztpraxen zu für die Krankenversicherungsträger finanzierbaren Kosten. Es treffe zwar zu, dass der Zahnarzt als Wahlzahnarzt denselben Kreis von Patienten behandeln könne, jedoch übersehe die belangte Behörde, dass die Versicherten regelmäßig eine Behandlung durch einen Vertragszahnarzt vorziehen würden, weil diesfalls die Kosten zur Gänze vom Sozialversicherungsträger übernommen würden. Insoweit führe die Nichtzulassung als Vertragszahnarzt faktisch zu einem Ausschluss des betroffenen Zahnarztes von einem gewissen Markt, weswegen eine Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit vorliege. Vor diesem Hintergrund bestehe das Regelungsziel der Paragraphen 338, ff ASVG nicht allein in der Sicherstellung einer ausreichenden zahnärztlichen Versorgung, sondern gleichzeitig auch in der Wahrung der Interessen der Zahnärzteschaft. Dies komme vor allem im Paragraph 338, Absatz 2, zweiter Satz ASVG zum Ausdruck, wonach eigene Einrichtungen der Versicherungsträger für die Versorgung mit diesen Leistungen nur nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden dürften. Auch in der Rechtsprechung sei dies durchgehend anerkannt. Dies gelte auch für den Stellenplan: Die planmäßige Aufteilung des Anbietermarktes diene nicht nur einer regional ausgewogenen Versorgung, sondern auch der Erhaltung von wirtschaftlich überlebensfähigen Vertragsarztpraxen zu für die Krankenversicherungsträger finanzierbaren Kosten.

Nach den Feststellungen der belangten Behörde wachse der Bedarf an zahnärztlichen Leistungen nicht nur generell, sondern gerade auch im Bereich der reinen Vertragsleistungen. Sollte sich der Bedarf an reinen Vertragsleistungen tatsächlich verringern (was allerdings nicht festgestellt worden sei), dann müssten zuerst Behandlungsstühle in den Zahnambulatorien eingespart werden, bevor Kassenplanstellen eingespart werden dürfen. Anders gesagt: Solange die KGKK die Zahnbehandlungsstühle in Zahnambulatorien Klagenfurt nicht reduziere, könne sie die Nachbesetzung von Kassenplanstellen nicht mit dem Wegfall eines Bedarfs an reinen Vertragsleistungen begründen.

Es habe sich zwar auch der Bedarf an Wahlzahnarztleistungen erhöht, genauso allerdings jener an reinen Vertragsleistungen, der aufgrund des § 133 Abs 2 letzter Satz, des § 338 Abs 2 und des § 342 Abs 1 Z 1 ASVG durch Kassenplanstellen abzudecken sei. Die Parteien des Gesamtvertrages hätten sich im Jahr 2002 mit guten Gründen auf 48 Kassenplanstellen geeinigt. Der Bedarf an eben diesen Stellen habe sich nicht etwa verringert sondern noch erhöht. Es habe sich zwar auch der Bedarf an Wahlzahnarztleistungen erhöht, genauso allerdings jener an reinen Vertragsleistungen, der aufgrund des Paragraph 133, Absatz 2, letzter Satz, des Paragraph 338, Absatz 2 und des Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG durch Kassenplanstellen abzudecken sei. Die Parteien des Gesamtvertrages hätten sich im Jahr 2002 mit guten Gründen auf 48 Kassenplanstellen geeinigt. Der Bedarf an eben diesen Stellen habe sich nicht etwa verringert sondern noch erhöht.

Es könne auch nicht eingewendet werden, dass die ausgeübten Planstellen zuletzt nicht mehr voll ausgelastet gewesen seien. Es liege in der Natur des zahnärztlichen Berufes, dass Zahnärzte dann, wenn sie beabsichtigten, ihre Berufstätigkeit in absehbarer Zeit zu beenden, ihre Tätigkeit langsam "herunterfahren", weil gerade zahnärztliche Behandlungen im Regelfall nicht in einer Sitzung abgeschlossen würden, sondern mehrere Behandlungstermine erforderten. Mit gutem Grund spreche § 342 Abs 1 Z 1 ASVG daher nicht davon, dass eine Planstelle nur danach zu besetzen sei, wenn die zahnärztliche Versorgung ansonsten gefährdet wäre, sondern davon, dass eine ausreichende (zahn)ärztliche Versorgung zu gewährleisten sei. Es könne auch nicht eingewendet werden, dass die ausgeübten Planstellen zuletzt nicht mehr voll ausgelastet gewesen seien. Es liege in der Natur des zahnärztlichen Berufes, dass Zahnärzte dann, wenn sie beabsichtigten, ihre Berufstätigkeit in absehbarer Zeit zu beenden, ihre Tätigkeit langsam "herunterfahren", weil gerade zahnärztliche Behandlungen im Regelfall nicht in einer Sitzung abgeschlossen würden, sondern mehrere Behandlungstermine erforderten. Mit gutem Grund spreche Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG daher nicht davon, dass eine Planstelle nur danach zu besetzen sei, wenn die zahnärztliche Versorgung ansonsten gefährdet wäre, sondern davon, dass eine ausreichende (zahn)ärztliche Versorgung zu gewährleisten sei.

Die Beschwerdeführerin stelle den Antrag, eine mündliche Verhandlung durchzuführen und festzustellen, dass an der Nachbesetzung der durch die Niederlegung der Kassenverträge freigewordenen Planstellen ein Bedarf bestehe und diese Stellen daher auszuschreiben seien, in eventu den Bescheid gemäß § 28 Abs 3 VwGVG mit Beschluss aufzuheben und die Angelegenheit zur Erlassung eines neuen Bescheides an die belangte Behörde zurückzuverweisen. Die

Beschwerdeführerin stelle den Antrag, eine mündliche Verhandlung durchzuführen und festzustellen, dass an der Nachbesetzung der durch die Niederlegung der Kassenverträge freigewordenen Planstellen ein Bedarf bestehe und diese Stellen daher auszuschreiben seien, in eventu den Bescheid gemäß Paragraph 28, Absatz 3, VwGVG mit Beschluss aufzuheben und die Angelegenheit zur Erlassung eines neuen Bescheides an die belangte Behörde zurückzuverweisen.

1.10. Mit Schreiben des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10.03.2015 wurde der KGKK die gegenständliche Beschwerde zur Stellungnahme zugestellt.

1.11. Mit Eingabe vom 25.03.2015, beim Bundesverwaltungsgericht eingelangt am 30.03.2015, brachte die KGKK eine Stellungnahme ein und führte in dieser aus, § 62 Abs. 4 AVG ermögliche die Korrektur von bestimmten Unrichtigkeiten in Bescheiden. Daraus werde abgeleitet, dass sich die Bescheidberichtigung nach § 62 Abs. 4 AVG nicht nur auf den Spruch, sondern auch auf alle anderen Teile des Bescheides beziehen könne. Der vorliegende Fehler sei versehentlich passiert und sei offenkundig, weshalb er zu berichtigen gewesen sei. Der Inhalt des Bescheides sei auch nicht verändert worden. Aus Sicht der KGKK sei der zweitzugestellte Bescheid als Berichtigungsbescheid zu werten und bilde daher mit dem erstzugestellten Bescheid eine Einheit. Nach ständiger Rechtsprechung des VwGH sei die Frist zur Erhebung eines Rechtsmittels gegen den ursprünglichen Bescheid nur dann von der Erlassung des Berichtigungsbescheides an neu zu berechnen, wenn erst in der berichtigten Fassung ein (somit in Wahrheit bereits bestehender) Eingriff in die Rechte der Partei - bzw. dessen Ausmaß zum Ausdruck komme. Dies sei gegenständlich nicht der Fall, weshalb der Fristenlauf mit Zustellung des ersten Bescheides beginne. Sofern die Zustellung am 22.01.2014 erfolgt sei, sei die Frist mit Einbringung am 19.02.2014 gewahrt. 1.11. Mit Eingabe vom 25.03.2015, beim Bundesverwaltungsgericht eingelangt am 30.03.2015, brachte die KGKK eine Stellungnahme ein und führte in dieser aus, Paragraph 62, Absatz 4, AVG ermögliche die Korrektur von bestimmten Unrichtigkeiten in Bescheiden. Daraus werde abgeleitet, dass sich die Bescheidberichtigung nach Paragraph 62, Absatz 4, AVG nicht nur auf den Spruch, sondern auch auf alle anderen Teile des Bescheides beziehen könne. Der vorliegende Fehler sei versehentlich passiert und sei offenkundig, weshalb er zu berichtigen gewesen sei. Der Inhalt des Bescheides sei auch nicht verändert worden. Aus Sicht der KGKK sei der zweitzugestellte Bescheid als Berichtigungsbescheid zu werten und bilde daher mit dem erstzugestellten Bescheid eine Einheit. Nach ständiger Rechtsprechung des VwGH sei die Frist zur Erhebung eines Rechtsmittels gegen den ursprünglichen Bescheid nur dann von der Erlassung des Berichtigungsbescheides an neu zu berechnen, wenn erst in der berichtigten Fassung ein (somit in Wahrheit bereits bestehender) Eingriff in die Rechte der Partei - bzw. dessen Ausmaß zum Ausdruck komme. Dies sei gegenständlich nicht der Fall, weshalb der Fristenlauf mit Zustellung des ersten Bescheides beginne. Sofern die Zustellung am 22.01.2014 erfolgt sei, sei die Frist mit Einbringung am 19.02.2014 gewahrt.

Derzeit gebe es in Kärnten keinen von der Gesundheitsplattform beschlossenen RSG für den extramuralen Bereich. Die Ergebnisse der Berechnungen des RSG 2015 für den extramuralen Bereich seien aufgrund unsicherer Datenlage zum damaligen Zeitpunkt sehr umstritten gewesen, weshalb der RSG für den extramuralen Bereich der Gesundheitsplattform zwar zur Kenntnis gebracht, ein Beschluss des ambulanten RSG sei jedoch aus den genannten Gründen nicht gefasst worden. Der vorliegende "Arbeitsbericht" könne gegenständlich nur bedingt herangezogen werden, da die Berechnungsgrundlagen umstritten seien und auch nur eine Aussage über den Bedarf in den Versorgungsregionen "Kärnten Ost" und "Kärnten West" abgegeben werde. Es werde keine Aussage über den Bedarf in den einzelnen Bezirken getroffen, was aus Sicht der KGKK jedoch bei einer zeitgemäßen Planung unabdingbar sei.

Im Zuge des gegenständlichen Verfahrens habe die KGKK - nachdem die Landesschiedskommission dies nicht getan habe - ein anerkanntes Planungsinstitut mit der Erstellung einer Planungsgrundlage für den Bereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für das Bundesland Kärnten beauftragt. Die XXXX Forschungsgesellschaft mbH sei ein anerkanntes Planungsinstitut im Bereich der Versorgungsforschung und Versorgungsplanung im Gesundheitsbereich und habe als solches den regionalen Strukturplan für die Steiermark erstellt. Derzeit arbeite die XXXX Forschungsgesellschaft mbH nach erfolgter Ausschreibung auch am regionalen Strukturplan 2020 für Kärnten, welcher bis spätestens Juni 2015 von der Landeszielsteuerungskommission Kärnten beschlossen werden solle. Im Zuge des gegenständlichen Verfahrens habe die KGKK - nachdem die Landesschiedskommission dies nicht getan habe - ein anerkanntes Planungsinstitut mit der Erstellung einer Planungsgrundlage für den Bereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für das Bundesland Kärnten beauftragt. Die römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH sei ein anerkanntes Planungsinstitut im Bereich der Versorgungsforschung und Versorgungsplanung im Gesundheitsbereich und habe als solches den regionalen

Strukturplan für die Steiermark erstellt. Derzeit arbeite die römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH nach erfolgter Ausschreibung auch am regionalen Strukturplan 2020 für Kärnten, welcher bis spätestens Juni 2015 von der Landeszielsteuerungskommission Kärnten beschlossen werden solle.

Der erstellte Strukturplan für die extramurale Versorgung im Bereich der ZMK in Kärnten vom Dezember 2013 sei in der Planung wesentlich genauer, da aufgrund der in diesem Plan gewählten Methodik der Bedarf für jeden Bezirk festgelegt worden sei.

Für den Bezirk Klagenfurt Stadt - und um diesen Bezirk gehe es gegenständlich - werde eine Reduktion auf 33 Planstellen (bisher 48) empfohlen, im Gegensatz dazu werde in anderen Bezirken (zum Beispiel Völkermarkt, Feldkirchen) die Schaffung von neuen Planstellen vorgeschlagen. Der Plan sehe auch eine Reduktion der Behandlungsplätze in den kasseneigenen Ambulatorien vor.

Die Ergebnisse des erstellten Strukturplanes sowie sämtliche Auswertungen der KGKK, die bereits vorgebracht worden seien, seien im Sinne der gesetzlichen Bestimmung unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur erfolgt und kämen zu dem Schluss, dass Klagenfurt Stadt eine zu hohe Zahnärztedichte aufweise und auch mit 33 Planstellen eine ausreichende zahnärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 1. Satz ASVG gesichert sei. Die Ergebnisse des erstellten Strukturplanes sowie sämtliche Auswertungen der KGKK, die bereits vorgebracht worden seien, seien im Sinne der gesetzlichen Bestimmung unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur erfolgt und kämen zu dem Schluss, dass Klagenfurt Stadt eine zu hohe Zahnärztedichte aufweise und auch mit 33 Planstellen eine ausreichende zahnärztliche Versorgung im Sinne des Paragraph 338, Absatz 2, 1. Satz ASVG gesichert sei.

Die Behauptung der BF, wonach ein sechster Zahnbehandlungsstuhl im Ambulatorium der KGKK in XXXX betrieben werde, sei falsch. Es seien nur 5 von der Sanitätsbehörde bewilligte Zahnbehandlungsstühle in Verwendung. Die Behauptung der BF, wonach ein sechster Zahnbehandlungsstuhl im Ambulatorium der KGKK in römisch 40 betrieben werde, sei falsch. Es seien nur 5 von der Sanitätsbehörde bewilligte Zahnbehandlungsstühle in Verwendung.

Auch das Argument bezüglich der 9000 einpendelnden Schüler und Studenten gehe ins Leere, zumal sämtliche Pendler in den Berechnungen des Joanneum Research zum Bedarf bereits berücksichtigt seien.

Die Auswertung der Anzahl der e-Card-Konsultationen sei für die Beurteilung der Kriterien nach § 343 Abs. 1 Ziffer 1 ASVG notwendig, da damit die Auslastung ambulanter Versorgungsstrukturen und auch die Morbidität beurteilt werden könnten. Die Auswertung der Anzahl der e-Card-Konsultationen sei für die Beurteilung der Kriterien nach Paragraph 343, Absatz eins, Ziffer 1 ASVG notwendig, da damit die Auslastung ambulanter Versorgungsstrukturen und auch die Morbidität beurteilt werden könnten.

Diese Gesetzesstelle spreche von einer ausreichenden und nicht von einer bestmöglichen Versorgung, auch aus den Erläuterungen zur Stammfassung des ASVG und zur 33. ASVG-Novelle gehe hervor, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu berücksichtigen sei. Die 33. ASVG-Novelle habe den Auftrag an die Gesamtvertragsparteien konkretisiert und dabei das Ziel einer regional zwischen Stadt und Land ausgewogenen Verteilung der Vertragsärzte verfolgt; die Zahl und Verteilung der Arztstellen solle sich neben den Verkehrsverhältnissen vor allem an der Bevölkerungszahl orientieren. Im Zuge der Umsetzung des ausgabenseitigen Kassensanierungskonzeptes durch das 4. SRÄG (Sozialrechtsänderungsgesetzes) 2009 sei einerseits eine dynamische Stellenplanung im Sinne der Verbreitung der maßgeblichen Kriterien eingeführt worden, die auch die (Zahn)Ärzttekammer verpflichte, auf die regionale Gesundheitsplanung Rücksicht zu nehmen, und andererseits ein Modus geschaffen worden, wie die Krankenversicherungsträger auch gegen den Willen der (Zahn)Ärzttekammer eine Redimensionierung des Stellenplanes erwirken könnten (§ 343 Abs. 1b und 1c ASVG). Diese Gesetzesstelle spreche von einer ausreichenden und nicht von einer bestmöglichen Versorgung, auch aus den Erläuterungen zur Stammfassung des ASVG und zur 33. ASVG-Novelle gehe hervor, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenkassen zu berücksichtigen sei. Die 33. ASVG-Novelle habe den Auftrag an die Gesamtvertragsparteien konkretisiert und dabei das Ziel einer regional zwischen Stadt und Land ausgewogenen Verteilung der Vertragsärzte verfolgt; die Zahl und Verteilung der Arztstellen solle sich neben den Verkehrsverhältnissen vor allem an der Bevölkerungszahl orientieren. Im Zuge der Umsetzung des ausgabenseitigen Kassensanierungskonzeptes durch das 4. SRÄG

(Sozialrechtsänderungsgesetzes) 2009 sei einerseits eine dynamische Stellenplanung im Sinne der Verbreitung der maßgeblichen Kriterien eingeführt worden, die auch die (Zahn)Ärztammer verpflichte, auf die regionale Gesundheitsplanung Rücksicht zu nehmen, und andererseits ein Modus geschaffen worden, wie die Krankenversicherungsträger auch gegen den Willen der (Zahn)Ärztammer eine Redimensionierung des Stellenplanes erwirken könnten (Paragraph 343, Absatz eins b und eins c ASVG).

Nicht völlig unerheblich sei schließlich auch die finanzielle Lage der jeweiligen Kasse. Die Korrelation zwischen Zahnarztdichte und Ausgaben könne nachgewiesen werden (so wiesen die WGKK und die KGKK, die die größte Dichte hätten, die höchsten Aufwendungen für zahnärztliche Hilfe auf, weil eine unterdurchschnittliche Fallzahl pro Vertragszahnarzt zu einer überdurchschnittlichen Leistungszeit bzw. einem eben solchen Fall Honorar führten).

Die Erklärungen der BF, warum ein Arzt weniger verdienen möchte, könnten anhand der Beispiele von ein paar Zahnärzten aufgezeigt werden, nicht jedoch in Zusammenhang mit sämtlichen Ärzten eines gesamten Bezirkes. Dass nun in Klagenfurt Stadt im Vergleich zu anderen Bezirken nur sehr wenige Fälle pro Quartal abgerechnet würden, lasse eindeutig den Schluss zu, dass Klagenfurt Stadt eine sehr hohe, aus Sicht der KGKK zu hohe, Zahnärztdichte aufweise. Es könne sonst wohl nur schwer erklärt werden, warum die Zahnärzte in Feldkirchen oder Völkermarkt "fleißiger" sein sollten als ihre Klagenfurter Kollegen.

Es werde auf das bisherige Vorbringen verwiesen und beantragt, die Beschwerde abzuweisen.

1.12. Mit der Eingabe vom 27.05.2015 reichte die Beschwerdeführerin ein Gutachten bezüglich der Versorgungsstruktur Kärnten 2030 (zukünftige extramurale Versorgung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Berücksichtigung demographischer Aspekte) von Dr. XXXX, ein und brachte im Wesentlichen vor, bezüglich der Berichtigung des erlassenen Bescheides verweise die Beschwerdeführerin auf das Beschwerdevorbringen. 1.12. Mit der Eingabe vom 27.05.2015 reichte die Beschwerdeführerin ein Gutachten bezüglich der Versorgungsstruktur Kärnten 2030 (zukünftige extramurale Versorgung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Berücksichtigung demographischer Aspekte) von Dr. römisch 40, ein und brachte im Wesentlichen vor, bezüglich der Berichtigung des erlassenen Bescheides verweise die Beschwerdeführerin auf das Beschwerdevorbringen.

Die KGKK begründe nicht, weshalb der Beweiswert des Arbeitsberichtes in Frage zu stellen sei. Die Beschwerdeführerin weise insbesondere nochmals auf die Punkte 3.4. (Seite 61) und 1.12.14. (Seiten 70 und 71) des Arbeitsberichtes hin, weil praktisch unveränderter Bedarf für die Versorgungsregion Kärnten-Ost ausgewiesen werde.

Die KGKK berufe sich zur Untermauerung ihrer Standpunkte in erster Linie auf den Strukturplan der XXXX Forschungsgesellschaft mbH vom Dezember 2013, wo für den Bezirk Klagenfurt eine Reduktion auf 33 Planstellen vorgeschlagen werde. Das nun von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten decke mehrere entscheidende Fehlinterpretationen des erstellten Strukturplans auf (insbesondere ein zu kurzfristig angelegter Planungshorizont und die Nichtberücksichtigung Kärnten-spezifischer demographischer Entwicklungen und Besonderheiten) und stelle - unter Vermeidung dieser - einen realitätsgetreuen Strukturplan auf. Insbesondere sehe das Gutachten aufgrund der im Vergleich zu Österreich differierenden Bevölkerung und Altersstruktur in Kärnten ein Reduktionspotenzial von insgesamt (Kärnten-weit) nur zehn Stellen, konkret von fünf § 2-Planstellen und fünf Stellen in den Ambulatorien; bei der Umlegung dieses Reduktionspotenzials werde für den Versorgungsbereich Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung und aufgrund des Umstands, dass Klagenfurt das Einpendelzentrum Kärntens darstelle, eine Beibehaltung der bestehenden § 2-Planstellen und eine Kürzung im Bereich der Ambulatorien von einem Behandlungsstuhl vorgeschlagen. Angesichts dessen erachte die Beschwerdeführerin den Strukturplan der XXXX Forschungsgesellschaft mbH vom Dezember 2013 als nicht tragfähig. Im Übrigen habe auch die belangte Behörde nicht in Abrede gestellt, dass weiterhin ein Bedarf an den durch die beiden verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen gewährleisteten Behandlungskapazitäten bestehe. Sie sehe sogar einen gestiegenen Bedarf, der allerdings nach der - insoweit verfehlten - Rechtsansicht der belangten Behörde auch durch Wahlzahnärzte abgedeckt werden könne. Die KGKK berufe sich zur Untermauerung ihrer Standpunkte in erster Linie auf den Strukturplan der römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH vom Dezember 2013, wo für den Bezirk Klagenfurt eine Reduktion auf 33 Planstellen vorgeschlagen werde. Das nun von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten decke mehrere entscheidende Fehlinterpretationen des erstellten Strukturplans auf (insbesondere ein zu kurzfristig angelegter Planungshorizont und die Nichtberücksichtigung Kärnten-spezifischer demographischer Entwicklungen und Besonderheiten) und stelle - unter Vermeidung dieser - einen realitätsgetreuen Strukturplan auf.

Insbesondere sehe das Gutachten aufgrund der im Vergleich zu Österreich differierenden Bevölkerung und Altersstruktur in Kärnten ein Reduktionspotenzial von insgesamt (Kärnten-weit) nur zehn Stellen, konkret von fünf Paragraph 2 -, P, l, a, n, s, t, e, l, l, e, n und fünf Stellen in den Ambulatorien; bei der Umlegung dieses Reduktionspotenzials werde für den Versorgungsbereich Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung und aufgrund des Umstands, dass Klagenfurt das Einpendelzentrum Kärntens darstelle, eine Beibehaltung der bestehenden Paragraph 2 -, P, l, a, n, s, t, e, l, l, e, n und eine Kürzung im Bereich der Ambulatorien von einem Behandlungsstuhl vorgeschlagen. Angesichts dessen erachte die Beschwerdeführerin den Strukturplan der römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH vom Dezember 2013 als nicht tragfähig. Im Übrigen habe auch die belangte Behörde nicht in Abrede gestellt, dass weiterhin ein Bedarf an den durch die beiden verfahrensgegenständlichen Kassenplanstellen gewährleisteten Behandlungskapazitäten bestehe. Sie sehe sogar einen gestiegenen Bedarf, der allerdings nach der - insoweit verfehlten - Rechtsansicht der belangten Behörde auch durch Wahlzahnärzte abgedeckt werden könne.

Vertragsleistungen seien in erster Linie durch Kassenvertragszahnärzte und durch die Kassenzahnambulatorien zu erbringen, dieser geltende Rechtszustand könne nicht mit einem Hinweis auf den Strukturplan der XXXX Forschungsgesellschaft mbH widerlegt werden. Auch dieser verkenne die Rechtslage, wenn dort unter Punkt 5.2. und 5.3. begründungslos eine gleichmäßige Reduktion von § 2-Planstellen und Behandlungsstühlen in den Kassenzahnambulatorien vorgeschlagen werde. In der jüngeren Literatur werde diese Rechtsansicht der Beschwerdeführerin bestätigt, hingewiesen werde auf den Beitrag Scholz, Marktzugang im ambulanten Gesundheitswesen aus 2014. Vertragsleistungen seien in erster Linie durch Kassenvertragszahnärzte und durch die Kassenzahnambulatorien zu erbringen, dieser geltende Rechtszustand könne nicht mit einem Hinweis auf den Strukturplan der römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH widerlegt werden. Auch dieser verkenne die Rechtslage, wenn dort unter Punkt 5.2. und 5.3. begründungslos eine gleichmäßige Reduktion von Paragraph 2 -, P, l, a, n, s, t, e, l, l, e, n und Behandlungsstühlen in den Kassenzahnambulatorien vorgeschlagen werde. In der jüngeren Literatur werde diese Rechtsansicht der Beschwerdeführerin bestätigt, hingewiesen werde auf den Beitrag Scholz, Marktzugang im ambulanten Gesundheitswesen aus 2014.

Der im Kassenzahnambulatorium in Klagenfurt konsenslos in Verwendung stehende sechste Zahnbehandlungsstuhl werde für Zahnprophylaxeleistungen genutzt. Gemäß den Bewilligungsbescheiden für das Zahnambulatorium Klagenfurt seien jedoch unzweifelhaft nur fünf Behandlungsstühle bewilligt. Offenbar gehe die KGKK davon aus, dass es sich bei einem Zahnprophylaxestuhl nicht um einen vollwertigen Zahnbehandlungsstuhl handle. Diesbezüglich sei auf die Judikatur des VWGH verwiesen. Der Umstand, dass die mitbeteiligte Partei die Behandlungskapazitäten in ihrem Kassenzahnambulatorium in Klagenfurt ausweite, erschüttere die Glaubwürdigkeit ihres Vorbringens. Die Beschwerdeführerin halte ihr sonstiges Beschwerdevorbringen und ihre Beschwerdeanträge aufrecht.

1.13. Mit Eingabe vom 18.06.2015 übermittelte die KGKK den am selben Tag in der Sitzung der Landeszielsteuerungskommission Kärnten beschlossenen Regionalen Strukturplan 2020. Die Planungsarbeiten hätten ergeben, dass im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) eine deutliche Überversorgung herrsche, die bis zum Jahr 2020 abgebaut werden solle. Gleichzeitig solle eine teilweise bestehende Ungleichverteilung zwischen den beiden Versorgungsregionen Kärnten Ost und Kärnten West reduziert werden. Für den Bereich ZMK werde für den Bezirk Klagenfurt-Stadt ein Bedarf von 37 Planstellen festgestellt. Aufgrund dieser Planungsergebnisse seien die freigewordenen Planstellen nicht nach zu besetzen.

1.14. In ihrer Stellungnahme zum vorgelegten RSG 2020 vom 02.09.2015 bringt die Beschwerdeführerin vor, sie könne den Standpunkt nicht teilen. Die Festlegung der Zahl der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte gemäß § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG solle lediglich unter Bedachtnahme auf den RSG erfolgen. Eine Bindung der Gesamtvertragsparteien werde weder im Gesetz angeordnet noch in den Materialien angedacht. Weiche also der Gesamtvertrag vom RSG ab, so bewirke dies nicht seine Ungültigkeit. Aus diesem Grund habe auch der RSG Kärnten 2020 keine normativ bindende Kraft. Er verpflichte weder die am gegenständlichen Verfahren beteiligten Gesamtvertragsparteien noch das Bundesverwaltungsgericht. Dieses Ergebnis werde noch weiter dadurch bestärkt, dass die österreichische Zahnärztekammer in das Verfahren zur Formulierung des RSG Kärnten 2020 nicht eingebunden gewesen sei, dieser komme keine Möglichkeit der Einflussnahme auf den Inhalt des RSG zu. 1.14. In ihrer Stellungnahme zum vorgelegten RSG 2020 vom 02.09.2015 bringt die Beschwerdeführerin vor, sie könne den Standpunkt nicht teilen. Die Festlegung der Zahl der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte gemäß Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG solle lediglich

unter Bedachtnahme auf den RSG erfolgen. Eine Bindung der Gesamtvertragsparteien werde weder im Gesetz angeordnet noch in den Materialien angedacht. Weiche also der Gesamtvertrag vom RSG ab, so bewirke dies nicht seine Ungültigkeit. Aus diesem Grund habe auch der RSG Kärnten 2020 keine normativ bindende Kraft. Er verpflichte weder die am gegenständlichen Verfahren beteiligten Gesamtvertragsparteien noch das Bundesverwaltungsgericht. Dieses Ergebnis werde noch weiter dadurch bestärkt, dass die österreichische Zahnärztekammer in das Verfahren zur Formulierung des RSG Kärnten 2020 nicht eingebunden gewesen sei, dieser komme keine Möglichkeit der Einflussnahme auf den Inhalt des RSG zu.

Der RSG Kärnten 2020 beruhe offensichtlich auf den Vorarbeiten des Strukturplans der XXXX Forschungsgesellschaft mbH, bezüglich der zahlreichen Fehlinterpretationen werde auf die Stellungnahme vom 27.05.2015 verwiesen. Insbesondere werde auf die demographischen Korrekturfaktoren nicht ansatzweise Rücksicht genommen. Lediglich auf den Seiten 12 und 44 des RSG Kärnten 2020 fänden sich einzelne Bezug habende Ausführungen, die allerdings keineswegs die im Anhang vorgeschlagene Planstellenstruktur erklären, geschweige denn fachlich begründen würden. Auf Seite 44 werde schließlich auch die Versorgungswirksamkeit der Wahlzahnärzte in Klagenfurt mit 4 % falsch dargestellt. Die Landes Zahnärztekammer Kärnten habe erhoben, dass allein die drei erst gereihten Wahlzahnärzte in Klagenfurt etwa gleich viele Kassenleistungen erbrächten wie der Durchschnitt der Kassenzahnärzte in Klagenfurt. Diese oberflächliche Auseinandersetzung des RSG Kärnten 2020 mit dem Bereich der ZMK wäre wohl darauf zurückzuführen, dass sich der RSG Kärnten 2020 nicht nur damit, sondern auch mit anderen Versorgungsbereichen beschäftige. Dies ändere aber nichts daran, dass ihm letztlich keine beweiskräftigen Aussagen für den Bereich der ZMK entnommen werden könnten, zumal keine solchen, die geeignet wären, das Gutachten des Sachverständigen Dr. XXXX vom 31.10.2014 zu erschüttern, in dem aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung weitere Bevölkerungsgewinne im Kärntner Zentralraum und aufgrund des Umstands, dass Klagenfurt das Einpendelzentrum Kärntens darstelle, für den Versorgungsbereich Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land eine Beibehaltung der bestehenden § 2-Planstellen vorgeschlagen werde. Der RSG Kärnten 2020 beruhe offensichtlich auf den Vorarbeiten des Strukturplans der römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH, bezüglich der zahlreichen Fehlinterpretationen werde auf die Stellungnahme vom 27.05.2015 verwiesen. Insbesondere werde auf die demographischen Korrekturfaktoren nicht ansatzweise Rücksicht genommen. Lediglich auf den Seiten 12 und 44 des RSG Kärnten 2020 fänden sich einzelne Bezug habende Ausführungen, die allerdings keineswegs die im Anhang vorgeschlagene Planstellenstruktur erklären, geschweige denn fachlich begründen würden. Auf Seite 44 werde schließlich auch die Versorgungswirksamkeit der Wahlzahnärzte in Klagenfurt mit 4 % falsch dargestellt. Die Landes Zahnärztekammer Kärnten habe erhoben, dass allein die drei erst gereihten Wahlzahnärzte in Klagenfurt etwa gleich viele Kassenleistungen erbrächten wie der Durchschnitt der Kassenzahnärzte in Klagenfurt. Diese oberflächliche Auseinandersetzung des RSG Kärnten 2020 mit dem Bereich der ZMK wäre wohl darauf zurückzuführen, dass sich der RSG Kärnten 2020 nicht nur damit, sondern auch mit anderen Versorgungsbereichen beschäftige. Dies ändere aber nichts daran, dass ihm letztlich keine beweiskräftigen Aussagen für den Bereich der ZMK entnommen werden könnten, zumal keine solchen, die geeignet wären, das Gutachten des Sachverständigen Dr. römisch 40 vom 31.10.2014 zu erschüttern, in dem aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung weitere Bevölkerungsgewinne im Kärntner Zentralraum und aufgrund des Umstands, dass Klagenfurt das Einpendelzentrum Kärntens darstelle, für den Versorgungsbereich Klagenfurt-Stadt und Klagenfurt-Land eine Beibehaltung der bestehenden Paragraph 2 - , P , l , a , n , s , t , e , l , l , e , n , vorgeschlagen werde.

1.15. Mit Schriftsatz vom 30.09.2016 gab die mitbeteiligte Partei eine Stellungnahme ab und führte aus, der von der XXXX Forschungsgesellschaft erstellte RSG Kärnten 2020 sei am 18.06.2015 von der Kärntner Landes-Zielsteuerungskommission einstimmig beschlossen worden. Bei der XXXX Forschungsgesellschaft handle es sich um ein unabhängiges Institut dass nach einem offenen Ausschreibungsverfahren vom Kärntner Gesundheitsfonds im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrages beauftragt worden sei. Bei der Erstellung des RSG Kärnten 2020 sei die Joanneum Research Forschungsgesellschaft den Prinzipien der wissenschaftlichen Objektivität und der inhaltlichen sowie fachlichen Transparenz gefolgt. Die XXXX Forschungsgesellschaft sei die erste Einrichtung in Österreich, die eine integrierte Planung der gesamten ambulanten Versorgung vorgenommen und die Methoden der Standardisierung zwischen Spitals ambulanter Versorgung und jener innige niedergelassenen Facharztbereich anhand des tatsächlichen Leistungsgeschehens (Standards Versorgungseinheiten) entwickelt habe. Die XXXX Forschungsgesellschaft verfüge aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit im Gesundheitswesen über ein umfassendes systemisches Wissen über die Struktur des Gesundheitswesens sowie über die Inhalte der dazugehörigen Gesetze und Reformen. 1.15. Mit Schriftsatz vom 30.09.2016 gab die mitbeteiligte Partei eine Stellungnahme ab und führte aus, der von der römisch 40

Forschungsgesellschaft erstellte RSG Kärnten 2020 sei am 18.06.2015 von der Kärntner Landes-Zielsteuerungskommission einstimmig beschlossen worden. Bei der römisch 40 Forschungsgesellschaft handle es sich um ein unabhängiges Institut dass nach einem offenen Ausschreibungsverfahren vom Kärntner Gesundheitsfonds im Rahmen des Landes-Zielsteuerungsvertrages beauftragt worden sei. Bei der Erstellung des RSG Kärnten 2020 sei die Joanneum Research Forschungsgesellschaft den Prinzipien der wissenschaftlichen Objektivität und der inhaltlichen sowie fachlichen Transparenz gefolgt. Die römisch 40 Forschungsgesellschaft sei die erste Einrichtung in Österreich, die eine integrierte Planung der gesamten ambulanten Versorgung vorgenommen und die Methoden der Standardisierung zwischen Spitals ambulanter Versorgung und jener innige niedergelassenen Facharztbereich anhand des tatsächlichen Leistungsgeschehens (Standards Versorgungseinheiten) entwickelt habe. Die römisch 40 Forschungsgesellschaft verfüge aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit im Gesundheitswesen über ein umfassendes systemisches Wissen über die Struktur des Gesundheitswesens sowie über die Inhalte der dazugehörigen Gesetze und Reformen.

Den regionalen Strukturplänen komme bei der Bedarfsprüfung im Sinne des§§ 342 Abs. 1 Z. 1 ASVG erhebliche Bedeutung zu. Bei den genannten Strukturplänen handle es sich zwar um keine gesetzlichen Normen, sondern lediglich um Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit gelte jedoch als objektiviertes Sachverständigengutachten.Den regionalen Strukturplänen komme bei der Bedarfsprüfung im Sinne des Paragraphen 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG erhebliche Bedeutung zu. Bei den genannten Strukturplänen handle es sich zwar um keine gesetzlichen Normen, sondern lediglich um Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit gelte jedoch als objektiviertes Sachverständigengutachten.

Zum dem von der Beschwerdeführerin vorgelegten Gutachten von Dr. XXXX vom 31.10.2014 führte die mitbeteiligte Partei aus, Dr. XXXX weise keine Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsplanung auf. Auch der Inhalt seines Gutachtens sei zum Teil unrichtig und nicht nachvollziehbar. Der Autor gehe zwar davon aus, dass die Versorgungsdichte im Bereich der Zahnversorgung im Bundesland Kärnten deutlich über den Österreich Schnitt liege und daher zu reduzieren sei. Die Empfehlungen hinsichtlich einer Reduktion seien jedoch nicht nachvollziehbar. Der Auto bestätigte zwar, dass eine geringere Bevölkerungsanteil auch mit einer geringeren Notwendigkeit von medizinischer Versorgung einhergehe, es werde jedoch im Gutachten ein Planungshorizont von 15 Jahren angesetzt, was deutlich zu hoch sei. Dieser Planungshorizont liege auch über den Planungen anerkannter Planungsinstitute und sei tatsächlich bei Berücksichtigung eines solchen Zeitraumes keine eindeutige Prognose möglich.Zum dem von der Beschwerdeführerin vorgelegten Gutachten von Dr. römisch 40 vom 31.10.2014 führte die mitbeteiligte Partei aus, Dr. römisch 40 weise keine Kompetenzen im Bereich des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsplanung auf. Auch der Inhalt seines Gutachtens sei zum Teil unrichtig und nicht nachvollziehbar. Der Autor gehe zwar davon aus, dass die Versorgungsdichte im Bereich der Zahnversorgung im Bundesland Kärnten deutlich über den Österreich Schnitt liege und daher zu reduzieren sei. Die Empfehlungen hinsichtlich einer Reduktion seien jedoch nicht nachvollziehbar. Der Auto bestätigte zwar, dass eine geringere Bevölkerungsanteil auch mit einer geringeren Notwendigkeit von medizinischer Versorgung einhergehe, es werde jedoch im Gutachten ein Planungshorizont von 15 Jahren angesetzt, was deutlich zu hoch sei. Dieser Planungshorizont liege auch über den Planungen anerkannter Planungsinstitute und sei tatsächlich bei Berücksichtigung eines solchen Zeitraumes keine eindeutige Prognose möglich.

Im Gutachten komme zum Ausdruck, dass aufgrund der demographischen Entwicklung sowie Zu- und Abwanderung der Bevölkerung in peripheren Bezirken vielfach jene Personen, die nicht mehr im Erwerbsleben stünden und insbesondere aufgrund der ungünstigen öffentlichen Verkehrsanbindung vergleichsweise weniger mobil und daher auf entsprechende ärztliche Infrastruktur vor Ort angewiesen seien, auf der Strecke blieben. Dazu widersprüchlich würden die Empfehlungen des Autors gerade in den peripheren Regionen eine Reduktion von Planstellenstellen vorsehen, was nicht nachvollziehbar sei.

Weiters sei im Gutachten nicht nachvollziehbar dargelegt, dass die Niederlassung sowie der Leistungsumfang von reinen Wahlärzten nicht planbar wären und daher nicht 1:1 mit § 2-Planstellen zu vergleichen seien. Dazu werde richtig festgehalten, dass speziell in den peripheren Bezirken Wahlärzte keine ausgleichende Wirkung hätten. Eine hohe Wahlarzt- Dichte sei insbesondere in jenen Regionen zu finden, in denen auch die Dichte der Vertragsärzte bereits überdurchschnittlich hoch sei, somit in den beiden Städten Klagenfurt und Villach.Weiters sei im Gutachten nicht nachvollziehbar dargelegt, dass die Niederlassung sowie der Leistungsumfang von reinen Wahlärzten nicht

planbar wären und daher nicht 1:1 mit Paragraph 2 -, P, l, a, n, s, t, e, l, l, e, n, zu vergleichen seien. Dazu werde richtig festgehalten, dass speziell in den peripheren Bezirken Wahlärzte keine ausgleichende Wirkung hätten. Eine hohe Wahlarzt- Dichte sei insbesondere in jenen Regionen zu finden, in denen auch die Dichte der Vertragsärzte bereits überdurchschnittlich hoch sei, somit in den beiden Städten Klagenfurt und Villach.

Auch sei die im Gutachten vorgeschlagene Reduzierung der Ambulatorienstühle nicht nachvollziehbar, da Kärnten bereits jetzt eine österreichweit unterdurchschnittliche Dichte aufweise.

Im Gutachten werde angenommen, dass der zahnärztliche Behandlungsbedarf mit dem Alter ansteige, wobei jedoch die Konsequenzen der Alterung unserer Gesellschaft für das zahnärztliche Versorgungssystem gegenwärtig nicht absehbar seien. Tatsächlich werde im Gesundheitsbereich angenommen, dass die Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung insbesondere im Bereich der konservierenden und prothetischen Leistungen zu einem Rückgang des Leistungsbedarfes führen würden.

Auch sei der im Gutachten angeführte demographische Korrekturfaktor nicht nachvollziehbar bzw. detailliert beschrieben. Sollte ein demographischer Korrekturfaktor angewandt werden, müsste dieser auch für die politischen Bezirke individuell errechnet und angewandt werden, was jedoch im vorliegenden Gutachten nicht der Fall sei. Die im Gutachten erwähnte Einkommens- und Kaufkraftsituation innerhalb Kärntens habe in einer Bedarfsberechnung an Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen keine Relevanz.

Das Gutachten könne die Ergebnisse des erer ist die Kärnten 2020, welche eine deutliche Reduktion an Planstellen im Bezirk Klagenfurt/Stadt vor See ein, nicht erschüttern. Es werde überdies festgehalten, dass der RSG Kärnten 2020 auch die Pendlerbewegungen berücksichtigt habe.

Die Beschwerdeführerin verkenne, dass das 4. SRÄG 2009 im §§ 342 Abs. 1 Z 1 nunmehr für die Stellenplanung die Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen anordne, so dass dem Krankenversicherungsträger gemäß § 343 Absatz 1b und 1c ermöglicht werde, nach dem Ausscheiden eines Vertragsarztes die Ausschreibung der Planstelle zu blockieren und eine Überprüfung des Bedarfes nach den Kriterien des §§ 342 Abs. 1 Z 1 zu veranlassen. Die Beschwerdeführerin verkenne, dass das 4. SRÄG 2009 im Paragraphen 342, Absatz eins, Ziffer eins, nunmehr für die Stellenplanung die Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen anordne, so dass dem Krankenversicherungsträger gemäß Paragraph 343, Absatz 1b und 1c ermöglicht werde, nach dem Ausscheiden eines Vertragsarztes die Ausschreibung der Planstelle zu blockieren und eine Überprüfung des Bedarfes nach den Kriterien des Paragraphen 342, Absatz eins, Ziffer eins, zu veranlassen.

1.16. Die Beschwerdeführerin erstattete am 12.10.2016 zum Schriftsatz der mitbeteiligten Partei vom 06.10.2016 eine Äußerung und führte im Wesentlichen aus, § 342 Abs. 1 Z. 1 ASVG fordere zwar eine "Bedachtnahme" auf den RSG, im Kern aber, unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, jedoch eine detaillierte Beurteilung der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur mit dem Ziel, eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des §§ 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen zu sichern. Es bestehe jedoch keine Bindung an den RSG, noch ersetze der RSG die Beurteilung der nach § 342 Abs. 1 Z. 1 ASVG bedarfsrelevanten Kriterien. Wie auch der Verwaltungsgerichtshof ausgesprochen habe, sei der abstrakte Versorgungsschlüssel allein für die Beurteilung des Bedarfs nicht entscheidend. 1.16. Die Beschwerdeführerin erstattete am 12.10.2016 zum Schriftsatz der mitbeteiligten Partei vom 06.10.2016 eine Äußerung und führte im Wesentlichen aus, Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG fordere zwar eine "Bedachtnahme" auf den RSG, im Kern aber, unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, jedoch eine detaillierte Beurteilung der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur mit dem Ziel, eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des Paragraphen 338, Absatz 2, erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen zu sichern. Es bestehe jedoch keine Bindung an den RSG, noch ersetze der RSG die Beurteilung der nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG bedarfsrelevanten Kriterien. Wie auch der Verwaltungsgerichtshof ausgesprochen habe, sei der abstrakte Versorgungsschlüssel allein für die Beurteilung des Bedarfs nicht entscheidend.

Zum Gutachten von Dr. XXXX vom 31.10.2014 erklärte die Beschwerdeführerin, der besondere Vorzug des Gutachtens liege darin, dass es auch in demographischer Hinsicht realitätsgerechte Planungsaussagen treffe. Die demographische Entwicklung und die diesbezüglichen Besonderheiten Kärntens blieben im Strukturplan der XXXX

Forschungsgesellschaft unberücksichtigt. Zum Gutachten von Dr. römisch 40 vom 31.10.2014 erklärte die Beschwerdeführerin, der besondere Vorzug des Gutachtens liege darin, dass es auch in demographischer Hinsicht realitätsgerechte Planungsaussagen treffe. Die demographische Entwicklung und die diesbezüglichen Besonderheiten Kärntens blieben im Strukturplan der römisch 40 Forschungsgesellschaft unberücksichtigt.

Rechtlich führte die Beschwerdeführerin aus, durch den Verweis § 338 Abs. 2 S. 1 ASVG sei klargestellt, dass es eine ausreichende Versorgung durch Vertragszahnärzte geben müsse. Auch in der Literatur werde vertreten, dass im Rahmen der Stellenplanung lediglich das bestehende Sachleistungsangebot zu berücksichtigen sei. Eigene Einrichtungen der Versicherungsträger im Sinne des §§ 338 Abs. 2 S. 2 ASVG (hier also Kassenzahnambulatorium) seien vom Bestehen eines entsprechenden zusätzlichen bedarfsabhängig. Falls die mitbeteiligte Partei auf dem Standpunkt stünde, dass in Klagenfurt für Vertragszahnärzte kein Bedarf bestehe, so müssen sie im Lichte der gesetzlichen Grundlagen das Behandlungsangebot in den Kassenzahnambulatorien abbauen. Rechtlich führte die Beschwerdeführerin aus, durch den Verweis Paragraph 338, Absatz 2, S. 1 ASVG sei klargestellt, dass es eine ausreichende Versorgung durch Vertragszahnärzte geben müsse. Auch in der Literatur werde vertreten, dass im Rahmen der Stellenplanung lediglich das bestehende Sachleistungsangebot zu berücksichtigen sei. Eigene Einrichtungen der Versicherungsträger im Sinne des Paragraphen 338, Absatz 2, S. 2 ASVG (hier also Kassenzahnambulatorium) seien vom Bestehen eines entsprechenden zusätzlichen bedarfsabhängig. Falls die mitbeteiligte Partei auf dem Standpunkt stünde, dass in Klagenfurt für Vertragszahnärzte kein Bedarf bestehe, so müssen sie im Lichte der gesetzlichen Grundlagen das Behandlungsangebot in den Kassenzahnambulatorien abbauen.

Der Bedarf von zahnärztlichen Leistungen in Kärnten nehme nicht ab, sondern vielmehr zu. Der steigende Bedarf könne nicht durch Vertragszahnärzte abgedeckt werden sondern in erster Linie durch Wahlzahnärzte. Dies werde auch durch die belangte Behörde im angefochtenen Bescheid vom 14.01.2014 festgestellt. Entgegen der Rechtsansicht der belangten Behörde komme es aber unter dem Gesichtspunkt des §§ 342 Absatz 1 ASVG nicht auf das Angebot der Wahlzahnärzte an, sondern auf das Angebot der Vertragszahnärzte, das für sich genommen ausreichend sein müsse. Auch in der Literatur sei festgehalten worden, dass im Rahmen der Stellenplanung lediglich das bestehende Sachleistungsangebot zu berücksichtigen sei. Der Bedarf von zahnärztlichen Leistungen in Kärnten nehme nicht ab, sondern vielmehr zu. Der steigende Bedarf könne nicht durch Vertragszahnärzte abgedeckt werden sondern in erster Linie durch Wahlzahnärzte. Dies werde auch durch die belangte Behörde im angefochtenen Bescheid vom 14.01.2014 festgestellt. Entgegen der Rechtsansicht der belangten Behörde komme es aber unter dem Gesichtspunkt des Paragraphen 342, Absatz 1 ASVG nicht auf das Angebot der Wahlzahnärzte an, sondern auf das Angebot der Vertragszahnärzte, das für sich genommen ausreichend sein müsse. Auch in der Literatur sei festgehalten worden, dass im Rahmen der Stellenplanung lediglich das bestehende Sachleistungsangebot zu berücksichtigen sei.

1.17. Am 18.10.2016 fand vor dem Bundesverwaltungsgericht eine mündliche Verhandlung statt. Im Rahmen dieser Verhandlung wurden der Ersteller des RSG-Kärnten 2020, Dr. XXXX, von der XXXX, sowie Dr. XXXX, der das von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten erstellt hat, als Zeugen einvernommen. 1.17. Am 18.10.2016 fand vor dem Bundesverwaltungsgericht eine mündliche Verhandlung statt. Im Rahmen dieser Verhandlung wurden der Ersteller des RSG-Kärnten 2020, Dr. römisch 40, von der römisch 40, sowie Dr. römisch 40, der das von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten erstellt hat, als Zeugen einvernommen.

Zusammenfassend gab der Zeuge Dr. XXXX an, er habe den RSG erstellt. Dabei seien sämtliche Versorgungsstrukturen bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt worden sowohl Wahl- und Vertragsärzte, Krankenkassen Ambulatorien und Krankenhäuser. Eines der wesentlichsten Elemente für die Datenanalyse stelle die demographische Entwicklung dar. Dafür seien sämtlicher ambulanter Verrechnungsdatensätze der Krankenkassen Österreichs herangezogen und im Detail nach den jeweiligen Fachbereichen, sowie nach Alter, Geschlecht und Wohnbezirk analysiert worden. Es seien auch die Pendlerströme berücksichtigt und für jeden Wohnbezirk nach Fach getrennt betrachtet worden. Die Pendlerströme seien dahingehend analysiert worden, ob sie einen Wahlarzt, Vertragsarzt oder ein Kassenambulatorium in Anspruch genommen hätten. Aufgrund des Datenmaterials könne man sagen, wie viele Pendler zu einem Wahlarzt in welchen Bezirk gehen, bezogen auf das jeweilige Analysejahr. Die Daten stammten von der Sozialversicherung bzw. die Daten der Krankenhausambulanzen kämen von den Gesundheitsfonds. Analysiert würde überdies in 5-Jahresschritten auch die Altersstruktur der Pendler. Damit liege in jedem Fach eine andere demographische Entwicklung vor, je nachdem, wie sich die jeweilige Kohorte für das jeweilige Fach zusammensetze. Für Kärnten bewege sich die Größenordnung der in der Zahnmedizin Behandelten auf 20.000 bis insgesamt 800.000

Behandlungen. Die Planung baue darauf auf, wie viele Menschen eine Leistung nachfragen würden, daraus errechne sich wiederum der potentielle Bedarf. Grundlage bildeten die Kontakte, welche den Steckungen entsprechen. Bei den Leistungen, die von Wahlärzten erbracht würden, gebe es einen blinden Fleck, da man den privaten Bereich nicht sehe. Zusammenfassend gab der Zeuge Dr. römisch 40 an, er habe den RSG erstellt. Dabei seien sämtliche Versorgungsstrukturen bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt worden sowohl Wahl- und Vertragsärzte, Krankenkassen Ambulatorien und Krankenhäuser. Eines der wesentlichsten Elemente für die Datenanalyse stelle die demographische Entwicklung dar. Dafür seien sämtlicher ambulanten Verrechnungsdatensätze der Krankenkassen Österreichs herangezogen und im Detail nach den jeweiligen Fachbereichen, sowie nach Alter, Geschlecht und Wohnbezirk analysiert worden. Es seien auch die Pendlerströme berücksichtigt und für jeden Wohnbezirk nach Fach getrennt betrachtet worden. Die Pendlerströme seien dahingehend analysiert worden, ob sie einen Wahlarzt, Vertragsarzt oder ein Kassenambulatorium in Anspruch genommen hätten. Aufgrund des Datenmaterials könne man sagen, wie viele Pendler zu einem Wahlarzt in welchen Bezirk gehen, bezogen auf das jeweilige Analysejahr. Die Daten stammten von der Sozialversicherung bzw. die Daten der Krankenhausambulanzen kämen von den Gesundheitsfonds. Analysiert würde überdies in 5-Jahresschritten auch die Altersstruktur der Pendler. Damit liege in jedem Fach eine andere demographische Entwicklung vor, je nachdem, wie sich die jeweilige Kohorte für das jeweilige Fach zusammensetze. Für Kärnten bewege sich die Größenordnung der in der Zahnmedizin Behandelten auf 20.000 bis insgesamt 800.000 Behandlungen. Die Planung baue darauf auf, wie viele Menschen eine Leistung nachfragen würden, daraus errechne sich wiederum der potentielle Bedarf. Grundlage bildeten die Kontakte, welche den Steckungen entsprechen. Bei den Leistungen, die von Wahlärzten erbracht würden, gebe es einen blinden Fleck, da man den privaten Bereich nicht sehe.

Zur Frage der Prognose betreffend einen Zeitraum von länger als fünf Jahren gibt der Zeuge an, dass bei längeren Zeiträumen die Entwicklung des Verhaltens der Bevölkerung schwerer abschätzbar sei. Bei derart langen Zeiträumen sei auch die demographische Entwicklung nicht mehr abschätzbar. Je weiter der Planungshorizont in der Zukunft liege, desto ungenauer werde die Prognose. In Klagenfurt Stadt seien die Planstellen von 48 auf 37 zu reduzieren, um die Bevölkerung adäquat zu versorgen und das Effizienzprinzip aufrechtzuerhalten.

Im RSG sei auch der altersbedingt erhöhte Versorgungsbedarf berücksichtigt worden, obwohl man theoretisch heute davon ausgehe, dass die zukünftigen 85-jährigen gesünder sein werden als die heutigen 85-jährigen sind. Diese Theorie sei jedoch nicht in den RSG eingeflossen.

Ebenso seien die Pendlerströme in vollem Umfang (Schüler und Studenten) in den Bedarf eingerechnet worden. Bei Pendlern handle es sich um jene Personen, die eine zahnärztliche Leistung in einem anderen Bezirk in Anspruch nähmen als in ihrem Heimatbezirk. Dies wiederum bezogen auf die Kontakte (Steckungen). Die meisten Wahlzahnärzte seien in Klagenfurt. In Feldkirchen würden durch den RSG zwei Planstellen mehr vorgeschlagen werden. Es herrsche das Prinzip des Versorgungsausgleiches. Man verfüge über so viele Reservekapazitäten, dass die Bevölkerung durch eine Reduktion der Planstellen bei der Versorgung nichts bemerken würde.

Der Zeuge Dr. XXXX führte aus, er habe als Datenmaterial die Veröffentlichungen der Statistik Austria sowie Datenmaterial des XXXX und die Stellenpläne aus den Jahren 2002 und 2011 herangezogen. Es handle sich dabei um demographische Daten, da sein Gutachten grundsätzlich demographisch angelegt sei. Beim Datenmaterial, welches er von XXXX verwendet habe, handle es sich um den Strukturplan für die extramurale Versorgung in der Zahn- und Kieferheilkunde. Er habe jedoch keine Zahlen verwendet, wie viele Patienten wohin gegangen seien. Diese Daten seien ihm nicht zur Verfügung gestanden. Betreffend Altersstruktur und Morbiditätsrate habe er Daten von der Statistik Austria und der österreichischen Raumordnungskonferenz bezogen. Es sei ihm bekannt, dass der regionale Strukturplan alle fünf Jahre neu erstellt werde. Er sei davon ausgegangen, dass die 48 Vertragsarztstellen des Stellenplans 2002 für den Bedarf erforderlich gewesen seien. Er habe diesbezüglich keine weiteren Bedarfserhebungen angestellt. Er habe bei der Erstellung des Gutachtens die Bevölkerungszahl auf Bezirksebene, die natürliche Bevölkerungsentwicklung, sowie die Morbiditätsrate und die Pendlerströme berücksichtigt. Die Altersstruktur der Bevölkerung ergebe sich aus der Morbiditätsrate. Aus seinem Datenmaterial gehe auch kein Splitting bei den Arztbesuchen hervor, in seinem Gutachten seien nur wissenschaftliche Arbeiten zitiert worden. Er habe die Versorgungsdichte mit Stand 2011 analysiert und auch die Wahlärzte für den Versorgungsstand herangezogen. Hier bestünden deutliche regionale Unterschiede. Die Dichte der Wahlärzte sei dort, wo die Dichte der Vertragsärzte niedrig sei, ebenfalls sehr niedrig und habe daher bei der Versorgung keine kompensatorische Wirkung. Die Wahlärzte seien

nur dort zu finden, wo die Versorgungslage ohnehin gut sei, also in den beiden Städten Villach und Klagenfurt. Der Zeuge Dr. römisch 40 führte aus, er habe als Datenmaterial die Veröffentlichungen der Statistik Austria sowie Datenmaterial des römisch 40 und die Stellenpläne aus den Jahren 2002 und 2011 herangezogen. Es handle sich dabei um demographische Daten, da sein Gutachten grundsätzlich demographisch angelegt sei. Beim Datenmaterial, welches er von römisch 40 verwendet habe, handle es sich um den Strukturplan für die extramurale Versorgung in der Zahn- und Kieferheilkunde. Er habe jedoch keine Zahlen verwendet, wie viele Patienten wohin gegangen seien. Diese Daten seien ihm nicht zur Verfügung gestanden. Betreffend Altersstruktur und Morbiditätsrate habe er Daten von der Statistik Austria und der österreichischen Raumordnungskonferenz bezogen. Es sei ihm bekannt, dass der regionale Strukturplan alle fünf Jahre neu erstellt werde. Er sei davon ausgegangen, dass die 48 Vertragsarztstellen des Stellenplans 2002 für den Bedarf erforderlich gewesen seien. Er habe diesbezüglich keine weiteren Bedarfserhebungen angestellt. Er habe bei der Erstellung des Gutachtens die Bevölkerungszahl auf Bezirksebene, die natürliche Bevölkerungsentwicklung, sowie die Morbiditätsrate und die Pendlerströme berücksichtigt. Die Altersstruktur der Bevölkerung ergebe sich aus der Morbiditätsrate. Aus seinem Datenmaterial gehe auch kein Splitting bei den Arztbesuchen hervor, in seinem Gutachten seien nur wissenschaftliche Arbeiten zitiert worden. Er habe die Versorgungsdichte mit Stand 2011 analysiert und auch die Wahlärzte für den Versorgungsstand herangezogen. Hier bestünden deutliche regionale Unterschiede. Die Dichte der Wahlärzte sei dort, wo die Dichte der Vertragsärzte niedrig sei, ebenfalls sehr niedrig und habe daher bei der Versorgung keine kompensatorische Wirkung. Die Wahlärzte seien nur dort zu finden, wo die Versorgungslage ohnehin gut sei, also in den beiden Städten Villach und Klagenfurt.

Zur Frage, warum er einen Zeithorizont bis 2030 gewählt habe, führte der Zeuge aus, aufgrund des Auftrages zur Erstattung des Gutachtens wäre der Zeitraum bis 2020 zu knapp gewesen. Darüber hinaus müsse man sich die demographische Entwicklung über einen längeren Zeitraum ansehen. Bis zum Jahr 2020 sei eine schrumpfende Bevölkerung prognostiziert, die demographische Prognose darüber hinaus würde jedoch auf eine gleich bleibende Bevölkerung hinweisen. Die demographische Prognose bis 2030 wäre relativ genau. Es seien sowohl die Geburtenbilanz als auch die Wanderungsbilanz in die Betrachtung mit einbezogen worden. Der technologische Wandel sei hingegen nicht abgebildet worden. Er habe auf Bezirksebene eine Fünf-Jahres-Bevölkerungsprognose gemacht. Er gehe im Gutachten davon aus, dass Klagenfurt und Villach wachsen würden. Die peripheren Bezirke würden hingegen deutlich an Bevölkerung verlieren. Das sei auch in den letzten zehn Jahren bereits so gewesen. Die Außenwanderung kompensiere die Binnenwanderung für Kärnten nicht, lediglich die Zentralräume würden wachsen.

Zur Frage, warum er vorgeschlagen habe, einen Ambulatoriumsstuhl zu streichen, nicht jedoch eine Zahnarztstelle, führte der Zeuge aus, die Versorgungswirksamkeit der Ambulatoriumsstühle sei geringer und der gesamte Bezirk Klagenfurt Stadt und Land betrachtet sollte eine dezentrale Versorgung aufweisen. Darüber hinaus liege die Ambulatoriumsdichte in Klagenfurt im Vergleich zu Gesamtkärnten über dem Durchschnitt.

Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

2. Zuständigkeit und verfahrensrechtliche Bestimmungen:

Gemäß § 6 BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist. Gemäß Paragraph 6, BVwGG entscheidet das Bundesverwaltungsgericht durch Einzelrichter, sofern nicht in Bundes- oder Landesgesetzen die Entscheidung durch Senate vorgesehen ist.

Gemäß § 347a ASVG kann gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesschiedskommissionen und der Bundesschiedskommission und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden. Gemäß Paragraph 347 a, ASVG kann gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommissionen, der Landesschiedskommissionen und der Bundesschiedskommission und wegen Verletzung ihrer Entscheidungspflicht Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

§ 347b ASVG bestimmt: Paragraph 347 b, ASVG bestimmt:

(1) Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts hat in Angelegenheiten nach § 347a durch einen Senat zu erfolgen, der aus dem Senatsvorsitzenden und vier fachkundigen Laienrichtern besteht, wobei davon zwei Ärzte sind und zwei spezifische Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens haben müssen. Für die fachkundigen Laienrichter ist je ein Stellvertreter auf dieselbe Weise zu bestellen. (1) Die Entscheidung des

Bundesverwaltungsgerichts hat in Angelegenheiten nach Paragraph 347 a, durch einen Senat zu erfolgen, der aus dem Senatsvorsitzenden und vier fachkundigen Laienrichtern besteht, wobei davon zwei Ärzte sind und zwei spezifische Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens haben müssen. Für die fachkundigen Laienrichter ist je ein Stellvertreter auf dieselbe Weise zu bestellen.

(2) Die vier fachkundigen Laienrichter werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes bestellt. Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband haben in ihren Vorschlägen jeweils einen Arzt und einen Experten mit spezifischen Kenntnissen im Gesundheits- und Sozialversicherungswesen namhaft zu machen. Im Falle von Beschwerden gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen dürfen Versicherungsvertreter und Arbeitnehmer jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem ein streitgegenständlicher Einzelvertrag beruht, im jeweiligen Verfahren nicht Laienrichter sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach § 347 Abs 5 mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist. (2) Die vier fachkundigen Laienrichter werden vom Bundeskanzler auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes bestellt. Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband haben in ihren Vorschlägen jeweils einen Arzt und einen Experten mit spezifischen Kenntnissen im Gesundheits- und Sozialversicherungswesen namhaft zu machen. Im Falle von Beschwerden gegen Bescheide der Paritätischen Schiedskommissionen dürfen Versicherungsvertreter und Arbeitnehmer jenes Versicherungsträgers sowie Angehörige und Arbeitnehmer jener Ärztekammer, die Vertragsparteien des Gesamtvertrages sind, auf dem ein streitgegenständlicher Einzelvertrag beruht, im jeweiligen Verfahren nicht Laienrichter sein; das Gleiche gilt für Personen, die bei der Erarbeitung der Richtlinie nach Paragraph 347, Absatz 5, mitgewirkt haben, wenn in einem Verfahren die Richtlinie anzuwenden ist.

(3) Die Kosten des Verfahrens tragen je zur Hälfte die in Betracht kommende gesetzliche Interessenvertretung und der beteiligte Versicherungsträger (Hauptverband).

Gegenständlich liegt somit Senatszuständigkeit vor.

Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das VwGVG, BGBl I 2013/33 idF BGBl I 2013/122, geregelt (§ 1 leg cit). Gemäß § 58 Abs 2 VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft. Das Verfahren der Verwaltungsgerichte mit Ausnahme des Bundesfinanzgerichtes ist durch das VwGVG, BGBl römisch eins 2013/33 in der Fassung BGBl römisch eins 2013/122, geregelt (Paragraph eins, leg cit). Gemäß Paragraph 58, Absatz 2, VwGVG bleiben entgegenstehende Bestimmungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits kundgemacht wurden, in Kraft.

Gemäß § 17 VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Art 130 Abs 1 B-VG die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der §§ 1 bis 5 sowie des IV. Teiles, die Bestimmungen der Bundesabgabenordnung - BAO, BGBl Nr 194/1961, des Agrarverfahrensgesetzes - AgrVG, BGBl Nr 173/1950, und des Dienstrechtsverfahrensgesetzes 1984 - DVG, BGBl Nr 29/1984, und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte. Gemäß Paragraph 17, VwGVG sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt ist, auf das Verfahren über Beschwerden gemäß Artikel 130, Absatz eins, B-VG die Bestimmungen des AVG mit Ausnahme der Paragraphen eins bis 5 sowie des römisch vier. Teiles, die Bestimmungen der Bundesabgabenordnung - BAO, Bundesgesetzblatt Nr 194 aus 1961,, des Agrarverfahrensgesetzes - AgrVG, Bundesgesetzblatt Nr 173 aus 1950,, und des Dienstrechtsverfahrensgesetzes 1984 - DVG, Bundesgesetzblatt Nr 29 aus 1984,, und im Übrigen jene verfahrensrechtlichen Bestimmungen in Bundes- oder Landesgesetzen sinngemäß anzuwenden, die die Behörde in dem dem Verfahren vor dem Verwaltungsgericht vorangegangenen Verfahren angewendet hat oder anzuwenden gehabt hätte.

Gemäß § 28 Absatz 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist, die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen. Gemäß Paragraph 28, Absatz 1 VwGVG hat das Verwaltungsgericht, sofern die Beschwerde nicht zurückzuweisen oder das Verfahren einzustellen ist, die Rechtssache durch Erkenntnis zu erledigen.

Absatz 2: Über Beschwerden gemäß Art 130 Abs 1 Z 1 B-VG hat das Verwaltungsgericht dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn Absatz 2: Über Beschwerden gemäß Artikel 130, Absatz eins, Ziffer eins, B-VG hat das Verwaltungsgericht dann in der Sache selbst zu entscheiden, wenn

1. der maßgebliche Sachverhalt feststeht oder

2. die Feststellung des maßgeblichen Sachverhalts durch das Verwaltungsgericht selbst im Interesse der Raschheit gelegen oder mit einer erheblichen Kostenersparnis verbunden ist.

3. Feststellungen:

Am 24.02.2002 vereinbarten der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und die KGKK mit der Ärztekammer für Kärnten und der Österreichischen Dentistenkammer den Stellenplan zum Zahnärztesgesamtvertrag. In diesem Stellenplan sind für Klagenfurt 47 Planstellen für Fachärzte der Zahnheilkunde und zwei Planstellen für Dentisten als Soll-Stand vorgesehen. In der Folge wurde einvernehmlich eine Facharztstelle in einen anderen Bezirk verlegt, sodass der vertragliche Soll-Stand 48 Planstellen beträgt.

Die bis 31.12.2005 geltenden Gesamtverträge, die von den Ärztekammern für den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der Österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung abgeschlossen wurden, sind mit 01.01.2006 auf die Österreichische Zahnärztekammer übergegangen (§ 114 Abs 2 erster Satz ZÄKG). Die Österreichische Zahnärztekammer ist daher Partei jenes Gesamtvertrages mit der KGKK, dessen zwingender Teil der bestehende Stellenplan ist. Die bis 31.12.2005 geltenden Gesamtverträge, die von den Ärztekammern für den Bereich der zahnärztlichen Tätigkeiten und von der Österreichischen Dentistenkammer mit den Trägern der Sozialversicherung abgeschlossen wurden, sind mit 01.01.2006 auf die Österreichische Zahnärztekammer übergegangen (Paragraph 114, Absatz 2, erster Satz ZÄKG). Die Österreichische Zahnärztekammer ist daher Partei jenes Gesamtvertrages mit der KGKK, dessen zwingender Teil der bestehende Stellenplan ist.

Die betreffenden Personen - ein Dentist und ein Zahnarzt - kündigten ihre Einzelverträge mit der KGKK zum 31.12.2010. Die belangte Behörde sieht keinen Bedarf einer Nachbesetzung der beiden in Klagenfurt (Stadt) gelegenen Planstellen.

In Klagenfurt-Stadt gibt es derzeit 46 Vertragszahnärzte und 34 Wahlzahnärzte sowie 11 Zahnärzte im Zahnambulatorium der KGKK. Die Vertragszahnärzte bieten 121 Behandlungsplätze, die Wahlzahnärzte 63 Behandlungsplätze, das Zahnambulatorium 5 Behandlungsplätze somit gibt es in Klagenfurt insgesamt 189 Behandlungsplätze mit 85 dabei tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten. Im Klinikum Klagenfurt werden zahnmedizinische Leistungen nur in Akutfällen erbracht; es stehen 12 Ärzte und 3 Behandlungsplätze zur Verfügung, für zahnmedizinische Leistungen werden keine Termine vergeben.

Österreichweit verzeichnet Statistik Austria (per 01.01.2014) 3867 berufsausübende Zahnärzte, was gegenüber dem Vorjahr ein Plus von 19 Zahnärzten bedeutet.

Kärnten wird ein leichter Bevölkerungsrückgang prognostiziert. Hier sinkt die Einwohnerzahl zwischen 2014 und 2030 um 0,6 %, von 556.000 auf 553.000. Kärnten hat zwar wie alle Bundesländer eine positive Außenwanderungsbilanz, die Summe aus Binnenwanderungsverlusten und Sterbefallüberschüssen ist jedoch etwas höher.

Die Altersverteilung der Bevölkerung in Kärnten zeigt in den letzten fünf Jahren folgende Entwicklung: In den Altersgruppen zwischen 0 und 44 Jahren sinkt die Anzahl der Einwohner kontinuierlich, die größte Bevölkerungsabnahme ist dabei in der Altersgruppe von 30 bis 44 Jahren zu verzeichnen. Hingegen nimmt der Anteil der Bevölkerung ab 45 Jahren stetig zu, wobei hier die Altersgruppe von 45 bis 60 Jahren die größte Zunahme verzeichnet.

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre wird vorerst noch stagnieren, aber künftig österreichweit wieder leicht steigen. Dies ist eine Folge der Zuwanderung und der damit auch indirekt verbundenen leicht ansteigenden Geburtenzahlen. 2014 wurden österreichweit 1,69 Mio. Kinder und Jugendliche gezählt, 2030 werden es mit 1,78 Mio. um 5,1 % mehr sein. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen im Prognosezeitraum bis 2030 steigt nur in Wien (+16,1 %) und in Tirol (+8,5 %) deutlich an. In Kärnten ist ein Rückgang von 5,7 % zu erwarten.

Das Erwerbspotenzial (Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren) nimmt in Kärnten bis 2030 um -10,9 % ab.

2014 lebten österreichweit 1,56 Mio. Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren. Bis 2030 steigt ihre Zahl auf 2,14

Mio., um über ein Drittel bzw. 37,5 % mehr als 2014. Prozentuell am stärksten nimmt künftig die Zahl der Hochbetagten im Alter von 85 und mehr Jahren zu. Diese Bevölkerungsgruppe zählte 2014 209.000 Personen, 2030 wird sie mit 333.000 um 59,5 % größer sein als derzeit.

(Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2014, STATISTIK AUSTRIA, Letzte Änderung am 10.02.2016,

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/index.html)

Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria vom 18.11.2015 steigt die Anzahl der Menschen im Alter von 65 und mehr in Kärnten bis zum Jahr 2020 um 22,5 %, bis zum Jahr 2030 um 28,5 % (in absoluten Zahlen etwa 44.000 Personen mehr als im Jahr 2014).

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html)

Eine besonders hohe Facharztdichte - mit 98 bis 148 Ärzten pro 100.000 EinwohnerInnen - fällt in den Landeshauptstädten Klagenfurt, Innsbruck, Graz, St. Pölten, Salzburg, Linz und Wien auf.

Die stadtumliegenden Regionen wie beispielsweise Graz-Umgebung, Klagenfurt-Land, Linz-Land und St. Pölten-Land verzeichnen, konträr zu den angrenzenden Städten, eine sehr geringe Facharztdichte (23 bis 48 pro 100.000 EinwohnerInnen).

Unter Mitversorgungsrelation wird das Verhältnis zwischen den Erstkonsultationen aus der Sicht des Praxisstandortes (alle Erstkonsultationen durch Ärztinnen und Ärzte des Bezirkes) zu den Erstkonsultationen aus der Sicht des Patientenwohnortes (alle Erstkonsultationen der EinwohnerInnen des Bezirkes) verstanden. Ein Wert über 100 % zeigt an, dass im Bezirk mehr Leistungen erbracht wurden als von den BewohnerInnen des Bezirkes insgesamt in Anspruch genommen wurden. Der Bezirk exportiert folglich Leistungen an BewohnerInnen anderer Bezirke. Ein Wert unter 100 % kann hingegen ein Hinweis darauf sein, dass der Bezirk den Leistungsbedarf der EinwohnerInnen nicht selbst abdecken kann.

Wie eingangs erwähnt, beschreibt die Mitversorgungsrelation das Verhältnis zwischen den im Bezirk erbrachten Erstkonsultationen aus der Praxisperspektive zu den gesamten Erstkonsultationen aus der Wohnortperspektive.

So können beispielsweise die stadtumliegenden Bezirke, die bereits durch einen hohen Anteil an Leistungsimport und eine eher geringere Facharztdichte auffallen, mit den vorhandenen Kapazitäten nur bis zu maximal 78 % die Erstkonsultationen der eigenen EinwohnerInnen selbst abdecken.

Im Gegensatz dazu könnten alle größeren Städte die gesamten Erstkonsultationen ihrer Wohnbevölkerung zu mehr als 100 % selbst abdecken und zusätzlich Leistung für EinwohnerInnen anderer Bezirke erbringen. In diesen Bezirken überwiegt folglich der Leistungsexport gegenüber dem Leistungsimport. Das trifft auch auf den Bezirk Klagenfurt-Stadt zu, hier beträgt dieser Wert 111 %. Im Vergleich dazu sind es in Klagenfurt-Land bis 78%. (Vgl Die kleinräumige Versorgungsforschung in Österreich; Am Beispiel der Entwicklung einer Stadt/Land-Klassifizierung und der Ist-Stand-Analyse der vertragsärztlichen Versorgung in Österreich, 2014; veröffentlicht unter <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.731786&action=2>)

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.731786&action=2>)

Zusammenfassend stellt der RSG Kärnten fest:

Die ambulante Versorgung im Bereich der ZMK in Kärnten ist durch die außerhalb Wiens mit Abstand höchste Dichte an Planstellen unter allen Bundesländern geprägt (3,32 Planstellen je 10.000; Bundesdurchschnitt: 3,15; bundesweite Planstellendichte ohne Wien 2,78). Zu erwähnen ist hierbei auch, dass die heterogene Verteilung der Planstellen mit einer starken Häufung im Bezirk Klagenfurt-Stadt und einer deutlich unterdurchschnittlichen Dichte im Bezirk Feldkirchen ausgeglichen wird (Pkt 1.3.2.)

Für die Planung der ambulanten Versorgung in diesem Fach werden alle Planstellen der ZMK und der Dentologen (Dr. med. dent.) gemeinsam betrachtet. Die ambulante Versorgung im Bereich der ZMK in Kärnten ist durch die außerhalb Wiens mit Abstand höchste Dichte an Planstellen unter allen Bundesländern geprägt. Mit über 80% des gesamten Leistungsgeschehens ist der §2-Bereich hier auch sehr stark versorgungswirksam, relevant sind noch die Kassenambulatorien an fünf Standorten. Die KH-Ambulanz mit 2% der Frequenzen und die Wahlärzte mit ca. 4%

spielen eine untergeordnet versorgungswirksame Rolle. Das quellbezogene Inanspruchnahmeverhalten ist mit 80% bis 107% des Benchmarks ausgesprochen homogen. Es herrscht eine deutliche Überversorgung in diesem Fach, die angesichts etwa gleichbleibender Inanspruchnahme und geringer Versorgungswirkung der KH-Ambulanz in Klagenfurt und der Wahlärzte abgebaut werden soll. Gleichzeitig soll die Ungleichverteilung zwischen den beiden Versorgungsregionen reduziert werden. Für den Planungshorizont 2020 werden für das gesamte Bundesland insgesamt 171 §2-Planstellen vorgesehen werden.

Für den ambulanten Versorgungsbereich der ZMK wird für Klagenfurt-Stadt der Abbau auf 37 (statt 48) Planstellen vorgeschlagen.

4. Beweiswürdigung:

Zum Gutachten des Mag. Dr. XXXX, Forschungsdatenbank-Beauftragter des XXXX an der XXXX in Klagenfurt
Zum Gutachten des Mag. Dr. römisch 40, Forschungsdatenbank-Beauftragter des römisch 40 an der römisch 40 in Klagenfurt:

Im Wesentlichen bringt die Beschwerdeführerin vor, dieses Gutachten berücksichtige im Gegensatz zum regionalen Strukturplan Gesundheit auch die demographische Entwicklung und im Zusammenhang den steigenden Bedarf an zahnärztlicher Behandlung der überdurchschnittlich alternden Bevölkerung.

In diesem Zusammenhang führt das Gutachten auf Seite 10 an, das Gutachten von XXXX vernachlässige die Sonderstellung Kärntens im Hinblick auf das Durchschnittsalter sowie die Altersstruktur, also den Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Alterskohorte 60+ werde in Kärnten im Jahr 2030 bereits 36,7 % betragen, in Österreich (ohne Wien) hingegen lediglich 32,6 %. Dies entspreche einer Abweichung von 4,1 bzw. 12,6 %. Hinzu komme, dass der Anteil der über 60-jährigen von 2020-2030 in Kärnten mit +6,6 % deutlich stärker zunehmen werde als im gesamtösterreichischen Durchschnitt ohne Wien. Mit dieser Entwicklung in Zusammenhang stehe darüber hinaus ein deutlich höheres Durchschnittsalter in Bundesland Kärnten.
In diesem Zusammenhang führt das Gutachten auf Seite 10 an, das Gutachten von römisch 40 vernachlässige die Sonderstellung Kärntens im Hinblick auf das Durchschnittsalter sowie die Altersstruktur, also den Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Alterskohorte 60+ werde in Kärnten im Jahr 2030 bereits 36,7 % betragen, in Österreich (ohne Wien) hingegen lediglich 32,6 %. Dies entspreche einer Abweichung von 4,1 bzw. 12,6 %. Hinzu komme, dass der Anteil der über 60-jährigen von 2020-2030 in Kärnten mit +6,6 % deutlich stärker zunehmen werde als im gesamtösterreichischen Durchschnitt ohne Wien. Mit dieser Entwicklung in Zusammenhang stehe darüber hinaus ein deutlich höheres Durchschnittsalter in Bundesland Kärnten.

Auf Seite 11 führt das Gutachten dann weiter aus, obwohl die prognostizierte rückläufige Bevölkerungsentwicklung grundsätzlich für eine deutliche Stellenreduktion sprechen würde, müsse die Versorgungsstruktur aufgrund des steigenden Anteils älterer Personen und dem damit verbundenen höheren Durchschnittsalter zumindest teilweise erhalten werden, als insbesondere davon ausgegangen werden müsse, dass der notwendige zahnärztliche Behandlungsbedarf mit dem Alter ansteige. Ältere Menschen hätten heutzutage zwar mehr erhaltene natürliche Zähne als früher und es werde hierdurch ein Rückgang des Prothetik-Bedarfs beobachtet, doch nähmen damit Zahnerkrankungen wie etwa Parodontitis zu und damit einhergehend auch die Notwendigkeit zahnärztlicher Behandlungen.

Es ist der Beschwerdeführerin zwar zuzustimmen, dass die Senioren "in den Fokus der zahnärztlichen Versorgung" rücken (werden) - damit ist jedoch nicht, wie die Beschwerdeführerin vermeint, verbunden, dass der Bedarf an der Anzahl der Zahnärzte steigt, sondern dass die Gruppe der älteren Bevölkerung andere bzw. spezifische Bedürfnisse aufweist. Dies ergibt sich auch aus dem Kontext der im Gutachten angeführten Quellen (Derkach, Wiedemann, Bodenwinkler, Czasny): Es geht hier um physiologische Altersveränderungen, psychosoziale Lebensumstände mit welchen sich in Zukunft auch Zahnärzte auseinandersetzen müssen. Die orale Morbidität (als Anzahl der kariösen, gefüllten und fehlenden Zähne) wird jedoch in allen Altersgruppen reduziert, dies vor allem aufgrund des geänderten Bewusstseins der Bevölkerung in Bezug auf die orale Gesundheit, welche tatsächlich einen Zuwachs verzeichnet. Die Behandlungen in der jüngeren Bevölkerung werden reduziert, der eventuelle Anstieg der Behandlungen der älteren Bevölkerung aufgrund der Reduktion des Einsatzes von Prothesen wird dadurch wieder ausgeglichen.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht führte der als Zeuge befragte, von der

Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter, Dr. XXXX, unter anderem aus, er habe sein Gutachten auf demographisches Datenmaterial der Statistik Austria, des XXXX sowie die Stellenpläne aus den Jahren 2002 und 2011 gestützt. Er habe die natürliche Bevölkerungsentwicklung, die Morbiditätsrate und die Pendlerströme berücksichtigt. Er habe jedoch nicht - wie im Regionalplan Gesundheit der Joanneum Research- über Datenmaterial betreffend die Zahl der Patientenwechsel und wo diese hingegangen seien verfügt und daher auch keine diesbezüglichen Aussagen treffen können. Er sei in seinem Gutachten vielmehr davon ausgegangen, dass die im Stellenplan 2002 genannten 48 Vertragsplanstellen für die Deckung des Bedarfes erforderlich seien und habe daher auch keine eigenen Bedarfserhebungen diesbezüglich angestellt. In seinem Gutachten sei lediglich die demographische Entwicklung jedoch nicht die Versorgung berücksichtigt worden. Der RSG sei zum damaligen Zeitpunkt noch nicht vorgelegen und habe daher nicht berücksichtigt werden können. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Bundesverwaltungsgericht führte der als Zeuge befragte, von der Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter, Dr. römisch 40, unter anderem aus, er habe sein Gutachten auf demographisches Datenmaterial der Statistik Austria, des römisch 40 sowie die Stellenpläne aus den Jahren 2002 und 2011 gestützt. Er habe die natürliche Bevölkerungsentwicklung, die Morbiditätsrate und die Pendlerströme berücksichtigt. Er habe jedoch nicht - wie im Regionalplan Gesundheit der Joanneum Research- über Datenmaterial betreffend die Zahl der Patientenwechsel und wo diese hingegangen seien verfügt und daher auch keine diesbezüglichen Aussagen treffen können. Er sei in seinem Gutachten vielmehr davon ausgegangen, dass die im Stellenplan 2002 genannten 48 Vertragsplanstellen für die Deckung des Bedarfes erforderlich seien und habe daher auch keine eigenen Bedarfserhebungen diesbezüglich angestellt. In seinem Gutachten sei lediglich die demographische Entwicklung jedoch nicht die Versorgung berücksichtigt worden. Der RSG sei zum damaligen Zeitpunkt noch nicht vorgelegen und habe daher nicht berücksichtigt werden können.

Das Institut XXXX - Institut für XXXX Forschungsgesellschaft mbH - wurde im Zuge einer öffentlichen Ausschreibung des Kärntner Gesundheitsfonds mit den Planungsarbeiten zum Regionalen Strukturplan Gesundheit 2020 beauftragt. Die Planung erfolgte in Weiterentwicklung des ÖSG 2012 sowie unter Bedachtnahme auf die Vorgaben aus den Zielsteuerungsvereinbarungen. Das Gutachten beschäftigt sich mit Grundfaktoren wie Geografie, Topografie und Demografie, analysiert versorgungsrelevante Daten um von allgemeinen Ausführungen zum Projektumfeld auf die einzelnen Fachkapitel zu einzelnen Planungsbereichen einzugehen. Bereits unter Pkt 1.3.2. wird in der SOLL-Konzeption 2020 für den ambulanten Bereich der Bereich ZMK (Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde) als herausstechendes Beispiel einer Planstellenreduktion genannt - dieser Bereich hat in Kärnten unter allen Bundesländern (außer Wien) die höchste Planstellen-Dichte. Die Verteilung ist heterogen mit einer starken Häufung in Klagenfurt-Stadt und einer unterdurchschnittlichen Dichte in Feldkirchen. Das Institut römisch 40 - Institut für römisch 40 Forschungsgesellschaft mbH - wurde im Zuge einer öffentlichen Ausschreibung des Kärntner Gesundheitsfonds mit den Planungsarbeiten zum Regionalen Strukturplan Gesundheit 2020 beauftragt. Die Planung erfolgte in Weiterentwicklung des ÖSG 2012 sowie unter Bedachtnahme auf die Vorgaben aus den Zielsteuerungsvereinbarungen. Das Gutachten beschäftigt sich mit Grundfaktoren wie Geografie, Topografie und Demografie, analysiert versorgungsrelevante Daten um von allgemeinen Ausführungen zum Projektumfeld auf die einzelnen Fachkapitel zu einzelnen Planungsbereichen einzugehen. Bereits unter Pkt 1.3.2. wird in der SOLL-Konzeption 2020 für den ambulanten Bereich der Bereich ZMK (Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde) als herausstechendes Beispiel einer Planstellenreduktion genannt - dieser Bereich hat in Kärnten unter allen Bundesländern (außer Wien) die höchste Planstellen-Dichte. Die Verteilung ist heterogen mit einer starken Häufung in Klagenfurt-Stadt und einer unterdurchschnittlichen Dichte in Feldkirchen.

Unter Punkt 5.4.19 führt das Gutachten aus, es herrsche eine deutliche Überversorgung in diesem Fach, die angesichts etwa gleich bleibender Inanspruchnahme und geringer Versorgungswirkung der KH-Ambulanz in Klagenfurt und der Wahlärzte abgebaut werden solle. Gleichzeitig solle die Ungleichverteilung zwischen den beiden Versorgungsregionen reduziert werden. In diesem Sinne sieht das Gutachten für Klagenfurt- Stadt eine Planstellen-Reduktion bis zum Jahr 2020 auf 37 Planstellen, linear dazu einen Planstellen-Zuwachs im Bezirk Feldkirchen und im Bezirk St. Veit/Glan vor.

Im Zusammenhang mit dem RSG 2020 und den Ausführungen des Zeugen Dr. XXXX, der den RSG erstellt hat, in der mündlichen Verhandlung ergibt sich, dass der RSG 2020 auf wesentlich feinerem Datenmaterial gründet als das von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten. So wurden einerseits sämtliche Versorgungsstrukturen bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt, so auch die Wahl- und Vertragsärzte, Krankenkassenambulatorien und Krankenhäuser. Eines der wesentlichsten Elemente für die Datenanalyse bildet die demographische Entwicklung. Dafür

wurden sämtliche ambulanten Verrechnungsdatensätze der Krankenkassen Österreichs herangezogen und im Detail nach den jeweiligen Fachbereichen, sowie nach Alter, Geschlecht und Wohnbezirk analysiert. Auf dieses Datenmaterial hatte der Gutachtensersteller der Beschwerdeführerin keinen Zugriff. Bei der Erstellung des RSG wurden, wie der Zeuge Dr. XXXX weiter ausführte, auch die Pendlerströme berücksichtigt und nach Wohnbezirk und Fach getrennt betrachtet. So seien die Pendlerströme im vollen Umfang, nämlich auch Schüler und Studenten, in den Bedarf eingerechnet worden. Bei Pendlern handle es sich um jene Menschen, die eine zahnärztliche Leistung in einem anderen Bezirk in Anspruch nehmen, als in ihren Heimatbezirk, dies immer bezogen auf die Kontakte (Steckungen). Die Pendlerströme wurden auch dahingehend analysiert, ob von den Personen ein Wahlarzt, Vertragsarzt oder ein Kassenambulatorium in Anspruch genommen wurde. Auf das jeweilige Analysejahr bezogen wurde auch festgestellt, wie viele Pendler zu einem Wahlarzt und in welchen Bezirk gehen. Die dafür notwendigen Daten wurden von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt, die Daten betreffend die Krankenhausambulanzen vom Gesundheitsfond. Auch zu diesem Datenmaterial hatte der von der Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter keinen Zugang. Weiters wurde, nach Aussage des Zeugen, im Rahmen der Analyse auch in 5-Jahresschritten die Altersstruktur der Pendler mit einbezogen. Im Zusammenhang mit dem RSG 2020 und den Ausführungen des Zeugen Dr. römisch 40, der den RSG erstellt hat, in der mündlichen Verhandlung ergibt sich, dass der RSG 2020 auf wesentlich feinerem Datenmaterial gründet als das von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten. So wurden einerseits sämtliche Versorgungsstrukturen bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt, so auch die Wahl- und Vertragsärzte, Krankenkassenambulatorien und Krankenhäuser. Eines der wesentlichsten Elemente für die Datenanalyse bildet die demographische Entwicklung. Dafür wurden sämtliche ambulanten Verrechnungsdatensätze der Krankenkassen Österreichs herangezogen und im Detail nach den jeweiligen Fachbereichen, sowie nach Alter, Geschlecht und Wohnbezirk analysiert. Auf dieses Datenmaterial hatte der Gutachtensersteller der Beschwerdeführerin keinen Zugriff. Bei der Erstellung des RSG wurden, wie der Zeuge Dr. römisch 40 weiter ausführte, auch die Pendlerströme berücksichtigt und nach Wohnbezirk und Fach getrennt betrachtet. So seien die Pendlerströme im vollen Umfang, nämlich auch Schüler und Studenten, in den Bedarf eingerechnet worden. Bei Pendlern handle es sich um jene Menschen, die eine zahnärztliche Leistung in einem anderen Bezirk in Anspruch nehmen, als in ihren Heimatbezirk, dies immer bezogen auf die Kontakte (Steckungen). Die Pendlerströme wurden auch dahingehend analysiert, ob von den Personen ein Wahlarzt, Vertragsarzt oder ein Kassenambulatorium in Anspruch genommen wurde. Auf das jeweilige Analysejahr bezogen wurde auch festgestellt, wie viele Pendler zu einem Wahlarzt und in welchen Bezirk gehen. Die dafür notwendigen Daten wurden von der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt, die Daten betreffend die Krankenhausambulanzen vom Gesundheitsfond. Auch zu diesem Datenmaterial hatte der von der Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter keinen Zugang. Weiters wurde, nach Aussage des Zeugen, im Rahmen der Analyse auch in 5-Jahresschritten die Altersstruktur der Pendler mit einbezogen.

Als Stand für die Versorgungslage geht der RSG 2020 von den Verrechnungsleistungen im Jahr 2012 aus. Die Planung baut auf der Nachfrage der Patienten auf und errechnet daraus den potentiellen Bedarf. Sämtliche Patientenfrequenzen werden aus Sicht der Leistungserbringung analysiert, nämlich, wie viele Kontakte pro Planstelle im jeweiligen Jahr erbracht wurden. Anhand des Datenmaterials wird festgestellt, wie versorgungswirksam zB. die Ambulanz in Villach im Vergleich zu einer durchschnittlichen Planstelle ist.

Zum Planungshorizont, den die Beschwerdeführerin als zu gering angenommen erachtet, führte der Zeuge aus, bei der Annahme eines Planungszeitraumes von 10 Jahren, wie im von der Beschwerdeführerin vorgelegten Gutachten, sei die Entwicklung des Verhaltens der Bevölkerung bei kurzfristigen Maßnahmen schwerer abschätzbar.

Zur demographischen Entwicklung in Kärnten habe man bei der Erstellung des RSG für jedes einzelne Fach die jeweilige Kohorte angesehen sowie die Wohnregion, aus der die Menschen kommen, und die vorliegende Altersstruktur. Dabei gebe es Unterschiede zwischen dem Bereich Zahnmedizin und anderen Fachrichtungen. Die diesbezüglichen Daten seien den Prognosen der Landesstatistik entnommen worden.

Als Benchmark bezüglich einer Überversorgung im Fach Zahnarzt sei der Durchschnitt der Planstellen gemessen an anderen Bundesländern herangezogen worden. So habe Wien eine andere Versorgungsdichte und hebe sich von allen anderen Bundesländern ab. Die Dichte der Planstellen in Klagenfurt sei höher als in Wien. Dabei handle es sich um den abstrakten Versorgungsschlüssel, welcher eine zusätzliche Information zur Beurteilung der Angebotsdichte darstelle. Auch diesbezüglich sei der Ist- Stand des Jahres 2012 herangezogen worden. Bezüglich eines Planungshorizonts von 15 Jahren führte der Zeuge aus, je weiter der Planungshorizont entfernt liege, desto ungenauer werde die Prognose. In

Klagenfurt Stadt seien die Planstellen von 48 auf 37 zu reduzieren. Damit könne die Bevölkerung weiterhin adäquat versorgt und das Effizienzprinzip aufrechterhalten werden. Auch der altersbedingte erhöhte Versorgungsbedarf sei im RSG berücksichtigt und zwar schon automatisch aufgrund der demographischen Entwicklung. Wenn der Anteil des 85-jährigen zunehme, dann nehme auch der Bedarf zu, weil 85-jährigen mehr Leistungen in Anspruch nehmen würden als 75-jährige. Theoretisch gehe man jedoch heute davon aus, dass die zukünftigen 85-jährigen gesünder sein werden, als die heutigen 85-jährigen sind. Diese Theorie sei jedoch nicht in den RSG eingeflossen.

Wie aus den Aussagen des Zeugen Dr. XXXX im Zusammenhalt mit dem RSG eindeutig hervorgeht, wurden sämtliche von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Punkte, wie Berücksichtigung der Pendler, der Morbiditätsrate, Bevölkerungswachstum sowie die Entwicklung des Bedarfes aufgrund der altersbedingten Zunahme des Versorgungsbedarfes bei der Erstellung des RSG einbezogen und auf dieser Basis festgestellt, dass die Planstellen für Zahnärzte in Klagenfurt Stadt zu reduzieren sind, da eine deutliche Überversorgung in diesem Fachbereich vorliegt. Wie aus den Aussagen des Zeugen Dr. römisch 40 im Zusammenhalt mit dem RSG eindeutig hervorgeht, wurden sämtliche von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Punkte, wie Berücksichtigung der Pendler, der Morbiditätsrate, Bevölkerungswachstum sowie die Entwicklung des Bedarfes aufgrund der altersbedingten Zunahme des Versorgungsbedarfes bei der Erstellung des RSG einbezogen und auf dieser Basis festgestellt, dass die Planstellen für Zahnärzte in Klagenfurt Stadt zu reduzieren sind, da eine deutliche Überversorgung in diesem Fachbereich vorliegt.

Wie aus den Aussagen der beiden Zeugen in der Verhandlung klar hervorgeht, verfügte die XXXX bei der Erstellung des RSG über wesentlich umfangreicheres und auch detaillierteres Datenmaterial als der von der Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter. Dieser hatte auf das umfangreiche Datenmaterial der Sozialversicherung jedenfalls keinen Zugriff und konnte lediglich die öffentlich zugänglichen Daten für sein Gutachten heranziehen. Wie er selbst ausdrücklich festhielt, ist sein Gutachten demographisch angelegt und zitiert lediglich wissenschaftliche Arbeiten. Allein dieser Umstand bewirkt eine höhere Aussagekraft des von der Joanneum Research erstellten RSG. Wie der Zeuge Dr. XXXX weiter ausführte, ist die Dichte der Wahlärzte dort, wo die Dichte der Vertragsärzte niedrig ist, ebenfalls niedrig, dort, wo die Dichte an Vertragsärzten hoch ist, ist die Dichte an Wahlärzten ebenfalls hoch. Diese Aussage wurde auch vom Zeugen Dr. XXXX bestätigt. Der Zeuge Dr. XXXX erklärte dazu, dass Wahlärzte dort zu finden sind, wo die Versorgungslage ohnehin gut ist, nämlich in den Städten Villach und Klagenfurt. Damit bestätigt der Zeuge, dass die Versorgung im Bereich der Zahnmedizin in Klagenfurt sehr gut ist. In weiterer Folge erklärte Dr. XXXX, dass bis zum Jahr 2020 ein Schrumpfen der Bevölkerung prognostiziert ist. Erst in den darauf folgenden Jahren weisen die Prognosen auf ein Gleichbleiben der Bevölkerung hin. Da der RSG 2020 genau für die Zeit des Schrumpfens der Bevölkerung gilt und laut Aussage des Zeugen Dr. XXXX es auch noch Reservekapazitäten für die Versorgung gibt, ist die im RSG geplante Einsparung von Planstellen nachvollziehbar. Wie aus den Aussagen der beiden Zeugen in der Verhandlung klar hervorgeht, verfügte die römisch 40 bei der Erstellung des RSG über wesentlich umfangreicheres und auch detaillierteres Datenmaterial als der von der Beschwerdeführerin beauftragte Gutachter. Dieser hatte auf das umfangreiche Datenmaterial der Sozialversicherung jedenfalls keinen Zugriff und konnte lediglich die öffentlich zugänglichen Daten für sein Gutachten heranziehen. Wie er selbst ausdrücklich festhielt, ist sein Gutachten demographisch angelegt und zitiert lediglich wissenschaftliche Arbeiten. Allein dieser Umstand bewirkt eine höhere Aussagekraft des von der Joanneum Research erstellten RSG. Wie der Zeuge Dr. römisch 40 weiter ausführte, ist die Dichte der Wahlärzte dort, wo die Dichte der Vertragsärzte niedrig ist, ebenfalls niedrig, dort, wo die Dichte an Vertragsärzten hoch ist, ist die Dichte an Wahlärzten ebenfalls hoch. Diese Aussage wurde auch vom Zeugen Dr. römisch 40 bestätigt. Der Zeuge Dr. römisch 40 erklärte dazu, dass Wahlärzte dort zu finden sind, wo die Versorgungslage ohnehin gut ist, nämlich in den Städten Villach und Klagenfurt. Damit bestätigt der Zeuge, dass die Versorgung im Bereich der Zahnmedizin in Klagenfurt sehr gut ist. In weiterer Folge erklärte Dr. römisch 40, dass bis zum Jahr 2020 ein Schrumpfen der Bevölkerung prognostiziert ist. Erst in den darauf folgenden Jahren weisen die Prognosen auf ein Gleichbleiben der Bevölkerung hin. Da der RSG 2020 genau für die Zeit des Schrumpfens der Bevölkerung gilt und laut Aussage des Zeugen Dr. römisch 40 es auch noch Reservekapazitäten für die Versorgung gibt, ist die im RSG geplante Einsparung von Planstellen nachvollziehbar.

Für den erkennenden Senat nicht nachvollziehbar ist hingegen die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im Laufe des Verfahrens wiederholt ihrer Rechtsmeinung Ausdruck verlieh, dass Wahlärzte im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen bei der Bedarfsprüfung außer Betracht zu bleiben haben. Ganz im Gegensatz zu dieser Rechtsmeinung wurden jedoch die Wahlärzte im von der Beschwerdeführerin vorgelegten Gutachten sehr wohl für

den Versorgungsstand herangezogen. Dies wurde vom Zeugen Dr. XXXX in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich bestätigt. Für den erkennenden Senat nicht nachvollziehbar ist hingegen die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im Laufe des Verfahrens wiederholt ihrer Rechtsmeinung Ausdruck verlieh, dass Wahlärzte im Rahmen der bestehenden Versorgungsstrukturen bei der Bedarfsprüfung außer Betracht zu bleiben haben. Ganz im Gegensatz zu dieser Rechtsmeinung wurden jedoch die Wahlärzte im von der Beschwerdeführerin vorgelegten Gutachten sehr wohl für den Versorgungsstand herangezogen. Dies wurde vom Zeugen Dr. römisch 40 in der mündlichen Verhandlung ausdrücklich bestätigt.

Das Bundesverwaltungsgericht hat sich mit den vorgelegten Gutachten umfassend auseinandergesetzt. Der vorgelegte Regionale Strukturplan Gesundheit Kärnten erscheint schlüssig und nachvollziehbar. Das Gutachten berücksichtigt auch die von den übergeordneten Normen, insbesondere dem österreichischen Strukturplan Gesundheit, vorgegebenen Parameter und legt nachvollziehbar dar, wie es zu der oben erörterten Einschätzung des Planstellenbedarfs gelangt. Das von der Beschwerdeführerin vorgelegte Gutachten, das, wie in der mündlichen Verhandlung hervorkam, im Vergleich zum RSG nur auf einem sehr eingeschränkten Datenmaterial gründet, konnte die logischen Schlussfolgerungen im RSG nicht widerlegen.

Wie das Ermittlungsverfahren ergeben hat und oben ausgeführt wurde, sind sämtliche in der Beschwerde aufgezeigten Punkte, die von der Beschwerdeführerin als nicht bzw zu wenig berücksichtigt aufgeführt wurden, in den RSG eingeflossen.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten:

Die von der belangten Behörde im bekämpften Bescheid getroffenen Feststellungen bezüglich der bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen wurden durch die Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen. Einzig der von ihr genannte sechste Behandlungsstuhl im Zahnambulatorium XXXX wurde kritisiert. Das Verfahren ergab, dass dieser Stuhl in den Gutachten als versorgungsrelevant keine Berücksichtigung gefunden hat und bereits auch wieder abgebaut wurde. Die von der belangten Behörde im bekämpften Bescheid getroffenen Feststellungen bezüglich der bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen wurden durch die Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen. Einzig der von ihr genannte sechste Behandlungsstuhl im Zahnambulatorium römisch 40 wurde kritisiert. Das Verfahren ergab, dass dieser Stuhl in den Gutachten als versorgungsrelevant keine Berücksichtigung gefunden hat und bereits auch wieder abgebaut wurde.

Auch die Feststellungen zu den örtlichen Verhältnissen und den Verkehrsverhältnissen wurden von der Beschwerdeführerin bis auf die Frage der Berücksichtigung der einpendelnden Schüler und Studierenden ausdrücklich als korrekt zugestanden. Das Ermittlungsverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht ergab, dass einpendelnde Schüler und Studierende sehr wohl im Rahmen des RSG Berücksichtigung gefunden haben.

Auch die Feststellungen der belangten Behörde zur Morbidität wurden von der Beschwerdeführerin als korrekt erachtet. Ebenso wie die Feststellungen bezüglich der Veränderung der Bevölkerungsdichte und -struktur. Auch hier wurde lediglich moniert, dass die einpendelnden Schüler und Studenten bei den Berechnungen zu berücksichtigen seien, was jedoch, wie bereits zuvor ausgeführt, bei der Erstellung des RSG sehr wohl erfolgt ist.

5. Rechtliche Beurteilung:

5.1. Zum Spruchpunkt I:

§ 62 Abs 4 AVG normiert, unter welchen Voraussetzungen Bescheide durch einen Berichtigungsbescheid berichtigt werden können und ermöglicht die Korrektur von bestimmten Unrichtigkeiten in Bescheiden. Diese Bescheidberichtigung nach § 62 Abs. 4 AVG (arg. leg. cit.: "... in Bescheiden...") kann sich nicht nur auf den Spruch, sondern auch auf alle anderen Teile des Bescheides - also zum Beispiel auf die Begründung, die Rechtsmittelbelehrung oder die Zustellverfügung (vgl VfSlg 5379/1966) - beziehen (VwGH 3220/80; Thienel 3 215; zu Schreib- und Rechenfehlern siehe auch VwSlg 4082 A/1956). Paragraph 62, Absatz 4, AVG normiert, unter welchen Voraussetzungen Bescheide durch einen Berichtigungsbescheid berichtigt werden können und ermöglicht die Korrektur von bestimmten Unrichtigkeiten in Bescheiden. Diese Bescheidberichtigung nach Paragraph 62, Absatz 4, AVG (arg. leg. cit.: "... in Bescheiden...") kann sich nicht nur auf den Spruch, sondern auch auf alle anderen Teile des Bescheides - also zum Beispiel auf die Begründung, die Rechtsmittelbelehrung oder die Zustellverfügung vergleiche VfSlg 5379 aus 1966,) - beziehen (VwGH 3220/80; Thienel 3 215; zu Schreib- und Rechenfehlern siehe auch VwSlg 4082 A/1956).

Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes ist ein Bescheid berichtigungsfähig, wenn es sich, von Schreib- und Rechenfehlern "abgesehen", um eine offenbar auf einem Versehen beruhende Unrichtigkeit handelt (VwGH 17. 12. 1981, 3220/80) bzw. wenn "abgesehen von Schreib- und Rechenfehlern" die Unrichtigkeit auf einem Versehen beruht und offenkundig ist (VwGH 18. 5. 2004, 2004/10/0042) bzw. die Berichtigungsfähigkeit eines Bescheides "erstens (abgesehen von Schreib- und Rechenfehlern), eine auf einem Versehen beruhende Unrichtigkeit und (zweitens) deren Offenkundigkeit" voraussetzt (VwSlg 13.233 A/1990).

Eine auf einem Versehen beruhende Unrichtigkeit in diesem Sinn (vgl auch VwGH 92/17/0133; 2003/02/0144) liegt dann vor, wenn in der ursprünglichen Entscheidung der Gedanke, den die Behörde offenbar aussprechen wollte, unrichtig wiedergegeben wurde, wenn also die zu berichtigende Entscheidung dem Willen der Behörde offenbar so nicht entsprochen (VwSlg 13.233 A/1990; VwGH 96/12/0195; 2002/11/0026), sondern sich diese deutlich erkennbar (bloß) im Ausdruck vergriffen hat. Eine auf einem Versehen beruhende Unrichtigkeit in diesem Sinn vergleiche auch VwGH 92/17/0133; 2003/02/0144) liegt dann vor, wenn in der ursprünglichen Entscheidung der Gedanke, den die Behörde offenbar aussprechen wollte, unrichtig wiedergegeben wurde, wenn also die zu berichtigende Entscheidung dem Willen der Behörde offenbar so nicht entsprochen (VwSlg 13.233 A/1990; VwGH 96/12/0195; 2002/11/0026), sondern sich diese deutlich erkennbar (bloß) im Ausdruck vergriffen hat.

Offenkundig ist die Unrichtigkeit dann, wenn sie jene Personen, für die der Bescheid bestimmt ist, also auch die Partei bzw. im Mehrparteienverfahren alle Parteien klar erkennen können (VwGH 89/18/0183; 2003/02/0144; 2002/11/0026). Diese Voraussetzung ist dann gegeben, wenn das Erkennen des Versehens kein längeres Nachdenken und keine Nachschau im Gesetz erfordert, wobei vom Maßstab eines mit der zu behandelnden Materie vertrauten Durchschnittsbetrachters auszugehen ist (VwGH 90/18/0248; 2002/12/0140). Unter "Durchschnittsbetrachter" ist - wie das Abstellen auf die klare Erkennbarkeit für die Partei zeigt - nicht etwa ein durchschnittlicher Rechtsanwender im Bereich der jeweiligen Rechtsmaterie, sondern vielmehr eine mit ihrem eigenen Fall vertraute durchschnittliche Verfahrenspartei gemeint.

Im gegenständlichen Fall beruht der Fehler im berichtigten Bescheid darin, dass auf der letzten Seite der Entscheidung das Ende der rechtlichen Beurteilung fehlt (bezüglich Wartezeiten in Ordinationen sowie drei Zeilen zur Morbidität) und der erste sowie der vorletzte Satz auf dieser Seite (in der Rechtsmittelbelehrung) offensichtlich "abgeschnitten" ist. Es handelt sich um eine auf einem Versehen beruhende Unrichtigkeit (die Behörde wollte keinen anderen Willen zum Ausdruck bringen, sondern wurde versehentlich ein Teil des Textes im Dokument gelöscht), welche als offenkundig zu qualifizieren ist: Auch einem "Durchschnittsbetrachter" (so wie auch einer unvertretenen Partei) müsste auffallen, dass im Text klar erkennbar ein Teil der letzten drei Absätze fehlt und wäre hierzu weder eine längere Nachdenkzeit noch eine Nachschau im Gesetz notwendig.

Selbst die Beschwerdeführerin bestreitet die Offenkundigkeit nicht, wenn sie "nicht verkennt, dass die belangte Behörde eine Berichtigung des Bescheides vornehmen wollte".

Der "zweite" Bescheid der Landesschiedskommission, zugestellt am 31.01.2014, stellt einen Berichtigungsbescheid dar: Dieser erging mit identischem Spruch, identischen Feststellungen und Beweiswürdigung, berichtigt bzw korrigierend eingefügt wurden lediglich die fehlenden fünf Sätze am Ende der rechtlichen Beurteilung.

Die Funktion eines Berichtigungsbescheides erschöpft sich darin, den tatsächlichen Inhalt des berichtigten Bescheides zum Zeitpunkt seiner Erlassung in berichtigungsbedürftiger Form festzustellen. Er bildet somit nach der Rechtsprechung des VwGH mit dem berichtigten Bescheid eine Einheit (in diesem Sinne auch VfGH 28.11.2000, VfSlg 16011) und ist der angefochtene Bescheid somit in der Fassung des Berichtigungsbescheides Gegenstand der Überprüfung durch die Behörden im Instanzenzug (VwGH 2004/16/0041).

Das Eingehen auf das Vorbringen bezüglich des Fristenlaufes erübrigt sich, da die gegenständliche Beschwerde jedenfalls rechtzeitig ist.

5.2. Zum Spruchpunkt II:

5.2.1. Anzuwendende Rechtslage:

Gemäß § 343 Abs 1b ASVG kann, solange kein Einvernehmen über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1 besteht, diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden.

Besteht nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (§ 345) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 342 Abs. 1 Z 1. Bis zur Rechtskraft der Entscheidung kann die Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst. Gemäß Paragraph 343, Absatz eins b, ASVG kann, solange kein Einvernehmen über den Bedarf der Nachbesetzung einer frei werdenden Planstelle zwischen der zuständigen Ärztekammer und dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Kriterien nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, besteht, diese Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Besteht nach Ablauf eines Jahres nach Beendigung eines Einzelvertrages immer noch kein Einvernehmen, so entscheidet die Landesschiedskommission (Paragraph 345,) auf Antrag einer der beiden Vertragsparteien über den Bedarf der Nachbesetzung unter Berücksichtigung der Kriterien nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, Bis zur Rechtskraft der Entscheidung kann die Planstelle nicht ausgeschrieben werden. Der Stellenplan gilt ab Rechtskraft einer Entscheidung der Nicht-Nachbesetzung als angepasst.

Die Entscheidung in einer Streitigkeit bezüglich der Nachbesetzung von Planstellen wirkt ex-nunc ab seiner Rechtskraft, da ab diesem Zeitpunkt - bei Nicht-Nachbesetzung - der Stellenplan als angepasst gilt.

Es sind somit die gesetzlichen Bestimmungen in der heute geltenden Fassung anzuwenden.

5.2.2. Sind Wahlärzte in die Evaluierung miteinzubeziehen?

§ 342 Abs 1 Z 1 ASVG bestimmt, dass der Gesamtvertrag "die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ... unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs 2 1. Satz ... gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein." Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG bestimmt, dass der Gesamtvertrag "die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ... unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des Paragraph 338, Absatz 2, 1. Satz ... gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertrags-Gruppenpraxis freigestellt sein."

Mit dem 4. SRÄG (Sozialrechtsänderungsgesetz; 71. Novelle zum ASVG, BGBl I Nr 147/2009) erfolgte in einem ersten Schritt die erforderliche gesetzliche Umsetzung des vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteten und mit den Gebietskrankenkassen sowie den Systempartnern abgestimmten Sanierungskonzepts "Gesundheit: Mit dem 4. SRÄG (Sozialrechtsänderungsgesetz; 71. Novelle zum ASVG, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr 147 aus 2009,) erfolgte in einem ersten Schritt die erforderliche gesetzliche Umsetzung des vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteten und mit den Gebietskrankenkassen sowie den Systempartnern abgestimmten Sanierungskonzepts "Gesundheit:

Finanzierung sichern - Langfristige Potenziale zur Steuerung der Ausgaben und zur nachhaltigen Kostendämpfung" im Vertragspartnerbereich. Das Ziel war die Flexibilisierung des Vertragspartnerrechts und Aktualisierung in weiteren Bereichen des Sozialversicherungsrechts durch Vornahme notwendiger Anpassungen.

Aus den Materialien, 476 der Beilagen 24.GP - Regierungsvorlage - Vorblatt und Erläuterungen
Aus den Materialien, 476 der Beilagen 24. Gesetzgebungsperiode - Regierungsvorlage - Vorblatt und Erläuterungen:

Zu Art 1 Teil 1 Z 7 (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG): Zu Artikel eins, Teil 1 Ziffer 7, (Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG):

Für die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags- Gruppenpraxen) sollen neben den örtlichen Verhältnissen und Verkehrsverhältnissen, die Bevölkerungsdichte und -struktur künftig sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen sowie die Veränderung der Morbidität als Kriterium (dynamische

Stellenplanung) berücksichtigt werden. Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in § 349 Abs. 2 genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden. Für die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertrags- Gruppenpraxen) sollen neben den örtlichen Verhältnissen und Verkehrsverhältnissen, die Bevölkerungsdichte und -struktur künftig sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen sowie die Veränderung der Morbidität als Kriterium (dynamische Stellenplanung) berücksichtigt werden. Die Regelung ist auch für Zahnärztinnen/Zahnärzte, Dentistinnen/Dentisten und die in Paragraph 349, Absatz 2, genannten Personen, sobald ein Gesamtvertrag zu Stande kommt, durch gesetzliche Verweise entsprechend anzuwenden.

Nach § 84a ASVG haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen und die dabei abgestimmten Ergebnisse in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten. Diesem Auftrag kann die Sozialversicherung nur nachkommen, wenn eine gewisse Flexibilisierung bei den Stellenplänen, die ja Teil des Gesamtvertrages sind, möglich ist. Nach Paragraph 84 a, ASVG haben sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen und die dabei abgestimmten Ergebnisse in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten. Diesem Auftrag kann die Sozialversicherung nur nachkommen, wenn eine gewisse Flexibilisierung bei den Stellenplänen, die ja Teil des Gesamtvertrages sind, möglich ist.

In Übereinstimmung dazu sieht die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Art. 1 Abs. 2 Z 9 auch vor, dass bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens der Grundsatz zu beachten ist, dass [...] zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip "Geld folgt Leistung" gilt. In Übereinstimmung dazu sieht die Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Artikel eins, Absatz 2, Ziffer 9, auch vor, dass bei der gemeinsamen Steuerung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens der Grundsatz zu beachten ist, dass [...] zwischen den Gesundheitssektoren das Prinzip "Geld folgt Leistung" gilt.

Es sind nach § 342 Abs 1 Z 1 ASVG nun sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Der Zusatz fügt sich schlüssig in das neue System der Stellen-Nichtnachbesetzung und das Substitutionsverbot ein. Dieses bedeutet nämlich, dass die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung verpflichtet sind, die Gesamtheit der Anbieter im Gesundheitswesen in die Stellenplanung mit einzubeziehen, damit also auch das Angebot der Spitalsambulanzen, von Wahlärzten/innen und Instituten. Es sind nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG nun sämtliche ambulante Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Der Zusatz fügt sich schlüssig in das neue System der Stellen-Nichtnachbesetzung und das Substitutionsverbot ein. Dieses bedeutet nämlich, dass die Vertragspartner/innen der Krankenversicherung verpflichtet sind, die Gesamtheit der Anbieter im Gesundheitswesen in die Stellenplanung mit einzubeziehen, damit also auch das Angebot der Spitalsambulanzen, von Wahlärzten/innen und Instituten.

Mit dem 4. SRÄG wurde auch der Begriff der dynamischen Stellenplanung in das ASVG aufgenommen (§ 342 Abs 1 Z 1). Zwar finden sich in den Materialien keine Hinweise wie dies zu interpretieren ist, Sozialversicherung und die Österreichische Ärztekammer kamen jedoch bei den Verhandlungen im Juni 2009 darin überein, dass die Stellenpläne künftig regelmäßig evaluiert und flexibler gestaltet werden müssen und eine gemeinsame Planungsmethode entwickelt werden soll. (Vgl B.Wurzer, 4. SRÄG, Ergebnis einer neuen Partnerschaft zwischen Sozialversicherung und Ärzteschaft). Mit dem 4. SRÄG wurde auch der Begriff der dynamischen Stellenplanung in das ASVG aufgenommen (Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins,). Zwar finden sich in den Materialien keine Hinweise wie dies zu interpretieren ist, Sozialversicherung und die Österreichische Ärztekammer kamen jedoch bei den Verhandlungen im Juni 2009 darin überein, dass die Stellenpläne künftig regelmäßig evaluiert und flexibler gestaltet werden müssen und eine gemeinsame Planungsmethode entwickelt werden soll. (Vgl B.Wurzer, 4. SRÄG, Ergebnis einer neuen Partnerschaft zwischen Sozialversicherung und Ärzteschaft).

Im GV sind die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärzte sowie der Gruppenpraxen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit mit dem Ziel festzulegen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse einschließlich der Verkehrsverhältnisse sowie der demographischen

Entwicklung für die in der gesetzlichen KV Versicherten und ihre Angehörigen eine ausreichende ärztliche Versorgung iSd § 338 Abs 2 gesichert ist. Dabei soll idR die Auswahl zwischen wenigstens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten bzw zwischen einem Vertragsarzt und einer Gruppenpraxis mit Vertrag möglich sein (Stellenplan, Abs 1 Z 1). Die Faktoren, auf die beim Aushandeln des Stellenplans Bedacht genommen werden soll, sind sowohl für die Vermeidung einer Über- als auch einer Unterversorgung relevant. Jedenfalls soll im Interesse der Finanzierung der gesetzlichen SV verhindert werden, dass Überangebote Nachfrage generieren, die sonst nicht entstünde; auf der anderen Seite soll aber auch eine ausreichende Versorgung mit ärztlichen Leistungen sichergestellt werden. Dies bietet den Gesamtvertragsparteien auch grundsätzlich die Möglichkeit, regional differenziert auf Kassenstellen zu verzichten, um etwa die öffentlichen Investitionen zu schützen, die in Spitalsinfrastruktur getätigt werden. Im GV sind die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärzte sowie der Gruppenpraxen unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit mit dem Ziel festzulegen, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse einschließlich der Verkehrsverhältnisse sowie der demographischen Entwicklung für die in der gesetzlichen KV Versicherten und ihre Angehörigen eine ausreichende ärztliche Versorgung iSd Paragraph 338, Absatz 2, gesichert ist. Dabei soll idR die Auswahl zwischen wenigstens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten bzw zwischen einem Vertragsarzt und einer Gruppenpraxis mit Vertrag möglich sein (Stellenplan, Absatz eins, Ziffer eins,). Die Faktoren, auf die beim Aushandeln des Stellenplans Bedacht genommen werden soll, sind sowohl für die Vermeidung einer Über- als auch einer Unterversorgung relevant. Jedenfalls soll im Interesse der Finanzierung der gesetzlichen SV verhindert werden, dass Überangebote Nachfrage generieren, die sonst nicht entstünde; auf der anderen Seite soll aber auch eine ausreichende Versorgung mit ärztlichen Leistungen sichergestellt werden. Dies bietet den Gesamtvertragsparteien auch grundsätzlich die Möglichkeit, regional differenziert auf Kassenstellen zu verzichten, um etwa die öffentlichen Investitionen zu schützen, die in Spitalsinfrastruktur getätigt werden.

Dem Gesetz ist aufgrund der durch den Gesetzgeber gewählten Formulierungen auch keine Verpflichtung zu entnehmen, die flächendeckende Versorgung (nur) mittels Kassenstellen zu bewerkstelligen. Im Übrigen sind bei der Stellenplanung nach § 342 Abs 1 Z 1 seit dem 4. SRÄG 2009 sämtliche ambulanten Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, was auch gegen einen generellen Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzte spricht (vgl Kletter in Sonntag, ASVG3 § 339 Rz 17). Bei der Invertragnahme von Ambulatorien muss nicht auf den Stellenplan des geltenden GV Rücksicht genommen werden (BSK R4-BSK/08, SSV-NF 23/A1). Es bleibt daher den Verhandlungen vorbehalten, wie die Versorgung sichergestellt werden soll. Dies gilt auch im Hinblick auf kasseneigene Einrichtungen. (Vgl Kneih/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 342 ASVG Rz 6 ff (rdb.at)) Dem Gesetz ist aufgrund der durch den Gesetzgeber gewählten Formulierungen auch keine Verpflichtung zu entnehmen, die flächendeckende Versorgung (nur) mittels Kassenstellen zu bewerkstelligen. Im Übrigen sind bei der Stellenplanung nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, seit dem 4. SRÄG 2009 sämtliche ambulanten Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, was auch gegen einen generellen Vorrang der Versorgung durch Vertragsärzte spricht vergleiche Kletter in Sonntag, ASVG3 Paragraph 339, Rz 17). Bei der Invertragnahme von Ambulatorien muss nicht auf den Stellenplan des geltenden GV Rücksicht genommen werden (BSK R4-BSK/08, SSV-NF 23/A1). Es bleibt daher den Verhandlungen vorbehalten, wie die Versorgung sichergestellt werden soll. Dies gilt auch im Hinblick auf kasseneigene Einrichtungen. (Vgl Kneih/Mosler in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm Paragraph 342, ASVG Rz 6 ff (rdb.at))

Insoweit ist dem Beschwerdevorbringen, es habe eine ausreichende Versorgung mit Vertragszahnärzten zu erfolgen, zu entgegnen, dass mit dem 4. SRÄG eine Änderung im Hinblick auf die "Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen" eingetreten ist und daher auch die Versorgung mit Wahlärzten bei der Stellenplanung miteinzubeziehen ist.

5.2.2. Verbindlichkeit des RSG Kärnten 2020:

Bedarfsplanung in Österreich ist ein Zusammenspiel aus verschiedenen, aufeinander abgestimmten Instrumenten und Rechtsquellen, deren Konzept eine ineinandergreifende und ausgewogene Gesundheitsplanung ergeben soll. Zentrales Instrument dafür ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der im Sinne einer Rahmenplanung Methoden, Richtwerte und Versorgungsstrukturen vorgibt und Festlegungen zu einzelnen Fachbereichen trifft. Auf Bundeslandebene soll die konkrete Detailplanung dann durch den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) erfolgen. Die weitere Konkretisierung der Detailplanung vollzieht sich durch die Überführung des RSG in die jeweiligen Wirkungsbereiche der Länder bzw der Krankenversicherungsträger. Während die Krankenanstaltenplanung durch eine

Verordnung des jeweiligen Landes in rechtliche Form gegossen wird, soll die Sozialversicherung in ihrer Stellenplanung für den niedergelassenen Bereich Bedacht auf den RSG nehmen. (T. Fischer, Bedarfsplanung in der Welt der Zielsteuerung, SozSi 2014, 481)

Beim RSG handelt es sich um keine Verordnung, da er keinen normativen Charakter aufweist. Darüber hinaus sind RSG im Bereich der Krankenanstaltenplanung durch Verordnung des Landes durchzuführen. Wäre bereits der RSG selbst als Verordnung zu deuten, so wäre ein solcher gesetzlich angeordneter Umsetzungsschritt überflüssig. Dem Wortlaut im § 342 Abs. 1 Z. 1 ASVG lässt sich eine strikte Bindung der Sozialversicherungsträger an den RSG nicht entnehmen. Dies zeigt sich auch im Vergleich zu § 338 Abs. 2 ASVG, wo im Gegensatz zu § 342 leg.cit. nicht von einer bloßen "Bedachtnahme" die Rede ist, sondern eindeutig die unmittelbare Verbindlichkeit des GGP bei sonstiger Nichtigkeit des Gesamt-bzw. des Einzelvertrages angeordnet wird. Beim RSG handelt es sich um keine Verordnung, da er keinen normativen Charakter aufweist. Darüber hinaus sind RSG im Bereich der Krankenanstaltenplanung durch Verordnung des Landes durchzuführen. Wäre bereits der RSG selbst als Verordnung zu deuten, so wäre ein solcher gesetzlich angeordneter Umsetzungsschritt überflüssig. Dem Wortlaut im Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG lässt sich eine strikte Bindung der Sozialversicherungsträger an den RSG nicht entnehmen. Dies zeigt sich auch im Vergleich zu Paragraph 338, Absatz 2, ASVG, wo im Gegensatz zu Paragraph 342, leg.cit. nicht von einer bloßen "Bedachtnahme" die Rede ist, sondern eindeutig die unmittelbare Verbindlichkeit des GGP bei sonstiger Nichtigkeit des Gesamt-bzw. des Einzelvertrages angeordnet wird.

§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG verpflichtet die Parteien der Gesamtverträge zur Bedachtnahme auf die RSG bei der Stellenplanung, dieselbe Wortwahl findet sich in § 342a Abs. 5 ASVG sowie in § 52b Abs. 2 ÄrzteG. In dem in § 52c ÄrzteG vorgesehenen Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen wird, angelehnt an die Regelungen zur Bedarfsprüfung selbstständiger Ambulatorien, die Zulassung der Gruppenpraxis von der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet durch die beantragte Gruppenpraxis abhängig gemacht und auch hier die "Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG" angeordnet. Gemäß den oben wiedergegebenen gesetzlichen Formulierungen sind die RSG im ambulanten Sektor demnach nicht rechtsverbindlich. Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG verpflichtet die Parteien der Gesamtverträge zur Bedachtnahme auf die RSG bei der Stellenplanung, dieselbe Wortwahl findet sich in Paragraph 342 a, Absatz 5, ASVG sowie in Paragraph 52 b, Absatz 2, ÄrzteG. In dem in Paragraph 52 c, ÄrzteG vorgesehenen Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen wird, angelehnt an die Regelungen zur Bedarfsprüfung selbstständiger Ambulatorien, die Zulassung der Gruppenpraxis von der wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet durch die beantragte Gruppenpraxis abhängig gemacht und auch hier die "Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG" angeordnet. Gemäß den oben wiedergegebenen gesetzlichen Formulierungen sind die RSG im ambulanten Sektor demnach nicht rechtsverbindlich.

5.2.2.1. Gesetzliche Grundlagen der Bedarfsplanung:

Art 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) ermöglicht innerstaatliche Verträge zwischen dem Bund und den Ländern in Bezug auf ihren jeweiligen Wirkungsbereich. Die "15a-Vereinbarung" hat eine zentrale Bedeutung in der Struktur und in den Prozessen des österreichischen Gesundheitssystems. Nach Art 15a B-VG wird es den Gebietskörperschaften ermöglicht, Vereinbarungen bezüglich ihres jeweiligen Wirkungsbereiches zu treffen. Artikel 15 a, Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) ermöglicht innerstaatliche Verträge zwischen dem Bund und den Ländern in Bezug auf ihren jeweiligen Wirkungsbereich. Die "15a-Vereinbarung" hat eine zentrale Bedeutung in der Struktur und in den Prozessen des österreichischen Gesundheitssystems. Nach Artikel 15 a, B-VG wird es den Gebietskörperschaften ermöglicht, Vereinbarungen bezüglich ihres jeweiligen Wirkungsbereiches zu treffen.

a) Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl 105/2008, zuletzt verlängert durch BGBl I Nr 199/2013: a) Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Bundesgesetzblatt 105 aus 2008,, zuletzt verlängert durch BGBl römisch eins Nr 199/2013:

Präambel:

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens steht nunmehr in einem engen Konnex mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013. Mit der gegenständlichen, nunmehr geänderten Vereinbarung erfolgt die konsequente Fortschreibung der

bisherigen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008), die an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst wurde und hinsichtlich der FAG-Bestimmungen 2008 unverändert geblieben ist. Die Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens steht nunmehr in einem engen Konnex mit der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 200 aus 2013,. Mit der gegenständlichen, nunmehr geänderten Vereinbarung erfolgt die konsequente Fortschreibung der bisherigen Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 105 aus 2008,, die an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst wurde und hinsichtlich der FAG-Bestimmungen 2008 unverändert geblieben ist.

Es erfolgt die Fortschreibung und Intensivierung der bereits in der vergangenen Vereinbarungsperiode vereinbarten und begonnenen Maßnahmen einer gemeinsamen Steuerung und Planung. Planungsziele und Grundsätze werden dabei grundsätzlich in einem Österreichischen Strukturplan Gesundheit gemeinsam festgelegt und die Planung erfolgt in den Regionalen Strukturplänen auf Landesebene. Die Vertragsparteien kommen darin überein, dass unter Einbeziehung der intra- und extramuralen Bereiche insbesondere die notwendigen Schritte gesetzt werden, um

- * eine gemeinsame integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen sicherzustellen,

- * den Grad der Verbindlichkeit in der Gesundheitsplanung auf Länderebene durch wechselseitige Abstimmung der intra- und extramuralen Versorgungsplanung zu erhöhen und

- * eine sektorenübergreifende Finanzierung aufzubauen.

Aus den Materialien zum Art 4 der Vereinbarung BGBl 105/2008, 23.GP, 308 der Blg, 40 Aus den Materialien zum Artikel 4, der Vereinbarung Bundesgesetzblatt 105 aus 2008,, 23.GP, 308 der Blg, 40:

"Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wird als verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur beibehalten. Auf regionaler Ebene werden Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen des ÖSG vereinbart. Weiters stellt der ÖSG die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

Der ÖSG umfasst quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche, wobei eine Leistungsangebotsplanung in jenen Bereichen vorzunehmen ist, wo die Datengrundlagen (Diagnosen- und Leistungsdokumentation) dies ermöglichen.

Der ÖSG 2006 ist während der Laufzeit dieser Vereinbarung kontinuierlich weiterzuentwickeln, wobei die Priorität auf die Erarbeitung von Planungsgrundsätzen und Planungsfestlegungen für den ambulanten Bereich gelegt wird. Weiters ist eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf aktueller Datenbasis mit Planungshorizont 2020 vereinbart. Die Leistungsmatrix des ÖSG wird im Zusammenhang mit den jährlichen LKF-Modellfestlegungen jährlich gewartet. Aktualisierungen des Ist-Standes werden vorgenommen.

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in der Gesundheitsplattform abzustimmen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung.

Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen.

Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen auf der Grundlage der einschlägigen gesetzlichen Regelung darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen.

Die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds bzw. durch die

Krankenversicherungsträger ist an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG, durch die Leistungserbringer/innen zu binden."

Artikel 4 idgF BGBl. I Nr. 199/2013: Artikel 4 idgF BGBl. römisch eins Nr. 199/2013:

Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit

(1) Die Ausrichtung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert. Das Verhältnis zwischen Zielsteuerung-Gesundheit und ÖSG ist in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt. Die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur wird im ÖSG festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sowie für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich dar.

(2) Entsprechend seiner Zielsetzung als Planungsgrundlage für das gesamte Gesundheitswesen umfasst der ÖSG quantitative und qualitative Planungsaussagen für alle Gesundheitsversorgungsbereiche. Eine Leistungsangebotsplanung ist in jenen Bereichen vorzunehmen, wo die Datengrundlagen dies ermöglichen. Weiters enthält der ÖSG die Darstellung des Ist-Standes der Versorgungsstrukturen im stationären Bereich, im ambulanten Bereich sowie an den Nahtstellen zum Pflegebereich auf Ebene von Versorgungsregionen, im Rehabilitationsbereich auf Ebene von Versorgungszonen. Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden Bestandteil der Planungsaussagen dar.

(3) Der ÖSG ist nach Maßgabe der Vorgaben der Zielsteuerung-Gesundheit während der Laufzeit dieser Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei sind Planungsgrundsätze und Planungsfestlegungen prioritär für den ambulanten Bereich, den nicht-akuten stationären Bereich der Krankenanstalten, den Rehabilitationsbereich (einschließlich Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen) sowie für die Nahtstellen zum Pflegebereich sukzessive bis zum Ende der Vereinbarungsperiode verbindlich festzulegen und in den ÖSG aufzunehmen. Die Vertragsparteien kommen überein, die dafür notwendigen Datengrundlagen in ausreichender Qualität zur Verfügung zu stellen.

(4) Erweiterungen bzw. Revisionen des ÖSG sind entsprechend der Determinierung der übergeordneten Zielsteuerung-Gesundheit vorzunehmen und in geeigneter Weise kundzumachen. Es sind dabei jedenfalls folgende Entwicklungsschritte umfasst:

1. Laufende Aktualisierung der Informationen zum Ist-Stand sowie der Bedarfsprognosen in den verschiedenen Versorgungsbereichen,
2. Jährliche Wartung und Weiterentwicklung der Leistungsmatrix des ÖSG unter Berücksichtigung der Änderungen in den Dokumentationsgrundlagen (insbesondere Leistungskatalog) des LKF-Modells,
3. Konkretisierung der im ÖSG 2012 enthaltenen überregionalen Versorgungsplanung im Bereich komplexer medizinischer Leistungen in quantitativer Hinsicht sowie Ergänzung weiterer einvernehmlich festzulegender Bereiche entsprechend den Festlegungen in der Zielsteuerung-Gesundheit,
4. Revision und Redimensionierung der im ÖSG 2012 enthaltenen Strukturqualitätskriterien auf notwendige Vorgaben sowie verstärkte Schwerpunktsetzung auf Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich auf Basis der Konzeption der Zielsteuerung-Gesundheit; im Rahmen zukünftiger ÖSG-Revisionen sind für den ambulanten Bereich Strukturqualitätskriterien um notwendige Vorgaben zu ergänzen.

Revisionen der ÖSG-Inhalte werden auf der jeweils aktuellen Datenbasis grundsätzlich im Abstand von jeweils zwei Jahren vorgenommen.

(5) Die Ausrichtung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene determiniert. Das Verhältnis zwischen Zielsteuerung-Gesundheit und RSG ist in Art. 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt. Die integrierte Versorgungsplanung im Rahmen des RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land

und der Sozialversicherung auf Landesebene abzustimmen, insbesondere hinsichtlich Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Die RSG werden hinsichtlich Aufbau, Mindestinhalt, Struktur und Darstellungsform sukzessive in österreichweit vergleichbarer Form weiterentwickelt. Die RSG sind in geeigneter Weise kundzumachen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG bzw. die Landes-Krankenanstaltenpläne sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen.⁽⁵⁾ Die Ausrichtung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene determiniert. Das Verhältnis zwischen Zielsteuerung-Gesundheit und RSG ist in Artikel 9, der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG Zielsteuerung-Gesundheit geregelt. Die integrierte Versorgungsplanung im Rahmen des RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planung sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung auf Landesebene abzustimmen, insbesondere hinsichtlich Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Die RSG werden hinsichtlich Aufbau, Mindestinhalt, Struktur und Darstellungsform sukzessive in österreichweit vergleichbarer Form weiterentwickelt. Die RSG sind in geeigneter Weise kundzumachen. Die Krankenanstaltenplanung des RSG ist durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen. Die RSG bzw. die Landes-Krankenanstaltenpläne sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung. Entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht sind vorzunehmen. Sozialversicherungsrechtlich ist sicherzustellen, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten. Bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) sind alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen.

(6) Bei Detailplanungen sind die im ÖSG in der jeweiligen Fassung enthaltenen Vorgaben und Richtwerte einzuhalten. Detailplanungen sind im Wege der Landesgesundheitsfonds der Bundesgesundheitsagentur umgehend zur Kenntnis zu bringen.

(7) Im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen, insbesondere mit dem RSG, sind die den Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbietern erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlerworbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Die entsprechenden bundes- und landesgesetzlichen Regelungen haben dies zu ermöglichen.

(8) Die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen der Landesgesundheitsfonds bzw. durch die Krankenversicherungsträger ist an die verpflichtende Einhaltung der qualitativen Inhalte des ÖSG und der regionalen Detailplanungen, insbesondere des RSG durch die Leistungserbringer/innen gesetzlich festzulegen.

(9) Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen an die Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbieter hat im Einklang mit dem ÖSG und den damit abgestimmten Detailplanungen, insbesondere dem RSG zu erfolgen.

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

b) Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG) (in Kraft seit 1.1.2013)

Präambel

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen kommen die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgt diese Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation

und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende "Gouvernance" der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung. Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen kommen die Vertragsparteien Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgt diese Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende "Gouvernance" der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung.

Artikel 9

Verhältnis der Zielsteuerung-Gesundheit zu ÖSG/RSG

1) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen baut auf den bereits vereinbarten Festlegungen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) auf. Die weitere Ausrichtung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit wird durch die übergeordnete Zielsteuerung-Gesundheit determiniert.

2) Der Landes-Zielsteuerungsvertrag sowie dessen Umsetzung in den jeweiligen Jahresarbeitsprogrammen baut auf den bereits vereinbarten Festlegungen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) auf Landesebene auf und ist diesem übergeordnet. Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Landesebene gemeinsam vereinbarten strukturellen Maßnahmen haben unter Einhaltung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG vereinbarten Vorgaben inhaltlich entsprechend in den jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit einzufließen.

3) Auf Grundlage der zentralen Festlegungen und Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit als zentrale Planungsinstrumentarien in struktureller und inhaltlicher Hinsicht und unter Beachtung der Kriterien der Versorgung, der Qualität und der Effizienz zu entwickeln.

c) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG):

Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich sowie für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar (Art 4 Abs 1 der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Gemäß der Vereinbarung wird die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstellen zum Pflegebereich sowie für die stationäre und ambulante Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) dar (Artikel 4, Absatz eins, der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). Gemäß der Vereinbarung wird die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

Die Beschlussfassung in diesen Angelegenheiten auf Bundesebene - und damit auch die Beschlussfassung des ÖSG - obliegt dem Organ der Bundesgesundheitsagentur, der Bundesgesundheitskommission, und setzt ein Einvernehmen zwischen dem Bund, allen neun Ländern und der Sozialversicherung voraus (Art 16 der Vereinbarung). Die Beschlussfassung in diesen Angelegenheiten auf Bundesebene - und damit auch die Beschlussfassung des ÖSG - obliegt dem Organ der Bundesgesundheitsagentur, der Bundesgesundheitskommission, und setzt ein Einvernehmen zwischen dem Bund, allen neun Ländern und der Sozialversicherung voraus (Artikel 16, der Vereinbarung).

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und

Weiterentwicklungen dieser Planungen sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in den Gesundheitsplattformen (Art 19 und 20 der Vereinbarung) abzustimmen (Art 4 Abs 5 der Vereinbarung). Damit soll sichergestellt werden, dass die konkrete Planung durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche für die verschiedenen Sektoren und Ebenen der Gesundheitsversorgung - insbesondere das jeweilige Land (für die Krankenanstalten) und die Sozialversicherung (für den niedergelassenen Bereich) - integrativ, also gemeinsam, aufeinander abgestimmt und zusammenführend erfolgt. Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planungen sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in den Gesundheitsplattformen (Artikel 19 und 20 der Vereinbarung) abzustimmen (Artikel 4, Absatz 5, der Vereinbarung). Damit soll sichergestellt werden, dass die konkrete Planung durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche für die verschiedenen Sektoren und Ebenen der Gesundheitsversorgung - insbesondere das jeweilige Land (für die Krankenanstalten) und die Sozialversicherung (für den niedergelassenen Bereich) - integrativ, also gemeinsam, aufeinander abgestimmt und zusammenführend erfolgt.

Sowohl die Vereinbarung als auch die Beschlüsse der Bundesgesundheitskommission und der Gesundheitsplattformen - und damit auch der ÖSG und der RSG - entfalten keine unmittelbare, direkte Verbindlichkeit für Dritte (also etwa für Rechtsträger von Gesundheitseinrichtungen), sondern stellen zunächst nur eine Selbstbindung der jeweiligen Partner an die von allen Ländern ratifizierte Vereinbarung sowie an ihre darauf basierenden jeweiligen Beschlüsse und Abstimmungsergebnisse dar.

Erst in einem nächsten Schritt sind die Beschlüsse im jeweiligen Wirkungsbereich der Beschlusspartner für Dritte mittels der jeweils zur Verfügung stehenden Rechtsnormen und Instrumente verbindlich zu machen. Dazu ist in der Vereinbarung (Art 4 Abs 5) festgehalten, dass Erst in einem nächsten Schritt sind die Beschlüsse im jeweiligen Wirkungsbereich der Beschlusspartner für Dritte mittels der jeweils zur Verfügung stehenden Rechtsnormen und Instrumente verbindlich zu machen. Dazu ist in der Vereinbarung (Artikel 4, Absatz 5,) festgehalten, dass

- die Krankenanstaltenplanung des RSG durch eine Verordnung des jeweiligen Landes zu erlassen ist,
- die RSG Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung bzw. für Vertragsabschlüsse der Sozialversicherung sind,
- entsprechende Anpassungen im Krankenanstalten- sowie im Sozialversicherungsrecht vorzunehmen sind,
- sozialversicherungsrechtlich sicherzustellen ist, dass die Gesamtvertragspartner im extramuralen Bereich ihre Verhandlungen darauf ausrichten,
- bei der Erteilung von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen (Bedarfsprüfungsverfahren) alle versorgungswirksamen Kapazitäten zu berücksichtigen sind.

Für die Sozialversicherung legt das ASVG (§ 84a Abs 1) fest, dass sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen haben und die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB. ÖSG) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten haben. Für die Sozialversicherung legt das ASVG (Paragraph 84 a, Absatz eins,) fest, dass sich der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger an einer regionen- und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu beteiligen haben und die dabei abgestimmten Ergebnisse (zB. ÖSG) in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten mit dem Ziel eines optimierten Mitteleinsatzes durch koordiniertes Vorgehen zu beachten haben.

Für Gruppenpraxen mit Kassenverträgen fordert das Ärztegesetz 1998 bzw. das Zahnärztegesetz, dass deren Gründung nach Maßgabe des RSG (§ 52b Abs 2 bzw. § 26a Abs 2) und deren Zulassung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG (§ 52c Abs 2 bzw. § 26b Abs 2) zu erfolgen hat. Für Gruppenpraxen mit Kassenverträgen fordert das Ärztegesetz 1998 bzw. das Zahnärztegesetz, dass deren Gründung nach Maßgabe des RSG (Paragraph 52 b, Absatz 2, bzw. Paragraph 26 a, Absatz 2,) und deren Zulassung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Planungen des jeweiligen RSG (Paragraph 52 c, Absatz 2, bzw. Paragraph 26 b, Absatz 2,) zu erfolgen hat.

Zusammenfassend betrachtet ist die gesamte Versorgungsplanung zunächst im Rahmen der Gesundheitsplattform auf

der Grundlage des ÖSG zwischen dem Land und der Sozialversicherung abzustimmen. Sodann ist der - nach außen nicht verbindliche - RSG für den Bereich der Krankenanstalten durch das Land, für den niedergelassenen Bereich durch die Sozialversicherung entsprechend umzusetzen. Die verbindliche Umsetzung der RSG erfolgt für den Krankenanstaltenbereich als Landeskrankenanstaltenplan (LKAP) durch Verordnung und darauf basierende Bescheide bzw. durch Bescheide, denen Bedarfsprüfungen zugrunde liegen. Für den niedergelassenen Bereich ist auf die RSG bei den Stellenplänen als Teil der Gesamtverträge Bedacht zu nehmen. Ebenso kann die Einhaltung von ggf. auch für diesen Bereich zutreffenden Qualitätskriterien des ÖSG berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Analyse und Planung des ambulanten Bereichs sind die nachfolgenden Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze bei allen Veränderungen der Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

Zielvorstellungen

- Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung durch die Gesamtheit aller ambulanten Leistungsanbieter in der betreffenden Region
- Sicherstellung einer in quantitativer und qualitativer Hinsicht österreichweit gleichwertigen Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Ausgleich von stark über- oder unterdurchschnittlicher Versorgung
- Versorgung dort, wo Leistungen bei zumindest gleicher Qualität volkswirtschaftlich am günstigsten erbracht werden können (best point of service).
- Entlastung der Akutkrankenanstalten im Sinne des Prinzips "ambulant vor stationär" und Ermöglichung der daraus resultierenden (notwendigen) Strukturveränderungen
- * Gesamthafte Sichtweise und Planung der gesamten Gesundheitsversorgung, d. h. Berücksichtigung aller Sektoren des Gesundheitswesens und der Nahtstellen zu den angrenzenden Bereichen

Planungsgrundsätze

- Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit: Garantie einer möglichst gleichmäßigen regionalen Versorgung mit medizinischen Leistungen
- Qualitätsprinzip: optimale Leistungserbringung aus Sicht der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Effizienzprinzip: Sicherstellung einer effizienten Leistungserbringung und Nutzung von Synergien (Berücksichtigung der entscheidenden Faktoren wie z. B. Fallzahlen, Frequenzen und Zahl erbrachter Leistungen, Auslastungsgrad teurer Infrastruktur, Erreichen entsprechender Mindestumsätze)
- Ökonomieprinzip: Beachtung von gesamtwirtschaftlicher Auswirkung und Finanzierbarkeit der geplanten Leistungsangebote; Ermöglichung einer gesamtwirtschaftlich angelegten Folgekosten-Abschätzung anhand von Simulationsmodellen.

Kapazitätsplanung ambulante Versorgung

Die Kapazitätsplanung im Bereich der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung geht - unter Berücksichtigung der komplexen Datenlage - von den nachfolgend dargestellten grundsätzlichen Überlegungen zu Planungskriterien und Planungsmethoden aus.

Planungskriterien

- Demografie: Bevölkerungsdichte und Altersstruktur im Zeitverlauf (inkl. Prognose)
- Epidemiologie: Berücksichtigung regionaler epidemiologischer Unterschiede (soweit Daten dazu verfügbar), insbesondere auch der Spezifika von urbanen Ballungsräumen
- Inanspruchnahmeverhalten: Berücksichtigung von Unterschieden bei der Leistungs-inanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung sowie - bei Ballungsräumen - auch durch die Bevölkerung des mitversorgten Umlands (Fälle pro Anspruchsberechtigten)
- Belastung der Leistungsanbieter: Berücksichtigung der aktuellen Belastung der bestehenden Leistungsanbieter pro Region (z. B. Fallzahlen pro Leistungsanbieter und Jahr)

- Wartezeiten: differenzierte Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfs (akut, elektiv) inkl. Veränderung der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf
- Wegstrecken: Berücksichtigung regional bestehender Erreichbarkeiten der Leistungserbringer (z. B. Fahrzeiten im Straßenverkehr)
- Beachtung der Grundsätze des Public-Health-Ansatzes (Orientierung an einem umfassenden Gesundheitsbegriff; systematische Gesundheitsberichterstattung; Versorgungsforschung zur Gewährleistung einer bedarfsorientierten Planung, Entwicklung und Evaluation; Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung, Forschung und Entwicklung zur Verbesserung der Gesundheit für alle und zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten; Berücksichtigung der österreich-weiten Rahmen-Gesundheitszielen).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist der verbindliche Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er basiert auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG und stellt die Grundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene dar. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist der verbindliche Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er basiert auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG und stellt die Grundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene dar.

Aus all diesen dem Regionalen Strukturplan übergeordneten Normen ergibt sich, dass der regionale Strukturplan in seiner Funktion als Grundlage für die Bedarfsplanung zu beachten ist. Eine vollkommene Unverbindlichkeit würde das ganze oben erörterte System obsolet machen und den Zielsetzungen in der "Gesundheitssteuerung" widersprechen. Die "Ernsthaftigkeit" des RSG zeigt sich einerseits darin, dass die Vorschläge für den Krankenanstaltenbereich in einer Verordnung umgesetzt werden (müssen), dies nicht zuletzt durch die Einfügung des Absatzes 3a in den § 347 ASVG im Rahmen des SRÄG 2015: Aus all diesen dem Regionalen Strukturplan übergeordneten Normen ergibt sich, dass der regionale Strukturplan in seiner Funktion als Grundlage für die Bedarfsplanung zu beachten ist. Eine vollkommene Unverbindlichkeit würde das ganze oben erörterte System obsolet machen und den Zielsetzungen in der "Gesundheitssteuerung" widersprechen. Die "Ernsthaftigkeit" des RSG zeigt sich einerseits darin, dass die Vorschläge für den Krankenanstaltenbereich in einer Verordnung umgesetzt werden (müssen), dies nicht zuletzt durch die Einfügung des Absatzes 3a in den Paragraph 347, ASVG im Rahmen des SRÄG 2015:

"Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 (Regionale Strukturpläne Gesundheit) eingehalten haben und ihrerseits die Ergebnisse dieser Strukturpläne ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen." "Die Kommissionen haben bei ihren Entscheidungen zu prüfen, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach Paragraph 84 a, Absatz eins, (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) oder nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, (Regionale Strukturpläne Gesundheit) eingehalten haben und ihrerseits die Ergebnisse dieser Strukturpläne ihren Entscheidungen in einschlägigen Angelegenheiten zu Grunde zu legen."

Aus den Materialien SRÄG 2015, BGBl I Nr 162/2015, 900 Blg, 25. GP, 21: Aus den Materialien SRÄG 2015, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr 162 aus 2015,, 900 Blg, 25. GP, 21:

"Im Rahmen der Gesundheitsreform ist neben dem österreichischen Strukturplan Gesundheit die Schaffung regionaler Strukturpläne vorgesehen. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben nach § 84a Abs. 1 ASVG in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten diese zu beachten; auch im Vertragspartnerrecht (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG) ist eine entsprechende Bedachtnahme vorgesehen." Im Rahmen der Gesundheitsreform ist neben dem österreichischen Strukturplan Gesundheit die Schaffung regionaler Strukturpläne vorgesehen. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband haben nach Paragraph 84 a, Absatz eins, ASVG in ihrem Verwaltungshandeln und bei der Planung und Umsetzung der Versorgung der Versicherten diese zu beachten; auch im Vertragspartnerrecht (Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG) ist eine entsprechende Bedachtnahme vorgesehen.

Die genannten Strukturpläne sind allerdings nicht gesetzliche Normen, sondern lediglich Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gilt nach § 59j Z 1 KAKuG als objektiviertes Sachverständigengutachten. Die genannten Strukturpläne sind allerdings nicht gesetzliche Normen, sondern lediglich

Planungsunterlagen, der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gilt nach Paragraph 59 j, Ziffer eins, KAKuG als objektiviertes Sachverständigengutachten.

Eine Bindungswirkung, wie sie in anderen Bestimmungen des ASVG vorgesehen ist (vgl. nur§ 49 Abs. 4 ASVG), besteht nicht. Eine Bindungswirkung, wie sie in anderen Bestimmungen des ASVG vorgesehen ist vergleiche nur Paragraph 49, Absatz 4, ASVG), besteht nicht.

Um die in den Strukturplänen vorgesehenen Planungen nicht zu konterkarieren, sollen die Schiedskommissionen bei ihren Entscheidungen zu prüfen haben, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach § 84a Abs. 1 (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) beachtet oder nach § 342 Abs. 1 Z 1 ASVG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) darauf Bedacht genommen haben, und ihrerseits den Umfang der Bedachtnahme als wesentliches Kriterium für ihre Entscheidungen heranziehen. Dies gilt in weiterer Folge auch für die Befassung der Gerichtsbarkeit im Rechtsschutzweg."Um die in den Strukturplänen vorgesehenen Planungen nicht zu konterkarieren, sollen die Schiedskommissionen bei ihren Entscheidungen zu prüfen haben, ob der Hauptverband und die Sozialversicherungsträger die Rahmenbedingungen nach Paragraph 84 a, Absatz eins, (zB Österreichischer Strukturplan Gesundheit) beachtet oder nach Paragraph 342, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG (Regionale Strukturpläne Gesundheit) darauf Bedacht genommen haben, und ihrerseits den Umfang der Bedachtnahme als wesentliches Kriterium für ihre Entscheidungen heranziehen. Dies gilt in weiterer Folge auch für die Befassung der Gerichtsbarkeit im Rechtsschutzweg."

Aufgrund der unter dem Punkt Beweiswürdigung erörterten Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens des XXXX Institutes sieht das Bundesverwaltungsgericht keinen Grund, dieses seiner Beurteilung nicht zu Grunde zu legen. Dies insbesondere auch aufgrund der sich aus dem unter Punkt 5.2.2.1 angeführten Systems der gesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung ergebenden Verbindlichkeit des Regionalen Strukturplanes Gesundheit. Aufgrund der unter dem Punkt Beweiswürdigung erörterten Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens des römisch 40 Institutes sieht das Bundesverwaltungsgericht keinen Grund, dieses seiner Beurteilung nicht zu Grunde zu legen. Dies insbesondere auch aufgrund der sich aus dem unter Punkt 5.2.2.1 angeführten Systems der gesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung ergebenden Verbindlichkeit des Regionalen Strukturplanes Gesundheit.

Aus dem Sachverhalt und der Beweiswürdigung ergibt sich, dass die Einwohnerzahl Kärntens sinkt und gleichzeitig im Bezirk Klagenfurt-Stadt eine deutliche Überversorgung herrscht, welche mit dem überdurchschnittlichen Leistungsangebot bzw. der überdurchschnittlichen Planstellendichte im Bereich der ZMK auch die im Verhältnis geringe Zahl der zu behandelnden Einpendler bewältigt. Laut vorliegendem RSG Kärnten soll die Zahl in diesem Bereich in Klagenfurt-Stadt von 48 auf 37 reduziert werden.

Nicht zuletzt ist auch darauf hinzuweisen, dass die Unterschreitung der durchschnittlichen Fallzahl bei den beiden ausgeschiedenen Ärzten im Jahr 2010 77 % bzw. 86 % betrug. Insofern ist der Kärntner Gebietskrankenkasse in ihrem Vorbringen zu folgen, dass diese geringen Fallzahlen nach dem Ausscheiden der beiden Personen von den vorhandenen Strukturen (45 niedergelassene Vertragszahnärzte, 33 Wahlzahnärzte, Zahnambulatorien der Kärntner Gebietskrankenkasse, Zahnambulatorien in öffentlichen Krankenanstalten) aufgefangen wurden. Dass die Tätigkeit der Ärzte aufgrund ihrer bevorstehenden Pensionierung von diesen "zurückgefahren" wurde und die "ausgeschiedenen" Patienten von den vorhandenen Strukturen aufgefangen werden konnten beweist umso mehr, dass eine Reduktion der Zahnarztplanstellen, wie durch den RSG festgelegt, möglich ist, ohne die Versorgung zu gefährden.

Es war somit spruchgemäß zu entscheiden.

5.3. Zum Spruchpunkt III:

Gemäß § 25a Abs 1 VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Art 133 Abs 4 B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen. Gemäß Paragraph 25 a, Absatz eins, VwGG hat das Verwaltungsgericht im Spruch seines Erkenntnisses oder Beschlusses auszusprechen, ob die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig ist. Der Ausspruch ist kurz zu begründen.

Gemäß Art 133 Abs 4 B-VG ist gegen ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes die Revision zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird. Gemäß

Artikel 133, Absatz 4, B-VG ist gegen ein Erkenntnis des Verwaltungsgerichtes die Revision zulässig, wenn sie von der Lösung einer Rechtsfrage abhängt, der grundsätzliche Bedeutung zukommt, insbesondere weil das Erkenntnis von der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes abweicht, eine solche Rechtsprechung fehlt oder die zu lösende Rechtsfrage in der bisherigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes nicht einheitlich beantwortet wird.

Im vorliegenden Fall gibt es zu den hier relevanten Rechtsfragen keine Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes.

Schlagworte

Bedarfsprüfung, Gutachten, Planstelle, Planstellennachbesetzung,
Revision zulässig, Versorgungslage, zahnärztliche Versorgung

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:BVWG:2016:W201.2004146.1.00

Zuletzt aktualisiert am

05.01.2017

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, <https://www.bvwg.gv.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at