§ 18a V-SG

V-SG - Spitalgesetz

Ⓞ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 27.09.2025

(1) Von der Bedarfsprüfung ist abzusehen, wenn

- a) nach dem vorgesehenen Leistungsangebot in der Krankenanstalt ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbracht werden; dazu ist die Vorarlberger Gebietskrankenkasse zu hören; oder
- b) bereits eine Errichtungsbewilligung erteilt wurde und die Verlegung des Standortes innerhalb desselben Einzugsgebietes erfolgt.

(2) Bei bettenführenden Krankenanstalten, für die es hinsichtlich ihres Anstaltszwecks und Leistungsangebots eine verbindliche Planung im Regionalen Strukturplan Gesundheit gibt, ist ein Bedarf dann gegeben, wenn sie nach ihrem in Aussicht genommenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot dem Regionalen Strukturplan Gesundheit entsprechen.

(3) Bei anderen als im Abs. 2 angeführten Krankenanstalten ist ein Bedarf dann gegeben, wenn zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichtes des Systems der sozialen Sicherheit eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes in ihrem Einzugsgebiet nachgewiesen oder – bei selbständigen Ambulatorien – erreicht werden kann. Der Nachweis bzw. die Beurteilung, dass eine wesentliche Verbesserung erreicht werden kann, hat nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot unter Berücksichtigung der Planungen des Regionalen Strukturplanes Gesundheit und anhand jener Kriterien zu erfolgen, die im Abs. 4 bzw. – bei selbständigen Ambulatorien – im Abs. 5 angeführt sind.

(4) Für den Nachweis, ob eine bettenführende Krankenanstalt das Versorgungsangebot wesentlich verbessert, sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen;
- b) die örtlichen Verhältnisse (regionale ländliche oder städtische Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
- c) die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
- d) die Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen gemäß lit. a;
- e) die Entwicklungstendenzen in der Medizin oder der Zahnmedizin.

(5) Bei der Beurteilung, ob ein selbständiges Ambulatorium das Versorgungsangebot wesentlich verbessert, sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- a) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch öffentliche, private gemeinnützige und sonstige Krankenanstalten mit Kassenverträgen, einschließlich durch deren Ambulanzen;
- b) das bereits bestehende Versorgungsangebot durch kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, sowie bei selbständigen Zahnambulatorien auch durch niedergelassene Zahnärzte oder Zahnärztinnen, Dentisten oder Dentistinnen und zahnärztliche Gruppenpraxen, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen;
- c) die örtlichen Verhältnisse (regionale ländliche oder städtische Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte);
- d) die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen;
- e) das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, durch Pfleglinge;
- f) die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter gemäß lit. e;
- g) die Entwicklungstendenzen in der Medizin oder der Zahnmedizin.

(6) Die Landesregierung kann in einer Verordnung die in den Abs. 4 und 5 angeführten Kriterien näher präzisieren und festlegen, unter welchen Umständen ein solches Kriterium zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebotes führt.

*) Fassung LGBl.Nr. 27/2011, 46/2013

In Kraft seit 20.09.2013 bis 31.12.9999

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at