

II. Rechtliche Grundlagen

Um das Thema der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenanstalten beleuchten zu können, ist es notwendig die rechtlichen Grundlagen im Krankenanstaltenrecht, insb die Kompetenzverteilung in diesem Bereich sowie die Vereinbarung gem Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens²⁸⁾, näher zu betrachten. Da diese beiden Themenkomplexe die rechtliche Basis für die weiteren eingehenden Betrachtungen liefern, sollen sie zu Beginn der Arbeit behandelt werden.

A. Kompetenzen im Krankenanstaltenrecht

Während der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ gem Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG sowohl in Gesetzgebung als auch in Vollziehung Aufgabe des Bundes ist, liegt für den das Krankenanstaltenrecht betreffenden Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“, der eine Teilmaterie des Gesundheitswesens darstellt, gem Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG die Grundsatzgesetzgebung beim Bund, die Ausführungsgesetzgebung bei den Ländern.²⁹⁾

Vorausgesetzt, dass es sich bei der jeweiligen Einrichtung um eine „Heil- und Pflegeanstalt“ iSd Art 12 B-VG handelt,³⁰⁾ erfasst der Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ alle Angelegenheiten, die im Krankenanstaltengesetz 1920 (KAG 1920)³¹⁾ geregelt waren.³²⁾ Somit einerseits Bestimmungen betreffend das Organisationsrecht einer Anstalt³³⁾ sowie andererseits auch Vorgaben betreffend den Betrieb einer Anstalt.³⁴⁾ Zudem fällt auch die Ausgestaltung der Rechtsbeziehung zwischen Patient und Krankenanstalt in den Bereich des Kompetenztatbestandes „Heil- und Pflegeanstalten“.³⁵⁾

²⁸⁾ BGBl I 2008/105 idF BGBl I 2013/199.

²⁹⁾ *Kopetzki in Holoubek/Potacs* 388; *Füszl in Aigner ua* IV.1.2; *Kröll in Pürgy* 523; zum Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ vgl *Stärker*, Krankenanstaltenrecht, in *Resch/F. Wallner*, Handbuch² Rz 43 sowie *Schrammel*, ZAS 1990, 109.

³⁰⁾ Bei der Qualifikation als „Heil- und Pflegeanstalt“ kommt es nicht auf die Bezeichnung als „Anstalt“ an, sondern auf die internen organisatorischen und rechtlichen Gegebenheiten sowie auf das Leistungsprofil; vgl dazu *Kopetzki in Holoubek/Potacs* 390.

³¹⁾ Zur kompetenzrechtlichen Einordnung auf Basis des KAG 1920 siehe *Kopetzki in Holoubek/Potacs* 388.

³²⁾ VfGH G 8/61 VfSlg 4020 = KRSIlg 4.

³³⁾ Dazu zählen: Errichtung, Erhaltung, Auflassung, innere Organisation, Anforderungen an die zu erbringenden ärztlichen und pflegerischen Leistungen, Versorgungspflichten.

³⁴⁾ Ausführlich dazu *Kopetzki in Holoubek/Potacs* 389.

³⁵⁾ *Stärker*, Krankenanstaltenrecht, in *Resch/F. Wallner*, Handbuch² Rz 45.

Nicht vom Kompetenztatbestand erfasst sind jedoch Regelungen hinsichtlich der Berechtigung oder Eignung zur Berufsausübung³⁶⁾ sowie die Eingliederung des Sanitätspersonals in die Krankenanstalt.³⁷⁾ Aufgrund der Kompetenzgrundlage des Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG können daher nur Pflichten für die Krankenanstalt selbst normiert werden, nicht jedoch deren Befolgung durch das Personal. Ob und wie das Personal die krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben umzusetzen hat, fällt unter die Dienstrechts- bzw Arbeitsrechtskompetenztatbestände des B-VG.³⁸⁾ Die zentralen gesetzlichen Bestimmungen in Bezug auf das Krankenanstaltenrecht finden sich im KAKuG³⁹⁾ bzw in den jeweiligen Ausführungsgesetzen der Bundesländer.⁴⁰⁾

B. Vereinbarungen nach Art 15a B-VG

Um der oben genannten kompetenzrechtlichen Aufteilung zwischen Bund und Ländern entgegenzuwirken und eine gemeinsame, koordinierte Vorgangsweise im Bereich des Gesundheitswesens zu ermöglichen, werden zwischen Bund und Ländern in regelmäßigen Abständen Gliedstaatsverträge⁴¹⁾ nach Art 15a B-VG abgeschlossen.⁴²⁾ Derzeit bildet die 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁴³⁾ (im Folgenden: 15a-Vereinbarung) neben dem KAKuG eine weitere rechtliche Grundlage im Bereich des Krankenanstaltenrechts. Als Gliedstaatsvertrag berechtigt und verpflichtet die 15a-Vereinbarung nur die abschließenden Gebietskörperschaften – also Bund und Länder – und ist daher nicht unmittelbar anwendbar.⁴⁴⁾ Für eine unmittelbare Anwendbarkeit des Inhaltes der 15a-Vereinbarung bedarf es einer Umsetzung in Form eines Bundes- oder Landesgesetzes bzw einer Verordnung.⁴⁵⁾ Auch wenn die 15a-Vereinbarung keine unmittelbare Wirkung

³⁶⁾ *Schrammel*, ZAS 1990, 110; dieses Regelungsgebiet fällt unter den Kompetenztatbestand des Gesundheitswesens nach Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG.

³⁷⁾ *Schrammel*, ZAS 1990, 110.

³⁸⁾ *Schrammel*, ZAS 1990, 110; siehe dazu Kapitel VII.A.1.

³⁹⁾ Während sich der erste Teil des KAKuG auf Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG stützt, ist die Kompetenzgrundlage für den zweiten Teil Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG und stellt daher unmittelbar anwendbares Bundesrecht dar.

⁴⁰⁾ Während sich das Grundsatzgesetz an die Länder richtet, ist der Einzelne Adressat der Landesgesetze; ausführlich zur Grundsatz- und Ausführungsgesetzgebung siehe *Welan* in *Hellbling/Mayer-Maly/Miehsler* 11; vgl auch *Wampl*, ÖJZ 1978, 197.

⁴¹⁾ *Thienel* in *Korinek/Holoubek* Art 15a B-VG Rz 2 (Stand: 2000); vgl grundlegend dazu *Rill*, Gliedstaatsverträge.

⁴²⁾ *Joast*, Krankenanstaltenrecht 5; *Stärker*, Krankenanstaltenplanung und Krankenanstaltenfinanzierung, in *Resch/F. Wallner*, Handbuch² Rz 1.

⁴³⁾ BGBl I 2008/105 idF BGBl I 2013/199; zur Geltungsdauer siehe Art 51 Abs 1 der 15a-Vereinbarung.

⁴⁴⁾ *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹ Rz 320.

⁴⁵⁾ *Berka*, Verfassungsrecht⁶ Rz 463.

entfaltet, so stellt sie dennoch einen zentralen Ausgangspunkt für die Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens dar,⁴⁶⁾ wobei sie grundsätzlich sowohl den intramuralen (Krankenanstalten) als auch den extramuralen (niedergelassenen) Bereich umfasst.⁴⁷⁾

Wie sich schon aus ihrem Titel entnehmen lässt, regelt die 15a-Vereinbarung zum einen die Finanzierung des Gesundheitswesens und zum anderen die grundlegende Organisation desselben. In Bezug auf die Organisation hat diese Vereinbarung die Sicherstellung einer gemeinsamen integrierten und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung im Gesundheitswesen zum Ziel.⁴⁸⁾ Gem Art 3 der 15a-Vereinbarung sind insb folgende Bereiche Bestandteil der integrierten Gesundheitsplanung und zählen daher zu ihrem Anwendungsbereich: der stationäre Bereich⁴⁹⁾, der ambulante Bereich,⁵⁰⁾ der Rehabilitationsbereich⁵¹⁾ sowie der Pflegebereich.⁵²⁾

Weiters wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 die 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit (im Folgenden: 15a-Vereinbarung ZSG)⁵³⁾ zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossen. Die Umsetzung dieser Vereinbarung erfolgt durch das ebenfalls neu erlassene Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG).⁵⁴⁾

⁴⁶⁾ Rothmayer in Jabornegg/Resch/Seewald 20.

⁴⁷⁾ Stärker, Gesundheitsrecht 210; der intramurale Bereich umfasst die medizinische Versorgung im Rahmen von Krankenanstalten, wohingegen der extramurale Bereich alle übrigen Versorgungseinrichtungen (niedergelassene Ärzte, Ambulatorien, etc) umfasst.

⁴⁸⁾ Präambel der 15a-Vereinbarung.

⁴⁹⁾ Sofern dieser aus Mitteln der Gebietskörperschaften und/oder der Sozialversicherung zur Gänze oder teilweise finanziert wird; damit sind Fondskrankenanstalten gemeint: eine Liste der aktuellen Fondskrankenanstalten ist unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/Krankenanstalten_Online_Verzeichnis/ (abgefragt am 30. 8. 2016) verfügbar.

⁵⁰⁾ Dh Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, niedergelassene Ärzte/Zahnärzte mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen (Art 3 Abs 1 Z 2 der 15a-Vereinbarung).

⁵¹⁾ Ziel ist der Auf- und Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Sinne eines bedarfsgerechten Angebotes in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung (Art 3 Abs 1 Z 3 der 15a-Vereinbarung).

⁵²⁾ Der Pflegebereich ist insofern Bestandteil der integrierten Gesundheitsplanung, als dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist.

⁵³⁾ Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl I 2013/200; näheres zu dieser Vereinbarung siehe N. Raschauer, RdM 2014, 204.

⁵⁴⁾ BGBl I 2013/81 idF BGBl I 2014/29.

1. Zielsetzung

Bereits in der Präambel der 15a-Vereinbarung werden die wesentlichen Grundsätze der medizinischen Versorgung in Österreich verankert (zB die solidarische Finanzierung, der niederschwellige Zugang zu Leistungen sowie eine hohe Qualität und Effizienz bei der Leistungserbringung). Ebenso wird die Vorgangsweise bei der Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung angesprochen: Planungsziele und Grundsätze werden im ÖSG festgelegt. Die Planung erfolgt dann auf Landesebene im jeweiligen RSG. Weiters wird in der Präambel auf die oben erwähnte 15a-Vereinbarung ZSG, die in einem engen Konnex zu dieser 15a-Vereinbarung steht, hingewiesen.

2. Inhalt

Ein grundlegender Bestandteil der 15a-Vereinbarung sind die Bestimmungen über die Planung im österreichischen Gesundheitswesen. Die Art 3ff sehen eine integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur vor, deren zentrales Planungselement der in Art 4 dargestellte ÖSG ist. Im Zuge der Gesundheitsreform im Jahre 2005 wurden in der damaligen 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁵⁵⁾ mit der Bundesgesundheitsagentur (BGA) und den Landesgesundheitsfonds (LGF) Einrichtungen geschaffen, die die Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens koordinieren sollen.⁵⁶⁾ Diese Institutionen wurden auch in den nachfolgenden 15a-Vereinbarungen beibehalten⁵⁷⁾ und übernehmen im Bereich der Standortplanung wesentliche Aufgaben in Bezug auf die sektorenübergreifende Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens.⁵⁸⁾

Durch die Beschickung der beiden Einrichtungen mit Vertretern der einzelnen Körperschaften (Bund, Länder, Sozialversicherungsträger) soll erreicht werden, dass diese gemeinsam die Verantwortung für die Finanzierung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens übernehmen.⁵⁹⁾

C. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit

Um die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Standorten von Krankenanstalten darstellen zu können, ist es vor allem not-

⁵⁵⁾ BGBl I 2005/73.

⁵⁶⁾ *Worel in Kierein/Lanske/Wenda*, Jahrbuch Gesundheitsrecht 2007, 57; vgl zu den Reformplänen auch *Mazal*, ZAS 2005, 100.

⁵⁷⁾ *Stöger*, Krankenanstaltenrecht 57.

⁵⁸⁾ *Bundesministerium für Gesundheit*, Gesundheitssystem 8f.

⁵⁹⁾ *Worel in Kierein/Lanske/Wenda*, Jahrbuch Gesundheitsrecht 2007, 57; zu den Bestellungsmodalitäten der Mitglieder der Bundesgesundheitskommission als Organ der BGA vgl § 59g Abs 2 KAKuG, zu denen der Mitglieder der Landesgesundheitsplattformen als Organe der LGF Art 19 Abs 2 der 15a-Vereinbarung.

wendig die rechtliche Vorgangsweise der Standortplanung von Krankenanstalten zu analysieren. Die zentralen Planungselemente der integrierten Gesundheitsplanung sind die in Art 4 der 15a-Vereinbarung angeführten Strukturpläne (der ÖSG hinsichtlich der österreichweiten Planung bzw die RSG betreffend die Planung auf Ebene der Bundesländer).

Bereits in den 70er Jahren legte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen einen bundesweit geltenden Österreichischen Krankenanstaltenplan (ÖKAP) vor.⁶⁰⁾ Seit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 bildet der ÖKAP einen Bestandteil der regelmäßig erneuerten 15a-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern.⁶¹⁾ Im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 wurde der bis dahin geltende ÖKAP und der dazugehörige Großgeräteplan durch den in Art 4 der damals in Geltung befindlichen 15a-Vereinbarung⁶²⁾ vorgesehenen ÖSG abgelöst.⁶³⁾ Der ÖSG ist auch nach der aktuellen 15a-Vereinbarung die Basis für die integrierte Gesundheitsplanung in Österreich und enthält quantitative und qualitative Planungsaussagen für das Gesundheitswesen. Er stellt dabei die Rahmenplanung für den Rehabilitationsbereich und die Nahtstelle zum Pflegebereich sowie zur stationären und ambulanten Versorgungsplanung in den RSG dar und ist während der Laufzeit der 15a-Vereinbarung kontinuierlich weiterzuentwickeln.⁶⁴⁾ Er bildet eine für Bund und Länder verbindliche Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung.⁶⁵⁾

1. Zustandekommen und Rechtsnatur des ÖSG

Der ÖSG wird im Auftrag der BGA⁶⁶⁾ von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)⁶⁷⁾ ausgearbeitet und danach von der Bundes-Zielsteuerungskommission als Organ der BGA⁶⁸⁾ beschlossen und veröffentlicht.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Rechtsnatur und der Bindungswirkung des ÖSG. Vor der Gesundheitsreform 2013 wurde der ÖSG von der Bundesgesundheitskommission (BGK) als Organ der BGA be-

⁶⁰⁾ Moritz, ÖKZ 2003/1, 18.

⁶¹⁾ Moritz, ÖKZ 2003/1, 19; Fülöp, GÖG Magazin 2009/3, 2.

⁶²⁾ BGBl I 2005/73.

⁶³⁾ Derzeit in Geltung ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2012 inkl GGP gemäß dem Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. 11. 2012 aktualisiert gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 28. 6. 2013; Kopetzki in Holoubek/Potacs 385.

⁶⁴⁾ Art 4 Abs 3 der 15a-Vereinbarung.

⁶⁵⁾ Stärker, Gesundheitsrecht 398; zur Rolle des Bundes in der Krankenanstaltenplanung siehe auch *Rechnungshof*, Reihe Bund 2015/17, 5.

⁶⁶⁾ Zur BGA vgl Kapitel II.B.2.

⁶⁷⁾ Nationales Forschungs- und Planungsinstitut, das mit dem Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (BGBl I 2006/132) errichtet wurde. Alleingesellschafter ist der Bund, vertreten durch den Gesundheitsminister. Die GÖG wird im Auftrag des Bundes bzw der BGK tätig.

⁶⁸⁾ § 20 Abs 1 Z 2 G-ZG.