

# TE Vfgh Erkenntnis 2004/6/21 B136/03 ua

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 21.06.2004

## Index

L9 Sozial- und Gesundheitsrecht

L9440 Krankenanstalt, Spital

## Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz

B-VG Art7 Abs1 / Verwaltungsakt

B-VG Art11 Abs2

B-VG Art12 Abs1 Z1

B-VG Art15a

B-VG Art18 Abs1

B-VG Art18 Abs2

B-VG Art83 Abs2

StGG Art5

StGG Art6 Abs1 / Erwerbsausübung

EMRK Art6 Abs1 / civil rights

AVG §68

Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl I 60/2002 - LKF-Vereinbarung Art2, Art3, Art4, Art36

KAKuG §10a, §12

Tir KAG §9 Abs4, §62a, §63

Tir Krankenanstaltenplan 2001, LGBl 100/2001

Tir Landes-VerlautbarungsG §2, §7, §9

Tir LandesO 1989 Art71

## Leitsatz

Keine Verletzung verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte durch die Zurücknahme der Errichtungsbewilligung für die Aufnahme von Patienten in Anstaltspflege in bestimmten medizinischen Sonderfächern für das Aö Krankenhaus der Stadt Kitzbühel; keine Bedenken gegen die Rechtsgrundlagen der angefochtenen Bescheide; keine Überschreitung der Grundsatzgesetzgebung des Bundes durch die Bestimmungen über einen Krankenanstaltenplan sowie über einen Großgeräteplan und die dadurch bewirkte Bindung der Landesregierung an diese Pläne des Bundes bei Erlassung des Landeskrankenanstaltenplanes; kein Kundmachungsmangel hinsichtlich der LKF-Vereinbarung; keine verfassungswidrige dynamische Verweisung im Tir Krankenanstaltengesetz auf den Tir Krankenanstaltenplan; ausreichende Determiniertheit; kein Widerspruch zur grundsatzgesetzlichen Bestimmung; keine Verfassungswidrigkeit

der landesgesetzlichen Bestimmung hinsichtlich der Möglichkeit der Rücknahme einer Errichtungsbewilligung innerhalb angemessener Frist; keine Gesetzeswidrigkeit des TIR Krankenanstaltenplanes 2001

### **Spruch**

Die beschwerdeführende Partei ist durch Spruchpunkt I. des zu B136/03 angefochtenen Bescheides sowie durch den zu B137/03 angefochtenen Bescheid weder in einem verfassungsgesetzlich gewährleisteten Recht noch wegen Anwendung einer rechtswidrigen generellen Norm in ihren Rechten verletzt worden.

II. einstimmig beschlossen:

Die Behandlung der Beschwerde zu B136/03 wird abgelehnt, soweit sie sich gegen Spruchpunkt II. des zu dieser Zahl angefochtenen Bescheides richtet.

III. beschlossen:

Die Beschwerden werden dem Verwaltungsgerichtshof zur Entscheidung abgetreten.

### **Begründung**

Entscheidungsgründe:

I. 1. Die beschwerdeführende Stadtgemeinde Kitzbühel ist

Rechtsträgerin des A.ö. Krankenhauses Kitzbühel.

Das A.ö. Krankenhaus der Stadt Kitzbühel ist eine "Fondskrankenanstalt" iS des §1 Abs2 des Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfondsgesetzes 2001, LGBl. Nr. 63/2001, di. (hier:) eine öffentliche Krankenanstalt, die bereits im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) erhalten hat.

2.1. Mit dem zu B136/03 angefochtenen Bescheid der Tiroler Landesregierung vom 26. November 2002 wurde die der beschwerdeführenden Stadtgemeinde als Trägerin des A.ö. Krankenhauses der Stadt Kitzbühel mit Bescheid der Tiroler Landesregierung vom 10. Juli 1964 erteilte Errichtungsbewilligung für die Aufnahme von Patienten in Anstaltspflege in den medizinischen Sonderfächern Kinder- und Jugendheilkunde, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten und Augenheilkunde sowie Optometrie mit Ablauf des 30. Juni 2003 zurückgenommen (Spruchpunkt I.) und festgestellt, dass für das A.ö. Krankenhaus der Stadt Kitzbühel keine Errichtungsbewilligung für die medizinischen Sonderfächer Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Urologie nach dem Tiroler Krankenanstaltenplan erteilt worden sei (Spruchpunkt II.).

Mit dem zu B137/03 angefochtenen Bescheid der Tiroler Landesregierung vom selben Tag wurde die der beschwerdeführenden Stadtgemeinde als Trägerin des A.ö. Krankenhauses der Stadt Kitzbühel mit Bescheid der Tiroler Landesregierung vom 10. Juli 1964 erteilte Errichtungsbewilligung für die Aufnahme von Patienten in Anstaltspflege im medizinischen Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Ablauf des 31. Dezember 2004 zurückgenommen.

Die teilweise Zurücknahme der Errichtungsbewilligung stützte sich jeweils auf §9 Abs4 des Tiroler Krankenanstaltengesetzes (im Folgenden: T-KAG), LGBl. Nr. 5/1958 in der Fassung des Landesgesetzes LGBl. Nr. 23/1997. Diese Bestimmung lautet auszugsweise samt Überschrift:

"§9

Zurücknahme von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen

(1) Die Bewilligung zur Errichtung einer Krankenanstalt bzw. einzelner Abteilungen oder anderer Organisationseinheiten ist abzuändern oder zurückzunehmen, wenn eine für die Erteilung der Errichtungsbewilligung vorgeschriebene Voraussetzung weggefallen ist oder ein ursprünglich bestandener und noch fortdauernder Mangel nachträglich hervorkommt.

(2)-(3) ...

(4) Die Bewilligung zur Errichtung einer Fondskrankenanstalt ist weiters zurückzunehmen, wenn deren Leistungsangebot oder deren Ausstattung mit medizinisch-technischen Großgeräten dem Tiroler Krankenanstaltenplan widerspricht. Für das Wirksamwerden der Zurücknahme ist eine angemessene Frist festzulegen, wobei auf die größtmögliche Schonung wohlverworbener Rechte Bedacht zu nehmen ist."

2.2. Zur Zurücknahme der Errichtungsbewilligung für die erwähnten medizinischen Fächer wurde jeweils ausgeführt, die genannten Fächer seien von der ursprünglich erteilten Errichtungsbewilligung umfasst gewesen; eine Errichtungsbewilligung für selbständige Organisationseinheiten im Sinne von Abteilungen sei aber nie erteilt worden. Die ärztliche Versorgung sei durch Konsiliarfachärzte gesichert worden, denen ein Bettenbelagsrecht zugestanden worden sei. Diese Vorgehensweise sei, "nicht zuletzt aus Gründen der Sicherung der medizinischen Qualität", nicht (mehr) als rechtskonform anzusehen und durch den Tiroler Krankenanstaltenplan nicht gedeckt. Eine Aufnahme in Anstaltspflege in konsiliarärztlich versorgten Fächern habe daher in Hinkunft zu unterbleiben.

Die bescheidmäßige Feststellung des Nichtvorliegens einer Errichtungsbewilligung wurde damit begründet, dass Leistungen der Fondskrankenanstalten ua. nur dann durch den Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds abzugelten seien, "wenn die Leistung im Rahmen des nach der Errichtungsbewilligung zulässigen Leistungsangebotes der Krankenanstalt erbracht wird" (§41b Abs3 T-KAG idF des Landesgesetzes LGBl. Nr. 23/1997), sodass ein öffentliches Interesse an der Erlassung eines Feststellungsbescheides gegeben sei.

3. Gegen diese - keinem weiteren Rechtszug unterliegenden - Bescheide richten sich die vorliegenden, auf Art144 B-VG gestützten Beschwerden, worin die Verletzung verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte sowie in Rechten wegen Anwendung rechtswidriger genereller Normen, insbesondere des §10a Abs1 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), der §§9 Abs4 und 62a T-KAG sowie des Tiroler Krankenanstaltenplanes, behauptet und die kostenpflichtige Aufhebung der angefochtenen Bescheide beantragt wird.

Die belangte Behörde hat die Verwaltungsakten vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet, worin sie die Abweisung der Beschwerden beantragt. Die Pächterin des A.ö. Krankenhauses Kitzbühel hat eine schriftliche Äußerung zum Gegenstand erstattet.

II. Die Rechtslage stellt sich dar wie folgt:

1. Die Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (im Folgenden: LKF-V), BGBl. I Nr. 60/2002 bzw. LGBl. für Tirol Nr. 38/2002, sieht vor, den Trägern öffentlicher und gemeinnütziger privater Krankenanstalten auf Rechnung von Landes-Krankenanstaltenfinanzierungsfonds im Namen der Träger der Sozialversicherung

"auf der Grundlage des verbindlichen, zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich festgelegten, zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten und weiterzuentwickelnden Österreichischen Krankenanstaltenplanes und Großgeräteplanes sowie der Landeskrankenanstaltenpläne"

leistungsorientiert Zahlungen für die Behandlung von Patienten, für die eine Leistungspflicht der Sozialversicherung besteht, zu gewähren (Art1 Abs1 Z1 LKF-V).

Art 3 Abs4 LKF-V erklärt "die einvernehmliche und verbindliche Festlegung der Revision des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes mit integrierter Leistungsangebotsplanung bis zum 1. Jänner 2001" zu ihrem verbindlichen Bestandteil.

Art 3 Abs5 LKF-V lautet auszugsweise:

"Weitere Revisionen des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes bzw. seiner Weiterentwicklungen zu einem Leistungsangebotsplan sowie sonstige Teilplanungen zum Gesundheitswesen sind während der Laufzeit dieser Vereinbarung einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien jeweils von der Strukturkommission zu beschließen und in geeigneter Weise kundzutun.

..."

Art 3 Abs6 LKF-V ordnet an:

"Die im Österreichischen Krankenanstaltenplan und im Großgeräteplan in den einzelnen Ländern vorgesehenen Behandlungskapazitäten stellen abgesehen von Strukturqualitätskriterien Höchstzahlen dar."

Art 4 LKF-V lautet samt Überschrift:

"Artikel 4

Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan inklusive Leistungsangebotsplanung für den stationären Akutbereich

(1) Die Landeskrankenanstaltenpläne sind so festzulegen, dass die vom Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan in der jeweiligen Fassung vorgegebenen Grenzen unter Bedachtnahme auf sonstige Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes nicht überschritten werden.

(2) Im Rahmen der Erteilung der Bewilligung für die Errichtung einer Krankenanstalt im Sinne des §3 Abs2 Krankenanstaltengesetz oder für eine wesentliche Veränderung einer Krankenanstalt im Sinne des §4 Krankenanstaltengesetz hat die Feststellung des Bedarfes gemäß §3 Abs2 lita Krankenanstaltengesetz, sofern es sich um eine Krankenanstalt gemäß Art2 handelt, im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

(3) Im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan sind erteilte krankenanstaltenrechtliche Bewilligungen unter größtmöglicher Schonung wohlervorbener Rechte zu ändern oder allenfalls zurückzunehmen. Das Krankenanstaltengesetz und die Landesausführungsgesetze haben dies zu ermöglichen.

(4) Eine allfällige Bereitstellung von Investitionszuschüssen durch die Landesfonds hat im Einklang mit dem Bundes- und dem Landeskrankenanstaltenplan zu erfolgen.

(5) Die Vertragsparteien kommen überein, die Weiterentwicklung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes zu einem Leistungsangebotsplan fortzusetzen, die Planung laufend zu evaluieren und den Plan bei Bedarf einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu revidieren. Die notwendigen bundes- und landesgesetzlichen Regelungen sind jeweils unverzüglich in Kraft zu setzen.

(6) Die Vertragsparteien kommen überein, bestehende gesetzliche Vorschriften zu überprüfen, ob durch deren Änderung die Rechtsträger der Krankenanstalten entlastet werden können."

2. §10a KAKuG in der im vorliegenden Fall maßgebenden Fassung der BundesgesetzeBGBl. Nr. 751/1996 und BGBl. I Nr. 5/2001 lautet wie folgt:

"§10a. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Landesregierung zu verpflichten, für öffentliche Krankenanstalten gemäß §2 Abs1 Z1 und 2 mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie und für private Krankenanstalten der im §2 Abs1 Z1 bezeichneten Art, die gemäß §16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen, der sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, die folgenden Grundsätze sicherzustellen:

1. Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.

2. Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.

3. Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.

4. Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.

5. Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen, Departments und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.

6. Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des §2a (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung

wohlerworbener Rechte möglich ist.

7. Einrichtungen für Psychiatrie (PSY), Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Palliativmedizin (PAL) und für Psychosomatik (PSO) sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

8. In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von übergeordneten Abteilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departments mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departments sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departments nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.

9. In den Fachrichtungen Augenheilkunde, HNO, Orthopädie und Urologie können zur Abdeckung von regionalen Versorgungslücken in Regionen, in denen auf Grund geringer Besiedelungsdichte die Tragfähigkeit für eine Vollabteilung nicht gewährleistet ist und in denen gleichzeitig Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen von §2a hinausgehende Konsiliararztstätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

10. Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im ÖKAP/GGP vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

11. Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.

12. Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (zB radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.

13. Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (zB dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

14. Für jedes Land sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für jedes Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen."

Die wiedergegebene Fassung des Abs1 des §10a KAKuG geht auf das Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz geändert wird (KAG-Novelle 1996), BGBl. Nr. 751/1996, zurück, das insoweit mit 1. Jänner 1997 in Kraft getreten ist.

Bis 31. Dezember 1996 hatte §10a des (vor Inkrafttreten des Verwaltungsreformgesetzes 2001, BGBl. I Nr. 65/2002, so bezeichneten) Krankenanstaltengesetzes (KAG) in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 474/1995 und BGBl. Nr. 853/1995 wie folgt gelautet:

"§10a. Jedes Land hat einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen. Dabei ist auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten - ausgenommen die Betten von Abteilungen für Psychiatrie und Neurologie - in

1. öffentlichen Krankenanstalten gemäß §2 Abs1 Z1 und 2,
2. privaten Krankenanstalten gemäß §2 Abs1 Z1 und 2, die gemäß §16 gemeinnützig geführte Krankenanstalten sind, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Träger der Sozialversicherung,
3. privaten, nicht gemeinnützig geführten Krankenanstalten gemäß §2 Abs1 Z1, 2 und 6 sowie auf einen entsprechenden Abbau der personellen und apparativen Kapazitäten sowie der tatsächlich aufgestellten Akutbetten zu achten."

3. §62a T-KAG, LGBl. Nr. 5/1958 in der im vorliegenden Fall maßgebenden Fassung der Landesgesetze LGBl. Nr. 23/1997 und LGBl. Nr. 70/2001, lautet samt Überschrift wie folgt:

"Krankenanstaltenplan

§62a

(1) Die Landesregierung hat die geeignetste Form der Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege durch einen Tiroler Krankenanstaltenplan festzulegen, der durch Verordnung zu erlassen ist. Der Tiroler Krankenanstaltenplan gilt jedenfalls für Fondskrankenanstalten im Sinne des Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfondsgesetzes; er hat sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes zu befinden.

(2) Dabei sind, um eine verbindliche österreichweite Krankenanstalten- und Großgeräteplanung mit integrierter Leistungsangebotsplanung zu gewährleisten, folgende Grundsätze sicherzustellen:

a) Die stationäre Akutversorgung soll durch leistungsfähige, bedarfsgerechte und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmte Krankenanstalten sichergestellt werden.

b) Die Akutkrankenanstalten sollen eine möglichst gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, aber auch wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle Versorgung der österreichischen Bevölkerung gewährleisten.

c) Die von der Planung umfassten Krankenanstalten sollen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten (spitalsambulanter und niedergelassener Bereich sowie selbstständige Ambulatorien) und rehabilitativen Bereich nachhaltig entlastet, die Krankenhaushäufigkeit und Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß minimiert werden.

d) Im Bereich der von der Planung umfassten Krankenanstalten ist die Errichtung und Vorhaltung isolierter Fachabteilungen in dislozierter Lage zu vermeiden. Von dieser Regelung kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden.

e) Bei der Errichtung und Vorhaltung von Fachabteilungen, Departements und Fachschwerpunkten sind die definierten Mindestbettenzahlen zu berücksichtigen; von diesen kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgegangen werden; die abgestufte Versorgung durch Akutkrankenanstalten soll nicht durch die Ausweitung der Konsiliararztstätigkeit unterlaufen werden.

f) Im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung und der wirtschaftlichen Führung der Krankenanstalten soll daher eine Beschränkung der Konsiliararztstätigkeit auf die Intentionen des §2a (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten) erfolgen, soweit dies unter Schonung wohlverworbener Rechte möglich ist.

g) Einrichtungen für Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin und für Psychosomatik sollen dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden; bei der Einrichtung dieser Strukturen sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

h) In den Fachrichtungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Chirurgie, Unfallchirurgie und Pulmologie sowie in der Akutgeriatrie/Remobilisation und Psychosomatik können bei nachgewiesenem Bedarf im Rahmen von

übergeordneten Abteilungen einer entsprechenden Fachrichtung Departements mit mindestens drei Fachärzten (davon ein Leiter und ein Stellvertreter) geführt werden; bei der Einrichtung von Departements sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten. Für die Pulmologie ist die Einrichtung von Departements nur im Rahmen von Pilotprojekten und mit entsprechend eingeschränktem Leistungsspektrum zulässig.

i) In den Fachrichtungen Augenheilkunde und Optometrie, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Urologie können zur Abdeckung von regionalen Versorgungslücken in Regionen, in denen aufgrund geringer Besiedelungsdichte die Tragfähigkeit für eine Vollabteilung nicht gewährleistet ist und in denen gleichzeitig Erreichbarkeitsdefizite in Bezug auf die nächstgelegene Abteilung der betreffenden Fachrichtung gegeben sind, Fachschwerpunkte mit acht bis maximal vierzehn Betten, mit eingeschränktem Leistungsspektrum und mit mindestens zwei Fachärzten (Leiter und Stellvertreter) geführt werden. Fachschwerpunkte dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im Tiroler Krankenanstaltenplan vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden; eine über die Intentionen des §2a hinausgehende Konsiliararztstätigkeit ist zeitgleich mit der Einrichtung eines Fachschwerpunktes in allen Krankenanstalten der betreffenden Region einzustellen; bei der Einrichtung von Fachschwerpunkten sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

j) Tageskliniken sollen nur an Standorten von bzw. im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departements oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtung und unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden. Dislozierte Tageskliniken dürfen nur dann eingerichtet werden, wenn sie am betreffenden Standort im Tiroler Krankenanstaltenplan vorgesehen sind und im Rahmen von Pilotprojekten zumindest über einen Zeitraum von einem Jahr evaluiert werden. Bei der Einrichtung von Tageskliniken sind die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien einzuhalten.

k) Die Kooperation von Krankenanstalten zur Verbesserung des Leistungsangebotes und der Auslastung sowie zur Realisierung medizinischer und ökonomischer Synergieeffekte soll gefördert werden. Kooperationen umfassen Zusammenschlüsse von einzelnen Abteilungen oder ganzen Krankenanstalten.

l) Insbesondere in ambulanten Leistungsbereichen, die durch hohe Investitions- und Vorhaltekosten gekennzeichnet sind (z. B. radiologische Institute), soll die Kooperation zwischen dem intra- und dem extramuralen Sektor zur besseren gemeinsamen Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Vermeidung additiver, regional paralleler Leistungsangebote gefördert werden. Entsprechende Konzepte sind im Rahmen von Pilotprojekten zu erproben bzw. zu evaluieren.

m) Für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit sind in der Planung Konzepte zur Umwidmung in alternative Versorgungsformen zu entwickeln; dabei sollen auch neue Modelle (z. B. dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.

n) Für das Land sind die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) je Fachrichtung festzulegen. Die Fächerstrukturen (differenziert nach der abgestuften Leistungserbringung) und die maximalen Gesamtbettenzahlen (für Normalpflege- und Intensivbereich) sind für jede Krankenanstalt festzulegen. Weiters sind für das Land und für jede Krankenanstalt ausgewählte (spitzenmedizinische) Leistungsbereiche und die Vorhaltung von ausgewählten medizinisch-technischen Großgeräten festzulegen.

(3) Die Landesregierung hat vor der Erlassung oder Änderung des Tiroler Krankenanstaltenplanes dem Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds, dem Landessanitätsrat, der Ärztekammer für Tirol, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den betroffenen Trägern der Krankenanstalten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Für die Abgabe der Stellungnahme ist im Falle der Erlassung des Tiroler Krankenanstaltenplanes eine Frist von zwei Monaten und im Falle seiner Änderung eine Frist von einem Monat einzuräumen."

Die wiedergegebene Fassung des §62a T-KAG geht im Wesentlichen auf das Landesgesetz, mit dem das Tiroler Krankenanstaltengesetz geändert wird, LGBl. Nr. 23/1997, zurück, das insoweit mit 1. Jänner 1997 in Kraft getreten ist.

Bis 31. Dezember 1996 hatte §62a T-KAG (in der Fassung der Landesgesetze LGBl. Nr. 12/1987, LGBl. Nr. 3/1990, LGBl. Nr. 77/1992 und LGBl. Nr. 82/1995) folgenden Wortlaut:

"Krankenanstaltenplan

## §62a

(1) Die Landesregierung hat die geeignetste Form der Sicherstellung öffentlicher Anstaltspflege durch ein Raumordnungsprogramm nach §7 des Tiroler Raumordnungsgesetzes 1994, LGBl. Nr. 81/1993, festzulegen (Tiroler Krankenanstaltenplan).

(2) Im Tiroler Krankenanstaltenplan sind jedenfalls Höchstgrenzen für die Anzahl der systemisierten Betten, ausgenommen für Betten von Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, für folgende Krankenanstalten festzusetzen:

a) öffentliche Krankenanstalten nach §1 Abs3 lit a und b;

b) private gemeinnützige Krankenanstalten nach §1 Abs3 lit a und b, ausgenommen Krankenanstalten des Bundes und der Sozialversicherungsträger;

c) private nichtgemeinnützige Krankenanstalten nach §1 Abs3 lit a, b und f.

(3) Bei der Festsetzung der Höchstgrenzen für die Anzahl der systemisierten Betten nach Abs2 ist auf eine Verringerung der Zahl der Akutbetten und auf einen entsprechenden Abbau der personellen und apparativen Kapazitäten sowie der tatsächlich aufgestellten Akutbetten zu achten."

4.1. Der in §62a T-KAG verwiesene Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (im Folgenden kurz: ÖKAP/GGP) wird vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) - im "Auftrag" des Strukturfonds - erstellt und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen herausgegeben.

4.2. Zur Wahrnehmung von Aufgaben auf Grund der LKF-Vereinbarung ist beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen der Strukturfonds - ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit (§56a KAKuG) - errichtet worden. §59a KAKuG nennt als eine der Aufgaben des Strukturfonds die "Festlegung und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen Bund und Ländern" (Z3).

Das einzige Organ des Strukturfonds ist die - beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen errichtete - Strukturkommission. Art26 LKF-V bestimmt dazu Folgendes:

"Artikel 26

Strukturkommission

(1) Der Bund hat eine Strukturkommission einzurichten.

(2) Der Strukturkommission gehören Vertreter des Bundes, der Landeskommisionen, der Sozialversicherung, der Interessensvertretungen der Städte und der Gemeinden und ein gemeinsamer Vertreter der Österreichischen Bischofskonferenz und des Evangelischen Oberkirchenrates sowie jeweils ein Vertreter der Patientenanwaltschaften und ein Vertreter der Österreichischen Ärztekammer an.

(3) In der Strukturkommission besteht eine Bundesmehrheit.

(4) Die Strukturkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Weiterentwicklung des Gesundheitssystems;

2. Weiterentwicklung der leistungsorientierten Vergütungssysteme unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche;

3. Festlegung und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien;

4. Qualitätssicherung einschließlich der Überprüfung der der LKF-Bepunktung zu Grunde liegenden Leistungen;

5. Entwicklung und Implementierung eines verbindlichen flächendeckenden Qualitätssystems einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;

6. Planung des ambulanten Bereiches einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien unter Beiziehung der jeweils betroffenen Berufsgruppen;

7. Klärung überregionaler Fragen bei der Umsetzung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes;



8. Einrichtung und Weiterentwicklung eines auch den Ländern (Landesfonds) und der Sozialversicherung zugänglichen Informations- und Analyseinstrumentariums mit den Leistungs-, Kosten-, Personal- und epidemiologischen Daten zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen;
9. Unterstützung des Einsatzes von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen;
10. Entscheidung über die Finanzierung von Planungen und Strukturreformen des Strukturfonds auf Vorschlag der Arbeitsgruppe gemäß Art21;
11. Erlassung von Richtlinien über die Verwendung der Mittel zur Förderung des Transplantationswesens;
12. Erlassung von Richtlinien für Strukturqualitätskriterien und für fächerspezifische, abgestufte Leistungsspektren;
13. Handhabung des Sanktionsmechanismus.

(5) Es ist eine Geschäftsordnung zu erlassen, die insbesondere vorzusehen hat, dass

1. die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung unter Anschluss der Tagesordnung und der sie erläuternden Unterlagen spätestens drei Wochen vor der Sitzung nachweislich zu erfolgen hat,
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Strukturkommission unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen spätestens zehn Tage (Datum des Poststempels) vor der Sitzung an die Strukturkommission gestellt werden können,
3. die von der Strukturkommission gefassten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub den Ländern (Landesfonds) zu melden sind,
4. bei schriftlicher Beschlussfassung binnen 14 Tagen abzustimmen ist und
5. Protokolleinwände binnen vier Wochen ab Eingang des Protokolls bei den Mitgliedern und bei der betreffenden Sitzung anwesenden Ersatzmitgliedern abgegeben werden können."

Die insgesamt 27 Mitglieder der Strukturkommission sind von der Bundesregierung (sieben Mitglieder), den Landesregierungen (je ein Mitglied), dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (sechs Mitglieder), den Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden (je ein Mitglied), der Österreichischen Bischofskonferenz gemeinsam mit dem Evangelischen Oberkirchenrat (ein Mitglied), den Patientenanwaltschaften (ein gemeinsames Mitglied) sowie der Österreichischen Ärztekammer (ein Mitglied) zu bestellen (§59f Abs2 KAKuG).

Den Vorsitz in der Strukturkommission hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister oder, sofern diese Angelegenheit einem Staatssekretär zur selbständigen Besorgung übertragen worden ist, dieser zu führen (§59f Abs5 KAKuG).

Die Beschlüsse der Strukturkommission werden mit einfacher Mehrheit gefasst, wobei die von der Bundesregierung bestellten Mitglieder je drei Stimmen haben (§59f Abs7 KAKuG).

Wie sich aus den Erläuterungen zur Regierungsvorlage der KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996, ergibt, sind der Strukturkommission (gemeinsam mit dem Strukturfonds) "zentrale Aufgaben im Rahmen der umfassenden Reform des Gesundheitswesens" zugeordnet (379 BlgNR XX. GP, zu ArtII Z30 und 31); wörtlich heißt es sodann:

"Die Strukturkommission soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung steuern. Sie soll die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche vorantreiben und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen forcieren. Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotentiale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren."

4.3. Das ÖBIG ist ein mit dem Bundesgesetz BGBl. Nr. 63/1973 "zur Förderung des Gesundheitswesens" errichteter Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Der Wirkungsbereich dieses Fonds ist in §2 des genannten Bundesgesetzes umschrieben; zu seinen Aufgaben gehört es demnach, "Planungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, im besonderen in den Fragen der Organisation der ärztlichen einschließlich der spitalsmäßigen Versorgung, der Präventiv- und Sozialmedizin sowie in der Umwelthygiene" vorzubereiten bzw. entsprechende Grundlagen zu erarbeiten.

5.1. Der - der LKF-Vereinbarung als Anlage beigefügte - "Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2001 - ÖKAP/GGP 2001" statuiert für das A.ö. Krankenhaus der Stadt Kitzbühel eine Höchstzahl von insgesamt 105 Betten im

Normalpflegebereich in den medizinischen Fächern Chirurgie (70) und innere Medizin (35); sonst sind keine Betten systemisiert. Ein künftiger "Leistungsangebotsplan" (LAP 2005) sieht eine höchstzulässige Behandlungskapazität von insgesamt 70 Betten im Normalpflegebereich vor.

5.2. §3 des mit Verordnung der Tiroler Landesregierung auf Grund des §62a T-KAG erlassenen Tiroler Krankenanstaltenplanes 2001, LGBl. Nr. 62/1998 idF der Verordnungen LGBl. Nr. 23/1999, 100/2001 und 36/2002 sowie der Kundmachung LGBl. Nr. 29/1999, lautet auszugsweise samt Überschrift:

"§3

Bettenhöchstzahlen

(1) Die höchstzulässige Anzahl an systemisierten Betten je Fachrichtung (ohne Intensivbetten) einschließlich der Bereiche Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativmedizin wird für die einzelnen Krankenanstalten in der Anlage 2 festgesetzt.

(2)-(3) ..."

Anlage 2 des Tiroler Krankenanstaltenplanes normiert - in der im vorliegenden Fall maßgebenden Fassung der Verordnung LGBl. Nr. 36/2002 - für das A.ö. Krankenhaus der Stadt Kitzbühel eine Höchstzahl von insgesamt 70 Betten im Normalpflegebereich in den medizinischen Fächern Chirurgie (35) und innere Medizin (35); sonst sind keine Betten systemisiert.

III. Der Verfassungsgerichtshof hat über die - zulässigen - Beschwerden (soweit sie sich gegen die teilweise Zurücknahme der Errichtungsbewilligung für das A.ö. Krankenhaus Kitzbühel richten) erwogen:

1. Die Beschwerden erheben zunächst Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit des §10a KAKuG:

1.1. Der in §10a KAKuG verwiesene ÖKAP/GGP sei kein Gesetz, insbesondere kein Grundsatzgesetz des Bundes. Dieser Plan sei auch nicht hinreichend determiniert; überdies sei unklar, unter Mitwirkung welcher Institutionen dieser Plan zustande komme. Der Bundesgesetzgeber sei nicht ermächtigt, eine Grundsatzbestimmung des Inhalts zu erlassen, dass die Landesgesetzgebung die Landesregierung zu verpflichten habe, einen Landes-Krankenanstaltenplan zu erlassen. Die in §10a Abs2 KAKuG normierten - detaillierten - inhaltlichen Vorgaben stünden schließlich in Widerspruch zum Wesen eines Grundsatzgesetzes.

1.2. Gemäß Art4 Abs1 LKF-V sind die Landeskrankenanstaltenpläne so "festzulegen, dass die vom Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan in der jeweiligen Fassung vorgegebenen Grenzen unter Bedachtnahme auf sonstige Vorgaben des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes nicht überschritten werden".

Gemäß §10a Abs1 KAKuG hat die Landesgesetzgebung die Landesregierung zu verpflichten, durch Verordnung einen Landeskrankenanstaltenplan zu erlassen, der sich "im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes befindet". §10a Abs2 KAKuG normiert die hiebei "sicherzustellenden" Planungsgrundsätze.

§10a KAKuG bindet somit letztlich die jeweilige Landesregierung bei Erlassung des Landeskrankenanstaltenplanes an den Inhalt des ÖKAP/GGP.

1.3. Wie der Verfassungsgerichtshof bereits wiederholt ausgesprochen hat (zuletzt VfSlg. 16.244/2001 mwN), hat sich die Grundsatzgesetzgebung auf die Aufstellung von Grundsätzen zu beschränken; dem Bundesgesetzgeber ist es verwehrt, über diese in Art12 B-VG gezogene Grenze hinaus Detailregelungen zu erlassen, die der Landesgesetzgebung vorbehalten sind (zB VfSlg. 2087/1951, 3340/1958, 3598/1959). Einzelregelungen dieser Art, die ihrem Inhalt nach unmittelbar anwendbar sind, wenn sie in das Ausführungsgesetz übernommen werden (dazu VfSlg. 3340/1958, S 126), sind nur zulässig, wenn die Regelung "Fragen von grundsätzlicher Bedeutung" betrifft, "die daher einer für das ganze Bundesgebiet wirksamen einheitlichen Regelung bedürfen" (VfSlg. 2087/1951, S 6; ebenso VfSlg. 3853/1960, S 605).

1.3.1. Es kann dahinstehen, ob §10a KAKuG in allen Teilen Gegenstand einer grundsatzgesetzlichen Anordnung sein dürfte: Die Beschwerden verkennen nämlich, dass es sich bei dieser Bestimmung der Sache nach und im Wesentlichen nur um die Wiederholung von Inhalten der in der LKF-Vereinbarung gemäß Art15a Abs1 B-VG zwischen Bund und Ländern einvernehmlich festgelegten Planung und Finanzierung des Krankenanstaltenwesens handelt. Die Bindung des Landesgesetzgebers an den ÖKAP/GGP ergibt sich daher nicht erst aus §10a KAKuG, sondern ua. schon aus Art4 Abs1 LKF-V. Dies gilt für die von den Ländern in der LKF-Vereinbarung eingegangene Verpflichtung, bei der

Krankenanstaltenplanung die Vorgaben des ÖKAP/GGP zu beachten, ebenso wie für die in §10a Abs2 KAKuG normierten Planungsgrundsätze, die bereits in Art3 Abs1 LKF-V sowie im - als Anlage zur LKF-Vereinbarung verlautbarten - ÖKAP/GGP 2001 enthalten sind. §10a Abs1 KAKuG knüpft aber auch ausdrücklich an die Fortdauer rechtsgültiger Vereinbarungen gemäß Art15a B-VG über die Krankenanstaltenplanung an und implizit wohl auch §10a Abs2 leg. cit. ("Dabei [sc. bei der in Abs1 genannten Krankenanstaltenplanung, die sich im Rahmen eines Krankenanstaltenplans zu halten hat] sind ... sicherzustellen ...").

Im Übrigen ist nicht daran zu zweifeln, dass die (einem besonders wichtigen öffentlichen Interesse dienende und in der LKF-Vereinbarung auch mit der Krankenanstaltenfinanzierung eng verknüpfte) Krankenanstaltenplanung, die als Angelegenheit des Vollzuges auf dem Gebiet des Krankenanstaltenwesens auf Grund der geltenden Kompetenzverteilung letztlich in die Zuständigkeit der Länder fällt, nach bundesweit einheitlichen Grundsätzen und Zielen (wie sie in §10a Abs2 KAKuG enthalten sind) erfolgen muss, soll sie ihren Zweck erfüllen. Solche einheitlichen Planungsgrundsätze müssen im System des Art12 B-VG im Wege eines Grundsatzgesetzes auf die Ausführungsgesetzgeber (und so mittelbar auch als für die Planungsbehörden erforderlicher einheitlicher Rahmen wirkend) |erbunden werden. §10a Abs2 KAKuG regelt daher im Sinne der vorzitierten Rechtsprechung in kompetenzrechtlich unbedenklicher Weise "Fragen von grundsätzlicher Bedeutung", die "einer für das ganze Bundesgebiet wirksamen einheitlichen Regelung bedürfen". Dem Verfassungsgerichtshof ist - jedenfalls aus dem Blickwinkel der vorliegenden Beschwerden - nicht erkennbar, dass die Regelung insoweit über das Erforderliche hinausginge.

1.3.2. §10a KAKuG überschreitet aber auch insoweit nicht die einem Grundsatzgesetz gemäß Art12 B-VG gezogenen Grenzen, als dem Landesgesetzgeber darin aufgetragen wird, für landesweit geltende Akte der Krankenanstaltenplanung, die auf Grund von gemäß Art15a B-VG geschlossenen Vereinbarungen (die ihrerseits der Transformation in Landesrecht durch den Landesgesetzgeber bedürfen) erlassen werden sollen, die Zuständigkeit der Landesregierung als des obersten Organs der Vollziehung (Art101 Abs1 B-VG) und als Rechtsform demgemäß jene der Verordnung vorzusehen.

1.4. Was die - in diesem Zusammenhang - behauptete unzureichende Kundmachung der LKF-Vereinbarung im Land Tirol betrifft, so ist zunächst auf die im vorliegenden Fall maßgebenden §§2, 7 und 9 des Landesverlautbarungsgesetzes, LGBl. Nr. 8/1982, hinzuweisen, die auszugsweise lauten:

"§2

(1) Im Landesgesetzblatt sind zu verlautbaren:

a)-b) ...

c) die staatsrechtlichen Vereinbarungen des Landes Tirol mit dem Bund und mit anderen Ländern, die der Genehmigung des Landtages bedürfen, sowie die Kundmachungen über Beitritte zu solchen Vereinbarungen und Kündigungen solcher Vereinbarungen,

d) ...

e) die Verordnungen der Landesregierung, die nicht ausschließlich an unterstellte Verwaltungsorgane gerichtet sind, sofern nicht durch Gesetz eine andere Art der Verlautbarung vorgeschrieben ist und soweit im §7 Abs1 lit a nichts anderes bestimmt ist,

f) ...

g) die Verordnungen des Landeshauptmannes in Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung, die nicht ausschließlich an unterstellte Verwaltungsorgane gerichtet sind, sofern nicht durch Bundesgesetz eine andere Art der Verlautbarung vorgeschrieben ist und soweit im §7 Abs1 lit b nichts anderes bestimmt ist,

h)-n) ...

(2) Im Landesgesetzblatt können verlautbart werden:

a) die staatsrechtlichen Vereinbarungen des Landes Tirol mit dem Bund und mit anderen Ländern, die nicht der Genehmigung des Landtages bedürfen, sofern sich die auf Grund einer solchen Vereinbarung zu erlassenden Rechtsvorschriften nicht ausschließlich an unterstellte Verwaltungsorgane richten, sowie die Kundmachungen über

Beitritte zu solchen Vereinbarungen und Kündigungen solcher Vereinbarungen,

b)-c) ...

...

§7

(1) Im Boten für Tirol sind zu verlautbaren:

a) die Verordnungen der Landesregierung, die nicht ausschließlich an unterstellte Verwaltungsorgane gerichtet sind, wenn die Verlautbarung einer solchen Verordnung im Landesgesetzblatt wegen ihres begrenzten räumlichen oder zeitlichen Geltungsbereiches oder wegen des beschränkten Personenkreises, an den sie gerichtet ist, nicht zweckmäßig ist, sofern nicht durch Gesetz eine andere Art der Verlautbarung vorgeschrieben ist,

b) ...

(2) ...

...

§9

(1) Enthält eine Verordnung im Sinne des §2 Abs1 lita und g und des §7 Abs1 lita und b und Abs2 lita und b oder eine Vereinbarung im Sinne des §2 Abs2 lita Pläne, Karten oder andere Teile, deren Verlautbarung im Landesgesetzblatt oder im Boten für Tirol wegen ihres Umfanges oder ihrer technischen Gestaltung einen wirtschaftlich nicht vertretbaren Aufwand verursachen würde, so können diese Teile durch Auflage zur öffentlichen Einsichtnahme bei geeigneten Dienststellen des Landes oder der Gemeinden während der für den Parteienverkehr bestimmten Amtsstunden für die Dauer der Geltung der Verordnung bzw. der Vereinbarung verlautbart werden.

(2) Werden Teile einer Verordnung bzw. einer Vereinbarung nach Abs1 verlautbart, so sind in der Kundmachung der betreffenden Rechtsvorschrift im Landesgesetzblatt bzw. im Boten für Tirol die Dienststellen, bei denen die Auflage zur öffentlichen Einsichtnahme zu erfolgen hat, genau zu bezeichnen.

(3)-(4) ..."

Die LKF-Vereinbarung ist nicht nur im Bundesgesetzblatt, sondern auch im Landesgesetzblatt für Tirol verlautbart worden (siehe oben Pkt. II.1.), und zwar - wie in Art71 Abs6 (iVm Abs5) der Tiroler Landesordnung 1989, LGBl. Nr. 61/1988, vorgesehen - unter Berufung auf den entsprechenden Genehmigungsbeschluss des Tiroler Landtages.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die "einen Bestandteil dieser Vereinbarung bildende Anlage (Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2001)" (so die Kundmachung LGBl. Nr. 38/2002) zu Recht nur durch Auflage zur öffentlichen Einsichtnahme beim Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Krankenanstalten, veröffentlicht worden ist: Die Kundmachung einer Vereinbarung gemäß Art15a B-VG ist nämlich nicht (wie bei Gesetzen) Teil des Rechtsetzungsverfahrens, sondern dient bloß der "Information der Allgemeinheit" [so Thienel, Art15a B-VG Rz 86 iVm 69, in:

Korinek/Holoubek (Hrsg.), Bundesverfassungsrecht]. Die Gültigkeit und Verbindlichkeit der Vereinbarung zwischen den vertragsschließenden Parteien Bund und Länder - und nur darauf kommt es für die Anknüpfung des §10a KAKuG an - wird dadurch nicht berührt. Die Beschwerdebehauptung, die LKF-Vereinbarung sei auf Grund eines Kundmachungsmangels (aus der Sicht des Landes Tirol) "ungültig", erweist sich damit als verfehlt.

2. Die Beschwerden erachten weiters §62a T-KAG als verfassungswidrig: Diese Bestimmung enthalte eine - unzulässige - dynamische Verweisung auf den ÖKAP/GGP, sei aus verschiedenen Gründen nicht hinreichend bestimmt und stehe zudem in Widerspruch zu §10a KAKuG.

2.1. Normen, die auf andere Rechtsvorschriften dynamisch verweisen (wie dies bei §62a Abs1 T-KAG auf den ersten Blick der Fall zu sein scheint), erwecken dann keine Bedenken, wenn die verwiesenen Vorschriften von derselben Rechtsetzungsautorität stammen [VfSlg. 6290/1970, 7085/1973, 7241/1973, 10.311/1984, 12.384/1990, 12.947/1991, 13.274/1992, 14.606/1996 mwN; dazu auch Thienel, Art48,49 B-VG Rz 54, in: Korinek/Holoubek (Hrsg.), Bundesverfassungsrecht], mit hinreichender Deutlichkeit umschrieben (zB VfSlg.

**Quelle:** Verfassungsgerichtshof VfGH, <http://www.vfgh.gv.at>

© 2024 JUSLINE

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

[www.jusline.at](http://www.jusline.at)