

TE Vwgh Erkenntnis 2023/6/29 Ro 2022/11/0007

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 29.06.2023

Index

E1E

E1P

E6A

E6J

L94403 Krankenanstalt Spital Niederösterreich

10/07 Verwaltungsgerichtshof

59/04 EU - EWR

66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

82/06 Krankenanstalten

Norm

ASVG §148

ASVG §148 Z2

ASVG §148 Z3

ASVG §148 Z3 litb

KAG NÖ 1974 §45 Abs1 litd

KAG NÖ 1974 §46

KAG NÖ 1974 §46a

KAG NÖ 1974 §49

KAG NÖ 1974 §49b

KAG NÖ 1974 §49g Abs4

KAG NÖ 1974 §53 Abs2 litb

KAKuG 2001 §27

KAKuG 2001 §27 Abs4 Z3

KAKuG 2001 §27b Abs3

VwGG §42 Abs2 Z1

12010E018 AEUV Art18

12010P/TXT Grundrechte Charta Art21 Abs2

61998CJ0411 Ferlini VORAB

62017TJ0737 Francis Wattiau / Europäisches Parlament

1. ASVG § 148 heute

2. ASVG § 148 gültig ab 01.01.2020 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018

3. ASVG § 148 gültig von 01.01.2016 bis 31.12.2019 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 113/2015
4. ASVG § 148 gültig von 01.01.2010 bis 31.12.2015 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 147/2009
5. ASVG § 148 gültig von 01.01.2009 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004
6. ASVG § 148 gültig von 01.01.2008 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2007
7. ASVG § 148 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2007 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 179/2004
8. ASVG § 148 gültig von 01.01.2005 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 5/2001
9. ASVG § 148 gültig von 01.04.2003 bis 31.12.2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 71/2003
10. ASVG § 148 gültig von 01.01.2001 bis 31.03.2003 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 5/2001
11. ASVG § 148 gültig von 01.01.2001 bis 31.12.2000 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2000
12. ASVG § 148 gültig von 01.01.1997 bis 31.12.2000 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 138/1998
13. ASVG § 148 gültig von 01.01.1997 bis 31.12.1996 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 764/1996

1. VwGG § 42 heute
2. VwGG § 42 gültig ab 01.01.2014 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 33/2013
3. VwGG § 42 gültig von 01.07.2012 bis 31.12.2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 51/2012
4. VwGG § 42 gültig von 01.07.2008 bis 30.06.2012 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 4/2008
5. VwGG § 42 gültig von 01.01.1991 bis 30.06.2008 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 330/1990
6. VwGG § 42 gültig von 05.01.1985 bis 31.12.1990

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Schick und die Hofrätinnen Dr. Pollak, Mag. Hainz-Sator, MMag. Ginthör und Dr. Faber als Richter, unter Mitwirkung der Schriftführerin Mag. Vitecek, über die Revision des C R in W, vertreten durch die CMS Reich-Rohrwig Hainz Rechtsanwälte GmbH in 1010 Wien, Gauermannngasse 2, gegen das Erkenntnis des Landesverwaltungsgerichts Niederösterreich vom 22. Dezember 2021, Zl. LVwG-AV-1234/001-2021, betreffend Gebührenrechnung nach dem NÖ KAG (belangte Behörde vor dem Verwaltungsgericht: Bezirkshauptmannschaft Korneuburg), zu Recht erkannt:

Spruch

Das angefochtene Erkenntnis wird wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes aufgehoben.

Das Land Niederösterreich hat dem Revisionswerber Aufwendungen in der Höhe von € 1.346,40 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

1

1.1. Der Revisionswerber ist luxemburgischer Staatsangehöriger und als Beamter der Europäischen Gemeinschaft im Ruhestand dem Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Union (im Folgenden: GKFS) angeschlossen.

2

1.2. Dem Revisionswerber wurden mit Gebührenrechnung des Landesklinikums Korneuburg-Stockerau vom 5. November 2019 für näher aufgelistete (insb. labordiagnostische) Leistungen einer ambulanten Behandlung am 29. Oktober 2019 Gebühren der Gruppe IV in der Höhe von € 741,60 in Rechnung gestellt. 1.2. Dem Revisionswerber wurden mit Gebührenrechnung des Landesklinikums Korneuburg-Stockerau vom 5. November 2019 für näher aufgelistete (insb. labordiagnostische) Leistungen einer ambulanten Behandlung am 29. Oktober 2019 Gebühren der Gruppe römisch vier in der Höhe von € 741,60 in Rechnung gestellt.

3

Gegen diese Rechnung erhob der Revisionswerber einen Einspruch. Nach Korrektur einzelner Leistungen wurden dem Revisionswerber mit Gebührenrechnung vom 27. Jänner 2021 Gebühren (richtig:) der Gruppe III in der Höhe von (nur noch) € 494,40 für die ambulante Behandlung in Rechnung gestellt. Gegen diese Rechnung erhob der Revisionswerber einen Einspruch. Nach Korrektur einzelner Leistungen wurden dem Revisionswerber mit Gebührenrechnung vom 27. Jänner 2021 Gebühren (richtig:) der Gruppe römisch drei in der Höhe von (nur noch) € 494,40 für die ambulante Behandlung in Rechnung gestellt.

4

1.3. Mit Bescheid vom 18. Juni 2021 wies die belangte Behörde den Einspruch des Revisionswerbers gegen die Gebührenrechnung vom 27. Jänner 2021 ab.

5

Begründend führte die belangte Behörde aus, bei den gegenständlichen im Landesklinikum erbrachten Leistungen handle es sich um die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums iSd. § 45 Abs. 1 lit. d NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), für welche eine Behandlungsgebühr zu verrechnen sei. Die Höhe der Behandlungsgebühr richte sich nach der von der Niederösterreichischen Landesregierung gemäß § 51 Abs. 2 iVm. § 49g Abs. 4 NÖ KAG verlautbarten Gebührenfestsetzung für das Jahr 2019 und erfolge nach (näher dargestellten) Gruppen, deren Einteilung sich nach Ambulanzpunkten richte (wobei die dem Revisionswerber vorgeschriebenen € 494,40 der Gruppe III entsprächen). Aus dem von der Niederösterreichischen Landesregierung verlautbarten ambulanten Leistungskatalog für das Jahr 2019 ergäben sich für die unterschiedlichen ambulanten Leistungen die jeweiligen Ambulanzpunkte. Anhand dieses (im Bescheid auszugsweise wiedergegebenen) Leistungskataloges sei die Gebührenrechnung erstellt worden. Gemäß § 46a NÖ KAG habe der Rechtsträger der Krankenanstalt, sofern die Leistungen nicht über den Niederösterreichischen

Gesundheits- und Sozialfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen würden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen. Begründend führte die belangte Behörde aus, bei den gegenständlichen im Landesklinikum erbrachten Leistungen handle es sich um die Inanspruchnahme eines Anstaltsambulatoriums iSd. Paragraph 45, Absatz eins, Litera d, NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), für welche eine Behandlungsgebühr zu verrechnen sei. Die Höhe der Behandlungsgebühr richte sich nach der von der Niederösterreichischen Landesregierung gemäß Paragraph 51, Absatz 2, in Verbindung mit Paragraph 49 g, Absatz 4, NÖ KAG verlautbarten Gebührenfestsetzung für das Jahr 2019 und erfolge nach (näher dargestellten) Gruppen, deren Einteilung sich nach Ambulanzpunkten richte (wobei die dem Revisionswerber vorgeschriebenen € 494,40 der Gruppe römisch drei entsprächen). Aus dem von der Niederösterreichischen Landesregierung verlautbarten ambulanten Leistungskatalog für das Jahr 2019 ergäben sich für die unterschiedlichen ambulanten Leistungen die jeweiligen Ambulanzpunkte. Anhand dieses (im Bescheid auszugsweise wiedergegebenen) Leistungskataloges sei die Gebührenrechnung erstellt worden. Gemäß Paragraph 46 a, NÖ KAG habe der Rechtsträger der Krankenanstalt, sofern die Leistungen nicht über den Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen würden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

6

Der Revisionswerber stütze sich auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000, Ferlini, C-411/98, in welchem einer beim GKFS versicherten Person Krankenhausgebühren für nicht dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossene Personen verrechnet worden seien. Es habe sich also um eine mitgliedstaatliche Rechtsgrundlage gehandelt, welche Personen, die nicht dem nationalen Sozialversicherungssystem angeschlossen seien, anders behandelt habe als solche, die diesem System angehörten. Die gegenständliche Gebührenrechnung beruhe hingegen auf dem NÖ KAG, welches sowohl für Personen gelte, die nicht dem nationalen Sozialversicherungssystem angehörten, als auch für solche, hinsichtlich derer dies sehr wohl der Fall sei.

7

Der vom Revisionswerber ebenfalls angeführten Rechtssache Wattiau (Urteil des Gerichts der Europäischen Union vom 30. April 2019, T-737/17) liege ein zwischenstaatliches Abkommen zu Grunde, nach welchem der „Grundsatz des Drittzahlers“ zur Anwendung gelange, wodurch es zu einer Direktverrechnung zwischen dem Erbringer der medizinischen Leistungen und dem GKFS gekommen sei. Ein solches Abkommen bestehe mit der Republik Österreich nicht, weswegen es nicht zu einer Direktverrechnung mit dem GKFS komme.

8

Zu einer solchen Direktverrechnung komme es auch im vorliegenden Fall nicht, da es sich beim GKFS nicht um einen inländischen Träger der Sozialversicherung handle. Die Gebührenrechnung müsse daher zunächst selbst bezahlt werden. In der Folge könne ein Kostenerstattungsantrag beim GKFS gestellt werden. Nach einem näher genannten „praktischen Leitfaden“ des GKFS erstatte dieser bei Laboranalysen 85% des Höchstbetrages, bei anerkannten schweren Krankheiten 100%.

9

Die dem Revisionswerber in Rechnung gestellten Beträge seien nicht höher als jene für in Österreich versicherte Personen, weil jeweils die Bestimmungen des NÖ KAG zur Anwendung gelangten.

10

1.4. Mit dem angefochtenen Erkenntnis wies das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich die dagegen erhobene Beschwerde des Revisionswerbers ab und sprach aus, dass die Revision gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig sei. 1.4. Mit dem angefochtenen Erkenntnis wies das Landesverwaltungsgericht Niederösterreich die dagegen erhobene Beschwerde des Revisionswerbers ab und sprach aus, dass die Revision gemäß Artikel 133, Absatz 4, B-VG zulässig sei.

11

In der Beschwerde werde allein die Unionsrechtswidrigkeit der von der belangten Behörde angewendeten Bestimmungen des NÖ KAG behauptet. Der Revisionswerber habe weder die tatsächliche Durchführung der in der Gebührenrechnung angeführten Behandlungsleistungen noch die Richtigkeit dieser Rechnung bestritten. Auch entspreche die Punktbewertung der einzelnen Behandlungen der Anlage 3 der gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog 2019, LGBI. Nr. 97/2018. In der Beschwerde werde allein die Unionsrechtswidrigkeit der von der belangten Behörde angewendeten Bestimmungen des NÖ KAG behauptet. Der Revisionswerber habe weder die tatsächliche

Durchführung der in der Gebührenrechnung angeführten Behandlungsleistungen noch die Richtigkeit dieser Rechnung bestritten. Auch entspreche die Punktebewertung der einzelnen Behandlungen der Anlage 3 der gemäß Paragraph 51, Absatz 3, NÖ KAG verlautbarten NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog 2019, Landesgesetzblatt Nr. 97 aus 2018,.

12

Begründend führte das Verwaltungsgericht, nach Darstellung der Rechtslage betreffend die Festlegung der Pflegegebühren, aus, gemäß § 49g Abs. 8 NÖ KAG sei sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet würden. Diese Richtlinie sei durch die Novelle LGBL 9440-39 im NÖ KAG umgesetzt worden, wozu auch § 49g erlassen worden sei. Nach Wiedergabe der entsprechenden Gesetzesmaterialien zu dieser Novelle führte das Verwaltungsgericht aus, die Berechnung der Behandlungsgebühr, welche gemäß § 49 Abs. 1 NÖ KAG kostendeckend zu ermitteln sei, entspreche der Richtlinie 2011/24/EU, nach deren Art. 4 Abs. 4 für die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten die gleiche Gebührenordnung wie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation zu Grunde zu legen sei oder die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet würden, falls keine vergleichbaren Gebührensätze für inländische Patienten existierten. Dies entspreche „systematisch“ der Kostenberechnung für in Österreich sozialversicherte Personen, deren Finanzierung auf Grund des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung gemäß §§ 44 ff. NÖ KAG erfolge. Die Regelungen des NÖ KAG verfolgten ausdrücklich den Zweck, dass Patienten aus anderen Mitgliedstaaten bei der Verrechnung „stationärer Leistungen“ nicht diskriminiert würden. Mit der Richtlinie 2011/24/EU würde zudem die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen umgesetzt, weshalb auch die dem Art. 4 dieser Richtlinie entsprechenden Bestimmungen des NÖ KAG mit der Entscheidung in der Rechtssache Ferlini übereinstimmten. Begründend führte das Verwaltungsgericht, nach Darstellung der Rechtslage betreffend die Festlegung der Pflegegebühren, aus, gemäß Paragraph 49 g, Absatz 8, NÖ KAG sei sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet würden. Diese Richtlinie sei durch die Novelle LGBL 9440-39 im NÖ KAG umgesetzt worden, wozu auch Paragraph 49 g, erlassen worden sei. Nach Wiedergabe der entsprechenden Gesetzesmaterialien zu dieser Novelle führte das Verwaltungsgericht aus, die Berechnung der Behandlungsgebühr, welche gemäß Paragraph 49, Absatz eins, NÖ KAG kostendeckend zu ermitteln sei, entspreche der Richtlinie 2011/24/EU, nach deren Artikel 4, Absatz 4, für die Behandlung von Patienten aus anderen Mitgliedstaaten die gleiche Gebührenordnung wie für inländische Patienten in einer vergleichbaren medizinischen Situation zu Grunde zu legen sei oder die in Rechnung gestellten Gebühren nach objektiven, nichtdiskriminierenden Kriterien berechnet würden, falls keine vergleichbaren Gebührensätze für inländische Patienten existierten. Dies entspreche „systematisch“ der Kostenberechnung für in Österreich sozialversicherte Personen, deren Finanzierung auf Grund des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung gemäß Paragraphen 44, ff. NÖ KAG erfolge. Die Regelungen des NÖ KAG verfolgten ausdrücklich den Zweck, dass Patienten aus anderen Mitgliedstaaten bei der Verrechnung „stationärer Leistungen“ nicht diskriminiert würden. Mit der Richtlinie 2011/24/EU würde zudem die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen umgesetzt, weshalb auch die dem Artikel 4, dieser Richtlinie entsprechenden Bestimmungen des NÖ KAG mit der Entscheidung in der Rechtssache Ferlini übereinstimmten.

13

Es bestünden daher keine Zweifel an der Unionsrechtskonformität und der Anwendbarkeit der gegenständlichen Bestimmungen des NÖ KAG.

14

Die Revision sei zulässig, weil Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu der Frage fehle, ob bei der Behandlung eines Patienten aus einem anderen Mitgliedstaat § 49g NÖ KAG bzw. die gemäß § 51 Abs. 3 NÖ KAG verlautbarten Anlagen 1 und 3 vor dem Hintergrund der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes in der Rechtssache Ferlini anzuwenden seien. Die Revision sei zulässig, weil Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes zu der Frage fehle, ob bei der Behandlung eines Patienten aus einem anderen Mitgliedstaat Paragraph 49 g, NÖ KAG bzw. die gemäß Paragraph 51, Absatz 3, NÖ KAG verlautbarten Anlagen 1 und 3 vor dem Hintergrund der Entscheidung des

Europäischen Gerichtshofes in der Rechtssache Ferlini anzuwenden seien.

15

1.5. Gegen dieses Erkenntnis richtet sich die vorliegende Revision, welche das Verwaltungsgericht unter Anschluss der Verfahrensakten vorlegte. Eine Revisionsbeantwortung wurde nicht erstattet.

Der Verwaltungsgerichtshof hat erwogen:

2. Die Revision ist aus den vom Verwaltungsgericht genannten Gründen zulässig.

16

3.1. Die Grundsatzbestimmung des § 148 ASVG in der Fassung BGBl. I Nr. 100/2018 lautet (auszugsweise): 3.1. Die Grundsatzbestimmung des Paragraph 148, ASVG in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 100 aus 2018, lautet (auszugsweise):

„Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§ 148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art. 18 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln: Paragraph 148, (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Artikel 18, der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Artikel 12, Absatz eins, Ziffer eins, B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1.

Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach Paragraph 145, eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2.

Die den Krankenanstalten nach § 27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten. Die den Krankenanstalten nach Paragraph 27 b, des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten.

3.

Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:

a)

LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 2 KAKuG, LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach Paragraph 27 b, Absatz 2, KAKuG,

b)

Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG, Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach Paragraph 27 b, Absatz 3, KAKuG,

c)

Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG, Kostenbeiträge nach Paragraph 27 a, KAKuG,

d)

Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs. 4 KAKuG, Ausgleichszahlungen nach Paragraph 27 b, Absatz 4, KAKuG.

...

9.

Wenn Leistungen gemäß Z 3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientin oder den für ihn/sie unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß § 27a KAKuG und der Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs. 7. Wenn Leistungen gemäß Ziffer 3, gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientin oder den für ihn/sie unterhaltspflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß Paragraph 27 a, KAKuG und

der Kostenbeitrag gemäß Paragraph 447 f, Absatz 7,

...“

17

3.2. Die maßgeblichen Bestimmungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 192/2021, lauten (auszugsweise): 3.2. Die maßgeblichen Bestimmungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), Bundesgesetzblatt Nr. 1 aus 1957, in der Fassung Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 192 aus 2021,, lauten (auszugsweise):

„LKF-Gebühr; Pflege- und Sondergebühr

§ 27. ...Paragraph 27, ...

...

(4) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen:

...

3.

ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind, sofern diese Leistungen nicht durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden;

...

Landesgesundheitsfonds

§ 27b. (1) Die an sozialversicherten Pfléglingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß § 27 Abs. 4 über Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfléglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden. Paragraph 27 b, (1) Die an sozialversicherten Pfléglingen in Fondskrankenanstalten erbrachten Leistungen sind mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren gemäß Paragraph 27, Absatz 4, über Landesgesundheitsfonds abzurechnen. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass auch Leistungen, die für nicht sozialversicherte Pfléglinge in Fondskrankenanstalten erbracht werden, über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden.

...

(3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und ambulante Leistungen an Patientinnen und Patienten gemäß Abs. 1 durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden. (3) Durch die Landesgesetzgebung ist zu bestimmen, in welcher Form Leistungen im Nebenkostenstellenbereich und ambulante Leistungen an Patientinnen und Patienten gemäß Absatz eins, durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden. Dies kann durch die Landesgesetzgebung auch dem Landesgesundheitsfonds übertragen werden.

...

§ 28. (1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen Sondergebühren (§ 27 Abs. 4) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf § 27 Abs. 3 kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflégling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen. Paragraph 28, (1) Der Eurowert je LKF-Punkt als Grundlage für die Ermittlung der LKF-Gebühren, die Pflegegebühren und allfälligen

Sondergebühren (Paragraph 27, Absatz 4,) sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse unter Bedachtnahme auf Paragraph 27, Absatz 3, kostendeckend zu ermitteln. Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Eurowert je LKF-Punkt. Gelangen LKF-Gebühren zur Verrechnung, ist das österreichweit einheitliche System der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen einschließlich des Bepunktungssystems in geeigneter Weise kundzumachen. Der für die LKF-Gebühren zur Verrechnung gelangende Eurowert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und Sondergebühren sind von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen. In diese Kundmachung sind auch der kostendeckend ermittelte Eurowert, die kostendeckend ermittelten Pflegegebühren und Sondergebühren aufzunehmen.

...“

18

3.3. Die maßgeblichen Bestimmungen des NÖ Krankenanstaltengesetzes (NÖ KAG), LGBl. 9440-0 in der Fassung LGBl. Nr. 49/2021, lauten (auszugsweise): 3.3. Die maßgeblichen Bestimmungen des NÖ Krankenanstaltengesetzes (NÖ KAG), LGBl. 9440-0 in der Fassung Landesgesetzblatt Nr. 49 aus 2021,, lauten (auszugsweise):

„LKF-Gebühr und Pflegegebühr

§ 44 Paragraph 44

(1) Alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten, deren Sozialversicherungsträger nach den Versorgungsgesetzen, Krankenfürsorgeeinrichtung oder Sozialhilfeträger Pauschalsummen in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzahlen, sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a durch vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds geleistete Gebührenersätze (LKF-Gebührenersatz) auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgegolten. (1) Alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalt in der allgemeinen Gebührenklasse für jene Patienten, deren Sozialversicherungsträger nach den Versorgungsgesetzen, Krankenfürsorgeeinrichtung oder Sozialhilfeträger Pauschalsummen in den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds einzahlen, sind unbeschadet des Absatz 2 und des Paragraph 45 a, durch vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds geleistete Gebührenersätze (LKF-Gebührenersatz) auf Grundlage der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) abgegolten.

Für Privatpatienten (§ 46) sind die Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren zu ermitteln. Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet des Abs. 2 und des § 45a alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. ...Für Privatpatienten (Paragraph 46,) sind die Leistungen der Krankenanstalten in der allgemeinen Gebührenklasse durch Pflegegebühren zu ermitteln. Mit den Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse sind unbeschadet des Absatz 2 und des Paragraph 45 a, alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. ...

...

Sondergebühren und ärztliche Honorare

§ 45 Paragraph 45

(1) Neben den Pflegegebühren dürfen folgende Sondergebühren und ärztliche Honorare verlangt werden:

...

d)

eine Behandlungsgebühr für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums, die ambulatorische Erste ärztliche Hilfeleistung und für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6), eine Behandlungsgebühr für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums, die ambulatorische Erste ärztliche Hilfeleistung und für die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (Paragraph 43, Absatz 6,),

...

Einbringung von Pflegegebühren von Privatpatienten

§ 46 Paragraph 46

Trägt weder ein Sozialversicherungsträger noch ein Sozialhilfeträger oder eine Körperschaft öffentlichen Rechtes durch ihre Sozialhilfe-(Krankenfürsorge-)einrichtung die Kosten der Anstaltspflege eines Patienten, ist dieser zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren bzw. der Gebühren für Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (§ 49g Abs. 8) verpflichtet, wenn nicht nach Maßgabe des Bürgerlichen Rechtes eine solche Forderung nur gegen eine dritte Person geltend gemacht werden kann (§ 48 Abs. 5). Trägt weder ein Sozialversicherungsträger noch ein Sozialhilfeträger oder eine Körperschaft öffentlichen Rechtes durch ihre Sozialhilfe-(Krankenfürsorge-)einrichtung die Kosten der Anstaltspflege eines Patienten, ist dieser zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren bzw. der Gebühren für Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (Paragraph 49 g, Absatz 8,) verpflichtet, wenn nicht nach Maßgabe des Bürgerlichen Rechtes eine solche Forderung nur gegen eine dritte Person geltend gemacht werden kann (Paragraph 48, Absatz 5.).

Rechnungslegung

§ 46a Paragraph 46 a

Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat, sofern die Leistungen nicht über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abgerechnet oder durch einen inländischen Träger der Sozialversicherung oder der Krankenfürsorge übernommen werden, nach erbrachter Leistung eine Rechnung über diese auszustellen.

§ 47 Paragraph 47

(1) Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat nach Beendigung der Pflege dem Patienten (§ 46) eine Pflegegebührenrechnung und gegebenenfalls eine Rechnung über das ärztliche Honorar mit der Aufforderung zu übermitteln, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen. ... (1) Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat nach Beendigung der Pflege dem Patienten (Paragraph 46,) eine Pflegegebührenrechnung und gegebenenfalls eine Rechnung über das ärztliche Honorar mit der Aufforderung zu übermitteln, den ausgewiesenen Betrag binnen zwei Wochen zu bezahlen. ...

...

(4) Wird die Verpflichtung zur Zahlung dem Grunde oder der Höhe nach bestritten, hat die nach dem jeweiligen Standort der Krankenanstalt zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu entscheiden. ...

...

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds

§ 49 Paragraph 49

(1) Die an Patienten (§ 44 Abs. 1, erster Satz) in einer NÖ Fondskrankenanstalt erbrachten Leistungen mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren (§ 45) sind über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen. (1) Die an Patienten (Paragraph 44, Absatz eins., erster Satz) in einer NÖ Fondskrankenanstalt erbrachten Leistungen mit Ausnahme allfälliger Sondergebühren (Paragraph 45,) sind über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen.

...

Abgeltung ambulanter Leistungen

§ 49b Paragraph 49 b

(1) Die Erträge ambulanter Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalten setzen sich aus der Ambulanzpunkteabrechnung und aus eigenen Einnahmen zusammen. Die an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen sind nach den Vorgaben des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen.

...

Ermittlung und Festsetzung der Pflege- und Sondergebühren sowie der Gebühren für Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU

§ 49g Paragraph 49 g

(1) Die Pflege- und Sondergebühren sind für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln.

...

(4) Die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien und die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (§ 43 Abs. 6) für das folgende Jahr sind in sinngemäßer Anwendung des Abs. 2 mit der Maßgabe zu bestimmen, daß deren Ermittlung nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahme und den Kostenanteilen zu erfolgen hat. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen.(4) Die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien und die Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften (Paragraph 43, Absatz 6,) für das folgende Jahr sind in sinngemäßer Anwendung des Absatz 2, mit der Maßgabe zu bestimmen, daß deren Ermittlung nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahme und den Kostenanteilen zu erfolgen hat. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen.

...

(8) Es ist sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (§ 89b Z 2) in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden.(8) Es ist sicherzustellen, dass in jedem Fall die den Patienten im Sinne der Richtlinie 2011/24/EU (Paragraph 89 b, Ziffer 2,) in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet werden.

...

§ 51Paragraph 51

(1) Die Festsetzung der nach §§ 49f und 49g ermittelten Gebühren ist vom Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt bei der Landesregierung zu beantragen.(1) Die Festsetzung der nach Paragraphen 49 f und 49 g ermittelten Gebühren ist vom Rechtsträger der NÖ Fondskrankenanstalt bei der Landesregierung zu beantragen.

(2) Die in Abs.1 erwähnten Gebühren sind in der von den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten ermittelten Höhe von der Landesregierung festzusetzen, wenn die Ermittlung den Vorschriften der §§ 49f und 49g und 50 entspricht. ...(2) Die in Absatz eins, erwähnten Gebühren sind in der von den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten ermittelten Höhe von der Landesregierung festzusetzen, wenn die Ermittlung den Vorschriften der Paragraphen 49 f und 49 g und 50 entspricht. ...

(3) Die Gebühren sind sodann im Landesgesetzblatt kundzumachen.

...“

19

4. Die Revision ist auch begründet.

20

4.1. Vorauszuschicken ist Folgendes:

21

Weder in der Revision noch im Verfahren wird vorgebracht, dass der Revisionswerber, welcher als EU-Beamter im Ruhestand dem GKFS angeschlossen ist, in der österreichischen Sozialversicherung versichert wäre. Der Revisionswerber ist auch nicht vom persönlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit erfasst, weil er nicht, wie nach Art. 2 Abs. 1 dieser Verordnung erforderlich, den nationalen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit unterliegt (vgl. zum insoweit gleichlautenden Wortlaut der Vorgängerregelung der Verordnung Nr. 1408/71 EuGH 3.10.2000, Ferlini, C-411/98, Rn. 41; 16.12.2004, My, C-293/03, Rn. 35; VwGH 21.11.2007, 2006/08/0214; zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 EuGH 10.5.2017, de Lobkowicz, C-690/15, Rn. 35; VwGH 9.1.2020, Ra 2019/16/0111). Sein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit richtet sich demnach nicht nach dieser Verordnung.Weder in der Revision noch im Verfahren wird vorgebracht, dass der Revisionswerber, welcher als EU-Beamter im Ruhestand dem GKFS angeschlossen ist, in der österreichischen Sozialversicherung versichert wäre. Der Revisionswerber ist auch nicht vom persönlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883 aus 2004, zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit erfasst, weil er nicht, wie nach Artikel 2, Absatz eins, dieser Verordnung erforderlich, den nationalen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit unterliegt vergleiche , zum insoweit gleichlautenden Wortlaut der Vorgängerregelung der Verordnung Nr. 1408/71 EuGH 3.10.2000, Ferlini, C-411/98, Rn. 41; 16.12.2004, My, C-293/03, Rn. 35; VwGH 21.11.2007,

2006/08/0214; zur Verordnung (EG) Nr. 883 aus 2004, EuGH 10.5.2017, de Lobkowicz, C-690/15, Rn. 35; VwGH 9.1.2020, Ra 2019/16/0111). Sein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit richtet sich demnach nicht nach dieser Verordnung.

22

Bei der Krankenanstalt, in welcher der Revisionswerber die gegenständlichen ambulanten Leistungen in Anspruch genommen hat (Landeskrankenanstalt Korneuburg-Stockerau), handelt es sich um eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt iSd. Art. 23 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017 (im Folgenden: 15a-Vereinbarung) bzw. § 148 ASVG und §§ 49 ff NÖ KAG (sog. Fondskrankenanstalt). Bei der Krankenanstalt, in welcher der Revisionswerber die gegenständlichen ambulanten Leistungen in Anspruch genommen hat (Landeskrankenanstalt Korneuburg-Stockerau), handelt es sich um eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt iSd. Artikel 23, Absatz 3, der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 98 aus 2017, (im Folgenden: 15a-Vereinbarung) bzw. Paragraph 148, ASVG und Paragraphen 49, ff NÖ KAG (sog. Fondskrankenanstalt). Es wurde im Verfahren nicht vorgebracht und ergibt sich auch nicht aus den Verfahrensakten, dass ein Abkommen zwischen dem Rechtsträger dieser Krankenanstalt und der GKFS über die für deren Mitglieder geltenden Gebührensätze bzw. eine allfällige Direktverrechnung von Gebühren bestünde oder ein bilaterales Sozialversicherungsabkommen zur Anwendung käme.

23

4.2. Die Rechtslage hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen, welche in Ambulanzen von Fondskrankenanstalten für sozialversicherte Personen erbracht werden, stellt sich wie folgt dar:

24

4.2.1. Die Grundsatzbestimmung des § 148 ASVG sieht in Z 2 und 3 (in Durchführung von Art. 43 Abs. 1 der 15a-Vereinbarung) vor, dass alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, auch im ambulanten Bereich (einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen), welche diese gegenüber sozialversicherten Personen erbringen, mit im Folgenden genannten Zahlungen abgegolten sind, welche von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten sind. In Bezug auf ambulante Leistungen sind dies gemäß Z 3 lit. b leg. cit. die Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs. 3 KAKuG. 4.2.1. Die Grundsatzbestimmung des Paragraph 148, ASVG sieht in Ziffer 2, und 3 (in Durchführung von Artikel 43, Absatz eins, der 15a-Vereinbarung) vor, dass alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, auch im ambulanten Bereich (einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen), welche diese gegenüber sozialversicherten Personen erbringen, mit im Folgenden genannten Zahlungen abgegolten sind, welche von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten sind. In Bezug auf ambulante Leistungen sind dies gemäß Ziffer 3, Litera b, leg. cit. die Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach Paragraph 27 b, Absatz 3, KAKuG.

25

Die Abgeltung erfolgt also über pauschale Zahlungen, nicht im Wege der Verrechnung von Einzelleistungen (vgl. Felix, Die Abgrenzung zwischen stationärer Anstaltspflege und ambulanter Krankenbehandlung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in PRIKRAF-Jahrbuch 2004 [2005] 9). Sie findet nicht direkt zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenanstaltenträgern, sondern über die Landesgesundheitsfonds statt (vgl. Stöger in ASVG-Komm § 148 ASVG, Rn. 15). Weder der Rechtsträger der Krankenanstalt noch der Landesgesundheitsfonds hat gegenüber dem Versicherten einen Anspruch aus der Erbringung dieser Leistungen (§ 148 Z 9 ASVG; vgl. Stöger, aaO, Rn. 36). Die Abgeltung erfolgt also über pauschale Zahlungen, nicht im Wege der Verrechnung von Einzelleistungen vergleiche , Felix, Die Abgrenzung zwischen stationärer Anstaltspflege und ambulanter Krankenbehandlung aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht, in PRIKRAF-Jahrbuch 2004 [2005] 9). Sie findet nicht direkt zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenanstaltenträgern, sondern über die Landesgesundheitsfonds statt vergleiche , Stöger in ASVG-Komm Paragraph 148, ASVG, Rn. 15). Weder der Rechtsträger der Krankenanstalt noch der Landesgesundheitsfonds hat gegenüber dem Versicherten einen Anspruch aus der Erbringung dieser Leistungen (Paragraph 148, Ziffer 9, ASVG; vergleiche , Stöger, aaO, Rn. 36).

26

In Ausführung dieser grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sieht § 53 Abs. 2 lit. b NÖ KAG vor, dass alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalten im (hier einschlägigen) ambulanten Bereich mit den Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gemäß §§ 49 und 49b abgegolten sind. Weder der Rechtsträger der Krankenanstalt noch der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat gegenüber dem Versicherten einen Anspruch aus der Erbringung dieser Leistungen

(§ 56 Abs. 1 NÖ KAG). In Ausführung dieser grundsatzgesetzlichen Bestimmungen sieht Paragraph 53, Absatz 2, Litera b, NÖ KAG vor, dass alle Leistungen der NÖ Fondskrankenanstalten im (hier einschlägigen) ambulanten Bereich mit den Zahlungen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds gemäß Paragraphen 49 und 49 b abgegolten sind. Weder der Rechtsträger der Krankenanstalt noch der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds hat gegenüber dem Versicherten einen Anspruch aus der Erbringung dieser Leistungen (Paragraph 56, Absatz eins, NÖ KAG).

27

Es erfolgt demnach nicht eine Verrechnung nach Einzelleistung gegenüber dem Patienten, sondern eine pauschale Abgeltung aller Ambulanzleistungen durch den Landesgesundheitsfonds.

28

4.2.2. Gemäß dem in § 148 Z 3 lit. b ASVG genannten § 27b Abs. 3 KAKuG ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Sozialversicherte durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden (vgl. auch Art. 13 Abs. 2 zweiter Satz 15a-Vereinbarung). Der Spielraum der Landes(ausführungs)gesetzgebung beschränkt sich demnach, von der jedenfalls anzuordnenden Anwendung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) abgesehen, auf die Ausgestaltung des Abgeltungssystems. Davon, dass alle ambulanten Leistungen von Fondskrankenanstalten durch die Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, darf die Landesgesetzgebung nicht abweichen (vgl. Stöger, „Einsendeleistungen“ in der Fondsfinanzierung der Krankenanstalten, in FS Stolzlechner [2013] 641 [652]). 4.2.2. Gemäß dem in Paragraph 148, Ziffer 3, Litera b, ASVG genannten Paragraph 27 b, Absatz 3, KAKuG ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, in welcher Form ambulante Leistungen an Sozialversicherte durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Dabei ist jedoch das Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) anzuwenden vergleiche , auch Artikel 13, Absatz 2, zweiter Satz 15a-Vereinbarung). Der Spielraum der Landes(ausführungs)gesetzgebung beschränkt sich demnach, von der jedenfalls anzuordnenden Anwendung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich (LKF-ambulant) abgesehen, auf die Ausgestaltung des Abgeltungssystems. Davon, dass alle ambulanten Leistungen von Fondskrankenanstalten durch die Landesgesundheitsfonds abgegolten werden, darf die Landesgesetzgebung nicht abweichen vergleiche , Stöger, „Einsendeleistungen“ in der Fondsfinanzierung der Krankenanstalten, in FS Stolzlechner [2013] 641 [652]).

29

In Ausführung dieser grundsatzgesetzlichen Bestimmung sieht der in § 53 Abs. 2 lit. b NÖ KAG genannte § 49b Abs. 1 leg. cit. vor, dass die an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen „nach den Vorgaben“ des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen sind. Näher bestimmt § 49 Abs. 2 leg. cit., dass sich der Eurowert je abgerechnetem Ambulanzpunkt nach der Höhe der für diese Bereiche vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds vorgesehenen Mittel und der Summe der abgerechneten Ambulanzpunkte richtet. In Ausführung dieser grundsatzgesetzlichen Bestimmung sieht der in Paragraph 53, Absatz 2, Litera b, NÖ KAG genannte Paragraph 49 b, Absatz eins, leg. cit. vor, dass die an ambulanten Patienten erbrachten Leistungen „nach den Vorgaben“ des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds abzurechnen sind. Näher bestimmt Paragraph 49, Absatz 2, leg. cit., dass sich der Eurowert je abgerechnetem Ambulanzpunkt nach der Höhe der für diese Bereiche vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds vorgesehenen Mittel und der Summe der abgerechneten Ambulanzpunkte richtet.

30

4.3. Die Rechtslage hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen, welche in Ambulanzen von Fondskrankenanstalten für Personen erbracht werden, welche nicht in die (österreichische) Sozialversicherung einbezogen sind, stellt sich wie folgt dar:

31

4.3.1. Gemäß § 27 Abs. 4 Z 3 KAKuG ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind. Diese Regelung gelangt jedoch ausdrücklich nur dort zur Anwendung, wo diese Leistungen nicht - wie zuvor dargestellt - durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Sie erfasst demnach Beiträge für die ambulatorische Behandlung von Personen, welche nicht sozialversichert sind (vgl. Stöger in FS Stolzlechner 652). 4.3.1. Gemäß Paragraph 27, Absatz 4, Ziffer 3, KAKuG ist durch die Landesgesetzgebung zu bestimmen, ob und in welcher Höhe Beiträge für die ambulatorische Behandlung zu leisten sind. Diese Regelung gelangt jedoch ausdrücklich nur dort zur Anwendung, wo diese Leistungen nicht - wie zuvor dargestellt - durch den Landesgesundheitsfonds abgegolten werden. Sie erfasst demnach Beiträge für die

ambulatorische Behandlung von Personen, welche nicht sozialversichert sind vergleiche , Stöger in FS Stolzlechner 652).

32

4.3.2. Nach der Ausführungsbestimmung des § 45 Abs. 1 lit. d NÖ KAG darf als eine sog. „Sondergebühr“ (vgl. auch die Überschrift des § 27 KAKuG) eine Behandlungsgebühr ua. für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums verlangt werden. 4.3.2. Nach der Ausführungsbestimmung des Paragraph 45, Absatz eins, Litera d, NÖ KAG darf als eine sog. „Sondergebühr“ vergleiche , auch die Überschrift des Paragraph 27, KAKuG) eine Behandlungsgebühr ua. für jede Inanspruchnahme des Anstaltsambulatoriums verlangt werden.

33

Die Behandlungsgebühren sind gemäß § 49g Abs. 1 NÖ KAG für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln. Gemäß Abs. 4 leg. cit. sind die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien für das folgende Jahr in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des Abs. 2 leg. cit. über die Ermittlung der Pflegegebühren für stationäre Leistungen, jedoch nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahmen und den Kostenanteilen, zu bestimmen. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen. Die Behandlungsgebühren sind gemäß Paragraph 49 g, Absatz eins, NÖ KAG für die Voranschläge und Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln. Gemäß Absatz 4, leg. cit. sind die Behandlungsgebühren für jede Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien für das folgende Jahr in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des Absatz 2, leg. cit. über die Ermittlung der Pflegegebühren für stationäre Leistungen, jedoch nach der Zahl der zu erwartenden Inanspruchnahmen und den Kostenanteilen, zu bestimmen. Dabei sind die Gebühren je nach Schwere des Falles oder Größe des Leistungsumfanges abgestuft nach einzelnen Leistungsgruppen zwischen 5 und 120 Prozent der Pflegegebühr der allgemeinen Gebührenklasse festzulegen.

34

Die Festsetzung der nach diesen Vorgaben ermittelten Behandlungsgebühr erfolgt gemäß § 51 Abs. 1 und 2 NÖ KAG durch die Landesregierung und ist gemäß Abs. 3 leg. cit. im Landesgesetzblatt kundzumachen. Die Festsetzung der nach diesen Vorgaben ermittelten Behandlungsgebühr erfolgt gemäß Paragraph 51, Absatz eins und 2 NÖ KAG durch die Landesregierung und ist gemäß Absatz 3, leg. cit. im Landesgesetzblatt kundzumachen.

35

4.3.3. Für das im Revisionsfall maßgebliche Jahr 2019 erfolgte die Festsetzung der Behandlungsgebühr in der Verlautbarung betreffend NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019, LGBl. Nr. 97/2018. Anlage 1 dieser Verlautbarung sieht eine Behandlungsgebühr für die Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien „für nicht SV-versicherte Patienten“ in der Höhe von 5% - 120% pro Behandlungstag vor und staffelt diese je nach Ausmaß der Ambulanzpunkte in sechs Gruppen (Gruppe 0 bis Gruppe V). In der im Revisionsfall für die gegenständliche Krankenanstalt (Landeskrankenanstalt Korneuburg-Stockerau) maßgeblichen Gruppe III (861 - 1.700 Ambulanzpunkte) beträgt die Behandlungsgebühr € 494,40. Das Ausmaß der Ambulanzpunkte ergibt sich aus dem in Anlage 3 dieser Verlautbarung enthaltenen Ambulanten Leistungskatalog, welcher für jede einzelne Leistung in einer eigenen Position den jeweiligen Ambulanzpunktewert festlegt. 4.3.3. Für das im Revisionsfall maßgebliche Jahr 2019 erfolgte die Festsetzung der Behandlungsgebühr in der Verlautbarung betreffend NÖ Krankenanstaltengebühren, medizinische Sonderleistungen und ambulanter Leistungskatalog der NÖ Fondskrankenanstalten 2019, Landesgesetzblatt Nr. 97 aus 2018, Anlage 1 dieser Verlautbarung sieht eine Behandlungsgebühr für die Inanspruchnahme der Anstaltsambulatorien „für nicht SV-versicherte Patienten“ in der Höhe von 5% - 120% pro Behandlungstag vor und staffelt diese je nach Ausmaß der Ambulanzpunkte in sechs Gruppen (Gruppe 0 bis Gruppe römisch fünf). In der im Revisionsfall für die gegenständliche Krankenanstalt (Landeskrankenanstalt Korneuburg-Stockerau) maßgeblichen Gruppe römisch drei (861 - 1.700 Ambulanzpunkte) beträgt die Behandlungsgebühr € 494,40. Das Ausmaß der Ambulanzpunkte ergibt sich aus dem in Anlage 3 dieser Verlautbarung enthaltenen Ambulanten Leistungskatalog, welcher für jede einzelne Leistung in einer eigenen Position den jeweiligen Ambulanzpunktewert festlegt.

36

Es erfolgt also eine tageweise zusammengefasste, gestaffelte Verrechnung gegenüber dem Patienten nach Einzelleistungen.

4.3.4. Trägt weder ein Sozialversicherungsträger noch ein Sozialhilfeträger oder eine Körperschaft öffentlichen Rechts durch ihre Sozialhilfe-(Krankenfürsorge-)einrichtung die Kosten der Anstaltspflege eines Patienten, ist dieser gemäß § 46 NÖ KAG zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren verpflichtet. Fraglich ist, ob diese Bestimmung auch für die im Revisionsfall gegenständliche Behandlungsgebühr (für ambulante Leistungen) anwendbar ist. Zwar erwähnt die Überschrift des § 46 leg. cit. („Einbringung von Pflegegebühren von Privatpatienten“) lediglich die Gebühren für stationäre Leistungen (Pflegegebühren) und ist die Zahlungspflicht nach dem Wortlaut der Bestimmung davon abhängig, dass die „Kosten der Anstaltspflege“ nicht von näher genannten Dritten getragen werden. Allerdings verpflichtet § 46 leg. cit. die darin genannten Personen unter den dort genannten Voraussetzungen ausdrücklich nicht nur zur Bezahlung der Pflege-, sondern auch der Sondergebühren, wozu auch die Behandlungsgebühr für ambulante Leistungen zählt (vgl. § 45 Abs. 1 lit. d leg. cit.). § 46 leg. cit. ist demnach so zu verstehen, dass die Behandlungsgebühr für nicht-sozialversicherte Personen, für welche die Abrechnung ambulanter Leistungen also nicht über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds erfolgt, von diesen Personen selbst zu tragen ist. Über diese Gebühr ist gemäß § 46a leg. cit. nach erbrachter Leistung eine Rechnung zu stellen.

4.3.4. Trägt weder ein Sozialversicherungsträger noch ein Sozialhilfeträger oder eine Körperschaft öffentlichen Rechts durch ihre Sozialhilfe-(Krankenfürsorge-)einrichtung die Kosten der Anstaltspflege eines Patienten, ist dieser gemäß Paragraph 46, NÖ KAG zur Bezahlung der Pflege- und Sondergebühren verpflichtet. Fraglich ist, ob diese Bestimmung auch für die im Revisionsfall gegenständliche Behandlungsgebühr (für ambulante Leistungen) anwendbar ist. Zwar erwähnt die Überschrift des Paragraph 46, leg. cit. („Einbringung von Pflegegebühren von Privatpatienten“) lediglich die Gebühren für stationäre Leistungen (Pflegegebühren) und ist die Zahlungspflicht nach dem Wortlaut der Bestimmung davon abhängig, dass die „Kosten der Anstaltspflege“ nicht von näher genannten Dritten getragen werden. Allerdings verpflichtet Paragraph 46, leg. cit. die darin genannten Personen unter den dort genannten Voraussetzungen ausdrücklich nicht nur zur Bezahlung der Pflege-, sondern auch der Sondergebühren, wozu auch die Behandlungsgebühr für ambulante Leistungen zählt (vergleiche , Paragraph 45, Absatz eins, Litera d, leg. cit.). Paragraph 46, leg. cit. ist demnach so zu verstehen, dass die Behandlungsgebühr für nicht-sozialversicherte Personen, für welche die Abrechnung ambulanter Leistungen also nicht über den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds erfolgt, von diesen Personen selbst zu tragen ist. Über diese Gebühr ist gemäß Paragraph 46 a, leg. cit. nach erbrachter Leistung eine Rechnung zu stellen.

4.4. Für den Revisionsfall bedeutet dies Folgendes:

4.4.1. In den Revisionsgründen wird vorgebracht, dass für die verfahrensgegenständlichen ambulanten Leistungen vom Rechtsträger der Krankenanstalt höhere Gebühren verrechnet würden, wenn sie für Personen wie den Revisionswerber erbracht werden, die nicht in der österreichischen Sozialversicherung versichert sind. Solche unterschiedlichen Gebühren seien nach der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union eine unzulässige Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit.

4.4.2. Der Gerichtshof hat mit Urteil vom 3. Oktober 2000, Ferlini, C-411/98, ausgesprochen, dass es eine nach dem Unionsrecht verbotene Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit darstellt, wenn ohne objektive Rechtfertigung gegenüber Beamten der Europäischen Gemeinschaften einseitig höhere Gebührensätze für ärztliche und Krankenhausleistungen bei einer Entbindung angewendet werden als gegenüber Personen, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossen sind. Diesem Urteil lagen unterschiedlich hohe Gebührensätze für die gleichen Krankenhausleistungen für dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossene Personen einerseits und diesem System nicht angeschlossene Personen andererseits zu Grunde, welche jeweils einseitig festgesetzt waren. Der Gerichtshof führte dazu aus, dass sich die dem GKFS angeschlossenen Personen in einer vergleichbaren Lage wie die Personen befänden, die dem nationalen System der sozialen Sicherheit angeschlossen sind (aaO, Rn. 56). Es sei daher unbeachtlich, dass der Kläger des damaligen Ausgangsverfahrens, ein Beamter eines Organs der Europäischen Gemeinschaften, weder nationale Steuern von seinem Gehalt noch Beiträge zum nationalen System der sozialen Sicherheit zahle, da er keine Leistungen der sozialen Sicherheit nach dem nationalen Recht begehre, sondern lediglich die Anwendung nichtdiskriminierender Gebühren für Krankenhausleistungen (aaO, Rn. 54). Das Merkmal der Zugehörigkeit zum nationalen System der sozialen Sicherheit, auf welchem die Anwendung unterschiedlicher Gebührensätze für die gleichen ärztlichen und Krankenhausleistungen beruhe, bedeute eine

mittelbare und nicht gerechtfertigte Diskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit (aaO, Rn. 58 ff.).

41

Diese Rechtsansicht wurde im Urteil des Gerichts vom 30. April 2019, Wattiau, T-737/17, (Rn. 79 ff) bestätigt.

42

4.4.3. Diese Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union ist auch für den vorliegenden Revisionsfall maßgeblich. Ihr zufolge wäre es eine nach Art. 18 AEUV bzw. Art. 21 Abs. 2 GRC verbotene (mittelbare) Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit, wenn vom Rechtsträger der gegenständlichen Krankenanstalt für den Revisionswerber, einen EU-Beamten im Ruhestand, welcher der GKFS angeschlossen und nicht in der österreichischen Sozialversicherung versichert ist, für die verfahrensgegenständlichen ambulanten Leistungen höhere Gebühren (iS von Kosten) verrechnet würden als für Personen, die in der Sozialversicherung versichert sind. Dass für diese beiden Personengruppen unterschiedliche Modalitäten der Abrechnung bestehen (hier im Wege einer vom Patienten zu bezahlenden Behandlungsgebühr, dort im Wege der Abgeltung durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds), ist unter unionsrechtlichen Gesichtspunkten unerheblich, weil es lediglich auf die Anwendung nichtdiskriminierender Gebühren für gleiche Krankenhausleistungen ankommt (vgl. EuGH C-411/98, Ferlini, Rn. 45, 54).

4.4.3. Diese Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union ist auch für den vorliegenden Revisionsfall maßgeblich. Ihr zufolge wäre es eine nach Artikel 18, AEUV bzw. Artikel 21, Absatz 2, GRC verbotene (mittelbare) Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit, wenn vom Rechtsträger der gegenständlichen Krankenanstalt für den Revisionswerber, einen EU-Beamten im Ruhestand, welcher der GKFS angeschlossen und nicht in der österreichischen Sozialversicherung versichert ist, für die verfahrensgegenständlichen ambulanten Leistungen höhere Gebühren (iS von Kosten) verrechnet würden als für Personen, die in der Sozialversicherung versichert sind. Dass für diese beiden Personengruppen unterschiedliche Modalitäten der Abrechnung bestehen (hier im Wege einer vom Patienten zu bezahlenden Behandlungsgebühr, dort im Wege der Abgeltung durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds), ist unter unionsrechtlichen Gesichtspunkten unerheblich, weil es lediglich auf die Anwendung nichtdiskriminierender Gebühren für gleiche Krankenhausleistungen ankommt vergleiche , EuGH C-411/98, Ferlini, Rn. 45, 54).

43

4.4.4. Das angefochtene Erkenntnis hält der Beschwerde, welche sich auf diese Rechtsprechung stützt, lediglich entgegen, dass nach den Ausführungen im Bescheid der belangten Behörde die dem Revisionswerber in Rechnung gestellten Beträge nicht höher seien als für in Österreich versicherte Personen, „weil jeweils die Bestimmungen des NÖ KAG zur Anwendung kämen“.

44

Damit verkennt das Verwaltungsgericht die Rechtslage. Aus den Bestimmungen des NÖ KAG ergibt sich nämlich gerade nicht, dass vom Rechtsträger einer Fondskrankenanstalt für ambulante Leistungen, wie sie für den Revisionswerber erbracht wurden, für in der Sozialversicherung versicherte Personen und für Personen, auf welche dies - wie beim Revisionswerber - nicht zutrifft, Gebühren in derselben Höhe anzusetzen wären. Die Gebühren- bzw. Verrechnungssysteme für in der Sozialversicherung versicherte und nicht versicherte Personen sind nämlich grundlegend verschieden, weil sie - wie zuvor (Pkt. 4.2. und 4.3.) ausführlich dargestellt - hier über eine pauschale Abgeltung, dort über die Verrechnung nach Einzelleistungen erfolgen. Der Revisionswerber hat sowohl in seiner Beschwerde als auch in seiner Revision mit näherer Begründung vorgebracht, dass die ihm in Rechnung gestellte Behandlungsgebühr wesentlich höher sei als die Abgeltung, welche der Rechtsträger der Krankenanstalt für die verfahrensgegenständlichen ambulanten Leistungen vom NÖ Gesundheits- und Sozialfonds erhalten habe.

45

Mit der Höhe dieser Abgeltung, welche im Hinblick auf die oben dargestellte Rechtsprechung des Gerichtshofes der Europäischen Union eine entscheidungsmaßgebliche Grundlage für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der dem Revisionswerber in Rechnung gestellten Behandlungsgebühr darstellt, hat sich das Verwaltungsgericht aber gar nicht auseinandergesetzt.

46

Die weitere Begründung des Verwaltungsgerichts, die verrechnete Behandlungsgebühr sei schon deswegen rechtmäßig, weil gemäß § 49g Abs. 8 NÖ KAG die den Patienten im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet würden, sodass die Bestimmungen des NÖ KAG den unionsrechtlichen Grundsätzen aus dem Urteil in der Rechtssache Ferlini entsprächen, „vermag nichts daran zu ändern, dass eine Entkräftung des Vorbringens des Revisionswerbers, die ihm in Rechnung gestellte

Behandlungsgebühr sei im Vergleich zur Abgeltung durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds überhöht, eine Auseinandersetzung mit der konkreten Höhe dieser Abgeltung erfordert hätte.“Die weitere Begründung des Verwaltungsgerichts, die verrechnete Behandlungsgebühr sei schon deswegen rechtmäßig, weil gemäß Paragraph 49 g, Absatz 8, NÖ KAG die den Patienten im Sinn der Richtlinie 2011/24/EU in Rechnung gestellten Kosten nach objektiven, nicht diskriminierenden Kriterien berechnet würden, sodass die Bestimmungen des NÖ KAG den unionsrechtlichen Grundsätzen aus dem Urteil in der Rechtssache Ferlini entsprächen, „vermag nichts daran zu ändern, dass eine Entkräftung des Vorbringens des Revisionswerbers, die ihm in Rechnung gestellte Behandlungsgebühr sei im Vergleich zur Abgeltung durch den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds überhöht, eine Auseinandersetzung mit der konkreten Höhe dieser Abgeltung erfordert hätte.“

47

5. Das angefochtene Erkenntnis war daher gemäß § 42 Abs. 2 Z 1 VwGG wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes aufzuheben.5. Das angefochtene Erkenntnis war daher gemäß Paragraph 42, Absatz 2, Ziffer eins, VwGG wegen Rechtswidrigkeit seines Inhaltes aufzuheben.

48

Von der Durchführung der beantragten Verhandlung konnte gemäß § 39 Abs. 2 Z 5 VwGG abgesehen werden.Von der Durchführung der beantragten Verhandlung konnte gemäß Paragraph 39, Absatz 2, Ziffer 5, VwGG abgesehen werden.

49

6. Die Entscheidung über den Aufwandsersatz beruht auf den §§ 47 ff. VwGG in Verbindung mit der VwGH-Aufwandsersatzverordnung 2014.6. Die Entscheidung über den Aufwandsersatz beruht auf den Paragraphen 47, ff. VwGG in Verbindung mit der VwGH-Aufwandsersatzverordnung 2014.

Wien, am 29. Juni 2023

Gerichtsentscheidung

EuGH 61998CJ0411 Ferlini VORAB

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2023:RO2022110007.J00

Im RIS seit

31.07.2023

Zuletzt aktualisiert am

05.09.2023

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at