

TE Vwgh Erkenntnis 2012/6/26 2011/11/0028

JUSLINE Entscheidung

© Veröffentlicht am 26.06.2012

Index

L94056 Ärztekammer Steiermark;
82/03 Ärzte Sonstiges Sanitätspersonal;

Norm

ÄrzteG 1998 §106 Abs2;

ÄrzteG 1998 §106 Abs7;

ÄrzteG 1998 §106;

Satzung Wohlfahrtsfonds ÄrzteK Stmk 2007 §27 Abs7 litd sublitaa;

1. ÄrzteG 1998 § 106 heute
2. ÄrzteG 1998 § 106 gültig ab 01.01.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 135/2009
3. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 156/2005
4. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.08.2001 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 110/2001
5. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.11.1998 bis 10.08.2001

1. ÄrzteG 1998 § 106 heute
2. ÄrzteG 1998 § 106 gültig ab 01.01.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 135/2009
3. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 156/2005
4. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.08.2001 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 110/2001
5. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.11.1998 bis 10.08.2001

1. ÄrzteG 1998 § 106 heute
2. ÄrzteG 1998 § 106 gültig ab 01.01.2010 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 135/2009
3. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 01.01.2006 bis 31.12.2009 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 156/2005
4. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.08.2001 bis 31.12.2005 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 110/2001
5. ÄrzteG 1998 § 106 gültig von 11.11.1998 bis 10.08.2001

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Gall und die Hofräte Dr. Schick, Dr. Grünstäudl und Mag. Samm sowie die Hofrätin Dr. Pollak als Richter, im Beisein des Schriftführers Mag. Henk, über die Beschwerde des A M in W, vertreten durch Dr. Helmut Klement und Dr. Annemarie Stipanitz-Schreiner, Rechtsanwälte in 8010 Graz, Zimmerplatzgasse 13, gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses der Ärztekammer für Oberösterreich vom 18. November 2010, Zl. BA 3/2010-1, betreffend Kostenübernahme für eine Spitalsbehandlung (weitere Partei: Oberösterreichische Landesregierung), zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen. Aufwandersatz findet nicht statt.

Begründung

Mit Antrag vom 13. Oktober 2008 beehrte der Beschwerdeführer die Übernahme der Kosten seines Aufenthaltes in der Landesnervenklinik S. in Graz für die Dauer von 59 Tagen durch den Verwaltungsausschuss (Wohlfahrtskasse) der Ärztekammer für Oberösterreich.

Mit Bescheid vom 17. Dezember 2008 bewilligte der Verwaltungsausschuss gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa der Satzung der Wohlfahrtskasse (im Folgenden kurz: Satzung) für den Aufenthalt in der Landesnervenklinik S. in Graz einen täglichen Zuschuss in Höhe von EUR 263,54 für 59 Tage, insgesamt in der Höhe von EUR 15.548,10. Eine darüber hinausgehende Kostenübernahme wurde hingegen nicht bewilligt. Mit Bescheid vom 17. Dezember 2008 bewilligte der Verwaltungsausschuss gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, der Satzung der Wohlfahrtskasse (im Folgenden kurz: Satzung) für den Aufenthalt in der Landesnervenklinik S. in Graz einen täglichen Zuschuss in Höhe von EUR 263,54 für 59 Tage, insgesamt in der Höhe von EUR 15.548,10. Eine darüber hinausgehende Kostenübernahme wurde hingegen nicht bewilligt.

Begründend führte die Erstbehörde aus, gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa der Satzung würden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung ohne Vertrag (mit der Wohlfahrtskasse) jene Kosten vergütet, welche bei einem Aufenthalt auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer in einem öffentlich-rechtlichen Vertragskrankenhaus mit Vertrag in Oberösterreich vergütet worden wären. Dem Versicherten sei es somit freigestellt, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lasse; wähle der Versicherte jedoch kein Vertragskrankenhaus oder eine Einrichtung mit höheren Tagessätzen und fielen dadurch Mehrkosten an, solle für diese Mehrkosten der Versicherte selbst und nicht die Versichertengemeinschaft mit ihren Pflichtbeiträgen aufkommen. Dies sei auch im Beitrags- und Leistungskatalog, der allen Versicherten immer zu Jahresbeginn übermittelt werde, sowie auf Merkblättern im Internet vermerkt. Auch in der Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 habe die Wohlfahrtskasse darauf hingewiesen, sie werde lediglich EUR 263,54 und die in Rechnung gestellten Arztkosten gemäß oberösterreichischem Tarif vergüten. Neben der Wohlfahrtskasse habe der Beschwerdeführer keine weitere gesetzliche Krankenversicherung. Begründend führte die Erstbehörde aus, gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, der Satzung würden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer Rehabilitationsbehandlung in einer Einrichtung ohne Vertrag (mit der Wohlfahrtskasse) jene Kosten vergütet, welche bei einem Aufenthalt auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer in einem öffentlich-rechtlichen Vertragskrankenhaus mit Vertrag in Oberösterreich vergütet worden wären. Dem Versicherten sei es somit freigestellt, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lasse; wähle der Versicherte jedoch kein Vertragskrankenhaus oder eine Einrichtung mit höheren Tagessätzen und fielen dadurch Mehrkosten an, solle für diese Mehrkosten der Versicherte selbst und nicht die Versichertengemeinschaft mit ihren Pflichtbeiträgen aufkommen. Dies sei auch im Beitrags- und Leistungskatalog, der allen Versicherten immer zu Jahresbeginn übermittelt werde, sowie auf Merkblättern im Internet vermerkt. Auch in der Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 habe die Wohlfahrtskasse darauf hingewiesen, sie werde lediglich EUR 263,54 und die in Rechnung gestellten Arztkosten gemäß oberösterreichischem Tarif vergüten. Neben der Wohlfahrtskasse habe der Beschwerdeführer keine weitere gesetzliche Krankenversicherung.

Der Beschwerdeführer erfülle auch nicht die Voraussetzungen gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. cc der Satzung, da seine Behandlung in Graz nicht akut und somit nicht bei Gefahr im Verzug erfolgt sei und er die Überstellung von Kirchdorf nach Graz selbst beantragt habe. Der Beschwerdeführer erfülle auch nicht die Voraussetzungen gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, c, c, der Satzung, da seine Behandlung in Graz nicht akut und somit nicht bei Gefahr im Verzug erfolgt sei und er die Überstellung von Kirchdorf nach Graz selbst beantragt habe.

Zudem sei eine Übernahme der Restkosten oder ein Kostenzuschuss aus dem Fonds der Notstandshilfe gemäß §§ 29 f der Satzung auch nicht möglich, da weder die finanzielle Belastung unverschuldet eingetreten sei - eine Behandlung lege artis wäre auch im W. Krankenhaus in Linz möglich gewesen, und dort wären keine Mehrkosten angefallen - noch ein wirtschaftlich bedingter Notstand des Beschwerdeführers vorliege. Zudem sei eine Übernahme der Restkosten oder ein Kostenzuschuss aus dem Fonds der Notstandshilfe gemäß Paragraphen 29, f der Satzung auch nicht möglich, da

weder die finanzielle Belastung unverschuldet eingetreten sei - eine Behandlung lege artis wäre auch im W. Krankenhaus in Linz möglich gewesen, und dort wären keine Mehrkosten angefallen - noch ein wirtschaftlich bedingter Notstand des Beschwerdeführers vorliege.

In der gegen diesen Bescheid erhobenen Berufung brachte der Beschwerdeführer zusammengefasst vor, in § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa der Satzung sei nur von "Krankenanstalten ohne Verträge" die Rede, welche aber nicht genauer konkretisiert würden. Es sei für ihn folglich nicht erkennbar gewesen, dass bei seiner Überstellung in die Landeslinik S. in Graz eine vollständige Kostenübernahme nicht erfolgen würde. Zudem sei die Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 verspätet. Darin und im Bescheid werde festgestellt, dass eine Kostenübernahme von "EUR 263,54 pro Tag und die in Rechnung gestellten Arztkosten" getragen würden. Auf der dem Beschwerdeführer von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. übermittelten Rechnung sei aber nur der Betrag von EUR 263,54 ohne die vereinbarten Arztkosten abgezogen. Die Arztkosten seien in den Pflegegebühren gemäß § 51 des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997 (Oö. KAG 1997) und § 35 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1999 (KALG) enthalten. Die weiteren dem Beschwerdeführer entstandenen Kosten des Aufenthaltes in der Landeslinik S. rührten aus den nicht bezahlten Arztkosten. In der gegen diesen Bescheid erhobenen Berufung brachte der Beschwerdeführer zusammengefasst vor, in Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, der Satzung sei nur von "Krankenanstalten ohne Verträge" die Rede, welche aber nicht genauer konkretisiert würden. Es sei für ihn folglich nicht erkennbar gewesen, dass bei seiner Überstellung in die Landeslinik S. in Graz eine vollständige Kostenübernahme nicht erfolgen würde. Zudem sei die Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 verspätet. Darin und im Bescheid werde festgestellt, dass eine Kostenübernahme von "EUR 263,54 pro Tag und die in Rechnung gestellten Arztkosten" getragen würden. Auf der dem Beschwerdeführer von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. übermittelten Rechnung sei aber nur der Betrag von EUR 263,54 ohne die vereinbarten Arztkosten abgezogen. Die Arztkosten seien in den Pflegegebühren gemäß Paragraph 51, des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997 (Oö. KAG 1997) und Paragraph 35, des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1999 (KALG) enthalten. Die weiteren dem Beschwerdeführer entstandenen Kosten des Aufenthaltes in der Landeslinik S. rührten aus den nicht bezahlten Arztkosten.

Mit Bescheid vom 18. November 2010 wies die belangte Behörde den Antrag auf Übernahme der vollen Selbstkosten in der Höhe von EUR 12.128,04 für die Behandlung in der Landeslinik S. unter Berücksichtigung der §§ 27, 29, und 30 der Satzung ab, bewilligte aber die Kostenübernahme "der in diesem Zeitraum der Behandlung in Graz erbrachten ärztlichen Leistungen" nach Vorlage der angeforderten Abrechnungsunterlagen. Mit Bescheid vom 18. November 2010 wies die belangte Behörde den Antrag auf Übernahme der vollen Selbstkosten in der Höhe von EUR 12.128,04 für die Behandlung in der Landeslinik S. unter Berücksichtigung der Paragraphen 27, 29,, und 30 der Satzung ab, bewilligte aber die Kostenübernahme "der in diesem Zeitraum der Behandlung in Graz erbrachten ärztlichen Leistungen" nach Vorlage der angeforderten Abrechnungsunterlagen.

Begründend führte der Beschwerdeausschuss zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer sei am 29. September 2007 mit der Diagnose Schlaganfall im Krankenhaus Kirchdorf stationär aufgenommen worden; die Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt bis 3. Oktober 2009 (richtig: 2007) in der Höhe von EUR 2.130,86 seien ohne Selbstkosten für den Beschwerdeführer von der Wohlfahrtskasse übernommen worden. Dies deshalb, da mit dem Krankenhaus Kirchdorf, wie mit allen öffentlichen Krankenanstalten in Oberösterreich, Verträge abgeschlossen worden seien und somit Tarife im Sinne des § 27 Abs. 7 der Satzung verrechnet würden. Auf eigenen Wunsch sei nach einem Transfer in unmittelbarem Anschluss die Behandlung in der Landesnervenklinik S. in Graz erfolgt. Für den Zeitraum vom 3. Oktober bis 30. November 2007 sei eine Rechnung über EUR 27.676,90 gelegt worden, wobei die Wohlfahrtskasse EUR 15.548,10 übernommen habe, sodass dem Beschwerdeführer EUR 12.128,80 in Rechnung gestellt worden seien, welche er in diesem Verfahren geltend mache. Begründend führte der Beschwerdeausschuss zusammengefasst aus, der Beschwerdeführer sei am 29. September 2007 mit der Diagnose Schlaganfall im Krankenhaus Kirchdorf stationär aufgenommen worden; die Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt bis 3. Oktober 2009 (richtig: 2007) in der Höhe von EUR 2.130,86 seien ohne Selbstkosten für den Beschwerdeführer von der Wohlfahrtskasse übernommen worden. Dies deshalb, da mit dem Krankenhaus Kirchdorf, wie mit allen öffentlichen Krankenanstalten in Oberösterreich, Verträge abgeschlossen worden seien und somit Tarife im Sinne des Paragraph 27, Absatz 7, der Satzung verrechnet würden. Auf eigenen Wunsch sei nach einem Transfer in unmittelbarem Anschluss die Behandlung in der Landesnervenklinik S. in Graz erfolgt. Für den Zeitraum

vom 3. Oktober bis 30. November 2007 sei eine Rechnung über EUR 27.676,90 gelegt worden, wobei die Wohlfahrtskasse EUR 15.548,10 übernommen habe, sodass dem Beschwerdeführer EUR 12.128,80 in Rechnung gestellt worden seien, welche er in diesem Verfahren geltend mache.

§ 27 Abs. 7 lit. d der Satzung sei zu entnehmen, dass eine Kostenübernahme grundsätzlich ohne Abzug mit dem Betrag begrenzt sei, der bei einem Aufenthalt in einer oberösterreichischen Vertragskrankenanstalt bezahlt worden wäre. Diese Bestimmung hätte dem Beschwerdeführer bekannt sein müssen, werde doch immer über den Beitrags- und Leistungskatalog und über ein spezielles Merkblatt auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich informiert. Zudem habe die Wohlfahrtskasse ohne Verzug die Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 an die Landesnervenklinik S. gestellt. Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, der Satzung sei zu entnehmen, dass eine Kostenübernahme grundsätzlich ohne Abzug mit dem Betrag begrenzt sei, der bei einem Aufenthalt in einer oberösterreichischen Vertragskrankenanstalt bezahlt worden wäre. Diese Bestimmung hätte dem Beschwerdeführer bekannt sein müssen, werde doch immer über den Beitrags- und Leistungskatalog und über ein spezielles Merkblatt auf der Homepage der Ärztekammer für Oberösterreich informiert. Zudem habe die Wohlfahrtskasse ohne Verzug die Kostenübernahmeerklärung vom 8. Oktober 2007 an die Landesnervenklinik S. gestellt.

Dem Beschwerdeführer seien Kosten entstanden, da die Landesnervenklinik S. mangels Vertrages mit der Wohlfahrtskasse höhere, amtliche Pflegegebühren in Höhe von EUR 469,10 pro Tag in Rechnung gestellt habe. Es handle sich um einen Tarif für Selbstzahler, der auch von der sozialen Krankenversicherung nicht vergütet würde. Die Wohlfahrtskasse habe somit wie angeführt EUR 263,54 pro Tag, somit EUR 15.548,10 für 59 Tage geleistet, die Restkosten des Beschwerdeführers ergäben sich aus den höheren Tarifen der Landesnervenklinik S.

Eine Kostenübernahme gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. cc der Satzung könne ebenfalls nicht gewährt werden, da der Beschwerdeführer bereits im Vertragskrankenhaus Kirchdorf behandelt worden sei, welches aber möglicherweise nicht für die Behandlung der Diagnose des Beschwerdeführers spezialisiert sei. Es wäre aber auch eine Behandlung im W. Krankenhaus der Gespag (Anm.: Oö. Gesundheits- und Spitals-AG) in Linz möglich gewesen. Es habe folglich keinen Grund gegeben, die Behandlung in Graz fortsetzen zu müssen. Eine Kostenübernahme gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, c, c, der Satzung könne ebenfalls nicht gewährt werden, da der Beschwerdeführer bereits im Vertragskrankenhaus Kirchdorf behandelt worden sei, welches aber möglicherweise nicht für die Behandlung der Diagnose des Beschwerdeführers spezialisiert sei. Es wäre aber auch eine Behandlung im W. Krankenhaus der Gespag Anmerkung, , Oö. Gesundheits- und Spitals-AG) in Linz möglich gewesen. Es habe folglich keinen Grund gegeben, die Behandlung in Graz fortsetzen zu müssen.

Die Wohlfahrtskasse habe aber bisher noch nicht alle Kosten gemäß § 27 Abs. 7 der Satzung übernommen. Dies treffe zwar auf den Zuschuss zu den täglichen Pflegegebühren zu, da die Wohlfahrtskasse die Kosten ersetzt habe, die in Oberösterreich angefallen wären, nicht jedoch auf die Arzthonorare. Diese seien von der W. Versicherung als Zusatzversicherung bezahlt worden. Da dem Beschwerdeführer trotzdem Selbstkosten erwachsen seien, müssten die tatsächlich angefallenen Arztkosten unter Berücksichtigung der oberösterreichischen Tarife vergütet werden. Der Wohlfahrtskasse werde aufgetragen, entsprechende Unterlagen von der Landesnervenklinik S. anzufordern und die in Oberösterreich geltenden Arzttarife zu vergüten. Die Wohlfahrtskasse habe aber bisher noch nicht alle Kosten gemäß Paragraph 27, Absatz 7, der Satzung übernommen. Dies treffe zwar auf den Zuschuss zu den täglichen Pflegegebühren zu, da die Wohlfahrtskasse die Kosten ersetzt habe, die in Oberösterreich angefallen wären, nicht jedoch auf die Arzthonorare. Diese seien von der W. Versicherung als Zusatzversicherung bezahlt worden. Da dem Beschwerdeführer trotzdem Selbstkosten erwachsen seien, müssten die tatsächlich angefallenen Arztkosten unter Berücksichtigung der oberösterreichischen Tarife vergütet werden. Der Wohlfahrtskasse werde aufgetragen, entsprechende Unterlagen von der Landesnervenklinik S. anzufordern und die in Oberösterreich geltenden Arzttarife zu vergüten.

Gegen diesen Bescheid richtet sich vorliegende Beschwerde.

Die belangte Behörde legte die Akten des Verwaltungsverfahrens vor, nahm aber von der Erstattung einer Gegenschrift Abstand.

Der Verwaltungsgerichtshof hat über die Beschwerde erwogen:

1.1. Die im Beschwerdefall maßgebliche Bestimmung des ÄrzteG 1998 idF. der Novelle BGBl. I Nr. 135/2009 lautet (auszugsweise): 1.1. Die im Beschwerdefall maßgebliche Bestimmung des ÄrzteG 1998 in der Fassung der Novelle Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr. 135 aus 2009, lautet (auszugsweise):

"§ 106. (1) Kammerangehörigen, die durch Krankheit oder Unfall unfähig sind, den ärztlichen oder zahnärztlichen Beruf auszuüben, wird eine Krankenunterstützung, die sich nach der Dauer der Krankheit richtet, gewährt.

1. (2) Absatz 2, Die Höhe der Krankenunterstützung und die Anspruchsvoraussetzungen sind in der Satzung festzusetzen.
2. (3) Absatz 3, Die Krankenunterstützung wird für die in der Satzung festgesetzte Dauer, höchstens jedoch für einen Zeitraum von 52 Wochen, berechnet.
3. (4) Absatz 4, Die Ärztekammern können zur Versorgung der Kammerangehörigen und deren Angehörigen für den Fall der Krankheit Vereinbarungen mit privaten Versicherungsunternehmen abschließen. Gruppenkrankenversicherungen, die die Voraussetzungen des § 5 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG), BGBl. Nr. 560/1978, erfüllen, sind zulässig. Die Ärztekammern können zur Versorgung der Kammerangehörigen und deren Angehörigen für den Fall der Krankheit Vereinbarungen mit privaten Versicherungsunternehmen abschließen. Gruppenkrankenversicherungen, die die Voraussetzungen des Paragraph 5, des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG), Bundesgesetzblatt Nr. 560 aus 1978, erfüllen, sind zulässig.

...

1. (7) Absatz 7, In der Satzung kann der volle oder teilweise Ersatz der mit einer Erkrankung verbundenen Kosten, und zwar der notwendigen ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung und Geburtshilfe, der Heilmittel und Heilbehelfe, des Krankenhaustransportes sowie eines Kuraufenthaltes vorgesehen werden.

..."

1.2. Die im Beschwerdefall maßgebliche Bestimmung der Satzung der Wohlfahrtskasse der Ärztekammer für Oberösterreich 2007 lautet (auszugsweise):

"§ 27 Krankenpflegehilfe

...

1. (7) Absatz 7, Die Krankenpflegehilfe erstreckt sich auf folgende Leistungen:

...

d) aa) Beiträge zu den Kosten der Krankenhausbehandlung gemäß bestehender Verträge oder bei Krankenanstalten ohne Verträge bis zum Höchstsatz bestehender Krankenhausvertragstarife mit öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten in Oberösterreich. Die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung auf der Sonderklasse-Mehrbettzimmer erfolgt längstens für 90 Tage pro Krankheitsfall und Aufenthaltstag, insgesamt für die Dauer bis zu 180 Tagen pro Kalenderjahr. Weiters werden die in diesem Zeitraum erbrachten ärztlichen Leistungen analog der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs über die Arzthonorare gemäß OÖ. KAG unter Abzug eines 40%igen Rabattes (Abzug nur im Falle einer Behandlung in Oberösterreich) übernommen. Über diese Fristen hinaus wird bei nur über die Wohlfahrtskasse versicherten Personen die allgemeine Gebührenklasse bis zur Höhe der in Oberösterreich maximal geltenden Pflegegebührenersätze für die Wohlfahrtskasse übernommen. Die Kosten für Begleitpersonen werden nach den vom Verwaltungsausschuss beschlossenen Richtlinien getragen.

...

cc) Kosten einer ambulanten oder stationären Krankenhausbehandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse im Inland nach Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss in voller Höhe, wenn Gefahr in Verzug und eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. ein Transport in diese nicht zumutbar ist.

..."

2. Die Beschwerde ist im Ergebnis unbegründet.

2.1.1. Außer Streit steht, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum der stationären Behandlung vom 3. Oktober bis 30. November 2007 über die Wohlfahrtskasse krankenversichert war und die Wohlfahrtskasse EUR 15.548,10 der in Rechnung gestellten EUR 27.676,90 übernommen hat. Unstrittig ist auch, dass die Wohlfahrtskasse keinen Vertrag gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa der Satzung mit der Landesnervenklinik S. in Graz abgeschlossen hat. 2.1.1. Außer

Streit steht, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum der stationären Behandlung vom 3. Oktober bis 30. November 2007 über die Wohlfahrtskasse krankenversichert war und die Wohlfahrtskasse EUR 15.548,10 der in Rechnung gestellten EUR 27.676,90 übernommen hat. Unstrittig ist auch, dass die Wohlfahrtskasse keinen Vertrag gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, der Satzung mit der Landesnervenklinik S. in Graz abgeschlossen hat.

2.1.2. Vor diesem Hintergrund ist der angefochtene Bescheid dahin zu verstehen, dass einerseits der Antrag des Beschwerdeführers auf Ersatz der vollen Restkosten (EUR 12.128,80) abgewiesen, sehr wohl aber andererseits die Kostenübernahme der im Behandlungszeitraum in Graz erbrachten ärztlichen Leistungen - nach Maßgabe des § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa dritter Satz der Satzung - bewilligt wurde. 2.1.2. Vor diesem Hintergrund ist der angefochtene Bescheid dahin zu verstehen, dass einerseits der Antrag des Beschwerdeführers auf Ersatz der vollen Restkosten (EUR 12.128,80) abgewiesen, sehr wohl aber andererseits die Kostenübernahme der im Behandlungszeitraum in Graz erbrachten ärztlichen Leistungen - nach Maßgabe des Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, dritter Satz der Satzung - bewilligt wurde.

2.2.1. Sofern der Beschwerdeführer vorbringt, es sei für ihn nicht erkennbar gewesen, dass bei der Überstellung vom Krankenhaus Kirchdorf in die Landesnervenklinik S. eine vollständige Übernahme der Kosten nicht erfolgen werde, da die in § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa der Satzung genannten "Krankenanstalten ohne Verträge" nicht näher konkretisiert würden, zeigt er keine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides auf. 2.2.1. Sofern der Beschwerdeführer vorbringt, es sei für ihn nicht erkennbar gewesen, dass bei der Überstellung vom Krankenhaus Kirchdorf in die Landesnervenklinik S. eine vollständige Übernahme der Kosten nicht erfolgen werde, da die in Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, der Satzung genannten "Krankenanstalten ohne Verträge" nicht näher konkretisiert würden, zeigt er keine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides auf.

Die Wohlfahrtskasse hat, was in der Beschwerde nicht bestritten wird, in ihrer Kostenübernahmeerklärung, die laut Aktenlage ohne Verzug erstattet wurde, angegeben, welche Kosten täglich von ihr übernommen werden. Es lag am Beschwerdeführer sich zu informieren, ob es sich bei der von ihm frei gewählten Landesnervenklinik S. um eine Krankenanstalt mit bestehenden Verträgen handelt; dies auch unter dem Aspekt, dass die Ärztekammer in ihrem Beitrags- und Leistungskatalog unstrittig darüber informiert hat, dass erhebliche Selbstkosten bei Inanspruchnahme einer Krankenanstalt ohne bestehende Verträge entstehen können.

2.2.2. Insoweit die Beschwerde vorbringt, der Beschwerdeführer habe bereits "seit Jahrzehnten in eine Zusatzversicherung bei der Ärztekammer" einbezahlt, es sei vereinbart worden, dass alle Leistungen von Krankenanstalten außer in den Bundesländern Salzburg und Wien bezahlt werden, geht sie ins Leere.

Zur Wohlfahrtskasse besteht eine Pflichtversicherung, ein zivilrechtlicher Vertragsabschluss zwischen Wohlfahrtskasse und Beschwerdeführer war folglich nicht erforderlich. Ein solcher ist nach den im Berufungsverfahren nicht bestrittenen erstinstanzlichen Feststellungen auch nicht erfolgt (auch in der Beschwerde werden im Übrigen keine Hinweise für das etwaige Vorliegen eines zivilrechtlichen Vertrag mit der Ärztekammer vorgelegt).

2.2.3. Sofern die Beschwerde vorbringt, die Übernahme der Kosten in voller Höhe erfolge dann, wenn Gefahr im Verzug und eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. ein Transport in diese nicht zumutbar sei und dies daher bedeute, dass "dann, wenn dem Beschwerdeführer eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt nicht zumutbar ist, die Behandlungskosten einer anderen Krankenanstalt in voller Höhe zu ersetzt sind", zeigt sie eine Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides ebenfalls nicht auf.

Zwar trifft es zu, dass sich gemäß § 27 Abs. 7 lit. d sublit. cc die Krankenpflegehilfe auf Kosten einer ambulanten oder stationären Krankenhausbehandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse im Inland nach Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss in voller Höhe erstreckt, dies trifft allerdings nur zu, "wenn Gefahr im Verzug und eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. ein Transport in diese nicht zumutbar ist". Zwar trifft es zu, dass sich gemäß Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, c, c, die Krankenpflegehilfe auf Kosten einer ambulanten oder stationären Krankenhausbehandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse im Inland nach Beschlussfassung durch den Verwaltungsausschuss in voller Höhe erstreckt, dies trifft allerdings nur zu, "wenn Gefahr im Verzug und eine Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. ein Transport in diese nicht zumutbar ist".

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat imungsverfahren kein Vorbringen erstattet, welches rechtlich dahin zu beurteilen gewesen wäre, dass anlässlich seiner Überstellung in die Landesnervenklinik S., die auf seinen

eigenen Wunsch erfolgte, Gefahr in Verzug vorgelegen wäre. Dass die Behörde keine näheren Feststellungen zur Vergleichbarkeit des W. Krankenhauses in Linz und der Landesnervenklinik S. getroffen hat, erweist sich nicht als rechtswidrig, da der Beschwerdeführer weder im Verwaltungsverfahren noch in der Beschwerde vorgebracht hat, warum eine Behandlung lege artis nur in der Landesnervenklinik S. möglich gewesen wäre und schon im Verwaltungsverfahren auch nicht bestritten hat, dass eine Behandlung lege artis im W. Krankenhaus in Linz möglich gewesen wäre.

Die belangte Behörde räumt zwar ein, eine Behandlung im Krankenhaus Kirchdorf wäre nicht "optimal" gewesen, da dieses nicht auf die Behandlung der Diagnose des Beschwerdeführers spezialisiert ist. Dem Beschwerdeführer wäre es aber offen gestanden, seine Behandlung im W. Krankenhaus in Linz, einer Vertragskrankenanstalt, weiterzuführen, wodurch ihm keine zusätzlichen Mehrkosten entstanden wären.

Im Beschwerdefall ist demnach weder die für eine volle Kostenübernahme nach § 27 Abs. 7 lit. d sublit. cc der Satzung unabdingbare Voraussetzung der Gefahr in Verzug noch die Voraussetzung der Unzumutbarkeit der Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. eines Transportes in diese erfüllt. Im Beschwerdefall ist demnach weder die für eine volle Kostenübernahme nach Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, c, c, der Satzung unabdingbare Voraussetzung der Gefahr in Verzug noch die Voraussetzung der Unzumutbarkeit der Behandlung in einer Vertragskrankenanstalt bzw. eines Transportes in diese erfüllt.

2.2.4. Auch das Beschwerdevorbringen, in der Kostenübernahmeerklärung sei von einer Übernahme von "EUR 263,54 pro Tag und die in Rechnung gestellten Arztkosten" die Rede, und auf der ihm ausgestellten Rechnung seien nur EUR 263,54 pro Tag abgezogen worden, nicht jedoch die entsprechen Arztkosten, die in den Pflegegebühren (§ 51 Oö. KAG 1997 und § 35 Stmk. KALG) enthalten seien, zeigt keine zur Aufhebung führende Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides auf. 2.2.4. Auch das Beschwerdevorbringen, in der Kostenübernahmeerklärung sei von einer Übernahme von "EUR 263,54 pro Tag und die in Rechnung gestellten Arztkosten" die Rede, und auf der ihm ausgestellten Rechnung seien nur EUR 263,54 pro Tag abgezogen worden, nicht jedoch die entsprechen Arztkosten, die in den Pflegegebühren (Paragraph 51, Oö. KAG 1997 und Paragraph 35, Stmk. KALG) enthalten seien, zeigt keine zur Aufhebung führende Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides auf.

Die belangte Behörde hat im angefochtenen Bescheid nämlich ohnehin ausgesprochen, dass nach Anforderung entsprechender Unterlagen von der Landesnervenklinik S. die tatsächlich angefallenen Arztkosten unter Berücksichtigung der oberösterreichischen Tarife zu vergüten sind, was § 27 Abs. 7 lit. d sublit. aa dritter Satz der Satzung so vorsieht. Eine Verkürzung des Beschwerdeführers ist auch in dieser Hinsicht nicht zu erkennen. Die belangte Behörde hat im angefochtenen Bescheid nämlich ohnehin ausgesprochen, dass nach Anforderung entsprechender Unterlagen von der Landesnervenklinik S. die tatsächlich angefallenen Arztkosten unter Berücksichtigung der oberösterreichischen Tarife zu vergüten sind, was Paragraph 27, Absatz 7, Litera d, Sub-Litera, a, a, dritter Satz der Satzung so vorsieht. Eine Verkürzung des Beschwerdeführers ist auch in dieser Hinsicht nicht zu erkennen.

2.3. Die Beschwerde war aus diesen Erwägungen gemäß § 42 Abs. 1 VwGG als unbegründet abzuweisen. 2.3. Die Beschwerde war aus diesen Erwägungen gemäß Paragraph 42, Absatz eins, VwGG als unbegründet abzuweisen.

3. Aufwandersatz war nicht zuzusprechen, da von der belangten Behörde kein solcher begehrt wurde.

Wien, am 26. Juni 2012

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:VWGH:2012:2011110028.X00

Im RIS seit

23.07.2012

Zuletzt aktualisiert am

03.09.2012

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

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at