

TE OGH 2014/5/22 2Ob192/13v

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 22.05.2014

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten Dr. Baumann als Vorsitzenden und durch die Hofräte Dr. Veith, Dr. E. Solé, Dr. Schwarzenbacher und Dr. Nowotny als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz, vertreten durch Dr. Christian Slana, Dr. Thomas Loidl, Rechtsanwälte in Linz, gegen die beklagten Parteien 1. Friedrich H*****, und 2. U***** Versicherungen AG, *****, beide vertreten durch Prof. Haslinger & Partner, Rechtsanwälte in Linz, wegen 57.954 EUR sA, über die Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 21. August 2013, GZ 1 R 129/13s-15, womit das Urteil des Landesgerichts Linz vom 10. Juni 2013, GZ 1 Cg 19/13d-11, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die klagende Partei ist schuldig, den beklagten Parteien die mit 2.221,15 EUR (darin enthalten 370,19 EUR USt) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Der Erstbeklagte verschuldete am 27. 7. 2011 als Lenker und Halter eines bei der Zweitbeklagten haftpflichtversicherten Pkw einen Verkehrsunfall, bei dem eine bei der klagenden Partei versicherte Person schwer verletzt wurde. Sie war vom 27. 7. 2011 bis 12. 10. 2011 im UKH Linz in stationärer Behandlung.

Die klagende Partei hatte unter anderem die Krankenhauskosten für den Aufenthalt der Verletzten im UKH Linz zu leisten. Im Sinne der gemäß § 332 ASVG auf die klagende Partei als Sozialversicherer übergegangenen Entschädigungsansprüche der Verletzten gegen die Beklagten stellte diese der Zweitbeklagten ua die Krankenhauskosten in Höhe von 70.434 EUR (903 EUR pro Tag) in Rechnung. Sie stützte sich dabei auch auf eine Vereinbarung zwischen ihr und der AUVA. Danach ist die klagende Partei verpflichtet, für die Behandlung von Patienten im UKH Linz die (Voll-)Kosten in Höhe von 903 EUR pro Tag zu regressieren, wenn auf sie ein Anspruch nach § 332 ASVG übergegangen ist. Die klagende Partei hatte unter anderem die Krankenhauskosten für den Aufenthalt der Verletzten im UKH Linz zu leisten. Im Sinne der gemäß Paragraph 332, ASVG auf die klagende Partei als Sozialversicherer übergegangenen Entschädigungsansprüche der Verletzten gegen die Beklagten stellte diese der Zweitbeklagten ua die Krankenhauskosten in Höhe von 70.434 EUR (903 EUR pro Tag) in Rechnung. Sie stützte sich dabei auch auf eine Vereinbarung zwischen ihr und der AUVA. Danach ist die klagende Partei verpflichtet, für die Behandlung von Patienten im UKH Linz die (Voll-)Kosten in Höhe von 903 EUR pro Tag zu regressieren, wenn auf sie ein Anspruch nach Paragraph 332, ASVG übergegangen ist.

Die Zweitbeklagte zahlte Krankenhauskosten in Höhe von 12.480 EUR (160 EUR pro Tag).

Die klagende Partei leistete im Jahr 2011 eine tatsächliche Tagessatzpauschale von 163,13 EUR an die AUVA. Dieser Betrag ergibt sich aus einer Vereinbarung zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der AUVA gemäß § 149 Abs 4 ASVG. Die klagende Partei hatte daher für 78 Behandlungstage für die bei ihr krankenversicherten Verletzten Krankenhauskosten in Höhe von 12.724,14 EUR zu leisten. Die klagende Partei leistete im Jahr 2011 eine tatsächliche Tagessatzpauschale von 163,13 EUR an die AUVA. Dieser Betrag ergibt sich aus einer Vereinbarung zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der AUVA gemäß Paragraph 149, Absatz 4, ASVG. Die klagende Partei hatte daher für 78 Behandlungstage für die bei ihr krankenversicherten Verletzten Krankenhauskosten in Höhe von 12.724,14 EUR zu leisten.

Die klagende Partei begehrt mit ihrer Klage weitere 57.954 EUR an Behandlungskosten und brachte dazu vor, dass die Kosten der stationären Pflege im UKH Linz von der AUVA als Rechtsträger des Krankenhauses mit Wirkung ab 1. 7. 2011 mit 903 EUR pro Tag festgesetzt worden seien. Dieser Betrag bilde auch den Deckungsfonds für den übergegangenen Anspruch nach § 332 ASVG. Hätte die Geschädigte die Krankenhauspflege im UKH ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen, wären ihr pro Behandlungstag Kosten in Höhe von 903 EUR verrechnet worden. Die klagende Partei begehrt mit ihrer Klage weitere 57.954 EUR an Behandlungskosten und brachte dazu vor, dass die Kosten der stationären Pflege im UKH Linz von der AUVA als Rechtsträger des Krankenhauses mit Wirkung ab 1. 7. 2011 mit 903 EUR pro Tag festgesetzt worden seien. Dieser Betrag bilde auch den Deckungsfonds für den übergegangenen Anspruch nach Paragraph 332, ASVG. Hätte die Geschädigte die Krankenhauspflege im UKH ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen, wären ihr pro Behandlungstag Kosten in Höhe von 903 EUR verrechnet worden.

Auch wenn der Wortlaut des § 332 ASVG mit der Bezugnahme auf die Landesgesundheitsfonds nur öffentliche Krankenanstalten iSd § 148 ASVG einschließe, sei Zweck der Norm, dass der Sozialversicherungsträger die Vollkosten der Anstaltspflege geltend machen könne. Deshalb müsse die klagende Partei nicht nur die an die AUVA zu leistenden Pauschalzahlungen, sondern die Vollkosten geltend machen dürfen. Auch die AUVA selbst sei eine gesetzliche Sozialversicherung und müsse als Träger des UKH Linz dessen Vollkosten finanzieren. Wolle man aber § 332 Abs 2 Satz 3 ASVG nicht gleichheitswidrig und unsachlich auslegen, ergebe sich in zumindest analoger Anwendung, dass die klagende Partei die tatsächlich angefallenen Kosten regressieren und der AUVA anteilmäßig zu refundieren habe. Auch wenn der Wortlaut des Paragraph 332, ASVG mit der Bezugnahme auf die Landesgesundheitsfonds nur öffentliche Krankenanstalten iSd Paragraph 148, ASVG einschließe, sei Zweck der Norm, dass der Sozialversicherungsträger die Vollkosten der Anstaltspflege geltend machen könne. Deshalb müsse die klagende Partei nicht nur die an die AUVA zu leistenden Pauschalzahlungen, sondern die Vollkosten geltend machen dürfen. Auch die AUVA selbst sei eine gesetzliche Sozialversicherung und müsse als Träger des UKH Linz dessen Vollkosten finanzieren. Wolle man aber Paragraph 332, Absatz 2, Satz 3 ASVG nicht gleichheitswidrig und unsachlich auslegen, ergebe sich in zumindest analoger Anwendung, dass die klagende Partei die tatsächlich angefallenen Kosten regressieren und der AUVA anteilmäßig zu refundieren habe.

Im Übrigen habe die klagende Partei mit der AUVA eine Vereinbarung geschlossen, nach der die klagende Partei für die Behandlung von Patienten im UKH Linz die Vollkosten in Höhe von 903 EUR pro Tag regressieren müsse, wenn ein Anspruch nach § 332 ASVG übergegangen sei. Im Übrigen habe die klagende Partei mit der AUVA eine Vereinbarung geschlossen, nach der die klagende Partei für die Behandlung von Patienten im UKH Linz die Vollkosten in Höhe von 903 EUR pro Tag regressieren müsse, wenn ein Anspruch nach Paragraph 332, ASVG übergegangen sei.

Die beklagten Parteien bestritten. Die zweitbeklagte Partei habe für die anfallenden Krankenhauskosten der Verletzten einen Betrag von 160 EUR pro Aufenthaltstag bezahlt. Der Schadenersatzanspruch der Geschädigten gehe gemäß § 332 ASVG auf die klagende Partei begrenzt mit jenem Betrag über, den sie selbst geleistet habe und nicht mit jenen Kosten, die die AUVA für den Betrieb des UKH Linz aufzuwenden habe. Die beklagten Parteien bestritten. Die zweitbeklagte Partei habe für die anfallenden Krankenhauskosten der Verletzten einen Betrag von 160 EUR pro Aufenthaltstag bezahlt. Der Schadenersatzanspruch der Geschädigten gehe gemäß Paragraph 332, ASVG auf die klagende Partei begrenzt mit jenem Betrag über, den sie selbst geleistet habe und nicht mit jenen Kosten, die die AUVA für den Betrieb des UKH Linz aufzuwenden habe.

Aus der zwischen der klagenden Partei und der AUVA geschlossenen Vereinbarung, nach der die klagende Partei für Behandlungen im UKH Linz Pflegegebühren von 903 EUR pro Pfl egetag regressieren müsse, lasse sich kein Anspruch der klagenden Partei ableiten. Der Vereinbarung fehle die gesetzliche Grundlage. Nach § 149 Abs 4 ASVG sei nur der Hauptverband nicht aber der einzelne Versicherungsträger zum Abschluss eines derartigen Vertrags legitimiert. Auch

sei die Vereinbarung eine reine Scheinvereinbarung zu Lasten Dritter. Sie sei gesetz- und sittenwidrig. Das Gesetz biete keine Grundlage für eine differenzierte Behandlung krankenversicherter Patienten abhängig von der Frage der Ersatzpflicht Dritter. Aus der zwischen der klagenden Partei und der AUVA geschlossenen Vereinbarung, nach der die klagende Partei für Behandlungen im UKH Linz Pflegegebühren von 903 EUR pro Pflegetag regressieren müsse, lasse sich kein Anspruch der klagenden Partei ableiten. Der Vereinbarung fehle die gesetzliche Grundlage. Nach Paragraph 149, Absatz 4, ASVG sei nur der Hauptverband nicht aber der einzelne Versicherungsträger zum Abschluss eines derartigen Vertrags legitimiert. Auch sei die Vereinbarung eine reine Scheinvereinbarung zu Lasten Dritter. Sie sei gesetz- und sittenwidrig. Das Gesetz biete keine Grundlage für eine differenzierte Behandlung krankenversicherter Patienten abhängig von der Frage der Ersatzpflicht Dritter.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren mit 244,14 EUR sA statt und wies es im Übrigen (57.709,86 EUR sA) ab.

Grundsätzlich werde die Höhe des kongruenten Deckungsfonds bei Sachleistungen, wie hier bei der Anstaltspflege, mit den Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers veranschlagt. Allenfalls höhere Kosten des Geschädigten bei privater Inanspruchnahme derselben Leistungen seien nicht relevant. Für die Frage der Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers sei aber entscheidend, welchem Typus Krankenanstalt das UKH Linz entspreche. Das ASVG regle in § 148 die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu Rechtsträgern der Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert würden und in § 149 die Beziehung zu anderen Krankenanstalten. Für die erstgenannten Krankenanstalten gelte das System der Vollkostenfinanzierung, das durch Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds, leistungsorientierte LKF-Gebührenersätze, Kostenbeiträge und Ausgleichszahlungen finanziert werde. Insofern bildeten auch die vom Landesgesundheitsfonds aufzuwendenden Gesamtkosten für die Behandlung des Patienten in den Fonds-Krankenanstalten den Deckungsfonds für den Sozialversicherungsträger gemäß § 332 ASVG. Grundsätzlich werde die Höhe des kongruenten Deckungsfonds bei Sachleistungen, wie hier bei der Anstaltspflege, mit den Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers veranschlagt. Allenfalls höhere Kosten des Geschädigten bei privater Inanspruchnahme derselben Leistungen seien nicht relevant. Für die Frage der Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers sei aber entscheidend, welchem Typus Krankenanstalt das UKH Linz entspreche. Das ASVG regle in Paragraph 148, die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu Rechtsträgern der Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert würden und in Paragraph 149, die Beziehung zu anderen Krankenanstalten. Für die erstgenannten Krankenanstalten gelte das System der Vollkostenfinanzierung, das durch Zahlungen aus dem Landesgesundheitsfonds, leistungsorientierte LKF-Gebührenersätze, Kostenbeiträge und Ausgleichszahlungen finanziert werde. Insofern bildeten auch die vom Landesgesundheitsfonds aufzuwendenden Gesamtkosten für die Behandlung des Patienten in den Fonds-Krankenanstalten den Deckungsfonds für den Sozialversicherungsträger gemäß Paragraph 332, ASVG.

Das UKH Linz sei jedoch eine Krankenanstalt iSd § 149 ASVG, die nicht über den Landesgesundheitsfonds finanziert werde. Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu diesen, nicht in § 148 ASVG genannten Krankenanstalten seien durch Verträge zu regeln, die gemäß § 149 Abs 4 ASVG vom Hauptverband mit dem jeweiligen Krankenhausträger, hier der AUVA abzuschließen seien. Ein solcher Vertrag sei auch ursprünglich bis 31. 12. 2004 befristet abgeschlossen und in der Folge verlängert worden. Aus dieser vertraglichen Vereinbarung heraus habe die klagende Partei für die Krankenhauskosten der Geschädigten einen Pauschalbetrag in Höhe von 163,13 EUR pro Krankenhaustag an die AUVA zu leisten gehabt. Das UKH Linz sei jedoch eine Krankenanstalt iSd Paragraph 149, ASVG, die nicht über den Landesgesundheitsfonds finanziert werde. Die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu diesen, nicht in Paragraph 148, ASVG genannten Krankenanstalten seien durch Verträge zu regeln, die gemäß Paragraph 149, Absatz 4, ASVG vom Hauptverband mit dem jeweiligen Krankenhausträger, hier der AUVA abzuschließen seien. Ein solcher Vertrag sei auch ursprünglich bis 31. 12. 2004 befristet abgeschlossen und in der Folge verlängert worden. Aus dieser vertraglichen Vereinbarung heraus habe die klagende Partei für die Krankenhauskosten der Geschädigten einen Pauschalbetrag in Höhe von 163,13 EUR pro Krankenhaustag an die AUVA zu leisten gehabt.

Fraglich sei, ob die klagende Partei neben den ihr zustehenden geleisteten Pauschalzahlungen nach § 149 Abs 4 ASVG weitere Kosten der Anstaltspflege analog der Bestimmung des § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG, der auf fondsfinanzierte Krankenanstalten nach § 148 ASVG abstelle, geltend machen könne. Der Gesetzgeber stelle es aber den Sozialversicherungsträgern, vertreten durch den Hauptverband, frei, nach § 149 Abs 4 ASVG die Höhe der Verpflegungskosten zu regeln bzw auf ein kostendeckendes Maß zu erhöhen. Diese vereinbarten Beträge stellten die

Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers dar und begrenzen somit den kongruenten Deckungsfonds für übergegangene Ansprüche nach § 332 ASVG. Fraglich sei, ob die klagende Partei neben den ihr zustehenden geleisteten Pauschalzahlungen nach Paragraph 149, Absatz 4, ASVG weitere Kosten der Anstaltspflege analog der Bestimmung des Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG, der auf fondsfinanzierte Krankenanstalten nach Paragraph 148, ASVG abstelle, geltend machen könne. Der Gesetzgeber stelle es aber den Sozialversicherungsträgern, vertreten durch den Hauptverband, frei, nach Paragraph 149, Absatz 4, ASVG die Höhe der Verpflegungskosten zu regeln bzw auf ein kostendeckendes Maß zu erhöhen. Diese vereinbarten Beträge stellten die Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers dar und begrenzen somit den kongruenten Deckungsfonds für übergegangene Ansprüche nach Paragraph 332, ASVG.

Eine differenzierte Behandlung von fondsfinanzierten und sonstigen Krankenanstalten sei nicht gleichheitswidrig. Es obliege dem rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, für Finanzierungszwecke zwei Kategorien von Krankenanstalten vorzusehen und daran verschiedene Rechtsfolgen zu knüpfen.

Soweit sich die klagende Partei auf eine Vereinbarung mit der AUVA stütze, sei sie als einzelner Sozialversicherungsträger nicht zum Abschluss einer derartigen Vereinbarung legitimiert, weil § 149 Abs 4 ASVG dieses Recht dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorbehalte. Soweit sich die klagende Partei auf eine Vereinbarung mit der AUVA stütze, sei sie als einzelner Sozialversicherungsträger nicht zum Abschluss einer derartigen Vereinbarung legitimiert, weil Paragraph 149, Absatz 4, ASVG dieses Recht dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger vorbehalte.

Es sei daher nur die Differenz zwischen der von der klagenden Partei geleisteten Pauschalzahlung von 163,13 EUR pro Behandlungstag zu der von der Zweitbeklagten geleisteten Zahlung von 160 EUR pro Behandlungstag, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungstage, somit 244,14 EUR zuzusprechen.

Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung unter Heranziehung von § 500a ZPO. Eine extensive Interpretation des § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG dahingehend, dass auch andere Sozialversicherungsträger als Krankenhausträger berechtigt seien, weitere Kosten der Heilbehandlung geltend zu machen, komme nicht in Betracht. Nach Lehre und Rechtsprechung sei die Höhe des kongruenten Schadenersatzanspruchs mit denjenigen Behandlungskosten zu bemessen, die dem Geschädigten „als Sozialversicherten“ entstanden seien. Auch nach der früheren Judikatur des Obersten Gerichtshofs sei die Legalzession hinsichtlich der Differenz zwischen den vereinbarten Pflegegebührensätzen und den von den Krankenhausträgern festgelegten (höheren) Pflegegebühren nicht in Betracht gekommen. Diese Judikatur habe der Oberste Gerichtshof im Hinblick auf die geänderte Rechtslage insoweit für überholt erachtet, als der jeweilige Landesgesundheitsfonds bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gemäß § 148 Z 8 ASVG als Versicherungsträger gelte und daher die sachliche Kongruenz der auf den Landesgesundheitsfonds entfallenden Anspruchsteile zu bejahen sei, weil Zahlungen nach § 148 Z 2 ASVG (somit auch die LKF-Gebührensätze) als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen seien. Diese Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung habe aber nur öffentliche Krankenanstalten nach § 148 ASVG betroffen und nur insoweit auch im Regressrecht ihren Niederschlag gefunden. Die Regelung erfasse dagegen nicht die in § 149 ASVG enthaltenen Krankenanstalten, wie die Unfallkrankenhäuser der AUVA, die auch früher nicht in die KRAZAF-Finanzierung einbezogen gewesen seien. Das Berufungsgericht bestätigte diese Entscheidung unter Heranziehung von Paragraph 500 a, ZPO. Eine extensive Interpretation des Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG dahingehend, dass auch andere Sozialversicherungsträger als Krankenhausträger berechtigt seien, weitere Kosten der Heilbehandlung geltend zu machen, komme nicht in Betracht. Nach Lehre und Rechtsprechung sei die Höhe des kongruenten Schadenersatzanspruchs mit denjenigen Behandlungskosten zu bemessen, die dem Geschädigten „als Sozialversicherten“ entstanden seien. Auch nach der früheren Judikatur des Obersten Gerichtshofs sei die Legalzession hinsichtlich der Differenz zwischen den vereinbarten Pflegegebührensätzen und den von den Krankenhausträgern festgelegten (höheren) Pflegegebühren nicht in Betracht gekommen. Diese Judikatur habe der Oberste Gerichtshof im Hinblick auf die geänderte Rechtslage insoweit für überholt erachtet, als der jeweilige Landesgesundheitsfonds bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gemäß Paragraph 148, Ziffer 8, ASVG als Versicherungsträger gelte und daher die sachliche Kongruenz der auf den Landesgesundheitsfonds entfallenden Anspruchsteile zu bejahen sei, weil Zahlungen nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG (somit auch die LKF-Gebührensätze) als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen seien. Diese Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung habe aber nur öffentliche Krankenanstalten nach Paragraph

148, ASVG betroffen und nur insoweit auch im Regressrecht ihren Niederschlag gefunden. Die Regelung erfasse dagegen nicht die in Paragraph 149, ASVG enthaltenen Krankenanstalten, wie die Unfallkrankenhäuser der AUVA, die auch früher nicht in die KRAZAF-Finanzierung einbezogen gewesen seien.

Die anlässlich der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung erfolgte Neufassung des § 332 Abs 1 Satz 2 und 3 ASVG beziehe sich nur auf öffentliche Krankenanstalten iSd § 148 ASVG. Es handle sich um eine *lex specialis*, die grundsätzlich keiner ausdehnenden Interpretation zugänglich sei. Überdies liege keine Regelungslücke vor, sondern habe der Gesetzgeber bewusst (zumindest) zwei Kategorien von Krankenanstalten eingerichtet und diese unterschiedlichen Regelungen unterworfen. Die anlässlich der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung erfolgte Neufassung des Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 und 3 ASVG beziehe sich nur auf öffentliche Krankenanstalten iSd Paragraph 148, ASVG. Es handle sich um eine *lex specialis*, die grundsätzlich keiner ausdehnenden Interpretation zugänglich sei. Überdies liege keine Regelungslücke vor, sondern habe der Gesetzgeber bewusst (zumindest) zwei Kategorien von Krankenanstalten eingerichtet und diese unterschiedlichen Regelungen unterworfen.

Dieses Ergebnis sei auch nicht gleichheitswidrig, weil es im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers stehe, unterschiedliche Kategorien von Krankenanstalten zu bilden und daran verschiedene Rechtsfolgen zu knüpfen.

Die ordentliche Revision wurde zugelassen, weil zur Frage des Übergangs von Anstaltspflegekosten gemäß § 332 Abs 1 ASVG nur höchstgerichtliche Judikatur zu Krankenanstalten nach § 148 ASVG, nicht aber solchen nach § 149 ASVG vorliege. Die ordentliche Revision wurde zugelassen, weil zur Frage des Übergangs von Anstaltspflegekosten gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG nur höchstgerichtliche Judikatur zu Krankenanstalten nach Paragraph 148, ASVG, nicht aber solchen nach Paragraph 149, ASVG vorliege.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der klagenden Partei mit dem Antrag, dem Klagebegehren (zur Gänze) stattzugeben. In eventu wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Beklagten beantragen, die Revision zurückzuweisen, in eventu, ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision der klagenden Partei ist aus den vom Berufungsgericht genannten Gründen zulässig, sie ist aber nicht berechtigt.

I. Revisionsvorbringen: römisch eins. Revisionsvorbringen:

Bei § 332 ASVG handle es sich um die zentrale Legalzessionsbestimmung im Rahmen des Sozialversicherungsrechts, die Qualifikation als *lex specialis* treffe nicht zu. Selbst bei einer solchen sei überdies eine analoge Anwendung nicht völlig ausgeschlossen. Bei Paragraph 332, ASVG handle es sich um die zentrale Legalzessionsbestimmung im Rahmen des Sozialversicherungsrechts, die Qualifikation als *lex specialis* treffe nicht zu. Selbst bei einer solchen sei überdies eine analoge Anwendung nicht völlig ausgeschlossen.

Mit der Novellierung des § 332 Abs 1 ASVG habe der Gesetzgeber eine Regelung geschaffen, mit der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger zum Regress der tatsächlichen Gesamtkosten einer stationären Anstaltspflege berechtigt worden seien. Dass der Gesetzgeber dabei eine bewusste Differenzierung zwischen Krankenanstalten nach § 148 ASVG und solchen nach § 149 ASVG vorgenommen hätte, sei unbegründet, stelle sich die Situation dieser Krankenanstalten doch insofern völlig ident dar, als die Direktzahlung der Sozialversicherungsträger die Summe der Kosten nicht bedecken würde und daher ein finanzieller Abgang entstehe, der vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu decken sei. In 2 Ob 95/11a sowie 2 Ob 94/11d sei zu Krankenanstalten iSd § 148 ASVG dargelegt worden, dass Kongruenz nach § 332 ASVG für jene Kosten vorliege, die der Geschädigte zu tragen hätte, hätte er eine Krankenanstalt ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen. Dem Gesetzgeber könne nicht unterstellt werden, dass er mit der Legalzession den rechtswidrigen und schuldhaft handelnden Schädiger entlasten wolle. Genau dieses Ergebnis würde aber die bekämpfte Entscheidung erzielen, müsse doch ein nicht sozialversicherter Geschädigter für die Heilbehandlung im Unfallkrankenhaus pro Behandlungstag 903 EUR leisten. Es sei daher § 332 Abs 1 ASVG ausdehnend dahin zu interpretieren, dass der Sozialversicherungsträger, so wie bei den nicht von ihm getragenen Beiträgen der Landesgesundheitsfonds, auch die Beiträge der AUVA für stationäre Krankenhausaufenthalte regressieren dürfe. Mit der Novellierung des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG habe der Gesetzgeber eine Regelung geschaffen, mit der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger zum Regress der tatsächlichen Gesamtkosten einer stationären Anstaltspflege berechtigt worden seien. Dass der Gesetzgeber dabei eine bewusste Differenzierung

zwischen Krankenanstalten nach Paragraph 148, ASVG und solchen nach Paragraph 149, ASVG vorgenommen hätte, sei unbegründet, stelle sich die Situation dieser Krankenanstalten doch insofern völlig ident dar, als die Direktzahlung der Sozialversicherungsträger die Summe der Kosten nicht bedecken würde und daher ein finanzieller Abgang entstehe, der vom Rechtsträger der Krankenanstalt zu decken sei. In 2 Ob 95/11a sowie 2 Ob 94/11d sei zu Krankenanstalten iSd Paragraph 148, ASVG dargelegt worden, dass Kongruenz nach Paragraph 332, ASVG für jene Kosten vorliege, die der Geschädigte zu tragen hätte, hätte er eine Krankenanstalt ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen. Dem Gesetzgeber könne nicht unterstellt werden, dass er mit der Legalzession den rechtswidrigen und schuldhaft handelnden Schädiger entlasten wolle. Genau dieses Ergebnis würde aber die bekämpfte Entscheidung erzielen, müsse doch ein nicht sozialversicherter Geschädigter für die Heilbehandlung im Unfallkrankenhaus pro Behandlungstag 903 EUR leisten. Es sei daher Paragraph 332, Absatz eins, ASVG ausdehnend dahin zu interpretieren, dass der Sozialversicherungsträger, so wie bei den nicht von ihm getragenen Beiträgen der Landesgesundheitsfonds, auch die Beiträge der AUVA für stationäre Krankenhausaufenthalte regressieren dürfe.

Die vom Berufungsgericht herangezogene Entscheidung des VfGHB 584/11 sei nicht einschlägig.

Bei der AUVA handle es sich nicht um einen privaten gewinnorientierten Rechtsträger, sondern um einen gesetzlich eingerichteten Sozialversicherungsträger, der im gesetzlichen Auftrag auch Sonderkrankenanstalten unterhalte und damit Teil der gesetzlich eingerichteten Kranken- und Unfallfürsorge sei. Deshalb sei es gleichheitswidrig, die AUVA einem auf Gewinn orientierten Rechtsträger einer privaten Krankenanstalt gleichzusetzen. Sollte der Oberste Gerichtshof zu einer anderen Auffassung gelangen, werde die Anfechtung des § 332 Abs 1 ASVG als verfassungswidrig angeregt. Bei der AUVA handle es sich nicht um einen privaten gewinnorientierten Rechtsträger, sondern um einen gesetzlich eingerichteten Sozialversicherungsträger, der im gesetzlichen Auftrag auch Sonderkrankenanstalten unterhalte und damit Teil der gesetzlich eingerichteten Kranken- und Unfallfürsorge sei. Deshalb sei es gleichheitswidrig, die AUVA einem auf Gewinn orientierten Rechtsträger einer privaten Krankenanstalt gleichzusetzen. Sollte der Oberste Gerichtshof zu einer anderen Auffassung gelangen, werde die Anfechtung des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG als verfassungswidrig angeregt.

II. Hierzu wurde erwogen: römisch zwei. Hierzu wurde erwogen:

II.1. Wie bereits die Vorinstanzen dargelegt haben, unterscheidet der Gesetzgeber des ASVG zwischen den Beziehungen zu Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden und in § 148 ASVG näher geregelt sind, und jenen zu anderen Krankenanstalten, die in § 149 ASVG geregelt sind. Letztere Bestimmung betrifft wiederum sowohl Krankenanstalten, mit denen der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht als auch eigene Krankenanstalten des Versicherungsträgers - so wie hier der AUVA. Gemäß § 149 Abs 4 ASVG sind für die von der AUVA eingerichteten Krankenanstalten die Höhe der Verpflegungskosten (und die Zahlungsbedingungen) durch einen Vertrag festzulegen, der für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der AUVA abzuschließen ist. römisch zwei. 1. Wie bereits die Vorinstanzen dargelegt haben, unterscheidet der Gesetzgeber des ASVG zwischen den Beziehungen zu Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden und in Paragraph 148, ASVG näher geregelt sind, und jenen zu anderen Krankenanstalten, die in Paragraph 149, ASVG geregelt sind. Letztere Bestimmung betrifft wiederum sowohl Krankenanstalten, mit denen der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht als auch eigene Krankenanstalten des Versicherungsträgers - so wie hier der AUVA. Gemäß Paragraph 149, Absatz 4, ASVG sind für die von der AUVA eingerichteten Krankenanstalten die Höhe der Verpflegungskosten (und die Zahlungsbedingungen) durch einen Vertrag festzulegen, der für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der AUVA abzuschließen ist.

Damit sind die einzelnen Sozialversicherungsträger, wie hier die klagende Partei, zum Abschluss derartiger Verträge mit der AUVA nicht berechtigt, sodass es, wie bereits die Vorinstanzen dargelegt haben, auf den hier auch zur Anspruchsgrundlage gemachten Vertrag über den Regress der klagenden Partei für die AUVA nicht ankommen kann.

II.2. Gemäß § 332 Abs 1 ASVG geht der Anspruch im Rahmen der Leistungspflicht auf den Versicherer über, wenn Personen, denen nach dem ASVG Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen können. Nach Satz 2 dieser Bestimmung umfasst der Anspruch auch die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden. römisch zwei. 2. Gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG geht

der Anspruch im Rahmen der Leistungspflicht auf den Versicherer über, wenn Personen, denen nach dem ASVG Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen können. Nach Satz 2 dieser Bestimmung umfasst der Anspruch auch die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden.

Erbringt der Versicherungsträger - wie im vorliegenden Fall - Leistungen durch Anstaltspflege, stellt sich die Frage der Bewertung dieser Leistungen beim Geldersatz im Regressweg.

II.3. In seinen über - von Landesgesundheits-

fonds finanzierten - Krankenanstalten iSd § 148 ASVG ergangenen Entscheidungen 2 Ob 95/11a und 2 Ob 94/11d hat der erkennende Senat ausgesprochen, dass für den dortigen Regress maßgeblich die LKF-Gebührenersätze sind, denen die von den Landesgesundheitsfonds im Einklang mit dem bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben ermittelten Euro-Werte pro LKF-Punkt zu Grunde liegen. In diesem Umfang besteht auch der Anspruch des Geschädigten auf die Sachleistung der Gewährung von Heilbehandlung und Pflege in einer Krankenanstalt gegenüber dem Sozialversicherungsträger. römisch zwei.3. In seinen über - von Landesgesundheits-, fonds finanzierten - Krankenanstalten iSd Paragraph 148, ASVG ergangenen Entscheidungen 2 Ob 95/11a und 2 Ob 94/11d hat der erkennende Senat ausgesprochen, dass für den dortigen Regress maßgeblich die LKF-Gebührenersätze sind, denen die von den Landesgesundheitsfonds im Einklang mit dem bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben ermittelten Euro-Werte pro LKF-Punkt zu Grunde liegen. In diesem Umfang besteht auch der Anspruch des Geschädigten auf die Sachleistung der Gewährung von Heilbehandlung und Pflege in einer Krankenanstalt gegenüber dem Sozialversicherungsträger.

Die zur früheren Finanzierung der Anstaltspflege bestehende Judikatur in 2 Ob 225/99y und 2 Ob 160/00v wurde insofern als durch die geänderte Rechtslage überholt angesehen.

II.4. Nach dieser früheren Rechtslage erfolgte die Abgeltung für die Unterbringung sozialversicherter Patienten in Krankenanstalten durch die Zahlung der durch die in den Verträgen zwischen den Trägern der Krankenanstalten und den Trägern der Sozialversicherung festgelegten „Pflegegebührensätze“. Insofern kam nach der Judikatur eine Legalzession der Differenz zwischen den „Pflegegebührensätzen“ und den von den Krankenanstalten festgelegten höheren Pflegegebühren iSd damaligen § 48 KAG nicht in Betracht (RIS-Justiz RS0112508). Es sei nicht einzusehen, weshalb bei einer Differenz zwischen der Pflegegebühr und den Pflegegebührensätzen der Träger der Krankenanstalt auf mehr Regress nehmen können sollte als die Versicherungsgemeinschaft (2 Ob 225/99y). römisch zwei.4. Nach dieser früheren Rechtslage erfolgte die Abgeltung für die Unterbringung sozialversicherter Patienten in Krankenanstalten durch die Zahlung der durch die in den Verträgen zwischen den Trägern der Krankenanstalten und den Trägern der Sozialversicherung festgelegten „Pflegegebührensätze“. Insofern kam nach der Judikatur eine Legalzession der Differenz zwischen den „Pflegegebührensätzen“ und den von den Krankenanstalten festgelegten höheren Pflegegebühren iSd damaligen Paragraph 48, KAG nicht in Betracht (RIS-Justiz RS0112508). Es sei nicht einzusehen, weshalb bei einer Differenz zwischen der Pflegegebühr und den Pflegegebührensätzen der Träger der Krankenanstalt auf mehr Regress nehmen können sollte als die Versicherungsgemeinschaft (2 Ob 225/99y).

II.5. Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung über die Landesgesundheitsfonds wurde aber lediglich für die Krankenanstalten nach § 148 ASVG, nicht aber jene nach § 149 ASVG, darunter auch die von den Trägern der Sozialversicherung selbst betriebenen Krankenanstalten, eingeführt (vgl 394 BlgNR 20. GP, 17 ff). Bei diesen blieb es daher insoweit bei der früheren Situation, wonach die Kosten der stationären Pflege nach Gebührensätzen pro Tag des Aufenthalts berechnet werden. Diese Tagespauschalsätze differieren insofern, als nach der vertraglichen Vereinbarung gemäß § 149 Abs 4 ASVG zwischen dem Hauptverband und der AUVA die Sozialversicherungsträger eine Tagessatzpauschale in Höhe von 163,13 EUR zu zahlen haben, wohingegen offenbar in Fällen der Behandlung nicht sozialversicherter Personen konkret für das UKH Linz ein am (behaupteten) tatsächlichen Aufwand orientierter Pflegegebührentagessatz von 903 EUR zur Verrechnung kommt. römisch zwei.5. Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung über die Landesgesundheitsfonds wurde aber lediglich für die Krankenanstalten nach Paragraph 148, ASVG, nicht aber jene nach Paragraph 149, ASVG, darunter auch die von den Trägern der Sozialversicherung selbst betriebenen Krankenanstalten, eingeführt vergleiche 394 BlgNR 20. GP, 17 ff). Bei diesen blieb es daher insoweit bei der früheren Situation, wonach die Kosten der stationären Pflege nach Gebührensätzen pro Tag des Aufenthalts berechnet werden. Diese Tagespauschalsätze differieren insofern, als nach

der vertraglichen Vereinbarung gemäß Paragraph 149, Absatz 4, ASVG zwischen dem Hauptverband und der AUVA die Sozialversicherungsträger eine Tagessatzpauschale in Höhe von 163,13 EUR zu zahlen haben, wohingegen offenbar in Fällen der Behandlung nicht sozialversicherter Personen konkret für das UKH Linz ein am (behaupteten) tatsächlichen Aufwand orientierter Pflegegebührentagessatz von 903 EUR zur Verrechnung kommt.

Damit hat sich aber für die nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten in Bezug auf die Verrechnung ihrer Leistungen und den Regress im Vergleich zu dem früher auch für die Krankenanstalten iSd § 148 ASVG bestehenden System nichts Relevantes geändert, sodass es auch bei der zu diesem System ergangenen früheren Judikatur des Obersten Gerichtshofs bleiben kann. Damit hat sich aber für die nicht über Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten in Bezug auf die Verrechnung ihrer Leistungen und den Regress im Vergleich zu dem früher auch für die Krankenanstalten iSd Paragraph 148, ASVG bestehenden System nichts Relevantes geändert, sodass es auch bei der zu diesem System ergangenen früheren Judikatur des Obersten Gerichtshofs bleiben kann.

II.6. Entgegenzutreten ist dem Vorbringen der Revisionswerberin, wonach in der Entscheidung 2 Ob 95/11a festgestellt worden sei, dass für die Kongruenz nach § 332 ASVG jene Kosten zu beachten seien, die der Geschädigte zu tragen hätte, hätte er eine Krankenanstalt ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen. römisch zwei. 6. Entgegenzutreten ist dem Vorbringen der Revisionswerberin, wonach in der Entscheidung 2 Ob 95/11a festgestellt worden sei, dass für die Kongruenz nach Paragraph 332, ASVG jene Kosten zu beachten seien, die der Geschädigte zu tragen hätte, hätte er eine Krankenanstalt ohne Sozialversicherung in Anspruch genommen.

In dieser Entscheidung wurde vielmehr ausdrücklich ausgeführt (Punkt 2.7), dass, wenn der Verletzte sozialversichert ist und die Voraussetzung für den Ersatz einer privaten Krankenbehandlung nicht gegeben sind, jene Behandlungskosten maßgeblich sind, die in diesem Zusammenhang vom Sozialversicherungsträger aufzuwenden sind. Die Höhe des kongruenten Schadenersatzes werde mit denjenigen Behandlungskosten bemessen, die dem Geschädigten „als Sozialversicherten“ entstanden sind.

Dies entspricht auch der Lehre, wonach die Höhe des kongruenten Deckungsfonds bei Sachleistungen mit den Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers und nicht mit den allenfalls höheren Kosten des Geschädigten bei privater Inanspruchnahme derselben Leistung veranschlagt wird (Atria in Sonntag, ASVG, § 332 ASVG Rz 40), und der bisherigen Judikatur (RIS-Justiz RS0030639). Dies entspricht auch der Lehre, wonach die Höhe des kongruenten Deckungsfonds bei Sachleistungen mit den Selbstkosten des Sozialversicherungsträgers und nicht mit den allenfalls höheren Kosten des Geschädigten bei privater Inanspruchnahme derselben Leistung veranschlagt wird (Atria in Sonntag, ASVG, Paragraph 332, ASVG Rz 40), und der bisherigen Judikatur (RIS-Justiz RS0030639).

II.7. Soweit die Revisionswerberin § 332 Abs 1 ASVG für gleichheitswidrig hält, ist ihr mit dem Berufungsgericht zu erwidern, dass es nach der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs B 184/03 (VfSlg 17.086/2003) im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers steht, für Finanzierungszwecke zwei Kategorien von Krankenanstalten - über Landesgesundheitsfonds finanzierte und solche, deren Rechtsträger keine Mittel vom Landesgesundheitsfonds in Anspruch nehmen können - zu bilden und daran verschiedene Folgen zu knüpfen (vgl auch VfGH B 1083/07). Dass der vom Berufungsgericht in diesem Zusammenhang ebenfalls zitierten Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs B 584/11 ein anderer Sachverhalt zu Grunde lag, ändert nichts an der grundsätzlichen Aussage des Verfassungsgerichtshofs. römisch zwei. 7. Soweit die Revisionswerberin Paragraph 332, Absatz eins, ASVG für gleichheitswidrig hält, ist ihr mit dem Berufungsgericht zu erwidern, dass es nach der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs B 184/03 (VfSlg 17.086 aus 2003,) im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers steht, für Finanzierungszwecke zwei Kategorien von Krankenanstalten - über Landesgesundheitsfonds finanzierte und solche, deren Rechtsträger keine Mittel vom Landesgesundheitsfonds in Anspruch nehmen können - zu bilden und daran verschiedene Folgen zu knüpfen vergleiche auch VfGH B 1083/07). Dass der vom Berufungsgericht in diesem Zusammenhang ebenfalls zitierten Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs B 584/11 ein anderer Sachverhalt zu Grunde lag, ändert nichts an der grundsätzlichen Aussage des Verfassungsgerichtshofs.

Der Anregung auf Anfechtung der Bestimmung des § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG war daher nicht zu folgen. Der Anregung auf Anfechtung der Bestimmung des Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG war daher nicht zu folgen.

II.6. Die von der Revisionswerberin geforderte analoge Anwendung des § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG würde einerseits - wie bereits die Vorinstanzen dargelegt haben - eine unbeabsichtigte Lücke im Gesetz voraussetzen, die im Hinblick auf die grundlegende und umfassende Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung nach § 148 bzw § 149 ASVG (vgl

394 BlgNR 20. GP, 17 ff) nicht angenommen werden kann.römisch zwei.6. Die von der Revisionswerberin geforderte analoge Anwendung des Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG würde einerseits - wie bereits die Vorinstanzen dargelegt haben - eine unbeabsichtigte Lücke im Gesetz voraussetzen, die im Hinblick auf die grundlegende und umfassende Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung nach Paragraph 148, bzw Paragraph 149, ASVG vergleiche 394 BlgNR 20. GP, 17 ff) nicht angenommen werden kann.

Im Übrigen scheitert die analoge Anwendung dieser Bestimmung auch daran, dass in ihr ausdrücklich der Anspruch der Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 ASVG in Rechnung gestellt werden, normiert ist. Solche Beträge werden einer Krankenanstalt nach § 149 ASVG aber nicht in Rechnung gestellt.Im Übrigen scheitert die analoge Anwendung dieser Bestimmung auch daran, dass in ihr ausdrücklich der Anspruch der Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG in Rechnung gestellt werden, normiert ist. Solche Beträge werden einer Krankenanstalt nach Paragraph 149, ASVG aber nicht in Rechnung gestellt.

Die von der klagenden Partei gewünschte Vorgangsweise würde die Einführung eines grundlegend neuen Vollkostenregresssystems auch für Krankenanstalten nach § 149 ASVG, orientiert am gesetzlich geregelten für Krankenanstalten nach § 148 ASVG, erfordern. Dies ginge aber über eine „Analogie“ weit hinaus und ist dem Gesetzgeber vorbehalten.Die von der klagenden Partei gewünschte Vorgangsweise würde die Einführung eines grundlegend neuen Vollkostenregresssystems auch für Krankenanstalten nach Paragraph 149, ASVG, orientiert am gesetzlich geregelten für Krankenanstalten nach Paragraph 148, ASVG, erfordern. Dies ginge aber über eine „Analogie“ weit hinaus und ist dem Gesetzgeber vorbehalten.

II.7. Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 41 Abs 1, § 50 Abs 1 ZPO.römisch zwei.7. Die Kostenentscheidung gründet sich auf Paragraph 41, Absatz eins,, Paragraph 50, Absatz eins, ZPO.

Textnummer

E107859

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2014:0020OB00192.13V.0522.000

Im RIS seit

16.07.2014

Zuletzt aktualisiert am

08.06.2015

Quelle: Oberster Gerichtshof (und OLG, LG, BG) OGH, <http://www.ogh.gv.at>

© 2026 JUSLINE

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

www.jusline.at