

TE OGH 2012/4/24 20b95/11a

JUSLINE Entscheidung

🕒 Veröffentlicht am 24.04.2012

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 Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz, vertreten durch Mag. Hans Teuchtmann, Rechtsanwalt in Linz, gegen die beklagten Parteien 1. U***** AG, *****, und 2. E***** L*****, beide vertreten durch Dr. Andreas Grundei, Rechtsanwalt in Wien, wegen 37.171,93 EUR sA, über die Revision der beklagten Parteien gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Linz als Berufungsgericht vom 30. März 2011, GZ 2 R 44/11w-27, womit infolge Berufung der beklagten Parteien das Urteil des Landesgerichts Ried im Innkreis vom 8. Jänner 2011, GZ 1 Cg 23/10w-22, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Die beklagten Parteien sind zur ungeteilten Hand schuldig, der klagenden Partei die mit 1.440,83 EUR (darin 240,14 EUR USt) bestimmten Kosten des Revisionsverfahrens binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Am 17. 4. 2007 verschuldete der Zweitbeklagte als Lenker eines bei der erstbeklagten Partei haftpflichtversicherten Pkws einen Verkehrsunfall, bei dem der bei der klagenden Partei krankenversicherte B***** H***** schwer verletzt wurde. Bis 3. 5. 2007 wurde der Verletzte in der Landesnervenklinik Salzburg - Christian-Doppler-Klinik und daran anschließend bis 20. 6. 2007 sowie neuerlich vom 15. 8. bis 27. 8. 2007 im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried stationär behandelt, ehe er am 27. 8. 2007 an den Unfallsfolgen verstarb.

Die klagende Partei beehrte von den beklagten Parteien zuletzt 37.171,93 EUR sA und brachte vor, zur Geltendmachung der gemäß § 332 Abs 1 ASVG auf sie übergegangenen Heilungskosten berechtigt zu sein. Von ihrem Regressanspruch seien auch die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die diesen nach § 148 Z 2 ASVG von den Krankenanstalten in Rechnung gestellt worden seien, umfasst. Dabei handle es sich um die Kosten der Krankenhausaufenthalte des Unfallopfers in Höhe von 36.557,82 EUR (Christian-Doppler-Klinik) sowie 33.677,28 EUR und 5.780,88 EUR (jeweils Krankenhaus Ried). Nach einer Teilzahlung der erstbeklagten Partei hafte die unter Berücksichtigung des zwischen den österreichischen Krankenversicherungsträgern und den Versicherungsunternehmen Österreichs bestehenden Teilungsabkommens berechnete Klagsforderung unberichtigt aus. Die klagende Partei beehrte von den beklagten Parteien zuletzt 37.171,93 EUR sA und brachte vor, zur Geltendmachung der gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG auf sie übergegangenen Heilungskosten berechtigt zu sein. Von ihrem Regressanspruch seien auch die Aufwendungen der Landesgesundheitsfonds, die diesen nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG von den Krankenanstalten in Rechnung gestellt worden seien, umfasst. Dabei handle es

sich um die Kosten der Krankenhausaufenthalte des Unfallopfers in Höhe von 36.557,82 EUR (Christian-Doppler-Klinik) sowie 33.677,28 EUR und 5.780,88 EUR (jeweils Krankenhaus Ried). Nach einer Teilzahlung der erstbeklagten Partei hatte die unter Berücksichtigung des zwischen den österreichischen Krankenversicherungsträgern und den Versicherungsunternehmen Österreichs bestehenden Teilungsabkommens berechnete Klagsforderung unberichtigt aus.

Die beklagten Parteien wandten ein, dass eine leistungsbezogene Abrechnung nach dem LKF-Punktesystem lediglich 0,64 EUR pro LKF-Punkt ergeben würde. In dem der Ersatzforderung zu Grunde gelegten Punktwert sei auch die Abgeltung des Betriebsabgangs des jeweiligen Krankenhauses enthalten. Insoweit fehle es an der sachlichen Kongruenz. Bei richtiger Berechnung beliefen sich die Kosten der Krankenhausaufenthalte lediglich auf 18.569,05 EUR (Christian-Doppler-Klinik) sowie 17.105,92 EUR und 2.936,32 EUR (Krankenhaus Ried). Im Übrigen hätten die Sozialversicherungsträger überhaupt keinen der individuellen Behandlungsleistung zurechenbaren Aufwand zu tragen, weil sie gemäß § 447f Abs 1 ASVG nur zur Leistung jährlicher Pauschalbeiträge an den Landesgesundheitsfonds verpflichtet seien. Durch diese Leistungen seien alle der in § 148 ASVG genannten Leistungen der Krankenanstalten abgegolten. Mit dieser Regelung habe der Gesetzgeber das Risiko eines den Pauschalbeitrag übersteigenden Behandlungsaufwands auf die Länder übertragen wollen. Diese Risikoaufteilung müsse auch für den Regressweg Geltung besitzen. Ein Regress durch den Sozialversicherungsträger sei daher nicht möglich. Die beklagten Parteien wandten ein, dass eine leistungsbezogene Abrechnung nach dem LKF-Punktesystem lediglich 0,64 EUR pro LKF-Punkt ergeben würde. In dem der Ersatzforderung zu Grunde gelegten Punktwert sei auch die Abgeltung des Betriebsabgangs des jeweiligen Krankenhauses enthalten. Insoweit fehle es an der sachlichen Kongruenz. Bei richtiger Berechnung beliefen sich die Kosten der Krankenhausaufenthalte lediglich auf 18.569,05 EUR (Christian-Doppler-Klinik) sowie 17.105,92 EUR und 2.936,32 EUR (Krankenhaus Ried). Im Übrigen hätten die Sozialversicherungsträger überhaupt keinen der individuellen Behandlungsleistung zurechenbaren Aufwand zu tragen, weil sie gemäß Paragraph 447 f, Absatz eins, ASVG nur zur Leistung jährlicher Pauschalbeiträge an den Landesgesundheitsfonds verpflichtet seien. Durch diese Leistungen seien alle der in Paragraph 148, ASVG genannten Leistungen der Krankenanstalten abgegolten. Mit dieser Regelung habe der Gesetzgeber das Risiko eines den Pauschalbeitrag übersteigenden Behandlungsaufwands auf die Länder übertragen wollen. Diese Risikoaufteilung müsse auch für den Regressweg Geltung besitzen. Ein Regress durch den Sozialversicherungsträger sei daher nicht möglich.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt, wobei es der klagenden Partei - eine Einschränkung des Klagebegehrens übersehend - 40.671,93 EUR sA zuerkannte.

Es traf (ua) folgende Feststellungen:

Die Finanzierung der Krankenanstalten in Österreich erfolgt über verschiedene Töpfe. Zum einen zahlen sämtliche Sozialversicherungsträger Pauschalbeiträge in den Ausgleichsfonds beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemäß den Bestimmungen des § 447f ASVG ein. Der Ausgleichsfonds teilt diese Gelder wieder nach den gesetzlich vorgegebenen Prozentsätzen auf die einzelnen Bundesländer bzw deren Landesgesundheitsfonds auf. Es kommt dabei von Seiten der Krankenversicherungsträger zu monatlichen Überweisungen an den Hauptverband. Daneben finden auch quartalsmäßig Überweisungen statt. Darüber hinaus schießen auch die Gebietskörperschaften wie Bund, Länder und Gemeinden finanzielle Mittel den Krankenanstalten zu. Zusätzliche Einnahmen entstehen durch Beiträge von ausländischen Versicherten sowie Regressforderungen. Die Finanzierung der Krankenanstalten in Österreich erfolgt über verschiedene Töpfe. Zum einen zahlen sämtliche Sozialversicherungsträger Pauschalbeiträge in den Ausgleichsfonds beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger gemäß den Bestimmungen des Paragraph 447 f, ASVG ein. Der Ausgleichsfonds teilt diese Gelder wieder nach den gesetzlich vorgegebenen Prozentsätzen auf die einzelnen Bundesländer bzw deren Landesgesundheitsfonds auf. Es kommt dabei von Seiten der Krankenversicherungsträger zu monatlichen Überweisungen an den Hauptverband. Daneben finden auch quartalsmäßig Überweisungen statt. Darüber hinaus schießen auch die Gebietskörperschaften wie Bund, Länder und Gemeinden finanzielle Mittel den Krankenanstalten zu. Zusätzliche Einnahmen entstehen durch Beiträge von ausländischen Versicherten sowie Regressforderungen.

Bei Landeskrankenanstalten bzw anderen Krankenhäusern auftretende Abgänge werden zu 100 % von Bund, Ländern und Gemeinden abgedeckt. Grundsätzlich werden die Krankenhausrechnungen von den sogenannten Landesgesundheitsfonds beglichen. Dabei handelt es sich um Fonds mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit. Die Abrechnung der in einzelnen Krankenanstalten erbrachten Heilaufwendungen erfolgt über die sogenannte

leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), wobei diese nicht anhand von Spitalstagen, sondern anhand der dort tatsächlich erbrachten Leistungen ermittelt werden. Für alle Leistungen besteht ein österreichweit einheitlicher fallpauschaler Katalog. Die verschiedenen Leistungen sind mit entsprechenden Punktezahlen bedacht. Für Österreich bestehen keine einheitlichen Werte pro Punkt, da diese von den jeweils bereitgestellten finanziellen Mittel je Bundesland abhängig sind. Werden Mittel durch die Punkte dividiert, gelangt man zu den sogenannten Abrechnungswerten. Im Jahr 2007 betrug dieser Abrechnungswert in Oberösterreich 1,26 EUR. In diesem Wert sind alle Leistungen zusammengefasst, die aus den oben beschriebenen Töpfen für die Krankenhäuser aufgebracht wurden.

Der jährliche Punktwert wird einmalig am Jahresanfang errechnet. Dies erfolgt nach gesetzlichen Vorgaben. Letztlich wird ein Wert errechnet, der zur Kostendeckung führt. Der Landesfonds besitzt die Aufgabe, gemeinsam mit dem Land Oberösterreich und den Gemeinden den gesamten in den Krankenhäusern anfallenden Aufwand zu ersetzen. Darin sind sämtliche laufende Kosten und auch die Ersatzanschaffungen enthalten. Nicht enthalten sind jedoch die Investitionskosten bezüglich sogenannter Neuerrichtungen. Die klagende Partei hat dabei keinen Einfluss auf den zu bestimmenden LKF-Wert. Dieser wird vom Gesundheitsfonds vorgegeben. Dies betrifft auch Regressfälle gegenüber dritten Schädigern. Bei ausländischen und inländischen Sozialversicherten werden die gleichen Abrechnungssätze verwendet, wenn es zu Regressen gegenüber dritten Schädigern oder deren Versicherern kommt.

Zwischen den Landesgesundheitsfonds und den Krankenanstalten besteht ein interner Abrechnungswert. Offiziell hat dieser Wert jedoch keine Bedeutung. Dabei handelt es sich um jenen Wert, der sich allein aufgrund der Sozialversicherungsleistungen ergeben würde. Die Leistungen aus den Sozialversicherungstöpfen können die Kosten für die Spitalerhaltung jedoch nicht abdecken. Der sich daraus ergebende Abgang muss von Ländern und Gemeinden ausgeglichen werden. In Oberösterreich betrug der interne Abrechnungswert im Jahr 2007 0,59 EUR.

Im gegenständlichen Fall erhielten der Salzburger Landesfonds und der Oberösterreichische Gesundheitsfonds von den jeweiligen Krankenhäusern die Behandlungsunterlagen und die dazugehörige Beschreibung der für das Unfallopfer erbrachten Leistungen. Da der Patient fahrlässig verletzt wurde, bestand für die klagende Partei die Möglichkeit, im Wege einer Regressforderung die Kosten der Krankenhausaufenthalte einzufordern. Sie erhielt die entsprechenden Kosten durch den Salzburger und den Oberösterreichischen Fonds mitgeteilt. Für Oberösterreich betrug der Punktwert im Jahr 2007 1,26 EUR, für Salzburg betrug der Wert 1,17 EUR. Es wurde dann bereits vom Oberösterreichischen und vom Salzburger Fonds der jeweilige Betrag auf Basis von den dort geltenden Werten und auf Basis der verzeichneten Punkte bekanntgegeben. Die klagende Partei teilte diese Beträge der erstbeklagten Partei mit, wobei es sich nicht nur um die Kosten für die Krankenhausaufenthalte, sondern auch für die verschiedenen - außer Streit stehenden - Heilmittelkosten und dergleichen handelte. Die klagende Partei machte dabei die Gesamtkosten der Aufenthalte des Unfallopfers gegenüber dem Schädiger geltend. Die Gesamtkosten beinhalten im Endergebnis auch jenen Teil, der - auf die einzelnen Leistungen umgerechnet -

von Land und Gemeinden getragen wird. Dieser Teil muss von der klagenden Partei wieder an den jeweiligen Gesundheitsfonds abgetreten werden, wobei sich die klagende Partei nur einen geringen Verwaltungskostenbeitrag einbehalten darf. Zusätzlich muss auch das sogenannte Beihilfenäquivalent abgeführt werden. Daraus ergibt sich rechnerisch, dass die klagende Partei im Jahr 2007 letztlich einen Wert von 0,64 EUR pro Punkt für die Krankenhauskosten dem Landesgesundheitsfonds zu ersetzen hat. Ihr selbst verbleibt daher pro LKF-Punkt ein Betrag von 0,62 EUR. Im gegenständlichen Fall erhielten der Salzburger Landesfonds und der Oberösterreichische Gesundheitsfonds von den jeweiligen Krankenhäusern die Behandlungsunterlagen und die dazugehörige Beschreibung der für das Unfallopfer erbrachten Leistungen. Da der Patient fahrlässig verletzt wurde, bestand für die klagende Partei die Möglichkeit, im Wege einer Regressforderung die Kosten der Krankenhausaufenthalte einzufordern. Sie erhielt die entsprechenden Kosten durch den Salzburger und den Oberösterreichischen Fonds mitgeteilt. Für Oberösterreich betrug der Punktwert im Jahr 2007 1,26 EUR, für Salzburg betrug der Wert 1,17 EUR. Es wurde dann bereits vom Oberösterreichischen und vom Salzburger Fonds der jeweilige Betrag auf Basis von den dort geltenden Werten und auf Basis der verzeichneten Punkte bekanntgegeben. Die klagende Partei teilte diese Beträge der erstbeklagten Partei mit, wobei es sich nicht nur um die Kosten für die Krankenhausaufenthalte, sondern auch für die verschiedenen - außer Streit stehenden - Heilmittelkosten und dergleichen handelte. Die klagende Partei machte dabei die Gesamtkosten der Aufenthalte des Unfallopfers gegenüber dem Schädiger geltend. Die Gesamtkosten beinhalten im Endergebnis auch jenen Teil, der - auf die einzelnen Leistungen umgerechnet -, von Land und

Gemeinden getragen wird. Dieser Teil muss von der klagenden Partei wieder an den jeweiligen Gesundheitsfonds abgetreten werden, wobei sich die klagende Partei nur einen geringen Verwaltungskostenbeitrag einbehalten darf. Zusätzlich muss auch das sogenannte Beihilfenäquivalent abgeführt werden. Daraus ergibt sich rechnerisch, dass die klagende Partei im Jahr 2007 letztlich einen Wert von 0,64 EUR pro Punkt für die Krankenhauskosten dem Landesgesundheitsfonds zu ersetzen hat. Ihr selbst verbleibt daher pro LKF-Punkt ein Betrag von 0,62 EUR.

In rechtlicher Hinsicht erörterte das Erstgericht, die im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung errechneten Aufwendungen für die Behandlung des verletzten Patienten gehörten zu den Kosten, die der Krankenversicherungsträger nach § 332 ASVG im Regressweg ersetzt verlangen könne. Gemäß Abs 1 Satz 2 dieser Bestimmung sei der gesamte von den Landesgesundheitsfonds Salzburg und Oberösterreich an die Krankenanstalten erstattete Betrag auf die klagende Partei übergegangen. Diese habe den auf die Landesgesundheitsfonds entfallenden Teil der Einnahmen aus dem Regress - vermindert um den anteiligen Ersatz der Verwaltungskosten für die Geltendmachung - an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die sachliche Kongruenz sei insofern zu bejahen, als die Zahlungen nach § 148 Z 2 ASVG als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen seien. In rechtlicher Hinsicht erörterte das Erstgericht, die im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung errechneten Aufwendungen für die Behandlung des verletzten Patienten gehörten zu den Kosten, die der Krankenversicherungsträger nach Paragraph 332, ASVG im Regressweg ersetzt verlangen könne. Gemäß Absatz eins, Satz 2 dieser Bestimmung sei der gesamte von den Landesgesundheitsfonds Salzburg und Oberösterreich an die Krankenanstalten erstattete Betrag auf die klagende Partei übergegangen. Diese habe den auf die Landesgesundheitsfonds entfallenden Teil der Einnahmen aus dem Regress - vermindert um den anteiligen Ersatz der Verwaltungskosten für die Geltendmachung - an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die sachliche Kongruenz sei insofern zu bejahen, als die Zahlungen nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen seien.

Das Berufungsgericht hob das angefochtene Urteil im Umfang eines Zuspruchs von 3.500 EUR sA ersatzlos auf und bestätigte im Übrigen die Entscheidung des Erstgerichts. Den auf Einleitung eines Gesetzesprüfungsverfahrens vor dem Verfassungsgerichtshof gerichteten Antrag der beklagten Parteien wies es zurück. Es sprach ferner aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei.

Das Berufungsgericht führte aus, der LKF-Gebührenersatz stelle eine Art verfeinerte Pauschalierung dar, die sich an den konkreten, für den sozialversicherten Verletzten erbrachten Leistungen orientiere. Die Ansicht der beklagten Parteien, in diesen Gebührenersatz dürfe ein Betriebsabgang der Krankenanstalt nicht eingerechnet werden, sei nicht nachvollziehbar. Die Verpflichtung der Länder, für ihre Landesbürger die öffentliche Anstaltspflege sicherzustellen und für den Betriebsabgang der Fondskrankenanstalten aufzukommen, diene nicht der Entlastung des Schädigers und dessen Haftpflichtversicherers.

Aus den zur Rechtslage vor Inkrafttreten der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung ergangenen Entscheidungen 2 Ob 225/99y und 2 Ob 160/00v sei für den Standpunkt der beklagten Parteien nichts zu gewinnen. Beiden Entscheidungen sei die hier nicht zu beurteilende Frage zu Grunde gelegen, ob ein Krankenanstaltenträger zur Geltendmachung der Differenz zwischen den für die Unterbringung sozialversicherter Personen in Krankenanstalten von den Sozialversicherungsträgern zu leistenden Pflegegebührenersätzen und den von den Krankenanstalten festgelegten höheren Pflegegebühren berechtigt sei. Hingegen folge aus der Entscheidung 2 Ob 231/99f, dass die Legalzession des § 332 Abs 1 ASVG die sich aus der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG, mit der die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt worden sei, ergebenden und nach den tatsächlich erbrachten Leistungen berechneten Beträge umfasse. Aus den zur Rechtslage vor Inkrafttreten der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung ergangenen Entscheidungen 2 Ob 225/99y und 2 Ob 160/00v sei für den Standpunkt der beklagten Parteien nichts zu gewinnen. Beiden Entscheidungen sei die hier nicht zu beurteilende Frage zu Grunde gelegen, ob ein Krankenanstaltenträger zur Geltendmachung der Differenz zwischen den für die Unterbringung sozialversicherter Personen in Krankenanstalten von den Sozialversicherungsträgern zu leistenden Pflegegebührenersätzen und den von den Krankenanstalten festgelegten höheren Pflegegebühren berechtigt sei. Hingegen folge aus der Entscheidung 2 Ob 231/99f, dass die Legalzession des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG die sich aus der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG, mit der die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt worden sei, ergebenden und nach den tatsächlich erbrachten Leistungen berechneten Beträge umfasse.

Richtig sei, dass der Regressanspruch nach § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG jene Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds

zum Gegenstand habe, die von der Krankenanstalt nach § 148 Z 2 ASVG „in Rechnung gestellt werden“. Dabei gehe es um jene Zahlungen, die den Krankenanstalten gemäß § 27b KAKuG zu entrichten seien. Nach Abs 2 dieser Bestimmung sei nach leistungsorientiert ermittelten LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Wenn nun, wie vom Erstgericht unbekämpft festgestellt, der Eurowert eines LKF-Punkts für das Jahr 2007 mit 1,26 EUR (bzw 1,17 EUR) festgelegt worden sei, so müsse zur Ermittlung der Gebührenersätze auch mit diesem Eurowert abgerechnet werden. Die Wendung „in Rechnung gestellt“ sei in diesem Sinne auszulegen. Richtig sei, dass der Regressanspruch nach Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG jene Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds zum Gegenstand habe, die von der Krankenanstalt nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG „in Rechnung gestellt werden“. Dabei gehe es um jene Zahlungen, die den Krankenanstalten gemäß Paragraph 27 b, KAKuG zu entrichten seien. Nach Absatz 2, dieser Bestimmung sei nach leistungsorientiert ermittelten LKF-Gebührenersätzen abzurechnen. Wenn nun, wie vom Erstgericht unbekämpft festgestellt, der Eurowert eines LKF-Punkts für das Jahr 2007 mit 1,26 EUR (bzw 1,17 EUR) festgelegt worden sei, so müsse zur Ermittlung der Gebührenersätze auch mit diesem Eurowert abgerechnet werden. Die Wendung „in Rechnung gestellt“ sei in diesem Sinne auszulegen.

Der von den Gebietskörperschaften abzudeckende Betriebsabgang der Krankenanstalten sei jener Betrag, der nach Abzug der Zahlungen des Landesgesundheitsfonds von den durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres nicht gedeckten Betriebs- und Erhaltungsausgaben verbleibe, wie dies für Oberösterreich in § 75 Abs 3 Oö Krankenanstaltengesetz (Oö-KAG) 1997 ausdrücklich festgehalten sei. Von den Gebietskörperschaften seien demnach nur jene Fehlbeträge abzudecken, die sich (ua) unter Berücksichtigung von Regressforderungen wie der hier gegenständlichen ergeben würden. Der von den beklagten Parteien gezogene Schluss, die Abrechnung zwischen Fondskrankenanstalt und Landesgesundheitsfonds könne nur auf reiner Selbstkostenbasis erfolgen, sei somit verfehlt. Der von den Gebietskörperschaften abzudeckende Betriebsabgang der Krankenanstalten sei jener Betrag, der nach Abzug der Zahlungen des Landesgesundheitsfonds von den durch die Einnahmen desselben Kalenderjahres nicht gedeckten Betriebs- und Erhaltungsausgaben verbleibe, wie dies für Oberösterreich in Paragraph 75, Absatz 3, Oö Krankenanstaltengesetz (Oö-KAG) 1997 ausdrücklich festgehalten sei. Von den Gebietskörperschaften seien demnach nur jene Fehlbeträge abzudecken, die sich (ua) unter Berücksichtigung von Regressforderungen wie der hier gegenständlichen ergeben würden. Der von den beklagten Parteien gezogene Schluss, die Abrechnung zwischen Fondskrankenanstalt und Landesgesundheitsfonds könne nur auf reiner Selbstkostenbasis erfolgen, sei somit verfehlt.

Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz oder eine Verletzung des Sachlichkeitsgebots sei nicht zu erkennen. Es würde dem Sachlichkeitsgebot geradezu widersprechen, wenn infrastrukturelle Kosten für die Bereitstellung des Personals, von Gebäuden, medizinischen Gerätschaften und dergleichen nicht genauso in die Behandlungskosten eingerechnet werden würden, wie dies auch bei einer privaten Krankenbehandlung der Fall wäre. Es sei nicht einsichtig, dass für derartige Aufwendungen ausschließlich die Gebietskörperschaften und damit die Steuerzahler, nicht aber - im Falle eines Drittverschuldens -

der Schädiger aufzukommen hätte. Da den Parteien ein Antragsrecht auf Einleitung eines Normenprüfungsverfahrens nicht zukomme, sei der Antrag der beklagten Parteien auf Befassung des Verfassungsgerichtshofs zurückzuweisen. Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz oder eine Verletzung des Sachlichkeitsgebots sei nicht zu erkennen. Es würde dem Sachlichkeitsgebot geradezu widersprechen, wenn infrastrukturelle Kosten für die Bereitstellung des Personals, von Gebäuden, medizinischen Gerätschaften und dergleichen nicht genauso in die Behandlungskosten eingerechnet werden würden, wie dies auch bei einer privaten Krankenbehandlung der Fall wäre. Es sei nicht einsichtig, dass für derartige Aufwendungen ausschließlich die Gebietskörperschaften und damit die Steuerzahler, nicht aber - im Falle eines Drittverschuldens -, der Schädiger aufzukommen hätte. Da den Parteien ein Antragsrecht auf Einleitung eines Normenprüfungsverfahrens nicht zukomme, sei der Antrag der beklagten Parteien auf Befassung des Verfassungsgerichtshofs zurückzuweisen.

Die ordentliche Revision sei zulässig, weil die Rechtsfrage, ob der Regressforderung des Sozialversicherungsträgers nach § 332 Abs 1 ASVG ungeachtet eines allfällig geringeren internen Verrechnungswerts zwischen Fondskrankenanstalt und Landesgesundheitsfonds der von letzteren festgelegte Eurowert je LKF-Punkt zu Grunde zu legen sei, über den gegenständlichen Rechtsstreit hinaus von grundsätzlicher Bedeutung sei. Zudem seien zwischen denselben Versicherungsanstalten auch noch weitere Verfahren anhängig, die diese Rechtsfrage zum Gegenstand hätten. Die ordentliche Revision sei zulässig, weil die Rechtsfrage, ob der Regressforderung des Sozialversicherungsträgers nach Paragraph 332, Absatz eins, ASVG ungeachtet eines allfällig geringeren internen

Verrechnungswerts zwischen Fondskrankenanstalt und Landesgesundheitsfonds der von letzteren festgelegte Eurowert je LKF-Punkt zu Grunde zu legen sei, über den gegenständlichen Rechtsstreit hinaus von grundsätzlicher Bedeutung sei. Zudem seien zwischen denselben Versicherungsanstalten auch noch weitere Verfahren anhängig, die diese Rechtsfrage zum Gegenstand hätten.

Gegen dieses Berufungsurteil richtet sich die Revision der beklagten Parteien wegen unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag, die angefochtene Entscheidung im Sinne der Abweisung des Klagebegehrens abzuändern. Hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die klagende Partei beantragt, das Rechtsmittel als unzulässig zurückzuweisen, in eventu ihm nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig; sie ist aber nicht berechtigt.

Die beklagten Parteien machen geltend, aufgrund der Verpflichtung der Krankenversicherungsträger zur Leistung von Pauschalbeiträgen an den Landesgesundheitsfonds komme es zu keiner Einzelabrechnung zwischen dem Krankenhaus und den Krankenversicherungsträgern bzw zwischen diesen und den Landesgesundheitsfonds. Demnach existiere auch kein dem einzelnen Behandlungsfall zurechenbarer Aufwand des Krankenversicherungsträgers. Im sogenannten LKF-System bestehe das Prinzip der dualen Finanzierung der Krankenanstalten. Diese erfolge einerseits über Sozialversicherungsbeiträge, andererseits über die Gebietskörperschaften zur Abdeckung des Betriebsabgangs. Es entspreche der ständigen Judikatur des Obersten Gerichtshofs, dass die vom Sozialversicherungsträger erbrachten Sachleistungen nur unter Zugrundelegung der Selbstkosten nach § 332 ASVG regressfähig seien. Diese Kosten seien aufgrund des Pauschalierungssystems aber eben nicht feststellbar. Infolge der Bestimmung des § 148 Z 3 ASVG bestehe kein Anspruch des Krankenhausträgers, der auf den Krankenversicherungsträger übergehen könnte, für den Regress verbleibe daher kein Raum; es fehle an einem (sachlich) kongruenten Aufwand des Sozialversicherungsträgers. Die beklagten Parteien machen geltend, aufgrund der Verpflichtung der Krankenversicherungsträger zur Leistung von Pauschalbeiträgen an den Landesgesundheitsfonds komme es zu keiner Einzelabrechnung zwischen dem Krankenhaus und den Krankenversicherungsträgern bzw zwischen diesen und den Landesgesundheitsfonds. Demnach existiere auch kein dem einzelnen Behandlungsfall zurechenbarer Aufwand des Krankenversicherungsträgers. Im sogenannten LKF-System bestehe das Prinzip der dualen Finanzierung der Krankenanstalten. Diese erfolge einerseits über Sozialversicherungsbeiträge, andererseits über die Gebietskörperschaften zur Abdeckung des Betriebsabgangs. Es entspreche der ständigen Judikatur des Obersten Gerichtshofs, dass die vom Sozialversicherungsträger erbrachten Sachleistungen nur unter Zugrundelegung der Selbstkosten nach Paragraph 332, ASVG regressfähig seien. Diese Kosten seien aufgrund des Pauschalierungssystems aber eben nicht feststellbar. Infolge der Bestimmung des Paragraph 148, Ziffer 3, ASVG bestehe kein Anspruch des Krankenhausträgers, der auf den Krankenversicherungsträger übergehen könnte, für den Regress verbleibe daher kein Raum; es fehle an einem (sachlich) kongruenten Aufwand des Sozialversicherungsträgers.

Wäre dennoch von einem Regressanspruch auszugehen, liege es nahe, den für den internen Ausgleich zwischen Sozialversicherungsträgern und dem Landesgesundheitsfonds vorgesehenen Betrag von 0,59 EUR pro LKF-Punkt heranzuziehen. Es sei ja mehrfach ausdrücklich normiert, dass mit der Bezahlung des Pauschalbeitrags der Sozialversicherungsträger sämtliche Leistungen der Krankenanstalt für die Behandlung des sozialversicherten Patienten abgegolten seien. Ein weitergehender Regress nach § 332 Abs 1 Satz 2 ASVG werde durch diesen Grundsatz verdrängt. Wäre dennoch von einem Regressanspruch auszugehen, liege es nahe, den für den internen Ausgleich zwischen Sozialversicherungsträgern und dem Landesgesundheitsfonds vorgesehenen Betrag von 0,59 EUR pro LKF-Punkt heranzuziehen. Es sei ja mehrfach ausdrücklich normiert, dass mit der Bezahlung des Pauschalbeitrags der Sozialversicherungsträger sämtliche Leistungen der Krankenanstalt für die Behandlung des sozialversicherten Patienten abgegolten seien. Ein weitergehender Regress nach Paragraph 332, Absatz eins, Satz 2 ASVG werde durch diesen Grundsatz verdrängt.

Im Übrigen umfasse dieser Regress nur jene Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 ASVG von der Krankenanstalt „in Rechnung gestellt werden“. Gemeint seien Zahlungen, die den Krankenanstalten nach § 27b KAKuG gebühren würden, also solche Leistungen, die nach LKF-System gegenüber den Landesgesundheitsfonds abzurechnen seien. Diese wären nach den Feststellungen des Erstgerichts mit 0,59 EUR pro LKF-Punkt zu bewerten. Zu

einem identen Ergebnis gelange man bei Anwendung der einschlägigen Bestimmungen des Oö-KAG. Die Höhe des Eurowerts der LKF-Gebührenersätze gemäß § 60 Abs 2 Oö-KAG sei auf Selbstkostenbasis ohne Berücksichtigung des Betriebsabgangs zu bestimmen. Im Übrigen umfasse dieser Regress nur jene Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG von der Krankenanstalt „in Rechnung gestellt werden“. Gemeint seien Zahlungen, die den Krankenanstalten nach Paragraph 27 b, KAKuG gebühren würden, also solche Leistungen, die nach LKF-System gegenüber den Landesgesundheitsfonds abzurechnen seien. Diese wären nach den Feststellungen des Erstgerichts mit 0,59 EUR pro LKF-Punkt zu bewerten. Zu einem identen Ergebnis gelange man bei Anwendung der einschlägigen Bestimmungen des Oö-KAG. Die Höhe des Eurowerts der LKF-Gebührenersätze gemäß Paragraph 60, Absatz 2, Oö-KAG sei auf Selbstkostenbasis ohne Berücksichtigung des Betriebsabgangs zu bestimmen.

Bei anderem Verständnis komme es zu einer klaren Ungleichbehandlung innerhalb der Gruppe der sozialversicherten Patienten: Die Sozialversicherungsträger würden im Regressweg Einnahmen lukrieren, denen keine Behandlungsaufwendungen gegenüberstehen; die Landesgesundheitsfonds würden hingegen Einnahmen erzielen, die sie ohne Drittverschulden nicht erzielen könnten. Es werde daher angeregt, gemäß § 140 Abs 4 B-VG einen Antrag an den Verfassungsgerichtshof auf Einleitung eines Gesetzesprüfungsverfahrens zu stellen. Bei anderem Verständnis komme es zu einer klaren Ungleichbehandlung innerhalb der Gruppe der sozialversicherten Patienten: Die Sozialversicherungsträger würden im Regressweg Einnahmen lukrieren, denen keine Behandlungsaufwendungen gegenüberstehen; die Landesgesundheitsfonds würden hingegen Einnahmen erzielen, die sie ohne Drittverschulden nicht erzielen könnten. Es werde daher angeregt, gemäß Paragraph 140, Absatz 4, B-VG einen Antrag an den Verfassungsgerichtshof auf Einleitung eines Gesetzesprüfungsverfahrens zu stellen.

Hiezu wurde erwogen:

1. System der Krankenanstaltenfinanzierung:

1.1 Mit 1. 1. 1997 wurde in Österreich das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eingeführt. Den rechtlichen Rahmen bildete eine befristete Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (vgl 2 Ob 231/99f; Ivansits, Die neue Spitalsfinanzierung, ASok 1997, 52; Dukarich/Worel, Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. 1. 1997, RdM 1997, 35), die später mehrfach erneuert wurde. Diese - nur zwischen den Vertragsparteien Bund und Länder verbindlichen -

Vereinbarungen wurden durch Bundesgrundsatz- und Landesausführungsgesetze in das staatliche Recht transformiert (vgl 2 Ob 231/99f; Rebhahn in Tomandl, Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht [2004] 17 f). 1.1 Mit 1. 1. 1997 wurde in Österreich das System der leistungsorientierten Krankenanstalten-, finanzierung eingeführt. Den rechtlichen Rahmen bildete eine befristete Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Artikel 15 a, B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung vergleiche 2 Ob 231/99f; Ivansits, Die neue Spitalsfinanzierung, ASok 1997, 52; Dukarich/Worel, Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. 1. 1997, RdM 1997, 35), die später mehrfach erneuert wurde. Diese - nur zwischen den Vertragsparteien Bund und Länder verbindlichen -, Vereinbarungen wurden durch Bundesgrundsatz- und Landesausführungsgesetze in das staatliche Recht transformiert vergleiche 2 Ob 231/99f; Rebhahn in Tomandl, Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht [2004] 17 f).

Nach der dadurch geschaffenen und insbesondere durch das Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl I 2004/179, weiter entwickelten Rechtslage besteht nun auf Bundesebene eine Bundesgesundheitsagentur und auf Landesebene jeweils ein Landesgesundheitsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Träger der Sozialversicherung haben gemäß § 447f Abs 1 ASVG an die Landesgesundheitsfonds Pauschalbeiträge für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3 ASVG zu leisten. Damit - und mit hier nicht interessierenden weiteren Überweisungen aus dem Ausgleichsfonds und Beiträgen Versicherter - sind alle Leistungen der in § 148 ASVG genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige zur Gänze abgegolten (§ 447 Abs 8 ASVG). Für die Krankenversicherungsträger bedeutet dies, dass ihr Budget durch eine konkrete Anstaltsbehandlung vorerst nicht zusätzlich belastet wird (Resch in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht [2011] Kap XV Rz 25). Nach der dadurch geschaffenen und insbesondere durch das Gesundheitsreformgesetz 2005,

BGBI I 2004/179, weiter entwickelten Rechtslage besteht nun auf Bundesebene eine Bundesgesundheitsagentur und auf Landesebene jeweils ein Landesgesundheitsfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Träger der Sozialversicherung haben gemäß Paragraph 447 f, Absatz eins, ASVG an die Landesgesundheitsfonds Pauschalbeiträge für Leistungen der Krankenanstalten nach Paragraph 148, Ziffer 3, ASVG zu leisten. Damit - und mit hier nicht interessierenden weiteren Überweisungen aus dem Ausgleichsfonds und Beiträgen Versicherter - sind alle Leistungen der in Paragraph 148, ASVG genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulantem Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige zur Gänze abgegolten (Paragraph 447, Absatz 8, ASVG). Für die Krankenversicherungsträger bedeutet dies, dass ihr Budget durch eine konkrete Anstaltsbehandlung vorerst nicht zusätzlich belastet wird (Resch in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht [2011] Kap römisch fünfzehn Rz 25).

1.2 Die Mittel der Landesgesundheitsfonds stammen neben den Zahlungen der Sozialversicherungsträger auch aus Beiträgen des Bundes, des Landes und der Gemeinden (Rebhahn aaO 18; Resch aaO Rz 26; Kopetzki in Holoubek/Potacs, Handbuch des öffentlichen Wirtschaftsrechts² I [2007], Krankenanstaltenrecht 547). Stationäre Leistungen der Fondskrankenanstalten an sozialversicherte Patienten sind - mit Ausnahme der Sondergebühren - über den jeweiligen Landesgesundheitsfonds im Namen der Sozialversicherungsträger und nach den Grundsätzen der leistungsgerechten Finanzierung abzurechnen (§ 27b KAKuG). Tatsächlich abgegolten werden dabei aber nicht die LKF-Gebühren, sondern ein (in der Regel geringerer) LKF-Gebührenersatz, dessen Höhe von einem umfangreichen Katalog von Kriterien bestimmt wird (vgl § 27b Abs 2 KAKuG; Kopetzki aaO 547). Die Leistungsabrechnung zwischen Versicherungsträger und Krankenanstalt erfolgt somit über den Landesgesundheitsfonds, von welchem die den Krankenanstalten gebührenden Zahlungen zu entrichten sind (§ 148 Z 2 ASVG); insofern gilt der Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger (§ 148 Z 8 ASVG; Kopetzki aaO 547).

1.2 Die Mittel der Landesgesundheitsfonds stammen neben den Zahlungen der Sozialversicherungsträger auch aus Beiträgen des Bundes, des Landes und der Gemeinden (Rebhahn aaO 18; Resch aaO Rz 26; Kopetzki in Holoubek/Potacs, Handbuch des öffentlichen Wirtschaftsrechts² römisch eins [2007], Krankenanstaltenrecht 547). Stationäre Leistungen der Fondskrankenanstalten an sozialversicherte Patienten sind - mit Ausnahme der Sondergebühren - über den jeweiligen Landesgesundheitsfonds im Namen der Sozialversicherungsträger und nach den Grundsätzen der leistungsgerechten Finanzierung abzurechnen (Paragraph 27 b, KAKuG). Tatsächlich abgegolten werden dabei aber nicht die LKF-Gebühren, sondern ein (in der Regel geringerer) LKF-Gebührenersatz, dessen Höhe von einem umfangreichen Katalog von Kriterien bestimmt wird vergleiche Paragraph 27 b, Absatz 2, KAKuG; Kopetzki aaO 547). Die Leistungsabrechnung zwischen Versicherungsträger und Krankenanstalt erfolgt somit über den Landesgesundheitsfonds, von welchem die den Krankenanstalten gebührenden Zahlungen zu entrichten sind (Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG); insofern gilt der Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger (Paragraph 148, Ziffer 8, ASVG; Kopetzki aaO 547).

1.3 Zu unterscheiden sind demnach einerseits die LKF-Gebühren (§ 27 Abs 1 und § 28 KAKuG), andererseits die LKF-Gebührenersätze (§ 27b Abs 2 KAKuG):

1.3 Zu unterscheiden sind demnach einerseits die LKF-Gebühren (Paragraph 27, Absatz eins und Paragraph 28, KAKuG), andererseits die LKF-Gebührenersätze (Paragraph 27 b, Absatz 2, KAKuG):

1.3.1 Die LKF-Gebühren sind gemäß § 28 Abs 1 KAKuG zunächst vom Rechtsträger der Krankenanstalt kostendeckend zu ermitteln. Sie sind das Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte und dem von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzenden Eurowert je LKF-Punkt. Die Bepunktung erfolgt nach leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (Kopetzki aaO 546).

1.3.1 Die LKF-Gebühren sind gemäß Paragraph 28, Absatz eins, KAKuG zunächst vom Rechtsträger der Krankenanstalt kostendeckend zu ermitteln. Sie sind das Produkt der für den einzelnen Pflegling ermittelten LKF-Punkte und dem von der Landesregierung durch Verordnung festzusetzenden Eurowert je LKF-Punkt. Die Bepunktung erfolgt nach leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (Kopetzki aaO 546).

1.3.2 Die LKF-Gebührenersätze können länderspezifisch abweichend geregelt werden. Nach dem Bundesgrundsatzgesetz ist bei der Ausschüttung der Finanzmittel zwischen dem „Kernbereich“ und dem „Steuerungsbereich“ zu unterscheiden.

a) Der Kernbereich stellt die Abgeltung der einzelnen Krankenhausaufenthalte auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen Bepunktungssystems nach leistungsorientierten Diagnosefallgruppen dar (§ 27b Abs 2 Z 1 KAKuG). Er beruht auf dem Grundgedanken, dass die Behandlung bestimmter Fallgruppen im Prinzip immer denselben

Ressourcenaufwand verursacht (Kopetzki aaO 548; Dukarich/Worel aaO 37).a) Der Kernbereich stellt die Abgeltung der einzelnen Krankenhausaufenthalte auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen Bepunktungssystems nach leistungsorientierten Diagnosefallgruppen dar (Paragraph 27 b, Absatz 2, Ziffer eins, KAKuG). Er beruht auf dem Grundgedanken, dass die Behandlung bestimmter Fallgruppen im Prinzip immer denselben Ressourcenaufwand verursacht (Kopetzki aaO 548; Dukarich/Worel aaO 37).

b) Im Rahmen des länderweise gestaltbaren Steuerungsbereichs kann auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht genommen werden. Die Berücksichtigung der länderspezifischen Erfordernisse erfolgt durch eine unterschiedliche Bepunktung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen nach Maßgabe der in § 27b Abs 2 Z 2 KAKuG aufgezählten Kriterien.b) Im Rahmen des länderweise gestaltbaren Steuerungsbereichs kann auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht genommen werden. Die Berücksichtigung der länderspezifischen Erfordernisse erfolgt durch eine unterschiedliche Bepunktung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen nach Maßgabe der in Paragraph 27 b, Absatz 2, Ziffer 2, KAKuG aufgezählten Kriterien.

c) Im Ergebnis handelt es sich also um ein nicht rein leistungsorientiertes Mischsystem, bei dem die diagnosespezifischen Punktwerte (durch Zu- oder Abschläge) unterschiedlich gewichtet werden (Kopetzki aaO 548; vgl auch Resch aaO Rz 27; Dukarich/Worel aaO 37).c) Im Ergebnis handelt es sich also um ein nicht rein leistungsorientiertes Mischsystem, bei dem die diagnosespezifischen Punktwerte (durch Zu- oder Abschläge) unterschiedlich gewichtet werden (Kopetzki aaO 548; vergleiche auch Resch aaO Rz 27; Dukarich/Worel aaO 37).

1.4 Gemäß § 59 Abs 1 O -KAG (idF LGBI 2006/122) sind die an im Inland sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten stationären Leistungen über den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen, soweit für diese Patienten Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen.1.4 Gemäß Paragraph 59, Absatz eins, O -KAG in der Fassung LGBI 2006/122) sind die an im Inland sozialversicherten Patienten in Fondskrankenanstalten erbrachten stationären Leistungen über den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds durch LKF-Gebührenersätze abzurechnen, soweit für diese Patienten Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung bestehen.

  60 Abs 1 O -KAG regelt die Ermittlung der LKF-Gebührenersätze im LKF-Kernbereich analog   27b Abs 2 Z 1 KAKuG. Gemäß   60 Abs 2 O -KAG ermittelt sich die Höhe des LKF-Geb hrenersatzes als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds errechneten Eurowert je LKF-Punkt. Die Höhe dieses Eurowerts richtet sich nach der Dotation des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds, nach den für den LKF-Bereich vorgesehenen Mitteln sowie nach den von allen Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkten. Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds kann überdies Richtlinien über die monatliche und jährliche (vorläufige und endgültige) Ermittlung des Eurowerts je LKF-Punkt und die Auszahlung der LKF-Gebührenersätze erlassen.Paragraph 60, Absatz eins, O -KAG regelt die Ermittlung der LKF-Gebührenersätze im LKF-Kernbereich analog Paragraph 27 b, Absatz 2, Ziffer eins, KAKuG. Gemäß Paragraph 60, Absatz 2, O -KAG ermittelt sich die Höhe des LKF-Geb hrenersatzes als Produkt der für den einzelnen Patienten ermittelten LKF-Punkte mit dem vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds errechneten Eurowert je LKF-Punkt. Die Höhe dieses Eurowerts richtet sich nach der Dotation des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds, nach den für den LKF-Bereich vorgesehenen Mitteln sowie nach den von allen Fondskrankenanstalten erbrachten LKF-Punkten. Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds kann überdies Richtlinien über die monatliche und jährliche (vorläufige und endgültige) Ermittlung des Eurowerts je LKF-Punkt und die Auszahlung der LKF-Gebührenersätze erlassen.

Die Fondskrankenanstalten haben bis spätestens 20. eines jeden Monats die Diagnosen- und Leistungsberichte an den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds zu übermitteln. Diese monatliche Datenmeldung hat alle Abrechnungsdatens tze bis zum Monatsletzten des Vormonats des abzurechnenden Jahres zu umfassen. Dabei darf nur ein vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds genehmigtes Bepunktungsprogramm verwendet werden. Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds hat die LKF-Gebührenersätze bis spätestens 7. des der Datenmeldung folgenden Monats auszubezahlen. Mit diesen Zahlungen sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte stationäre Leistungen gegenüber dem Oberösterreichischen Gesundheitsfonds abgegolten (  60 Abs 3 und 4 O -KAG).Die Fondskrankenanstalten haben bis spätestens 20. eines jeden Monats die Diagnosen- und Leistungsberichte an den Oberösterreichischen Gesundheitsfonds zu übermitteln. Diese monatliche Datenmeldung hat alle Abrechnungsdatens tze bis zum Monatsletzten des Vormonats des abzurechnenden Jahres zu umfassen.

Dabei darf nur ein vom Oberösterreichischen Gesundheitsfonds genehmigtes Bepunktungsprogramm verwendet werden. Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds hat die LKF-Gebührenersätze bis spätestens 7. des der Datenmeldung folgenden Monats auszubezahlen. Mit diesen Zahlungen sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten für erbrachte stationäre Leistungen gegenüber dem Oberösterreichischen Gesundheitsfonds abgegolten (Paragraph 60, Absatz 3 und 4 Oö-KAG).

Auch gegenüber den Trägern der Sozialversicherung sind mit den LKF-Gebührenersätzen des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, abgegolten (§ 66 Abs 1 Oö-KAG), wobei bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten der Oberösterreichische Gesundheitsfonds als Versicherungsträger gilt (§ 66 Abs 3 Oö-KAG). Auch gegenüber den Trägern der Sozialversicherung sind mit den LKF-Gebührenersätzen des Oberösterreichischen Gesundheitsfonds alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, für die ein Anspruch aus der Sozialversicherung besteht, abgegolten (Paragraph 66, Absatz eins, Oö-KAG), wobei bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten der Oberösterreichische Gesundheitsfonds als Versicherungsträger gilt (Paragraph 66, Absatz 3, Oö-KAG).

1.5 In Salzburg werden die stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten ebenfalls nach dem LKF-Modell abgegolten (vgl §§ 2 und 19 Salzburger Gesundheitsfondsgesetz - SAGES-Gesetz idF LGBI 2005/90). Die Fondskrankenanstalt hat die LDF-(leistungsorientierte Diagnosefallgruppe)Punktwerte zu ermitteln und gemeinsam mit den Diagnosen- und Leistungsberichten an den Fonds zu übermitteln (§ 19 Abs 4 SAGES-Gesetz). Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen Fondskrankenanstalten hat nach dem Verhältnis der für die Fondskrankenanstalt ermittelten Punktwerte zur Gesamtzahl der für alle Fondskrankenanstalten ermittelten Punktwerte zu erfolgen (§ 19 Abs 6 SAGES-Gesetz). 1.5 In Salzburg werden die stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten ebenfalls nach dem LKF-Modell abgegolten vergleiche Paragraphen 2 und 19 Salzburger Gesundheitsfondsgesetz - SAGES-Gesetz in der Fassung LGBI 2005/90). Die Fondskrankenanstalt hat die LDF-(leistungsorientierte Diagnosefallgruppe)Punktwerte zu ermitteln und gemeinsam mit den Diagnosen- und Leistungsberichten an den Fonds zu übermitteln (Paragraph 19, Absatz 4, SAGES-Gesetz). Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen Fondskrankenanstalten hat nach dem Verhältnis der für die Fondskrankenanstalt ermittelten Punktwerte zur Gesamtzahl der für alle Fondskrankenanstalten ermittelten Punktwerte zu erfolgen (Paragraph 19, Absatz 6, SAGES-Gesetz).

1.6 Als besondere Rechtsfolge ist für alle öffentlichen Krankenanstalten mit der Verleihung des Öffentlichkeitsrechts gemäß §§ 33 und 34 KAKuG die sogenannte Abgangsdeckung verbunden. Nach § 34 Abs 1 KAKuG ist durch Landesgesetz anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß § 33 KAKuG der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Träger der Anstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Die Anteile von Ländern, Krankenanstaltensprengeln und Beitragsbezirken sind dabei so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabgangs abdecken. 1.6 Als besondere Rechtsfolge ist für alle öffentlichen Krankenanstalten mit der Verleihung des Öffentlichkeitsrechts gemäß Paragraphen 33 und 34 KAKuG die sogenannte Abgangsdeckung verbunden. Nach Paragraph 34, Absatz eins, KAKuG ist durch Landesgesetz anzuordnen, dass bei der Bildung von Beitragsbezirken und Krankenanstaltensprengeln gemäß Paragraph 33, KAKuG der gesamte sich durch die Betriebs- und Erhaltungskosten gegenüber den Einnahmen ergebende Betriebsabgang in einem bestimmten Verhältnis vom Träger der Anstalt, vom Beitragsbezirk, vom Krankenanstaltensprengel und vom Bundesland zu decken ist. Die Anteile von Ländern, Krankenanstaltensprengeln und Beitragsbezirken sind dabei so festzusetzen, dass sie zusammen mindestens die Hälfte des Betriebsabgangs abdecken.

Dem Recht der Träger von Krankenanstalten auf Abgangsdeckung steht allerdings eine Reihe von Verpflichtungen, etwa zur Behandlung sozialversicherter Patienten zu gesetzlich festgelegten Tarifen, zur Aufnahmepflicht von Patienten oder zur Betriebspflicht, gegenüber (Scholz, Beihilfen im österreichischen Krankenanstaltenwesen, Jahrbuch Beihilferecht 2011, 345 [362]; vgl auch VfGH 29. 9. 2009, G 54/09). Dem Recht der Träger von Krankenanstalten auf Abgangsdeckung steht allerdings eine Reihe von Verpflichtungen, etwa zur Behandlung sozialversicherter Patienten zu gesetzlich festgelegten Tarifen, zur Aufnahmepflicht von Patienten oder zur Betriebspflicht, gegenüber (Scholz, Beihilfen im österreichischen Krankenanstaltenwesen, Jahrbuch Beihilferecht 2011, 345 [362]; vergleiche auch VfGH 29. 9. 2009, G 54/09).

1.7 Gemäß § 34 Abs 3 KAKuG kann die Landesgesetzgebung vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabgangs durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden. In Oberösterreich und Salzburg finden sich Regelungen über die Deckung des Betriebsabgangs etwa in den §§ 75 ff Oö-KAG bzw in § 14 (iVm § 6) SAGES-Gesetz (zum „Salzburger Modell“ vgl Stöger, Krankenanstaltenrecht [2008] 315 ff). Zusätzlich verweist die klagende Partei in ihrer Revisionsbeantwortung auf Regelungen des Oö Gesundheitsfonds-Gesetzes, LGBl 2006/2. Eine nähere Auseinandersetzung mit den landesgesetzlichen Regelungen erweist sich in diesem Zusammenhang jedoch als entbehrlich. Die Streitteile gehen nämlich auch noch in dritter Instanz übereinstimmend davon aus, dass die der Abgangsdeckung dienenden Mittel der Länder und Gemeinden (als Mittel zur Dotierung der Fonds) bei der jährlichen Ermittlung der Eurowerte pro LKF-Punkt durch die Organe der Landesgesundheitsfonds (die Gesundheitsplattformen) Berücksichtigung finden und somit auch in die festgestellten Punktwerte für das Jahr 2007 Eingang gefunden haben. Die beklagten Parteien vermögen allerdings - auch mit dem Hinweis auf § 60 Abs 2 Oö-KAG - nicht darzulegen, dass diese unstrittige Vorgangsweise konkreten landesgesetzlichen Normen widerspricht.

1.7 Gemäß Paragraph 34, Absatz 3, KAKuG kann die Landesgesetzgebung vorsehen, dass die Mittel zur Deckung des Betriebsabgangs durch den Landesgesundheitsfonds verteilt werden. In Oberösterreich und Salzburg finden sich Regelungen über die Deckung des Betriebsabgangs etwa in den Paragraphen 75, ff Oö-KAG bzw in Paragraph 14, in Verbindung mit Paragraph 6,) SAGES-Gesetz (zum „Salzburger Modell“ vergleiche Stöger, Krankenanstaltenrecht [2008] 315 ff). Zusätzlich verweist die klagende Partei in ihrer Revisionsbeantwortung auf Regelungen des Oö Gesundheitsfonds-Gesetzes, LGBl 2006/2. Eine nähere Auseinandersetzung mit den landesgesetzlichen Regelungen erweist sich in diesem Zusammenhang jedoch als entbehrlich. Die Streitteile gehen nämlich auch noch in dritter Instanz übereinstimmend davon aus, dass die der Abgangsdeckung dienenden Mittel der Länder und Gemeinden (als Mittel zur Dotierung der Fonds) bei der jährlichen Ermittlung der Eurowerte pro LKF-Punkt durch die Organe der Landesgesundheitsfonds (die Gesundheitsplattformen) Berücksichtigung finden und somit auch in die festgestellten Punktwerte für das Jahr 2007 Eingang gefunden haben. Die beklagten Parteien vermögen allerdings - auch mit dem Hinweis auf Paragraph 60, Absatz 2, Oö-KAG - nicht darzulegen, dass diese unstrittige Vorgangsweise konkreten landesgesetzlichen Normen widerspricht.

2. Umfang des Regresses:

2.1 Können Personen, denen nach den Bestimmungen des ASVG Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß § 123 ASVG Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch gemäß § 332 Abs 1 ASVG auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat (Satz 1). Der Anspruch umfasst auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach § 148 Z 2 von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden (Satz 2). Der Versicherungsträger hat dem Landesgesundheitsfonds jenen Teil der Regresseinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß § 447f Abs 1 gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen (Satz 3).

2.1 Können Personen, denen nach den Bestimmungen des ASVG Leistungen zustehen oder für die als Angehörige gemäß Paragraph 123, ASVG Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat (Satz 1). Der Anspruch umfasst auch die Aufwendungen des Landesgesundheitsfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt werden (Satz 2). Der Versicherungsträger hat dem Landesgesundheitsfonds jenen Teil der Regresseinnahmen, der nicht durch Mittel der Sozialversicherung gemäß Paragraph 447 f, Absatz eins, gedeckt ist, abzüglich eines anteilmäßigen Verwaltungskostenersatzes für die Geltendmachung, zu überweisen (Satz 3).

Diese Bestimmung erhielt ihre aktuelle Fassung im Wesentlichen durch das 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz (SRÄG) 1996, BGBl 1996/764, lediglich die darin genannten Landesfonds wurden später durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt. Diese Bestimmung erhielt ihre aktuelle Fassung im Wesentlichen durch das 2. Sozialrechts-, Änderungsgesetz (SRÄG) 1996, BGBl 1996/764, lediglich die darin genannten Landesfonds wurden später durch die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

2.2 Vor der Novellierung hatte der zweite Satz des § 332 Abs 1 ASVG gelautet: 2.2 Vor der Novellierung hatte der zweite Satz des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG gelautet:

„Wurde Anstaltspflege gewährt, umfasst der übergelassene Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 148 Z 3 lit d); hiebei ist § 28 Abs 4 Z 3 KAG sinngemäß

anzuwenden.“„Wurde Anstaltspflege gewährt, umfasst der übergehende Anspruch anteilmäßig auch die zusätzlichen Zahlungen des Versicherungsträgers zur Krankenanstaltenfinanzierung (Paragraph 148, Ziffer 3, Litera d,); hiebei ist Paragraph 28, Absatz 4, Ziffer 3, KAG sinngemäß anzuwenden.“

§ 148 Z 3 lit d ASVG idFBGBl 1990/294 bezog sich auf die Beiträge der Krankenversicherungsträger zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF). In den Gesetzesmaterialien zum 2. SRÄG 1996 wird die Änderung damit begründet, dass die Finanzierung der Anstaltspflege über Landesfonds (nunmehr: Landesgesundheitsfonds) auch im Regressrecht ihren entsprechenden Niederschlag finden solle. So gehe in diesen Fällen der Anspruch zwar weiterhin auf den Versicherungsträger über; dieser habe jedoch den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Einnahmen aus dem Regress - vermindert um den anteiligen Ersatz der Verwaltungskosten für die Geltendmachung - an den Landesfonds zu überweisen (ErlRV 394 BlgNR XX. GP 18).Paragraph 148, Ziffer 3, Litera d, ASVG in der Fassung BGBl 1990/294 bezog sich auf die Beiträge der Krankenversicherungsträger zum Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF). In den Gesetzesmaterialien zum 2. SRÄG 1996 wird die Änderung damit begründet, dass die Finanzierung der Anstaltspflege über Landesfonds (nunmehr: Landesgesundheitsfonds) auch im Regressrecht ihren entsprechenden Niederschlag finden solle. So gehe in diesen Fällen der Anspruch zwar weiterhin auf den Versicherungsträger über; dieser habe jedoch den auf den Landesfonds entfallenden Teil der Einnahmen aus dem Regress - vermindert um den anteiligen Ersatz der Verwaltungskosten für die Geltendmachung - an den Landesfonds zu überweisen (ErlRV 394 BlgNR römisch zwanzig. Gesetzgebungsperiode 18,).

Damit ist einerseits klargestellt, dass die (früher an den KRAZAF nunmehr an die Landesgesundheitsfonds) geleisteten Beiträge der Sozialversicherungsträger zur Krankenanstaltenfinanzierung auch schon nach der vor dem 2. SRÄG 1996 geltenden Rechtslage von einem dritten Schädiger im Regressweg anteilmäßig begehrt werden konnten. Zum anderen widerlegt § 332 Abs 1 Satz 3 ASVG idGF die Ansicht der beklagten Parteien, der Regress wäre auf die anteiligen Beiträge des Sozialversicherungsträgers beschränkt. Die neue Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass nach dem dargestellten Finanzierungssystem die Bewertung der LKF-Punkte nach Maßgabe der dem Fonds zur Verfügung stehenden, nicht allein von den Sozialversicherungsträgern aufzubringenden Mittel zu erfolgen hat.Damit ist einerseits klargestellt, dass die (früher an den KRAZAF nunmehr an die Landesgesundheitsfonds) geleisteten Beiträge der Sozialversicherungsträger zur Krankenanstaltenfinanzierung auch schon nach der vor dem 2. SRÄG 1996 geltenden Rechtslage von einem dritten Schädiger im Regressweg anteilmäßig begehrt werden konnten. Zum anderen widerlegt Paragraph 332, Absatz eins, Satz 3 ASVG idGF die Ansicht der beklagten Parteien, der Regress wäre auf die anteiligen Beiträge des Sozialversicherungsträgers beschränkt. Die neue Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass nach dem dargestellten Finanzierungssystem die Bewertung der LKF-Punkte nach Maßgabe der dem Fonds zur Verfügung stehenden, nicht allein von den Sozialversicherungsträgern aufzubringenden Mittel zu erfolgen hat.

2.3 Aus der Grundsatzbestimmung des § 148 Z 3 ASVG ist für den gegenteiligen Standpunkt der beklagten Parteien nichts zu gewinnen, weil diese Norm nur die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der fondsfinanzierten Krankenanstalten regelt. Sie besagt, dass die Rechtsträger der Krankenanstalten für die Anstaltspflege der sozialversicherten Patienten über die in dieser Bestimmung genannten Zahlungen (LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs 2 KAKuG; Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach § 27b Abs 3 KAKuG; Kostenbeiträge nach § 27a KAKuG; Ausgleichszahlungen nach § 27b Abs 4 KAKuG) hinaus keine weiteren Ansprüche geltend machen können. Gleichermaßen regelt § 447f Abs 8 ASVG das Verhältnis zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den Landesgesundheitsfonds. § 27 Abs 1 KAKuG betrifft wiederum nur das Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger der Krankenanstalt. Aus keiner dieser Bestimmungen ist abzuleiten, dass ein rechtswidrig und schuldhaft handelnder Schädiger (bzw dessen Haftpflichtversicherer) entlastet werden soll.2.3 Aus der Grundsatzbestimmung des Paragraph 148, Ziffer 3, ASVG ist für den gegenteiligen Standpunkt der beklagten Parteien nichts zu gewinnen, weil diese Norm nur die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der fondsfinanzierten Krankenanstalten regelt. Sie besagt, dass die Rechtsträger der Krankenanstalten für die Anstaltspflege der sozialversicherten Patienten über die in dieser Bestimmung genannten Zahlungen (LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach Paragraph 27 b, Absatz 2, KAKuG; Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach Paragraph 27 b, Absatz 3, KAKuG; Kostenbeiträge nach Paragraph 27 a, KAKuG; Ausgleichszahlungen nach Paragraph 27 b, Absatz 4, KAKuG) hinaus keine weiteren Ansprüche geltend machen können. Gleichermaßen regelt Paragraph 447 f, Absatz 8, ASVG das Verhältnis zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den Landesgesundheitsfonds. Paragraph 27, Absatz eins, KAKuG betrifft wiederum nur das

Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger der Krankenanstalt. Aus keiner dieser Bestimmungen ist abzuleiten, dass ein rechtswidrig und schuldhaft handelnder Schädiger (bzw dessen Haftpflichtversicherer) entlastet werden soll.

2.4 Die zu 2 Ob 225/99y und 2 Ob 160/00v ergangenen Entscheidungen, auf die sich die beklagten Parteien ebenfalls stützen, ergingen zur Rechtslage vor Inkrafttreten der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung und betrafen das Verhältnis zwischen den Legalzessionsnormen des § 332 Abs 1 ASVG (aF) und des § 48 KAG (aF). Darin wurde ausgeführt, dass die Träger der Krankenanstalten bei Behandlung sozialversicherter Patienten nur Anspruch auf die Bezahlung des - damals maßgeblichen - Pflegegebührenersatzes hätten. Wollte man im Regressweg den Trägern der Krankenanstalten einen weiteren Anspruch einräumen, so würden die Krankenanstalten alleine aus dem Umstand, dass der Anstaltsaufenthalt eines sozialversicherten Patienten auf einer schuldhaften Schädigung beruhe, einen Vorteil lukrieren. Der Sozialversicherungsträger könne allerdings gemäß § 332 ASVG nur Regress im Ausmaß der von ihm selbst erbrachten Leistungen erheben. Es sei nicht einzusehen, weshalb bei einer Differenz zwischen der Pflegegebühr und den Pflegegebührenersätzen der Träger der Krankenanstalt auf ein Mehr Regress nehmen können solle, als die Versicherungsgemeinschaft. Die Legalzession gemäß § 48 KAG (aF) beziehe sich daher nur auf Patienten, für deren Anstaltsunterbringung Pflegegebühren anfallen, was bei sozialversicherten Patienten nicht der Fall sei (2 Ob 225/99y; dazu krit Bartos/Hoza, Das Drittschadensproblem bei Anstaltspflege, SozSi 2003, 14).

2.4 Die zu 2 Ob 225/99y und 2 Ob 160/00v ergangenen Entscheidungen, auf die sich die beklagten Parteien ebenfalls stützen, ergingen zur Rechtslage vor Inkrafttreten der Neuordnung der Krankenanstaltenfinanzierung und betrafen das Verhältnis zwischen den Legalzessionsnormen des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG (aF) und des Paragraph 48, KAG (aF). Darin wurde ausgeführt, dass die Träger der Krankenanstalten bei Behandlung sozialversicherter Patienten nur Anspruch auf die Bezahlung des - damals maßgeblichen - Pflegegebührenersatzes hätten. Wollte man im Regressweg den Trägern der Krankenanstalten einen weiteren Anspruch einräumen, so würden die Krankenanstalten alleine aus dem Umstand, dass der Anstaltsaufenthalt eines sozialversicherten Patienten auf einer schuldhaften Schädigung beruhe, einen Vorteil lukrieren. Der Sozialversicherungsträger könne allerdings gemäß Paragraph 332, ASVG nur Regress im Ausmaß der von ihm selbst erbrachten Leistungen erheben. Es sei nicht einzusehen, weshalb bei einer Differenz zwischen der Pflegegebühr und den Pflegegebührenersätzen der Träger der Krankenanstalt auf ein Mehr Regress nehmen können solle, als die Versicherungsgemeinschaft. Die Legalzession gemäß Paragraph 48, KAG (aF) beziehe sich daher nur auf Patienten, für deren Anstaltsunterbringung Pflegegebühren anfallen, was bei sozialversicherten Patienten nicht der Fall sei (2 Ob 225/99y; dazu krit Bartos/Hoza, Das Drittschadensproblem bei Anstaltspflege, SozSi 2003, 14).

Diese Rechtsprechung ist in ihren Aussagen zum Umfang des Regresses nach § 332 Abs 1 ASVG im Hinblick auf die geänderte Rechtslage überholt (vgl allerdings die Ausführungen zu Punkt 2.7). Zu dieser hat sich der Oberste Gerichtshof in der Entscheidung 2 Ob 231/99f aber bereits dahin geäußert, dass für die Bemessung der Behandlungskosten des sozialversicherten Verletzten die Regelungen des LKF-Punktesystems heranzuziehen seien. Daran ist festzuhalten. Diese Rechtsprechung ist in ihren Aussagen zum Umfang des Regresses nach Paragraph 332, Absatz eins, ASVG im Hinblick auf die geänderte Rechtslage überholt vergleiche allerdings die Ausführungen zu Punkt 2.7). Zu dieser hat sich der Oberste Gerichtshof in der Entscheidung 2 Ob 231/99f aber bereits dahin geäußert, dass für die Bemessung der Behandlungskosten des sozialversicherten Verletzten die Regelungen des LKF-Punktesystems heranzuziehen seien. Daran ist festzuhalten.

2.5 Nach den Feststellungen des Erstgerichts wurden die Behandlungsunterlagen und die „dazugehörige Beschreibung“ der erbrachten Leistungen von den Krankenanstalten, in denen das Unfallopfer behandelt worden war, an die jeweiligen Landesgesundheitsfonds übermittelt, womit dem Abrechnungserfordernis jedenfalls entsprochen wurde.

2.6 Die Legalzession nach § 332 ASVG setzt voraus, dass der Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist (2 Ob 163/08x mwN; RIS-Justiz RS0087557). Der Umfang des Forderungsübergangs und damit der Regressanspruch des Sozialversicherungsträgers ist in zwei Dimensionen begrenzt, nämlich einerseits mit der Höhe des Schadenersatzanspruchs des Geschädigten und andererseits mit dem Anspruch des Geschädigten auf Leistungen gegenüber dem Sozialversicherungsträger (2 Ob 226/07k mwN). Der Schadenersatzanspruch des Geschädigten bildet den Deckungsfonds, der selbständig nach den Grundsätzen des Haftpflichtrechts zu berechnen ist (2 Ob 226/07k; RIS-Justiz RS0030708 [T2], RS0085365 [T1]). Dem Schädiger stehen gegen den bloß vom Geschädigten abgeleiteten Anspruch des Sozialversicherungsträgers alle Einwendungen zu, die ihm gegen den Geschädigten zugestanden wären

(2 Ob 226/07k; 2 Ob 12/09t; RIS-Justiz RS0032777). 2.6 Die Legalzession nach Paragraph 332, ASVG setzt voraus, dass der Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist (2 Ob 163/08x mwN; RIS-Justiz RS0087557). Der Umfang des Forderungsübergangs und damit der Regressanspruch des Sozialversicherungsträgers ist in zwei Dimensionen begrenzt, nämlich einerseits mit der Höhe des Schadenersatzanspruchs des Geschädigten und andererseits mit dem Anspruch des Geschädigten auf Leistungen gegenüber dem Sozialversicherungsträger (2 Ob 226/07k mwN). Der Schadenersatzanspruch des Geschädigten bildet den Deckungsfonds, der selbständig nach den Grundsätzen des Haftpflichtrechts zu berechnen ist (2 Ob 226/07k; RIS-Justiz RS0030708 [T2], RS0085365 [T1]). Dem Schädiger stehen gegen den bloß vom Geschädigten abgeleiteten Anspruch des Sozialversicherungsträgers alle Einwendungen zu, die ihm gegen den Geschädigten zugestanden wären (2 Ob 226/07k; 2 Ob 12/09t; RIS-Justiz RS0032777).

2.7 Im vorliegenden Fall bildet der Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten den Deckungsfonds des Geschädigten, der auch die Kosten der Anstaltspflege umfasst. Ist der Verletzte sozialversichert und sind die Voraussetzungen für den Ersatz einer privaten Krankenbehandlung nicht gegeben, so sind jene Behandlungskosten maßgebend, die in diesem Zusammenhang vom Sozialversicherungsträger aufzuwenden sind. Nach Lehre und Rechtsprechung wird die Höhe des kongruenten Schadenersatzanspruchs mit denjenigen Behandlungskosten bemessen, die dem Geschädigten „als Sozialversicherten“ entstanden sind (vgl. RIS-Justiz RS0030639; Reischauer in Rummel, ABGB³ II/2b § 1325 Rz 14; Neumayr in Schwimann, ABGB³ VII § 332 ASVG Rz 35). In diesem Zusammenhang ist aber nunmehr zu beachten, dass der jeweilige Landesgesundheitsfonds bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gemäß § 148 Z 8 ASVG - wie erörtert - als Versicherungsträger gilt. Die von den beklagten Parteien in Zweifel gezogene sachliche Kongruenz der auf den Landesgesundheitsfonds entfallenden Anspruchsteile ist daher zu bejahen, weil die Zahlungen nach § 148 Z 2 ASVG (somit auch die LKF-Gebührenersätze) als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen sind. Begäbe sich der Verletzte ohne Sozialversicherung in Anstaltspflege, müsste er selbst für diese Kosten aufkommen (Neumayr aaO Rz 36; ebenso Krejci/Böhler in Tomandl, System Rz 3.2.3.3.5). 2.7 Im vorliegenden Fall bildet der Anspruch auf Ersatz der Heilungskosten den Deckungsfonds des Geschädigten, der auch die Kosten der Anstaltspflege umfasst. Ist der Verletzte sozialversichert und sind die Voraussetzungen für den Ersatz einer privaten Krankenbehandlung nicht gegeben, so sind jene Behandlungskosten maßgebend, die in diesem Zusammenhang vom Sozialversicherungsträger aufzuwenden sind. Nach Lehre und Rechtsprechung wird die Höhe des kongruenten Schadenersatzanspruchs mit denjenigen Behandlungskosten bemessen, die dem Geschädigten „als Sozialversicherten“ entstanden sind (vergleiche RIS-Justiz RS0030639; Reischauer in Rummel, ABGB³ II/2b Paragraph 1325, Rz 14; Neumayr in Schwimann, ABGB³ römisch sieben Paragraph 332, ASVG Rz 35). In diesem Zusammenhang ist aber nunmehr zu beachten, dass der jeweilige Landesgesundheitsfonds bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten gemäß Paragraph 148, Ziffer 8, ASVG - wie erörtert - als Versicherungsträger gilt. Die von den beklagten Parteien in Zweifel gezogene sachliche Kongruenz der auf den Landesgesundheitsfonds entfallenden Anspruchsteile ist daher zu bejahen, weil die Zahlungen nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG (somit auch die LKF-Gebührenersätze) als Kosten der Anstaltspflege aufzufassen sind. Begäbe sich der Verletzte ohne Sozialversicherung in Anstaltspflege, müsste er selbst für diese Kosten aufkommen (Neumayr aaO Rz 36; ebenso Krejci/Böhler in Tomandl, System Rz 3.2.3.3.5).

3. Zusammenfassung und Ergebnis:

3.1 Im Sinne dieser Ausführungen bilden die von den Landesgesundheitsfonds aufzuwendenden Gesamtkosten für die Behandlung und Pflege des Unfallopfers in den Fondskrankenanstalten der Bundesländer Salzburg und Oberösterreich den Deckungsfonds. Maßgeblich sind die LKF-Gebührenersätze, denen die von den Landesgesundheitsfonds im Einklang mit den bundes- und landesgesetzlichen Vorgaben ermittelten Eurowerte pro LKF-Punkt zugrunde liegen. In diesem Umfang bestand auch der Anspruch des Geschädigten auf die Sachleistung der Gewährung von Heilbehandlung und Pflege in einer Krankenanstalt gegenüber dem Sozialversicherungsträger. Diese Leistung verfolgt denselben Ausgleichszweck wie der Schadenersatzanspruch des Geschädigten und ist mit diesem daher sachlich kongruent. Die klagende Partei ist demnach im geltend gemachten Ausmaß zum Regress gegen die beklagten Parteien befugt. Die Ermittlung eines internen Abrechnungswerts ist vor dem Hintergrund der Überweisungspflicht des Versicherungsträgers nach § 332 Abs 1 Satz 3 ASVG zu sehen und hat keinen Einfluss auf die Höhe des vom Schädiger zu ersetzenden Betrags. 3.1 Im Sinne dieser Ausführungen bilden die von den Landesgesundheitsfonds aufzuwendenden Gesamtkosten für die Behandlung und Pflege des Unfallopfers in den Fondskrankenanstalten der Bundesländer Salzburg und Oberösterreich den Deckungsfonds. Maßgeblich sind die LKF-Gebührenersätze, denen die von den Landesgesundheitsfonds im Einklang mit den bundes- und landesgesetzlichen

Vorgaben ermittelten Eurowerte pro LKF-Punkt zugrunde liegen. In diesem Umfang bestand auch der Anspruch des Geschädigten auf die Sachleistung der Gewährung von Heilbehandlung und Pflege in einer Krankenanstalt gegenüber dem Sozialversicherungsträger. Diese Leistung verfolgt denselben Ausgleichszweck wie der Schadenersatzanspruch des Geschädigten und ist mit diesem daher sachlich kongruent. Die klagende Partei ist demnach im geltend gemachten Ausmaß zum Regress gegen die beklagten Parteien befugt. Die Ermittlung eines internen Abrechnungswerts ist vor dem Hintergrund der Überweisungspflicht des Versicherungsträgers nach Paragraph 332, Absatz eins, Satz 3 ASVG zu sehen und hat keinen Einfluss auf die Höhe des vom Schädiger zu ersetzenden Betrags.

3.2 Der Senat vermag sich auch den verfassungsrechtlichen Bedenken der beklagten Parteien nicht anzuschließen. Eine „Ungleichbehandlung innerhalb der Gruppe der sozialversicherten Patienten“ ist nicht erkennbar.

3.3 Der Revision ist daher nicht Folge zu geben.

Die Kostenentscheidung gründet sich auf die §§ 41, 50 ZPO. Die Kostenentscheidung gründet sich auf die Paragraphen 41, 50, ZPO.

Schlagworte

Sozialrecht

Textnummer

E100687

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2012:0020OB00095.11A.0424.000

Im RIS seit

21.05.2012

Zuletzt aktualisiert am

06.08.2013

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