jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE OGH 2005/10/18 10ObS235/03m

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 18.10.2005

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Schinko als Vorsitzenden, die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Fellinger und Dr. Schramm sowie die fachkundigen Laienrichter Dr. Carl Hennrich (aus dem Kreis der Arbeitgeber) und Peter Scherz (aus dem Kreis der Arbeitnehmer) als weitere Richter in der Sozialrechtssache der klagenden Partei Elisabeth E*****, Pensionistin, ***** vertreten durch Dr. Otto Köhler, Rechtsanwalt in Wien, gegen die beklagte Partei Wiener Gebietskrankenkasse, 1103 Wien, Wienerbergstraße 15-19, vertreten durch Dr. Heinz Edelmann, Rechtsanwalt in Wien, wegen Kostenerstattung (EUR 4.592,47), infolge Revision der klagenden Partei gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht in Arbeits- und Sozialrechtssachen vom 28. Mai 2003, GZ 7 Rs 55/03i-9, womit infolge Berufung der klagenden Partei das Urteil des Arbeits- und Sozialgerichtes Wien vom 19. Dezember 2002, GZ 3 Cgs 191/02b-5, bestätigt wurde, in nichtöffentlicher Sitzung zu Recht erkannt:

Spruch

Der Revision wird nicht Folge gegeben.

Beide Parteien haben die Kosten ihrer Rechtsmittelschriften selbst zu tragen.

Text

Entscheidungsgründe:

Die am 15. 11. 1927 geborene Klägerin unterzog sich in der Privatklinik J***** GmbH (im Folgenden: Privatklinik) einer medizinisch indizierten Kataraktoperation an beiden Augen.

Die Operation am linken Auge wurde am 31. 7. 2001 vom Augenfacharzt Dr. Christian L***** unter Mitwirkung des Anästhesisten Dr. Günther S***** vorgenommen. Die Klägerin bezahlte an Dr. L***** ein Honorar von 16.512 S für die Operation sowie ein weiteres Honorar von S 2.958 für eine Intraokularlinse. Für die Tätigkeit des Anästhesisten Dr. S***** bezahlte die Klägerin ein Honorar von S 3.500. Die Privatklinik stellte für die Operation ein Honorar von S 16.526,15 inklusive USt in Rechnung, das die Klägerin bezahlte. In der Honorarnote verrechnete die Privatklinik einen Pflichtversicherungsanteil von S 1.588,83, den sie in derselben Honorarnote wiederum in Abzug brachte.

Die Operation am rechten Auge wurde am 21. 8. 2001 vom Augenfacharzt Dr. Christian L***** unter Mitwirkung des Anästhesisten Dr. Roland H***** durchgeführt. Die Klägerin bezahlte an Dr. L***** wiederum ein Honorar von S 16.512 für die Operation sowie ein weiteres Honorar von S 2.958 für eine Intraokularlinse. Für die Tätigkeit des Anästhesisten Dr. H***** bezahlte die Klägerin ein Honorar von S 3.500. Die Privatklinik stellte für die Operation wiederum ein Honorar von S 16.526,15 inklusive USt in Rechnung, das die Klägerin bezahlte. Auch in dieser Honorarnote verrechnete die Privatklinik einen Pflichtversicherungsanteil von S 1.588,83, den sie in der Honorarnote wiederum in Abzug brachte.

Beide Operationen wurden ambulant im Rahmen der Tageschirurgie in der Privatklinik durchgeführt; die Klägerin wurde zu beiden Terminen ambulant im Rahmen der Tageschirurgie aufgenommen.

Mit Bescheid vom 27. 9. 2002 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Erstattung der Kosten für die Inanspruchnahme des Wahlarztes Dr. Christian L***** für die Durchführung von Kataraktoperationen an beiden Augen am 31. 7. und 21. 8. 2001, für die Inanspruchnahme der weiteren Wahlärzte Dr. Günther S***** und Dr. Roland H***** am 31. 7. 2001 bzw 21. 8. 2001, für Intraokularlinsen laut Rechnungen vom 1. 8. 2001 und 23. 8. 2001 sowie für die zusätzlichen Kosten der Anstaltspflege in der Privatklinik am 31. 7. und 21. 8. 2001 ab.

Mit der gegen diesen Bescheid erhobenen Klage begehrt die Klägerin den Zuspruch von EUR 4.592,47 bzw Kostenersatz im gesetzlichen Ausmaß. Die Augenoperationen seien von Dr. L***** und den von ihm beigezogenen Anästhesisten Dr. S***** und Dr. H***** als Wahlärzte ambulant in einem in der Privatklink gemieteten Operationssaal durchgeführt worden. Sie habe sich jeweils nach kurzer postoperativer Überwachung wieder nach Hause begeben und damit keine Anstaltspflege, sondern lediglich einen ambulanten tagesklinischen Aufenthalt in Anspruch genommen. Sie habe einen Behandlungsvertrag nur mit den genannten Wahlärzten, nicht aber mit der Privatklinik abgeschlossen. Für die Krankenbehandlung durch die genannten Wahlärzte, für die Benützung des Operationssaales samt postoperativer Überwachung sowie für Heilmittel habe die Klägerin insgesamt S 78.992,30 (= EUR 5.740,59) bezahlt, wofür ihr gemäß § 131 Abs 1 ASVG eine 80%ige Kostenerstattung in Höhe von EUR 4.592,47 gebühre. Durch die Überweisung des Pflichtversicherungsanteiles durch die Beklagte von jeweils S 1.588,83 für die beiden Aufenthaltstage an die Privatklinik sei es zu keinem für sie wirksamen Kostenersatz gekommen, weil die Privatklinik diese Beträge in den beiden Rechnungen vor deren Abzug zunächst jeweils aufgeschlagen habe.Mit der gegen diesen Bescheid erhobenen Klage begehrt die Klägerin den Zuspruch von EUR 4.592,47 bzw Kostenersatz im gesetzlichen Ausmaß. Die Augenoperationen seien von Dr. L***** und den von ihm beigezogenen Anästhesisten Dr. S***** und Dr. H***** als Wahlärzte ambulant in einem in der Privatklink gemieteten Operationssaal durchgeführt worden. Sie habe sich jeweils nach kurzer postoperativer Überwachung wieder nach Hause begeben und damit keine Anstaltspflege, sondern lediglich einen ambulanten tagesklinischen Aufenthalt in Anspruch genommen. Sie habe einen Behandlungsvertrag nur mit den genannten Wahlärzten, nicht aber mit der Privatklinik abgeschlossen. Für die Krankenbehandlung durch die genannten Wahlärzte, für die Benützung des Operationssaales samt postoperativer Überwachung sowie für Heilmittel habe die Klägerin insgesamt S 78.992,30 (= EUR 5.740,59) bezahlt, wofür ihr gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG eine 80%ige Kostenerstattung in Höhe von EUR 4.592,47 gebühre. Durch die Überweisung des Pflichtversicherungsanteiles durch die Beklagte von jeweils S 1.588,83 für die beiden Aufenthaltstage an die Privatklinik sei es zu keinem für sie wirksamen Kostenersatz gekommen, weil die Privatklinik diese Beträge in den beiden Rechnungen vor deren Abzug zunächst jeweils aufgeschlagen habe.

Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Die Klägerin habe sich am 31. 7. und 21. 8. 2001 jeweils für einen Tag in stationärer Behandlung der Privatklinik befunden. Im Hinblick auf die entsprechenden Aufnahmeanzeigen der Privatklinik, auf denen als einweisender Arzt Dr. L***** aufscheine, habe die Beklagte die Kostenübernahmeerklärungen abgegeben und in der Folge für die beiden Tage stationären Aufenthalt je S 1.588,93 für die allgemeine Gebührenklasse zur Anweisung gebracht. Die von der Privatklinik der Klägerin in Rechnung gestellten Beträge beträfen ausschließlich die über die allgemeine Gebührenklasse hinausgehenden Leistungen. Aufgrund der stationären Aufnahme am 31. 7. und 21. 8. 2001 ergebe sich, dass die behandelnden Ärzte Dr. L*****, Dr. S***** und Dr. H***** nicht im niedergelassenen Bereich tätig geworden seien. Eine Kostenerstattung nach § 131 ASVG komme daher nicht in Betracht. Die Beklagte habe mit der Privatklinik am 26. 3. 1997 einen Vertrag abgeschlossen. Gemäß § 10 Abs 6 dieses Vertrages seien mit dem von der Beklagten zu entrichtenden Tagsatz die Unterkunft, die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Beistellung aller erforderlichen Heilmittel, des notwendigen Blutersatzes und therapeutischer Behelfe sowie die Pflege und die Verköstigung abgegolten. Der Vertrag sehe in § 3 Abs 2 weiters vor, dass dem Versicherten vor der Aufnahme von der Krankenanstalt nachweislich ein Merkblatt vorzulegen sei, aus dem sich der Unterschiedsbetrag zwischen dem von der Kasse zu leistenden Tagsatz und den Pflege- und Sondergebühren ergebe und das in geeigneter Weise auf die sonstigen auflaufenden Kosten wie etwa Arzthonorar oder Kosten der Operationssaalbenützung hinweise. Es habe der Versicherte auch in einer Niederschrift zu erklären, die im Merkblatt angeführten Bedingungen zur Kenntnis genommen und sich verpflichtet zu haben, die in Abs 2 bezeichneten Kosten zu übernehmen. Eine Ausfertigung dieser Verpflichtungserklärung sei dem Zahlungspflichtigen nach Unterschrift auszuhändigen. Ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen bestehe nicht. Im Fall einer ambulanten

Behandlung gebühre gemäß § 40 der Satzung lediglich eine Ambulanzpauschale von EUR 24,38 pro Tag.Die Beklagte beantragte die Abweisung des Klagebegehrens. Die Klägerin habe sich am 31. 7. und 21. 8. 2001 jeweils für einen Tag in stationärer Behandlung der Privatklinik befunden. Im Hinblick auf die entsprechenden Aufnahmeanzeigen der Privatklinik, auf denen als einweisender Arzt Dr. L***** aufscheine, habe die Beklagte die Kostenübernahmeerklärungen abgegeben und in der Folge für die beiden Tage stationären Aufenthalt je S 1.588,93 für die allgemeine Gebührenklasse zur Anweisung gebracht. Die von der Privatklinik der Klägerin in Rechnung gestellten Beträge beträfen ausschließlich die über die allgemeine Gebührenklasse hinausgehenden Leistungen. Aufgrund der stationären Aufnahme am 31. 7. und 21. 8. 2001 ergebe sich, dass die behandelnden Ärzte Dr. L*****, Dr. S***** und Dr. H***** nicht im niedergelassenen Bereich tätig geworden seien. Eine Kostenerstattung nach Paragraph 131, ASVG komme daher nicht in Betracht. Die Beklagte habe mit der Privatklinik am 26. 3. 1997 einen Vertrag abgeschlossen. Gemäß Paragraph 10, Absatz 6, dieses Vertrages seien mit dem von der Beklagten zu entrichtenden Tagsatz die Unterkunft, die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Beistellung aller erforderlichen Heilmittel, des notwendigen Blutersatzes und therapeutischer Behelfe sowie die Pflege und die Verköstigung abgegolten. Der Vertrag sehe in Paragraph 3, Absatz 2, weiters vor, dass dem Versicherten vor der Aufnahme von der Krankenanstalt nachweislich ein Merkblatt vorzulegen sei, aus dem sich der Unterschiedsbetrag zwischen dem von der Kasse zu leistenden Tagsatz und den Pflege- und Sondergebühren ergebe und das in geeigneter Weise auf die sonstigen auflaufenden Kosten wie etwa Arzthonorar oder Kosten der Operationssaalbenützung hinweise. Es habe der Versicherte auch in einer Niederschrift zu erklären, die im Merkblatt angeführten Bedingungen zur Kenntnis genommen und sich verpflichtet zu haben, die in Absatz 2, bezeichneten Kosten zu übernehmen. Eine Ausfertigung dieser Verpflichtungserklärung sei dem Zahlungspflichtigen nach Unterschrift auszuhändigen. Ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen bestehe nicht. Im Fall einer ambulanten Behandlung gebühre gemäß Paragraph 40, der Satzung lediglich eine Ambulanzpauschale von EUR 24,38 pro Tag.

Das Erstgericht wies das Klagebegehren ab. Es traf über den bereits eingangs wiedergegebenen Sachverhalt hinaus noch folgende Feststellungen:

Zwischen der Beklagten und der Privatklinik als Krankenanstalt wurde am 26. 3. 1997 der Krankenanstaltenvertrag (Beilage 1) abgeschlossen. Er regelt die Übernahme von Tagsätzen für die stationäre Anstaltspflege von Versicherten der Beklagten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen in der Krankenanstalt sowie deren Höhe, auch wenn die Beklagte die ihr entstehenden Kosten durch Dritte ganz oder teilweise vergütet erhält (§ 1 Abs 2 des Vertrags). Der Tagsatz wird gemäß § 2 Abs 3 des Vertrags unter anderem dann nicht geleistet, wenn die ambulante Krankenbehandlung ausreichend war. § 3 des Vertrags regelt die Aufnahme eines Versicherten in der Privatklinik. § 3 Abs 2 des Vertrags lautet:Zwischen der Beklagten und der Privatklinik als Krankenanstalt wurde am 26. 3. 1997 der Krankenanstaltenvertrag (Beilage 1) abgeschlossen. Er regelt die Übernahme von Tagsätzen für die stationäre Anstaltspflege von Versicherten der Beklagten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen in der Krankenanstalt sowie deren Höhe, auch wenn die Beklagte die ihr entstehenden Kosten durch Dritte ganz oder teilweise vergütet erhält (Paragraph eins, Absatz 2, des Vertrags). Der Tagsatz wird gemäß Paragraph 2, Absatz 3, des Vertrags unter anderem dann nicht geleistet, wenn die ambulante Krankenbehandlung ausreichend war. Paragraph 3, des Vertrags regelt die Aufnahme eines Versicherten in der Privatklinik. Paragraph 3, Absatz 2, des Vertrags lautet:

„Vor der Aufnahme gemäß Abs 1 lit a oder b ist von der Krankenanstalt dem Versicherten, seinem gesetzlichen Vertreter oder dem sonstigen Dritten nachweislich ein Merkblatt vorzulegen, aus dem sich der Unterschiedsbetrag zwischen dem von der Kasse zu leistenden Tagsatz (§ 10) und der Pflege- und Sondergebühren ergibt und das in geeigneter Weise auf die sonstigen auflaufenden Kosten (Arzthonorar, Kosten der Operations- oder Kreißsaalbenützung, Kosten einer interkurrenten Untersuchung oder Behandlung außerhalb der Krankenanstalt einschließlich der dabei auflaufenden Krankentransportkosten udgl) hinweist. Über den Inhalt des Merkblattes ist zwischen der Kasse und dem Rechtsträger Einvernehmen herzustellen."„Vor der Aufnahme gemäß Absatz eins, Litera a, oder b ist von der Krankenanstalt dem Versicherten, seinem gesetzlichen Vertreter oder dem sonstigen Dritten nachweislich ein Merkblatt vorzulegen, aus dem sich der Unterschiedsbetrag zwischen dem von der Kasse zu leistenden Tagsatz (Paragraph 10,) und der Pflege- und Sondergebühren ergibt und das in geeigneter Weise auf die sonstigen auflaufenden Kosten (Arzthonorar, Kosten der Operations- oder Kreißsaalbenützung, Kosten einer

interkurrenten Untersuchung oder Behandlung außerhalb der Krankenanstalt einschließlich der dabei auflaufenden Krankentransportkosten udgl) hinweist. Über den Inhalt des Merkblattes ist zwischen der Kasse und dem Rechtsträger Einvernehmen herzustellen."

Gemäß § 3 Abs 3 des Vertrages hat jene Person, auf deren Veranlassung die Aufnahme erfolgt, in einer Niederschrift zu erklären, dass sie die im Merkblatt angeführten Bedingungen zur Kenntnis genommen hat und sich verpflichtet, die im Abs 2 bezeichneten Kosten zu übernehmen. Die Klägerin hat für beide Operationstage ein solches Merkblatt erhalten (Beilagen 5 und 6) und auch jeweils unterfertigt. In den wichtigen Informationen auf diesen Merkblättern heißt es unter anderem:Gemäß Paragraph 3, Absatz 3, des Vertrages hat jene Person, auf deren Veranlassung die Aufnahme erfolgt, in einer Niederschrift zu erklären, dass sie die im Merkblatt angeführten Bedingungen zur Kenntnis genommen hat und sich verpflichtet, die im Absatz 2, bezeichneten Kosten zu übernehmen. Die Klägerin hat für beide Operationstage ein solches Merkblatt erhalten (Beilagen 5 und 6) und auch jeweils unterfertigt. In den wichtigen Informationen auf diesen Merkblättern heißt es unter anderem:

„Sollte meine private Krankenversicherung bzw der Sozialversicherungsträger, aus welchen Gründen auch immer, ihre Leistungsverpflichtung zum Teil oder zur Gänze ablehnen, verpflichte ich mich hier mit ausdrücklich, den Anteil der nicht gedeckten Kosten spätestens binnen 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung an die Privatklinik J***** GmbH zu bezahlen.

Nicht zusatzversicherte Patienten: In Kenntnis der Tarife erkläre ich mich einverstanden, die mit diesem Aufenthalt verbundenen Kosten spätestens binnen 14 Tagen nach Erhalt der Rechnung an die Privatklinik J***** GmbH zu begleichen....."

Die Kasse ist von jeder Aufnahme eines Versicherten gemäß § 4 des Vertrags durch eine Aufnahmeanzeige tunlichst innerhalb von drei Werktagen zu verständigen. Die Kasse hat aufgrund der Aufnahmeanzeige der Krankenanstalt Privatklinik J***** GmbH gemäß § 5 des Vertrags eine Tagsatzübernahmeerklärung zu übermitteln.Die Kasse ist von jeder Aufnahme eines Versicherten gemäß Paragraph 4, des Vertrags durch eine Aufnahmeanzeige tunlichst innerhalb von drei Werktagen zu verständigen. Die Kasse hat aufgrund der Aufnahmeanzeige der Krankenanstalt Privatklinik J***** GmbH gemäß Paragraph 5, des Vertrags eine Tagsatzübernahmeerklärung zu übermitteln.

Die Honorierung erfolgt gemäß § 10 des Vertrags. § 10 Abs 6 Satz 1 des Vertrags lautetDie Honorierung erfolgt gemäß Paragraph 10, des Vertrags. Paragraph 10, Absatz 6, Satz 1 des Vertrags lautet:

„Mit dem von der Kasse für die nach § 3 Abs 1 lit c aufgenommenen Versicherten zu entrichtenden Tagsatz sind die Unterkunft, die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Beistellung von allen erforderlichen Heilmitteln, des notwendigen Blutersatzes und therapeutischer Behelfe, sowie die Pflege und die Verköstigung abgegolten....."„Mit dem von der Kasse für die nach Paragraph 3, Absatz eins, Litera c, aufgenommenen Versicherten zu entrichtenden Tagsatz sind die Unterkunft, die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Beistellung von allen erforderlichen Heilmitteln, des notwendigen Blutersatzes und therapeutischer Behelfe, sowie die Pflege und die Verköstigung abgegolten....."

Die Beklagte überwies entsprechend den Aufnahmeanzeigen vom 31. 7. 2001 und vom 21. 8. 2001 den Tagsatz von S 1.588,83 für beide hier relevanten Tage an die Privatklinik. Die Klägerin legte die von ihr zur Gänze bezahlten Rechnungen über insgesamt S 80.656,30 der Beklagten zur Saldierung vor.

In rechtlicher Hinsicht führte das Erstgericht im Wesentlichen aus, die Durchführung eines chirurgischen Eingriffes im Rahmen eines tagesklinischen Aufenthaltes stelle nach der Rechtsprechung keine Anstaltspflege dar. Da im vorliegenden Fall Anstaltspflege weder indiziert gewesen noch geleistet worden sei, könne kein Anspruch auf Kostenerstattung für Anstaltspflege bestehen.

Nehme der Versicherte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) in Anspruch, gebühre ihm gemäß § 131 Abs 1 ASVG der Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der vom Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Gemäß § 131 Abs 2 zweiter Satz ASVG könne durch die Krankenordnung die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nehme. Die Klägerin habe Leistungen der Privatklinik, die Vertragspartnerin der Beklagten sei, in Anspruch genommen. Die

Beklagte habe ihre vertragliche Verpflichtung gegenüber der Privatklinik durch die Zahlung der Pflichtversicherungsanteile erfüllt. Es gebühre der Klägerin daher keine Kostenerstattung im Sinne des § 131 Abs 1 ASVG. Es bestehe dementsprechend auch keine Verpflichtung der Beklagten, der Klägerin 80 % der Kosten der in Anspruch genommenen Wahlärzte zu ersetzen. Kosten von ärztlicher Behandlung, Heilmitteln und Heilbehelfen könnten weder neben den Kosten von Anstaltspflege noch neben jenen einer „ambulanten Pflege" begehrt werden. Dies gelte umso mehr, als der dem Gericht vorliegende Vertrag zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger als Gegenstand ausdrücklich die Entgelte und Zahlungsbedingungen für Leistungen stationärer Anstaltspflege und tagesklinischer Behandlungen in Vertragskrankenanstalten regle.Nehme der Versicherte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) in Anspruch, gebühre ihm gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG der Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 % des Betrages, der vom Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Gemäß Paragraph 131, Absatz 2, zweiter Satz ASVG könne durch die Krankenordnung die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nehme. Die Klägerin habe Leistungen der Privatklinik, die Vertragspartnerin der Beklagten sei, in Anspruch genommen. Die Beklagte habe ihre vertragliche Verpflichtung gegenüber der Privatklinik durch die Zahlung der Pflichtversicherungsanteile erfüllt. Es gebühre der Klägerin daher keine Kostenerstattung im Sinne des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG. Es bestehe dementsprechend auch keine Verpflichtung der Beklagten, der Klägerin 80 % der Kosten der in Anspruch genommenen Wahlärzte zu ersetzen. Kosten von ärztlicher Behandlung, Heilmitteln und Heilbehelfen könnten weder neben den Kosten von Anstaltspflege noch neben jenen einer „ambulanten Pflege" begehrt werden. Dies gelte umso mehr, als der dem Gericht vorliegende Vertrag zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger als Gegenstand ausdrücklich die Entgelte und Zahlungsbedingungen für Leistungen stationärer Anstaltspflege und tagesklinischer Behandlungen in Vertragskrankenanstalten regle.

Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin keine Folge. Nach seinen wesentlichen Rechtsausführungen habe die Klägerin nicht die behandelnden Ärzte als niedergelassene Wahlärzte, sondern die Privatklinik (als Vertragseinrichtung der Beklagten) in Anspruch genommen. Das Gesetz unterscheide zwischen Krankenbehandlung einerseits und Anstaltspflege andererseits. Diese Unterscheidung setze sich auch in den Regelungen über die Kostenerstattung fort. Die Kostenerstattung für Kosten der Krankenbehandlung sei in § 131 ASVG, jene für Kosten der Anstaltspflege in § 150 ASVG geregelt. Gemeinsamer Zweck der Regelungen über die Kostenerstattung sei es, den Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten zu belasten, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte. Dass die Kostenerstattung damit hinter den Marktpreisen zurückbleibe, liege im Wesen der österreichischen Krankenversicherung.Das Berufungsgericht gab der Berufung der Klägerin keine Folge. Nach seinen wesentlichen Rechtsausführungen habe die Klägerin nicht die behandelnden Ärzte als niedergelassene Wahlärzte, sondern die Privatklinik (als Vertragseinrichtung der Beklagten) in Anspruch genommen. Das Gesetz unterscheide zwischen Krankenbehandlung einerseits und Anstaltspflege andererseits. Diese Unterscheidung setze sich auch in den Regelungen über die Kostenerstattung fort. Die Kostenerstattung für Kosten der Krankenbehandlung sei in Paragraph 131, ASVG, jene für Kosten der Anstaltspflege in Paragraph 150, ASVG geregelt. Gemeinsamer Zweck der Regelungen über die Kostenerstattung sei es, den Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten zu belasten, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte. Dass die Kostenerstattung damit hinter den Marktpreisen zurückbleibe, liege im Wesen der österreichischen Krankenversicherung.

Für die Gewährung der Anstaltspflege als Sachleistung kämen nach den §§ 144 ff ASVG landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, eigene Krankenanstalten des Versicherungsträgers und Krankenanstalten, mit denen der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehe, in Betracht. Gemäß 148 Z 3 ASVG seien alle Leistungen der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten - von hier nicht relevanten Ausnahmen abgesehen - im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen mit den in § 148 Z 3 lit a bis d ASVG genannten Zahlungen abgegolten. Dieser Grundsatz gelte ab 1. 1. 2002, soweit es um Leistungen im stationären oder tagesklinischen Bereich gehe, gemäß § 149 Abs 3 ASVG in der ab 1. 1. 2002 geltenden Fassung auch für die nicht landesfondsfinanzierten, mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalten.Für die Gewährung der Anstaltspflege als Sachleistung

kämen nach den Paragraphen 144, ff ASVG landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, eigene Krankenanstalten des Versicherungsträgers und Krankenanstalten, mit denen der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehe, in Betracht. Gemäß 148 Ziffer 3, ASVG seien alle Leistungen der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten - von hier nicht relevanten Ausnahmen abgesehen - im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen mit den in Paragraph 148, Ziffer 3, Litera a bis d ASVG genannten Zahlungen abgegolten. Dieser Grundsatz gelte ab 1. 1. 2002, soweit es um Leistungen im stationären oder tagesklinischen Bereich gehe, gemäß Paragraph 149, Absatz 3, ASVG in der ab 1. 1. 2002 geltenden Fassung auch für die nicht landesfondsfinanzierten, mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalten.

Im vorliegenden Fall sei allerdings die Inanspruchnahme der Privatklinik als einer nicht landesfondsfinanzierten, mit der Beklagten in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalt am 31. 7. und 21. 8. 2001 zu beurteilen. Rechtsgrundlage der Beziehung zwischen dem Versicherungsträger und einer solchen Krankenanstalt seien die in § 149 Abs 2 (Abs 3) ASVG genannten Verträge. Gegenständlich lägen der Krankenhausvertrag zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) sowie der Gesamtvertrag zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Beilage 2) vor. Der § 2 Abs 1 des Gesamtvertrages (Beilage 2) regle Entgelte und Zahlungsbedingungen für Leistungen stationärer Anstaltspflege und tagesklinischer Behandlungen in Vertragskrankenanstalten, die Versicherten gewährt werden und der Art nach für die Ermittlung der Gesamtausgaben im Sinn des § 3 Abs 1 desselben Vertrages herangezogen worden seien, und zwar einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen. Gemäß § 10 Abs 1 des Krankenanstaltenvertrages zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) erfolge die Honorierung der Leistungen der Privatklinik nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Vertrages zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Dieser habe für das Jahr 2001 für Wiener Vertragseinrichtungen einen Tagessatz von S 1.588,83 vorgesehen. Die Beklagte habe auf die Aufnahmeanzeigen der Privatklinik über die Aufenthalte der Klägerin am 31. 7. und 21. 8. 2001 jeweils eine Kostenübernahmeerklärung für die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse abgegeben und die entsprechenden Pflegegebühren (Tagsatz von je S 1.588,83) an die Privatklinik bezahlt. Damit sei die Beklagte für die - tagesklinische - Unterbringung der Klägerin in der allgemeinen Gebührenklasse als Sachleistung aufgekommen. Die Inanspruchnahme einer Vertragseinrichtung des Sozialversicherungsträgers als Wahleinrichtung gegen Kostenerstattung sei rechtlich nicht möglich. Eine Kostenerstattung für die aufgelaufenen Krankenhauskosten komme daher nicht in Betracht.Im vorliegenden Fall sei allerdings die Inanspruchnahme der Privatklinik als einer nicht landesfondsfinanzierten, mit der Beklagten in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstalt am 31. 7. und 21. 8. 2001 zu beurteilen. Rechtsgrundlage der Beziehung zwischen dem Versicherungsträger und einer solchen Krankenanstalt seien die in Paragraph 149, Absatz 2, (Absatz 3,) ASVG genannten Verträge. Gegenständlich lägen der Krankenhausvertrag zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) sowie der Gesamtvertrag zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Beilage 2) vor. Der Paragraph 2, Absatz eins, des Gesamtvertrages (Beilage 2) regle Entgelte und Zahlungsbedingungen für Leistungen stationärer Anstaltspflege und tagesklinischer Behandlungen in Vertragskrankenanstalten, die Versicherten gewährt werden und der Art nach für die Ermittlung der Gesamtausgaben im Sinn des Paragraph 3, Absatz eins, desselben Vertrages herangezogen worden seien, und zwar einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen. Gemäß Paragraph 10, Absatz eins, des Krankenanstaltenvertrages zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) erfolge die Honorierung der Leistungen der Privatklinik nach den Bestimmungen des jeweils gültigen Vertrages zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Dieser habe für das Jahr 2001 für Wiener Vertragseinrichtungen einen Tagessatz von S 1.588,83 vorgesehen. Die Beklagte habe auf die Aufnahmeanzeigen der Privatklinik über die Aufenthalte der Klägerin am 31. 7. und 21. 8. 2001 jeweils eine Kostenübernahmeerklärung für die Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse abgegeben und die entsprechenden Pflegegebühren (Tagsatz von je S 1.588,83) an die Privatklinik bezahlt. Damit sei die Beklagte für die - tagesklinische - Unterbringung der Klägerin in der allgemeinen Gebührenklasse als Sachleistung aufgekommen. Die Inanspruchnahme einer Vertragseinrichtung des Sozialversicherungsträgers als Wahleinrichtung gegen Kostenerstattung sei rechtlich nicht möglich. Eine Kostenerstattung für die aufgelaufenen Krankenhauskosten komme daher nicht in Betracht.

Es bestehe aber auch kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der begehrten Kosten für die Inanspruchnahme der

behandelnden Ärzte als Wahlärzte sowie der Kosten der verwendeten Intraokularlinsen. Gemäß § 133 Abs 5 ASVG bestehe für die Zeit der Anstaltspflege des Versicherten kein Anspruch auf Leistung einer Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz (KAG) im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren seien. Auch wenn nach der bisherigen Rechtsprechung eine tagesklinische Behandlung keine Anstaltspflege darstelle, sei nach Auffassung des Berufungsgerichtes die Bestimmung des § 133 Abs 5 ASVG nicht nur bei stationärer Behandlung, sondern auch bei tagesklinischer Behandlung im Rahmen einer Krankenanstalt anzuwenden. Das Sozialversicherungsrecht knüpfe nämlich, soweit es den Begriff „Anstaltspflege" verwende, am Krankenanstaltenrecht an und übernehme den Begriff „Anstaltspflege" in seiner jeweiligen krankenanstaltenrechtlichen Ausprägung. Es lege also einen formalen Begriff der „Anstaltspflege" zugrunde. Das Augenmerk des sozialversicherungsrechtlichen Gesetzgebers sei auf die Sicherstellung der Erbringung von Anstaltspflege gerichtet. Hingegen werde die Frage, welche Leistungen im Rahmen der Anstaltspflege erbracht und vergütet werden sollen, ausgeblendet. Dem entspreche, dass der Begriff „Anstaltspflege" im ASVG nicht definiert sei. Der Begriff „Anstaltspflege" lasse sich somit nicht mit Blick darauf ausfüllen, welche Leistungen im Rahmen der Krankenanstalt im Einzelnen erbracht werden. Wesentlich sei vielmehr nur, dass die Leistungen aufgrund der Art der Erkrankung im Rahmen einer Krankenanstalt erbracht werden müssen.Es bestehe aber auch kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der begehrten Kosten für die Inanspruchnahme der behandelnden Ärzte als Wahlärzte sowie der Kosten der verwendeten Intraokularlinsen. Gemäß Paragraph 133, Absatz 5, ASVG bestehe für die Zeit der Anstaltspflege des Versicherten kein Anspruch auf Leistung einer Krankenbehandlung, soweit die entsprechenden Leistungen nach dem Krankenanstaltengesetz (KAG) im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren seien. Auch wenn nach der bisherigen Rechtsprechung eine tagesklinische Behandlung keine Anstaltspflege darstelle, sei nach Auffassung des Berufungsgerichtes die Bestimmung des Paragraph 133, Absatz 5, ASVG nicht nur bei stationärer Behandlung, sondern auch bei tagesklinischer Behandlung im Rahmen einer Krankenanstalt anzuwenden. Das Sozialversicherungsrecht knüpfe nämlich, soweit es den Begriff „Anstaltspflege" verwende, am Krankenanstaltenrecht an und übernehme den Begriff „Anstaltspflege" in seiner jeweiligen krankenanstaltenrechtlichen Ausprägung. Es lege also einen formalen Begriff der „Anstaltspflege" zugrunde. Das Augenmerk des sozialversicherungsrechtlichen Gesetzgebers sei auf die Sicherstellung der Erbringung von Anstaltspflege gerichtet. Hingegen werde die Frage, welche Leistungen im Rahmen der Anstaltspflege erbracht und vergütet werden sollen, ausgeblendet. Dem entspreche, dass der Begriff „Anstaltspflege" im ASVG nicht definiert sei. Der Begriff „Anstaltspflege" lasse sich somit nicht mit Blick darauf ausfüllen, welche Leistungen im Rahmen der Krankenanstalt im Einzelnen erbracht werden. Wesentlich sei vielmehr nur, dass die Leistungen aufgrund der Art der Erkrankung im Rahmen einer Krankenanstalt erbracht werden müssen.

Mit diesen Überlegungen stehe auch der Inhalt des Honorartarifs der Beklagten für die niedergelassenen Vertragsfachärzte, der keine Verrechnungspositionen für Operationen enthalte, deren Durchführung im Allgemeinen nur in einer Krankenanstalt - sei es auch im Rahmen einer tagesklinischen Betreuung - möglich sei, im Einklang. Nach § 10 Abs 1 des Krankenanstaltenvertrages zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) iVm § 2 Abs 1 des Gesamtvertrages zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (Beilage 2) seien durch die vom Versicherungsträger der Krankenanstalt bezahlten Beträge nicht nur alle Leistungen im Rahmen stationärer Anstaltspflege, sondern auch die im Rahmen tagesklinischer Behandlung erbrachten Leistungen abgegolten. Auf dieser Grundlage sei für die Frage der Kostenerstattung nur darauf abzustellen, welche Kosten dem Versicherungsträger bei Gewährung der unter anderem für Kataraktoperationen vorgesehenen stationären oder tagesklinischen Behandlung im Rahmen einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt oder einer entsprechenden Vertragseinrichtung entstünden. Wie bereits dargelegt, beschränkten sich diese Kosten auf die Abgeltung durch LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebühren. Dass die Klägerin die erforderliche Behandlung freiwillig in einer privaten Krankenanstalt, die keine allgemeine Gebührenklasse unterhalte, unter Beiziehung eines frei gewählten Arztes im Sinn des Belegsystems durchführen habe lassen, könne nicht zu einem - über die ohnehin erbrachte Sachleistung hinausgehenden - Kostenerstattungsanspruch führen. Es ergebe sich somit, dass der Klägerin kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 131 ASVG für die Inanspruchnahme von Wahlärzten zustehe. Auch die begehrte Erstattung der Kosten von Intraokularlinsen sei ausgeschlossen. Es erübrige sich damit ein Eingehen auf die Regelung des § 131 Abs 2 letzter Satz ASVG sowie die entsprechenden Regelungen im § 29 der Krankenordnung der Beklagten.Mit diesen Überlegungen stehe auch der Inhalt des Honorartarifs der Beklagten für die niedergelassenen Vertragsfachärzte, der keine Verrechnungspositionen für Operationen enthalte, deren Durchführung im Allgemeinen nur in einer Krankenanstalt - sei es auch im Rahmen einer tagesklinischen Betreuung - möglich sei, im Einklang. Nach

Paragraph 10, Absatz eins, des Krankenanstaltenvertrages zwischen der Privatklinik und der Beklagten (Beilage 1) in Verbindung mit Paragraph 2, Absatz eins, des Gesamtvertrages zwischen der Wirtschaftskammer Österreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (Beilage 2) seien durch die vom Versicherungsträger der Krankenanstalt bezahlten Beträge nicht nur alle Leistungen im Rahmen stationärer Anstaltspflege, sondern auch die im Rahmen tagesklinischer Behandlung erbrachten Leistungen abgegolten. Auf dieser Grundlage sei für die Frage der Kostenerstattung nur darauf abzustellen, welche Kosten dem Versicherungsträger bei Gewährung der unter anderem für Kataraktoperationen vorgesehenen stationären oder tagesklinischen Behandlung im Rahmen einer landesfondsfinanzierten Krankenanstalt oder einer entsprechenden Vertragseinrichtung entstünden. Wie bereits dargelegt, beschränkten sich diese Kosten auf die Abgeltung durch LKF-Gebührenersätze oder Pflegegebühren. Dass die Klägerin die erforderliche Behandlung freiwillig in einer privaten Krankenanstalt, die keine allgemeine Gebührenklasse unterhalte, unter Beiziehung eines frei gewählten Arztes im Sinn des Belegsystems durchführen habe lassen, könne nicht zu einem - über die ohnehin erbrachte Sachleistung hinausgehenden - Kostenerstattungsanspruch führen. Es ergebe sich somit, dass der Klägerin kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß Paragraph 131, ASVG für die Inanspruchnahme von Wahlärzten zustehe. Auch die begehrte Erstattung der Kosten von Intraokularlinsen sei ausgeschlossen. Es erübrige sich damit ein Eingehen auf die Regelung des Paragraph 131, Absatz 2, letzter Satz ASVG sowie die entsprechenden Regelungen im Paragraph 29, der Krankenordnung der Beklagten.

Das Berufungsgericht sprach weiters aus, dass die Revision zulässig sei, weil eine Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zu den sozialversicherungsrechtlichen Aspekten des Belegarztsystems fehle und das Berufungsgericht von der Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes zur Einordnung tagesklinischer Leistungen abgewichen sei.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der Klägerin wegen „unrichtiger Tatsachenfeststellung infolge fehlerhafter Beweiswürdigung" sowie unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im Sinne einer vollinhaltlichen Stattgebung des Klagebegehrens. Hilfsweise wird der Zuspruch einer Kostenerstattung von jedenfalls EUR 2.190,46 bzw „im gesetzlichen Ausmaß gemäß § 131 Abs 1 ASVG" begehrt.Gegen diese Entscheidung richtet sich die Revision der Klägerin wegen „unrichtiger Tatsachenfeststellung infolge fehlerhafter Beweiswürdigung" sowie unrichtiger rechtlicher Beurteilung mit dem Antrag auf Abänderung im Sinne einer vollinhaltlichen Stattgebung des Klagebegehrens. Hilfsweise wird der Zuspruch einer Kostenerstattung von jedenfalls EUR 2.190,46 bzw „im gesetzlichen Ausmaß gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG" begehrt.

Die Beklagte beantragt in ihrer Revisionsbeantwortung, der Revision keine Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist aus dem vom Berufungsgericht genannten Grund zulässig, im Ergebnis aber nicht berechtigt.

Zu den Ausführungen zur „Beweisrüge" ist lediglich zu bemerken, dass die Bekämpfung der Beweiswürdigung vor dem Obersten Gerichtshof, der nicht Tatsacheninstanz ist, nicht zulässig ist und die Revision daher insoweit nicht gesetzmäßig ausgeführt ist.

In ihren Ausführungen zur Rechtsrüge bekämpft die Klägerin die Rechtsansicht des Berufungsgerichtes, sie habe die Privatklinik als Vertragseinrichtung der Beklagten in Anspruch genommen. Sie sei ausschließlich zu ihrem freiberuflich tätigen und in keinem Vertragsverhältnis zur Beklagten stehenden Wahlarzt Dr. L***** in einem Vertragsverhältnis gestanden. Der Wahlarzt habe die Durchführung seiner ambulanten Krankenbehandlung für den Operationsteil in die Einrichtungen der Privatklinik gegen Entgelt ausgelagert und diese im Rahmen seines Belegarztvertrages gemietet. Zwischen der Klägerin und der Privatklinik sei kein wirksamer schuldrechtlicher Krankenhausvertrag zustande gekommen. Eine wirksame vertragliche Willensübereinstimmung zwischen der Klägerin und der Privatklinik könnte lediglich allenfalls in Bezug auf die für die Benützung des Operationssaales anfallenden Kosten angenommen werden. Die Bezahlung der Pauschalsätze durch die Beklagte an die Privatklinik dürfe dem Kostenerstattungsbegehren der Klägerin jedenfalls nicht entgegenstehen, zumal diese weder vor noch nach der Operation einer über die Krankenbehandlung hinausgehenden Pflege oder Behandlung bedurft habe und somit weder eine Anstaltspflege noch ein tagesklinischer Aufenthalt vorgelegen sei.

Dazu wurde Folgendes erwogen:

Ein Belegarzt ist in der Regel ein freiberuflicher Arzt, der in keinem Arbeitsverhältnis zum Rechtsträger des Krankenhauses steht und dem von diesem das Recht gewährt wird, seine Patienten in diesem Spital unter

Inanspruchnahme der hiefür beigestellten Räume und Einrichtungen zu behandeln. Er ist befugt, diese Patienten im Belegspital zu operieren und, solange eine stationäre Behandlung erforderlich ist, dort nachzubehandeln bzw vom Spitalspersonal betreuen zu lassen (8 ObA 41/02s mwN). Aufgabe des Belegspitals ist es hingegen, den Patienten unterzubringen, zu verpflegen und die für die Durchführung der stationären Behandlung des Patienten durch den Belegarzt erforderlichen Hilfen zur Verfügung zu stellen, soweit dies nicht der Belegarzt selbst besorgt. Die im Belegarztvertrag erkennbare Aufgabenteilung führt gegenüber dem Patienten zu einer entsprechenden Aufspaltung der Leistungspflichten des Belegarztes einerseits und des Belegspitals andererseits (9 Ob 152/04z; RdM 2000/7, 88). Dementsprechend bestehen im Belegarztsystem (im Regelfall) mannigfache Vertragsbeziehungen: nämlich ein Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Belegarzt, ein (Krankenhaus-)Aufnahmevertrag zwischen dem Patienten und dem Rechtsträger der Krankenanstalt sowie eine Vertragsbeziehung zwischen dem Krankenanstaltenträger und dem Belegarzt (Fuchs, Zur Haftung des Belegarztes, RdM 2002/43, 138 ff). Beim Belegarztsystem ist daher davon auszugehen, dass der Belegarzt im Rahmen des Behandlungsvertrages die Behandlung des Patienten, im Regelfall dessen Operation samt Nachbehandlung, und das Belegspital im Sinne eines „gespaltenen" Krankenhausvertrages die Erbringung der damit verbundenen krankenhausspezifischen Hilfs- und Zusatzdienste einschließlich all dessen, was man als „Hotelkomponente" bezeichnet, schuldet. Die dem Patienten geschuldete Gesamtleistung resultiert daher erst aus diesen beiden aufeinander abgestimmten Verträgen (Krejci, Vertrags- und Haftungsfragen zum Belegsystem, VersRdSch 1995, Heft 7-8/95, 32 ff [37 f]).

Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, dass der die Klägerin operierende Arzt Dr. L***** als „Belegarzt" im Sinne der dargelegten Ausführungen zu qualifizieren ist. Zutreffend hat bereits das Berufungsgericht darauf hingewiesen, dass im Rahmen dieses Belegarztsystems auch zwischen der Klägerin und der Privatklinik ein Krankenhausvertrag über die mit der Behandlung durch den Belegarzt verbundenen krankenhausspezifischen Hilfs- und Zusatzdienste abgeschlossen wurde, was sich auch im Inhalt der Beilagen 5 und 6 zeigt. Die Frage nach dem genauen Inhalt dieses Vertrages bzw einer allfälligen Verletzung von Aufklärungspflichten gegenüber der Klägerin im Zusammenhang mit dem Abschluss dieses Vertrages ist für die im gegenständlichen Verfahren allein zu prüfenden sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche der Klägerin gegenüber der Beklagten nicht entscheidungsrelevant. Die ärztliche Behandlung wurde von Dr. L***** nicht als niedergelassener Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Ordination, sondern als Belegarzt einer privaten Krankenanstalt, mit der die Beklagte in einem Vertragsverhältnis steht, erbracht (vgl Windisch-Graetz, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 144 ff). Es ist daher auch die weitere Ansicht des Berufungsgerichtes, die Klägerin habe nicht Dr. L***** als niedergelassenen Wahlarzt, sondern primär die Privatklinik (eine Vertragseinrichtung der Beklagten) in Anspruch genommen, zutreffend.Im vorliegenden Fall ist nicht strittig, dass der die Klägerin operierende Arzt Dr. L***** als „Belegarzt" im Sinne der dargelegten Ausführungen zu qualifizieren ist. Zutreffend hat bereits das Berufungsgericht darauf hingewiesen, dass im Rahmen dieses Belegarztsystems auch zwischen der Klägerin und der Privatklinik ein Krankenhausvertrag über die mit der Behandlung durch den Belegarzt verbundenen krankenhausspezifischen Hilfs- und Zusatzdienste abgeschlossen wurde, was sich auch im Inhalt der Beilagen 5 und 6 zeigt. Die Frage nach dem genauen Inhalt dieses Vertrages bzw einer allfälligen Verletzung von Aufklärungspflichten gegenüber der Klägerin im Zusammenhang mit dem Abschluss dieses Vertrages ist für die im gegenständlichen Verfahren allein zu prüfenden sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche der Klägerin gegenüber der Beklagten nicht entscheidungsrelevant. Die ärztliche Behandlung wurde von Dr. L***** nicht als niedergelassener Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Ordination, sondern als Belegarzt einer privaten Krankenanstalt, mit der die Beklagte in einem Vertragsverhältnis steht, erbracht vergleiche WindischGraetz, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 144 ff). Es ist daher auch die weitere Ansicht des Berufungsgerichtes, die Klägerin habe nicht Dr. L***** als niedergelassenen Wahlarzt, sondern primär die Privatklinik (eine Vertragseinrichtung der Beklagten) in Anspruch genommen, zutreffend.

Hinsichtlich der Leistungen der Krankenversicherung unterscheidet das Gesetz zwischen der Krankenbehandlung (§§ 133 ff ASVG), wozu auch die ärztliche Hilfe zählt (§ 133 Abs 1 Z 1 ASVG) und der Anstaltspflege (§§ 144 ff ASVG). Die Erbringung ärztlicher Dienstleistungen erfolgt demnach krankenversicherungsrechtlich entweder als Leistung „ärztliche Hilfe" (§ 135 ASVG) oder als Teilleistung im Rahmen der Leistung „Anstaltspflege" (§ 144 ASVG). Vertragspartner ist entweder ein niedergelassener Arzt (im Leistungstypus „ärztliche Hilfe") oder ein Träger einer Krankenanstalt (im Leistungstypus „Anstaltspflege"). Die Leistung „ärztliche Hilfe" kann als Maßnahme der Krankenbehandlung nur durch niedergelassene Ärzte oder durch Krankenanstalten (Ambulatorien) erbracht werden (Mazal, Gruppenpraxis und Kassenvertragsrecht, RdM 1998, 163 ff [168]). Die Unterscheidung zwischen Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe....) und

Anstaltspflege setzt sich auch in den Regelungen über die Kostenerstattung fort. So ist die Kostenerstattung für Kosten der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe....) in § 131 ASVG, jene für Kosten der Anstaltspflege in § 150 ASVG geregelt.Hinsichtlich der Leistungen der Krankenversicherung unterscheidet das Gesetz zwischen der Krankenbehandlung (Paragraphen 133, ff ASVG), wozu auch die ärztliche Hilfe zählt (Paragraph 133, Absatz eins, Ziffer eins, ASVG) und der Anstaltspflege (Paragraphen 144, ff ASVG). Die Erbringung ärztlicher Dienstleistungen erfolgt demnach krankenversicherungsrechtlich entweder als Leistung „ärztliche Hilfe" (Paragraph 135, ASVG) oder als Teilleistung im Rahmen der Leistung „Anstaltspflege" (Paragraph 144, ASVG). Vertragspartner ist entweder ein niedergelassener Arzt (im Leistungstypus „ärztliche Hilfe") oder ein Träger einer Krankenanstalt (im Leistungstypus „Anstaltspflege"). Die Leistung „ärztliche Hilfe" kann als Maßnahme der Krankenbehandlung nur durch niedergelassene Ärzte oder durch Krankenanstalten (Ambulatorien) erbracht werden (Mazal, Gruppenpraxis und Kassenvertragsrecht, RdM 1998, 163 ff [168]). Die Unterscheidung zwischen Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe....) und Anstaltspflege setzt sich auch in den Regelungen über die Kostenerstattung fort. So ist die Kostenerstattung für Kosten der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe....) in Paragraph 131, ASVG, jene für Kosten der Anstaltspflege in Paragraph 150, ASVG geregelt.

Eine genaue Abgrenzung zwischen „ärztlicher Hilfe" und „Anstaltspflege" erweist sich schon deshalb als schwierig, weil im Gesetz eine Legaldefinition der Anstaltspflege fehlt und der Gesetzeswortlaut daher offen lässt, was konkret unter dem Begriff „Anstaltspflege" zu verstehen ist, welche Einzelleistungen, welcher Art und in welchem Umfang zu erbringen sind (Binder in Tomandl, SV-System 15. ErgLfg 233; Grömmer/Oberhofer, Beistellung einer Knieorthese, DRdA 1992, 153 ff [154] mwN ua). Es bestehen in der Lehre auch unterschiedliche Auffassungen darüber, ob sich der Begriff der Anstaltspflege aus krankenanstaltenrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Sicht unterscheidet (verneinend etwa Radner, Die Anstaltspflege 28; bejahend etwa Windisch-Graetz, Kassenfreier Raum und Anstaltspflege? ZAS 1994, 37 ff [38]). Aus der Konzeption des Gesetzgebers (insbesondere § 148 ASVG iVm § 27 KAG) wird entnommen, dass Anstaltspflege insofern eine „einheitliche und unteilbare" Gesamtleistung darstellt, als einzelne Leistungen dem Patienten nicht gesondert verrechnet werden dürfen. Unterkunft, ärztliche Untersuchung und Behandlung, Beistellung von Hilfsmitteln, Pflege und Verköstigung sind mit der Bezahlung der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten. Nach herrschender Ansicht ist als Anstaltspflege ausschließlich die stationäre Pflege (nicht dagegen die ärztliche Hilfeleistung in der Anstaltsambulanz, einer Tagesklinik oder einer Akutabteilung der Pflegeanstalt) anzusehen (Binder aaO mwN; vgl auch Mosler, Wesen und Aufgabenstellung der Spitalsambulanzen in Tomandl [Hrsg], Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstalten- recht [Wiener Beiträge zum Arbeits- und Sozialrecht Band 48] 1 ff [12]; Rebhahn, Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Auslagerung bei Anstaltspflege in Tomandl [Hrsg], Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht 15 ff [16] und andere). Auch in der Judikatur wird betont, dass unter dem Begriff der Anstaltspflege eine einheitliche und unteilbare Gesamtleistung zu verstehen ist und dass mit den vom Landesfonds bzw Versicherungsträger gezahlten Pflegegebühren grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind (vgl SSV-NF 10/119 ua; RIS-Justiz RS0085800, RS0085807). Weiters wurde bereits mehrfach entschieden, dass ein operativer Eingriff in einer Tagesklinik, wobei der Patient kurz nach dem Aufwachen aus der Narkose die Tagesklinik wieder verlassen kann, keine Anstaltspflege darstellt (SSV-NF 5/130; 14/78). Ob im vorliegenden Fall im Sinn der bisherigen Rechtsprechung Anstaltspflege gegeben war, ist nicht entscheidungswesentlich, wie sich aus dem Folgenden ergeben wird.Eine genaue Abgrenzung zwischen „ärztlicher Hilfe" und „Anstaltspflege" erweist sich schon deshalb als schwierig, weil im Gesetz eine Legaldefinition der Anstaltspflege fehlt und der Gesetzeswortlaut daher offen lässt, was konkret unter dem Begriff „Anstaltspflege" zu verstehen ist, welche Einzelleistungen, welcher Art und in welchem Umfang zu erbringen sind (Binder in Tomandl, SV-System 15. ErgLfg 233; Grömmer/Oberhofer, Beistellung einer Knieorthese, DRdA 1992, 153 ff [154] mwN ua). Es bestehen in der Lehre auch unterschiedliche Auffassungen darüber, ob sich der Begriff der Anstaltspflege aus krankenanstaltenrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Sicht unterscheidet (verneinend etwa Radner, Die Anstaltspflege 28; bejahend etwa WindischGraetz, Kassenfreier Raum und Anstaltspflege? ZAS 1994, 37 ff [38]). Aus der Konzeption des Gesetzgebers (insbesondere Paragraph 148, ASVG in Verbindung mit Paragraph 27, KAG) wird entnommen, dass Anstaltspflege insofern eine „einheitliche und unteilbare" Gesamtleistung darstellt, als einzelne Leistungen dem Patienten nicht gesondert verrechnet werden dürfen. Unterkunft, ärztliche Untersuchung und Behandlung, Beistellung von Hilfsmitteln, Pflege und Verköstigung sind mit der Bezahlung der LKF-Gebühren oder Pflegegebühren abgegolten. Nach herrschender Ansicht ist als Anstaltspflege ausschließlich die stationäre Pflege (nicht dagegen die ärztliche Hilfeleistung in der Anstaltsambulanz, einer Tagesklinik oder einer Akutabteilung der

Pflegeanstalt) anzusehen (Binder aaO mwN; vergleiche auch Mosler, Wesen und Aufgabenstellung der Spitalsambulanzen in Tomandl [Hrsg], Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstalten- recht [Wiener Beiträge zum Arbeits- und Sozialrecht Band 48] 1 ff [12]; Rebhahn, Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Auslagerung bei Anstaltspflege in Tomandl [Hrsg], Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht 15 ff [16] und andere). Auch in der Judikatur wird betont, dass unter dem Begriff der Anstaltspflege eine einheitliche und unteilbare Gesamtleistung zu verstehen ist und dass mit den vom Landesfonds bzw Versicherungsträger gezahlten Pflegegebühren grundsätzlich alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten sind vergleiche SSV-NF 10/119 ua; RIS-Justiz RS0085800, RS0085807). Weiters wurde bereits mehrfach entschieden, dass ein operativer Eingriff in einer Tagesklinik, wobei der Patient kurz nach dem Aufwachen aus der Narkose die Tagesklinik wieder verlassen kann, keine Anstaltspflege darstellt (SSV-NF 5/130; 14/78). Ob im vorliegenden Fall im Sinn der bisherigen Rechtsprechung Anstaltspflege gegeben war, ist nicht entscheidungswesentlich, wie sich aus dem Folgenden ergeben wird.

Im vorliegenden Fall steht nur fest, dass die beiden Augenoperationen ambulant im Rahmen der Tageschirurgie (Tagesklinik) in der Privatklinik durchgeführt wurden, wobei die Klägerin zu beiden Terminen ambulant im Rahmen der Tageschirurgie aufgenommen wurde. Ob bzw in welchem Umfang in der Privatklinik über die ärztliche Behandlung hinausgehende Pflegeleistungen für die Klägerin erbracht wurden, steht nicht fest. Den beiden von der Klägerin vorgelegten Rechnungen (Beilagen D und E) ist im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Anstaltspflege lediglich zu entnehmen, dass ihr von der Privatklinik jeweils auch eine postoperative Überwachung im Ruheraum in Höhe von jeweils S 1.841,95 in Rechnung gestellt wurde.

Das Berufungsgericht vertrat nunmehr abweichend von der zitierten Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes die Ansicht, die ärztliche Hilfeleistung in einer Tagesklinik stelle eine Anstaltspflege im Sinne der §§ 144 ff ASVG dar, und es gelangte mit ausführlicher Begründung zu dem Ergebnis, dass die Beklagte für die - tagesklinische - Unterbringung der Klägerin in der allgemeinen Gebührenklasse in der mit ihr in einem Vertragsverhältnis stehenden Privatklinik als Sachleistung aufgekommen sei und eine darüber hinausgehende Kostenerstattung für aufgelaufene Krankenhauskosten daher nicht mehr in Betracht komme. Die Klägerin vertritt hingegen die Ansicht, es sei tatsächlich keine Anstaltspflege vorgelegen und sie habe daher Anspruch auf Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung durch Wahlärzte im Sinn des § 131 Abs 1 ASVG.Das Berufungsgericht vertrat nunmehr abweichend von der zitierten Rechtsprechung des Obersten Gerichtshofes die Ansicht, die ärztliche Hilfeleistung in einer Tagesklinik stelle eine Anstaltspflege im Sinne der Paragraphen 144, ff ASVG dar, und es gelangte mit ausführlicher Begründung zu dem Ergebnis, dass die Beklagte für die - tagesklinische - Unterbringung der Klägerin in der allgemeinen Gebührenklasse in der mit ihr in einem Vertragsverhältnis stehenden Privatklinik als Sachleistung aufgekommen sei und eine darüber hinausgehende Kostenerstattung für aufgelaufene Krankenhauskosten daher nicht mehr in Betracht komme. Die Klägerin vertritt hingegen die Ansicht, es sei tatsächlich keine Anstaltspflege vorgelegen und sie habe daher Anspruch auf Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung durch Wahlärzte im Sinn des Paragraph 131, Absatz eins, ASVG.

Die ärztliche Hilfe wird gemäß § 135 Abs 1 ASVG durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (§ 131 Abs 1), durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§ 338) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm gemäß § 131 Abs 1 ASVG der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt (§ 131 Abs 2 zweiter Satz ASVG).Die ärztliche Hilfe wird gemäß Paragraph 135, Absatz eins, ASVG durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte (Paragraph 131, Absatz eins,), durch Ärzte in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsträger gewährt. Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (Paragraph 338,) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm gemäß Paragraph 131, Absatz eins, ASVG der Ersatz der Kosten dieser Krankenbehandlung im Ausmaß von 80 vH des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung

ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt (Paragraph 131, Absatz 2, zweiter Satz ASVG).

Auch wenn man im Sinne der bisherigen Judikatur und des Prozessstandpunktes der Klägerin davon ausgeht, dass entgegen der Rechtsansicht des Berufungsgerichtes keine Anstaltspflege im Sinne der §§ 144 ff ASVG vorlag, sodass grundsätzlich ein Anspruch auf Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung durch Wahlärzte im Sinn des § 131 ASVG in Betracht kommt, ist zu berücksichtigen, dass der Zweck der Regelung des§ 131 Abs 1 ASVG darin besteht, den Krankenversicherungsträger nicht mit höheren, aber auch nicht mit niedrigeren Kosten zu belasten, als wenn der Versicherte einen Vertragsarzt oder eine Vertragseinrichtung in Anspruch genommen hätte (SSV-NF 6/59 mwN ua). Dass die Kostenerstattung damit hinter den Marktpreisen zurückbleibt, liegt im Wesen der österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung (SSV-NF 10/114). Wie der Oberste Gerichtshof bereits wiederholt ausgesprochen hat, können auch Krankenanstalten, insbesondere auch Ambulatorien, in denen Krankenbehandlung in Form ärztlicher Hilfe geleistet wird, „entsprechende Vertragspartner" des Versicherungsträgers im Sinne des § 131 Abs 1 ASVG sein (SSV-NF 6/41 = DRdA 1993/3, 27 [Binder] = ZAS 1993/12, 146 [Schrammel/Radner]; SSV-NF 6/59). Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn von einem Wahlarzt eine Leistung erbracht wird, die in der entsprechenden Honorarordnung für die Vertragsärzte nicht vorgesehen ist. Ein solcher Fall liegt hier vor, weil der Honorartarif der Beklagten für die niedergelassenen Vertragsfachärzte für das Fachgebiet der Augenheilkunde und Optometrie keine Verrechnungsposition für Kataraktoperationen enthält. Damit wurde von der Beklagten die von der Klägerin konkret benötigte ärztliche Hilfe als Sachleistung nur in Vertragseinrichtungen, nicht aber bei freiberuflich tätigen Ärzten zu

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

© 2025 JUSLINE
JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.
www.jusline.at