

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

TE OGH 2000/11/9 20b231/99f

JUSLINE Entscheidung

② Veröffentlicht am 09.11.2000

Kopf

Der Oberste Gerichtshof hat als Revisionsgericht durch den Senatspräsidenten des Obersten Gerichtshofes Dr. Niederreiter als Vorsitzenden sowie durch die Hofräte des Obersten Gerichtshofes Dr. Schinko, Dr. Tittel, Dr. Baumann und Dr. Hoch als weitere Richter in der Rechtssache der klagenden Partei Burgenländische Gebietskrankenkasse, Esterhazyplatz 3, 7001 Eisenstadt, vertreten durch Philipp & Partner, Rechtsanwälte und Strafverteidiger OEG in Mattersburg, wider die beklagten Parteien 1. Igor S***** und 2. Z***** AG, ***** vertreten durch Dr. Ingo Ubl, Rechtsanwalt in Wien, wegen S 275.521,-- sA, infolge Revision der beklagten Parteien gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes Wien als Berufungsgericht vom 5. Mai 1999, GZ 17 R 74/99y-14, womit infolge Berufung der beklagten Parteien das Urteil des Landesgerichtes Eisenstadt vom 8. Jänner 1999, GZ 22 Cg 79/98v-9, 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 S 14.256,-- (darin enthalten S 2.376,-- Umsatzsteuer, keine Barauslagen) bestimmten Kosten der Revisionsbeantwortung binnen 14 Tagen zu ersetzen.

Text

Entscheidungsgründe:

Am 12. 9. 1997 verschuldete der Erstbeklagte als Lenker eines bei der Zweitbeklagten haftpflichtversicherten Kraftfahrzeuges einen Verkehrsunfall, bei dem der bei der Klägerin krankenversicherte Christopher B***** so schwer verletzt wurde, dass er nach stationärer Pflege im Allgemeinen Krankenhaus in Wien (AKH) am 28. 9. 1997 seinen Verletzungen erlag.

Die klagende Gebietskrankenkasse begehrt von den beklagten Parteien (restliche) S 275.521,-- an nicht abgedeckten Kosten der Anstaltspflege. Mit Übergang zum System der leistungsorientierten Krankenanstalten- finanzierung (LKF) sei es auch zu einer Novellierung des § 332 Abs 1 ASVG gekommen, wonach vom Regressanspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach § 148 Z 2 ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt würden, umfasst seien. Die jeweilige Krankenanstalt, hier das AKH Wien, habe im Sinne der LKF mit dem Landesfonds, nämlich dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WiKraF) nach LKF-Punkten abzurechnen. Die Klägerin sei als Sozialversicherungsträger berechtigt, diese Aufwendungen gemäß § 332 Abs 1 ASVG zu regressieren.Die klagende Gebietskrankenkasse begehrt von den beklagten Parteien (restliche) S 275.521,-- an nicht abgedeckten Kosten der Anstaltspflege. Mit Übergang zum System der leistungsorientierten Krankenanstalten- finanzierung (LKF) sei es auch zu einer Novellierung des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG gekommen, wonach vom Regressanspruch auch die Aufwendungen des Landesfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt

würden, umfasst seien. Die jeweilige Krankenanstalt, hier das AKH Wien, habe im Sinne der LKF mit dem Landesfonds, nämlich dem Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WiKraF) nach LKF-Punkten abzurechnen. Die Klägerin sei als Sozialversicherungsträger berechtigt, diese Aufwendungen gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG zu regressieren.

Die beklagten Parteien beantragten die Abweisung des Klagebegehrens. Die Klägerin sei zwar gemäß 332 Abs 1 ASVG legitimiert, die Aufwendungen des Wiener Landesfonds, die nach § 148 Z 2 ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt wurden, zu regressieren. Auch wenn nach dem System der LKF im Wesentlichen nicht mehr die Verweildauer des einzelnen Patienten sondern die auf Basis eines Punktesystems errechnete Leistung maßgeblich sei, stelle der so errechnete Betrag immer noch eine - wenn auch wesentlich verfeinerte - Pauschalierung dar. Dem Regresspflichtigen stehe daher nach wie vor der Einwand zu, dass der errechnete Aufwand im Einzelfall "nicht gegeben" sei. Der von der Klägerin geltend gemachte Aufwand von (insgesamt) S 418.652,52 für eine 17-tägige Verweildauer würde einem Tagessatz von S 24.626,-- entsprechen, während der amtliche Pflegegebührensatz im AKH Wien für das Jahr 1997 S 8.610,-- betragen habe. Auf dieser Basis seien die in der Klage bereits berücksichtigten Zahlungen erfolgt. Die Untersuchungs- und Behandlungskosten pro Pflegetag und Patient für die allgemeine Gebührenklasse in Wiener öffentlichen Krankenanstalten seien für ausländische Staatsangehörige pro Pflegetag für die allgemeine Gebührenklasse mit S 11.420,-- festgesetzt. Es gebe keine sachliche Begründung dafür, dass von einem inländischen Patienten bzw vom regresspflichtigen Dritten doppelt so hohe Gebühren begehrt werden könnten als von Patienten fremder Staatsangehörigkeit.Die beklagten Parteien beantragten die Abweisung des Klagebegehrens. Die Klägerin sei zwar gemäß Paragraph 332, Absatz eins, ASVG legitimiert, die Aufwendungen des Wiener Landesfonds, die nach Paragraph 148, Ziffer 2, ASVG von der Krankenanstalt in Rechnung gestellt wurden, zu regressieren. Auch wenn nach dem System der LKF im Wesentlichen nicht mehr die Verweildauer des einzelnen Patienten sondern die auf Basis eines Punktesystems errechnete Leistung maßgeblich sei, stelle der so errechnete Betrag immer noch eine - wenn auch wesentlich verfeinerte - Pauschalierung dar. Dem Regresspflichtigen stehe daher nach wie vor der Einwand zu, dass der errechnete Aufwand im Einzelfall "nicht gegeben" sei. Der von der Klägerin geltend gemachte Aufwand von (insgesamt) S 418.652,52 für eine 17-tägige Verweildauer würde einem Tagessatz von S 24.626,-- entsprechen, während der amtliche Pflegegebührensatz im AKH Wien für das Jahr 1997 S 8.610,-- betragen habe. Auf dieser Basis seien die in der Klage bereits berücksichtigten Zahlungen erfolgt. Die Untersuchungs- und Behandlungskosten pro Pflegetag und Patient für die allgemeine Gebührenklasse in Wiener öffentlichen Krankenanstalten seien für ausländische Staatsangehörige pro Pflegetag für die allgemeine Gebührenklasse mit S 11.420,-- festgesetzt. Es gebe keine sachliche Begründung dafür, dass von einem inländischen Patienten bzw vom regresspflichtigen Dritten doppelt so hohe Gebühren begehrt werden könnten als von Patienten fremder Staatsangehörigkeit.

Das Erstgericht gab dem Klagebegehren statt, wobei im Wesentlichen folgende Feststellungen getroffen wurden:

Bis zum 1. 1. 1997 erfolgte die Krankenanstaltenfinanzierung in der Form, dass die Sozialversicherungsträger, der Bund, die Länder und die Gemeinden an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) Zahlungen leisteten. Der Pflegegebührenersatz war in den jeweiligen Landesgesetzen geregelt. Er war eine Pauschale, mit der die Kosten des stationären Krankenhausaufenthaltes eines Patienten pro Tag abgegolten werden sollten. Diese Beträge wurden von den Krankenanstalten den Sozialversicherungsträgern vorgeschrieben, welche sich bei den Haftpflichtigen regressierten. Dabei wurde nicht nach einzelnen Behandlungsarten bzw Kosten der einzelnen Behandlung der Gesundheitsstörung abgerechnet, sondern nach dem pauschalen Tagessatz.

Im Jahr 1996 schlossen die neun österreichischen Bundesländer mit dem Bund eine Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG (über die Reform des Gesundsheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBI I Nr 111/1997), mit der das LKF-System eingeführt wurde. Damit soll nunmehr leistungsorientiert, nach Diagnosefallpauschalen das tatsächliche Leistungsgeschehen an einen Patienten in einer Krankenanstalt abgegolten werden. Im Jahr 1996 schlossen die neun österreichischen Bundesländer mit dem Bund eine Vereinbarung gemäß Artikel 15 a, B-VG (über die Reform des Gesundsheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, Bundesgesetzblatt Teil eins, Nr 111 aus 1997,), mit der das LKF-System eingeführt wurde. Damit soll nunmehr leistungsorientiert, nach Diagnosefallpauschalen das tatsächliche Leistungsgeschehen an einen Patienten in einer Krankenanstalt abgegolten werden.

Art 13 dieser Vereinbarung regelt die Durchführung des LKF-Systems. Er sieht vor, dass österreichweit mit 1. 1. 1997 den von den Krankenanstalten zu verrechnenden gesetzlichen Entgelten die leistungsorientierten Diagnosefallgruppen

zugrundezulegen sind, wobei die Bepunktung bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen anzupassen ist. Die Mittelzuteilung an die Träger der Krankenanstalten hat durch die Landesfonds zu erfolgen. Bei der Bepunktung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen sind ua der Krankenanstaltentyp, der Personalfaktor, die apparative Ausstattung, die Bausubstanz, die Auslastung und die Hotelkomponente zu berücksichtigen, sodass sich aufgrund dessen für jedes Bundesland und jede Krankenanstalt ein anderer Punktefaktor ergeben kann.Artikel 13, dieser Vereinbarung regelt die Durchführung des LKF-Systems. Er sieht vor, dass österreichweit mit 1. 1. 1997 den von den Krankenanstalten zu verrechnenden gesetzlichen Entgelten die leistungsorientierten Diagnosefallgruppen zugrundezulegen sind, wobei die Bepunktung bundesweit einheitlich festzusetzen und in regelmäßigen Abständen anzupassen ist. Die Mittelzuteilung an die Träger der Krankenanstalten hat durch die Landesfonds zu erfolgen. Bei der Bepunktung der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen sind ua der Krankenanstaltentyp, der Personalfaktor, die apparative Ausstattung, die Bausubstanz, die Auslastung und die Hotelkomponente zu berücksichtigen, sodass sich aufgrund dessen für jedes Bundesland und jede Krankenanstalt ein anderer Punktefaktor ergeben kann.

Im gegenständlichen Fall hat der für die Aufnahme zuständige Arzt nach Einlieferung des Verletzten in das AKH Wien angeordnet, in welche der sechs im AKH vorhandenen Intensivstationen er aufzunehmen ist. Die Intensivstationen sind nach Schwere der Verletzungen eingeteilt, wobei die Intensivstation 1 für weniger schwerwiegende Fälle und die Intensivstation 6 für schwerwiegende Fälle vorgesehen ist. Jede der sechs Intensivstationen des AKH Wien ist in Funktionscodes gegliedert und jeder dieser Funktionscodes ist wiederum in die Stufen 1 bis 6 gegliedert. Die Stufen 1 bis 6 werden vom Bund festgelegt, wobei auch der Personalaufwand bzw die Anzahl der Intensivbetten berücksichtigt wird.

Die Funktionscodes werden von den Krankenanstalten erstellt und in Wien an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WiKraF) weitergeleitet. Der Datensatz, der von der Krankenanstalt an den WiKraF geliefert wird, wird auch an die Buchhaltung des WiKraF gemeldet. Dort durchlaufen diese Datensätze ein Scoring-Programm, wobei Kernpunkte ausgeworfen werden. Jeder Fall hat eine bestimmte Anzahl von Kernpunkten, welche mit dem vom Landesfonds bestimmten Krankenanstaltenfaktor multipliziert wird, der die Abrechnungspunkte als "Summe" liefert.

Diese Abrechnungspunkte sind andererseits wiederum für die Aufteilung der Finanzmittel an die einzelnen Krankenanstalten maßgeblich. Dabei werden die Abrechnungspunkte mit einem Punktewert multipliziert, der dann den Kostenbetrag (in Schilling), der durch die Behandlung des Patienten entstanden ist, ergibt. Für den Verletzten ergaben sich im vorliegenden Fall - aufgrund der auf Seite 14 f des Ersturteils im Einzelnen dargestellten Berechnung - 761.186 Abrechnungspunkte. Das ergibt multipliziert mit dem Punktewert von S 0,55 für das Jahr 1997, also einen Kostenbetrag von S 418.652,30.

Die einzelnen Krankenanstalten geben die Gesamtanzahl der Funktionscodes an den WiKraF für den zu verrechnenden Verrechnungszeitraum bekannt. Für den Fall eines Regresses, wie im gegenständlichen Fall, wird vom WiKraF die auf den jeweiligen Regresspatienten entfallende Anzahl der LKF-Punkte herausgerechnet und mit dem Punktewert multipliziert, um die Kosten zu ermitteln.

Das LKF-Punktesystem ist nur auf sozialversicherte Personen - wie hier der Verletzte - anzuwenden. Wäre er zum Zeitpunkt der Behandlung im AKH nicht sozialversichert gewesen, wäre vom WiKraF nach den Pflegegebührensätzen, die von der Wiener Landesregierung durch Verordnung gemäß § 46 WrKAG kundgemacht sind, pro Pflegetag stationärer Aufenthalt im AKH Wien ein Pflegegebührensatz von (rund) S 8.610,-- pro Tag aufgelaufen. Wäre er Ausländer, ohne in Österreich sozialversichert zu sein, wäre pro Tag ein Pflegegebührensatz von S 11.420,-- zu entrichten gewesen. Diese Pflegegebühren sind von den tatsächlichen Behandlungskosten unabhängig kalkulierte Pauschalbeträge.Das LKF-Punktesystem ist nur auf sozialversicherte Personen - wie hier der Verletzte - anzuwenden. Wäre er zum Zeitpunkt der Behandlung im AKH nicht sozialversichert gewesen, wäre vom WiKraF nach den Pflegegebührensätzen, die von der Wiener Landesregierung durch Verordnung gemäß Paragraph 46, WrKAG kundgemacht sind, pro Pflegetag stationärer Aufenthalt im AKH Wien ein Pflegegebührensatz von (rund) S 8.610,-- pro Tag aufgelaufen. Wäre er Ausländer, ohne in Österreich sozialversichert zu sein, wäre pro Tag ein Pflegegebührensatz von S 11.420,-- zu entrichten gewesen. Diese Pflegegebühren sind von den tatsächlichen Behandlungskosten unabhängig kalkulierte Pauschalbeträge.

In rechtlicher Hinsicht führte das Erstgericht zu dem neu eingeführten LKF-System aus, dass damit bei der Behandlung

sozialversicherter Personen sämtliche dafür notwendigen Kosten der Krankenanstalt abgedeckt würden. Die unterschiedliche Behandlung von Sozialversicherten, Nichtsozialversicherten und Ausländern ohne Sozialversicherung sei in der Teilnahme bzw Nichtteilnahme am österreichischen Sozialversicherungssystem begründet und daher sachlich gerechtfertigt. Nachdem das AKH Wien den für den Verunglückten aufgelaufenen LKF-Gebührensatz dem Wiener Landesfonds in Rechnung gestellt habe, sei die Klägerin aufgrund der Legalzession des § 332 Abs 1 ASVG berechtigt, den aufgelaufenen Kostenbetrag bei den beklagten Parteien zu regressieren. In rechtlicher Hinsicht führte das Erstgericht zu dem neu eingeführten LKF-System aus, dass damit bei der Behandlung sozialversicherter Personen sämtliche dafür notwendigen Kosten der Krankenanstalt abgedeckt würden. Die unterschiedliche Behandlung von Sozialversicherten, Nichtsozialversicherten und Ausländern ohne Sozialversicherung sei in der Teilnahme bzw Nichtteilnahme am österreichischen Sozialversicherungssystem begründet und daher sachlich gerechtfertigt. Nachdem das AKH Wien den für den Verunglückten aufgelaufenen LKF-Gebührensatz dem Wiener Landesfonds in Rechnung gestellt habe, sei die Klägerin aufgrund der Legalzession des Paragraph 332, Absatz eins, ASVG berechtigt, den aufgelaufenen Kostenbetrag bei den beklagten Parteien zu regressieren.

Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil und sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei. Es sah sich nicht veranlasst, gemäß Art 140 an den Verfassungsgerichtshof heranzutreten, weil die unterschiedliche Behandlung sozialversicherter und nichtsozialversicherter Patienten auf einer sachlichen Grundlage beruhe. Die Regelungen des LKF-Punktesystems habe das Erstgericht ohne Rechtsirrtum zur Bemessung der Pflegekosten herangezogen. Das Berufungsgericht bestätigte dieses Urteil und sprach aus, dass die ordentliche Revision zulässig sei. Es sah sich nicht veranlasst, gemäß Artikel 140, an den Verfassungsgerichtshof heranzutreten, weil die unterschiedliche Behandlung sozialversicherter und nichtsozialversicherter Patienten auf einer sachlichen Grundlage beruhe. Die Regelungen des LKF-Punktesystems habe das Erstgericht ohne Rechtsirrtum zur Bemessung der Pflegekosten herangezogen.

Gegen die Berufungsentscheidung richtet sich die Revision der beklagten Parteien mit dem Antrag, das angefochtene Urteil dahin abzuändern, dass das Klagebegehren kostenpflichtig abgewiesen werde; hilfsweise wird ein Aufhebungsantrag gestellt.

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen, in eventu, ihr nicht Folge zu geben.

Rechtliche Beurteilung

Die Revision ist - mangels Vorjudikatur zur Bemessung der Behandlungskosten nach dem LKF-Punktesystem - zulässig, aber nicht berechtigt.

In ihrer Verfahrensrüge (Punkt I. der Revision) vertreten die Revisionswerber die Auffassung, zur Geltendmachung von erstinstanzlichen Verfahrensmängeln auch in der Revision legitimiert zu sein, weil das Berufungsgericht der Mängelrüge aufgrund unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Rechtssache keine Berechtigung zuerkannt habe. Sie halten daran fest, das Erstgericht hätte den Beweisanträgen auf Beiziehung eines ärztlichen Sachverständigen und Einvernahme eines - noch bekanntzugebenden - Angestellten der Verwaltung des AKH zum Beweis dafür, dass der Zustand des Verunglückten höchstens eine Aufnahme in die Intensivstation der Gruppe 4 gerechtfertigt hätte und eine solche auch zur Verfügung gestanden wäre (AS 63), Folge geben müssen. In ihrer Verfahrensrüge (Punkt römisch eins. der Revision) vertreten die Revisionswerber die Auffassung, zur Geltendmachung von erstinstanzlichen Verfahrensmängeln auch in der Revision legitimiert zu sein, weil das Berufungsgericht der Mängelrüge aufgrund unrichtiger rechtlicher Beurteilung der Rechtssache keine Berechtigung zuerkannt habe. Sie halten daran fest, das Erstgericht hätte den Beweisanträgen auf Beiziehung eines ärztlichen Sachverständigen und Einvernahme eines - noch bekanntzugebenden - Angestellten der Verwaltung des AKH zum Beweis dafür, dass der Zustand des Verunglückten höchstens eine Aufnahme in die Intensivstation der Gruppe 4 gerechtfertigt hätte und eine solche auch zur Verfügung gestanden wäre (AS 63), Folge geben müssen.

Diesen Ausführungen ist zuzugestehen, dass der Grundsatz, wonach vom Berufungsgericht verneinte Verfahrensmängel in der Revision nicht mehr geltend gemacht werden können (stRsp; Kodek aaO Rz 3 Abs 2 zu § 503 ZPO), dann nicht gilt, wenn das Berufungsgericht eine Rechtssache aufgrund unrichtiger (materiell-)rechtlicher Beurteilung einer Sache für abschließend beurteilt hält und deshalb einen Verfahrensmangel verneint; dann liegt nämlich ein Feststellungsmangel vor, der in der Revision (mittels Rechtsrüge) geltend zu machen ist (Kodek aaO Rz 3 zu § 503 ZPO; 4 Ob 194/98b mwN; RIS-Justiz RS0043051; RS0052917). Derartige "rechtliche Feststellungsmängel", also Fälle, in denen das Erstgericht infolge unrichtiger rechtlicher Beurteilung erforderliche Feststellungen nicht getroffen

und notwendige Beweise nicht aufgenommen hat (Kodek aaO Rz 4 zu § 496 ZPO) - was allerdings in der Rechtsrüge geltend zu machen gewesen wäre - sind jedoch nicht zu erkennen:Diesen Ausführungen ist zuzugestehen, dass der Grundsatz, wonach vom Berufungsgericht verneinte Verfahrensmängel in der Revision nicht mehr geltend gemacht werden können (stRsp; Kodek aaO Rz 3 Absatz 2, zu Paragraph 503, ZPO), dann nicht gilt, wenn das Berufungsgericht eine Rechtssache aufgrund unrichtiger (materiell-)rechtlicher Beurteilung einer Sache für abschließend beurteilt hält und deshalb einen Verfahrensmangel verneint; dann liegt nämlich ein Feststellungsmangel vor, der in der Revision (mittels Rechtsrüge) geltend zu machen ist (Kodek aaO Rz 3 zu Paragraph 503, ZPO; 4 Ob 194/98b mwN; RIS-Justiz RS0043051; RS0052917). Derartige "rechtliche Feststellungsmängel", also Fälle, in denen das Erstgericht infolge unrichtiger rechtlicher Beurteilung erforderliche Feststellungen nicht getroffen und notwendige Beweise nicht aufgenommen hat (Kodek aaO Rz 4 zu Paragraph 496, ZPO) - was allerdings in der Rechtsrüge geltend zu machen gewesen wäre - sind jedoch nicht zu erkennen:

Dem Verletzten sind unter dem Titel Heilungskosten iSd§ 1325 ABGB alle Aufwendungen zu ersetzen, die durch die Körperverletzung veranlasst wurden und gegenüber den ohne den Unfall erforderlich gewesenen gewöhnlichen Aufwendungen in der Absicht gemacht wurden, die gesundheitlichen Folgen des Unfalls zu beseitigen oder doch zu bessern oder die der Abwendung der Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes dienen (SZ 71/156 mwN; RIS-Justiz RS0030591). Dass die Klägerin solche Kosten als Regressforderung gem§ 332 Abs 1 ASVG begehrt, kann nicht zweifelhaft sein; erfolgte die Zuweisung des beim gegenständlichen Verkehrsunfall schwer verletzten Patienten in die Intensivstation Stufe 6 des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (wo er 15 Tage später verstarb) doch über Anordnung des für die Aufnahme zuständigen Arztes, dem zumindest die Absicht der Abwendung einer Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes des Verletzten unterstellt werden muss. Ein bestimmter Sachverhalt, zur "Entkräftung" dieses Umstandes (vgl Punkt 1.6. der Revision) wurden hingegen gar nicht behauptet:Dem Verletzten sind unter dem Titel Heilungskosten iSd Paragraph 1325, ABGB alle Aufwendungen zu ersetzen, die durch die Körperverletzung veranlasst wurden und gegenüber den ohne den Unfall erforderlich gewesenen gewöhnlichen Aufwendungen in der Absicht gemacht wurden, die gesundheitlichen Folgen des Unfalls zu beseitigen oder doch zu bessern oder die der Abwendung der Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes dienen (SZ 71/156 mwN; RIS-Justiz RS0030591). Dass die Klägerin solche Kosten als Regressforderung gem Paragraph 332, Absatz eins, ASVG begehrt, kann nicht zweifelhaft sein; erfolgte die Zuweisung des beim gegenständlichen Verkehrsunfall schwer verletzten Patienten in die Intensivstation Stufe 6 des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (wo er 15 Tage später verstarb) doch über Anordnung des für die Aufnahme zuständigen Arztes, dem zumindest die Absicht der Abwendung einer Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes des Verletzten unterstellt werden muss. Ein bestimmter Sachverhalt, zur "Entkräftung" dieses Umstandes vergleiche Punkt 1.6. der Revision) wurden hingegen gar nicht behauptet:

Die Beklagten haben ihr in erster Instanz zuletzt (AS 63) erstattetes unsubstantiiertes Vorbringen, dass der "Zustand" des Verunglückten höchstens eine Aufnahme in der Intensivstation der Gruppe 4 rechtfertigte, nämlich nicht mit konkreten Tatsachenbehauptungen begründet. Wurde ein bestimmter Sachverhalt nicht behauptet, dann bedeutet die Unterlassung entsprechender Feststellungen aber keinen Verfahrensmangel (Kodek aaO Rz 4 Abs 2 zu § 496 ZPO). Eine erhebliche Rechtsfrage iSd § 502 ZPO wird damit jedenfalls nicht geltend gemacht. Die Beklagten haben ihr in erster Instanz zuletzt (AS 63) erstattetes unsubstantiiertes Vorbringen, dass der "Zustand" des Verunglückten höchstens eine Aufnahme in der Intensivstation der Gruppe 4 rechtfertigte, nämlich nicht mit konkreten Tatsachenbehauptungen begründet. Wurde ein bestimmter Sachverhalt nicht behauptet, dann bedeutet die Unterlassung entsprechender Feststellungen aber keinen Verfahrensmangel (Kodek aaO Rz 4 Absatz 2, zu Paragraph 496, ZPO). Eine erhebliche Rechtsfrage iSd Paragraph 502, ZPO wird damit jedenfalls nicht geltend gemacht.

Davon abgesehen spricht gerade der von der Revisionswerberin ins Treffen geführte Umstand, dass der Verunglückte - anders als bei der Wahl einer höheren Gebührenklasse eines Krankenhauses - hier gar keine Möglichkeit hatte, die Entscheidung über die Art seiner Behandlung zu beeinflussen, in Wahrheit gegen den Standpunkt der Beklagten:

Bei Personenverletzungen ist eine Objektivierung (hier: Prüfung der Zweckmäßigkeit der Behandlung) unbefriedigend, weil die Höhe des Schadens stets von individuellen Umständen abhängt (Koziol, Haftpflichtrecht I3 Rz 12/98). Überdies ist zu berücksichtigen, dass die Personenschäden den Kernbereich des Menschen treffen. Deshalb muss dem Geschädigten selbst bei leichter Fahrlässigkeit des Schädigers stets die Wahl offenstehen, entweder den objektiven oder den konkret berechneten subjektiven Schaden zu verlangen. § 1325 ABGB sieht in diesem Bereich eben keine Einschränkung des Ersatzanspruches auf den objektiven Schaden vor. Daher stünde es dem Verletzten auch zu, die -

von der ärztlichen Betreuung her nicht notwendigen - Krankenhauskosten einer höheren Gebührenklasse zu begehren, wenn diese Klasse seinen Verhältnissen entspricht und von ihm deshalb gewählt wurde (Koziol aaO und 12/89 FN 367 mit Hinweis auf OLG Innsbruck in JBI 1995, 586 mwN; Harrer in Schwimann VII2, Rz 7 zu § 1325 ABGB mwN; vgl ZVR 1970/248; EvBI 1972/145).Bei Personenverletzungen ist eine Objektivierung (hier: Prüfung der Zweckmäßigkeit der Behandlung) unbefriedigend, weil die Höhe des Schadens stets von individuellen Umständen abhängt (Koziol, Haftpflichtrecht I3 Rz 12/98). Überdies ist zu berücksichtigen, dass die Personenschäden den Kernbereich des Menschen treffen. Deshalb muss dem Geschädigten selbst bei leichter Fahrlässigkeit des Schädigers stets die Wahl offenstehen, entweder den objektiven oder den konkret berechneten subjektiven Schaden zu verlangen. Paragraph 1325, ABGB sieht in diesem Bereich eben keine Einschränkung des Ersatzanspruches auf den objektiven Schaden vor. Daher stünde es dem Verletzten auch zu, die - von der ärztlichen Betreuung her nicht notwendigen - Krankenhauskosten einer höheren Gebührenklasse zu begehren, wenn diese Klasse seinen Verhältnissen entspricht und von ihm deshalb gewählt wurde (Koziol aaO und 12/89 FN 367 mit Hinweis auf OLG Innsbruck in JBI 1995, 586 mwN; Harrer in Schwimann VII2, Rz 7 zu Paragraph 1325, ABGB mwN; vergleiche ZVR 1970/248; EvBI 1972/145).

Um so mehr muss von der Berechtigung der Klägerin ausgegangen werden, die konkret in Rechnung gestellten "Kosten der Anstaltspflege" (S 2 der Klage) ersetzt zu verlangen, also jene Kosten, die aufgrund einer vom aufnehmenden Arzt angeordneten Zuweisung des Verletzten in die Intensivstation der Stufe 6 aufgewendet wurden (S 12 und 14 des Ersturteils).

Bei der auf dieser Grundlage durchzuführenden Schadensberechnung ist es aber irrelevant, welche Pflegegebühren ein "nicht sozialversicherter Ausländer" zu bezahlen gehabt hätte. Entscheidend ist vielmehr der - von den Beklagten gar nicht in Zweifel gezogene - Umstand, dass für die Bemessung der Behandlungskosten des (im Inland sozialversicherten) Verletzten - nach geltender Gesetzeslage (d. i. zwischen dem Bund und den Bundesländern gemäß 15a B-VG geschlossene Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBI I/111, welche durch Novellen zum KrankenanstaltenG, zum ÄrzteG, zum ASVG und das Gesundheits- und Sozialbereich-BeihilfenG und die Novelle zum FinanzausgleichsG 1997, BGBI 1996/746, ins staatliche Recht transformiert wurde: vgl Dukovich/Worel, Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. 1. 1997, RdM 1997, 35 ff) - die Regelungen des LKF-Punktesystems heranzuziehen waren, woraus sich eine Restforderung der Klägerin in Höhe des zugesprochenen Betrages ergibt (S 2 und 15 des Ersturteils). Darin ist nämlich auch der nach den Revisionsausführungen zu ersetzende "zweckmäßige" bzw "tatsächliche" Heilungsaufwand zu erblicken (S 5 der Revision), sodass es darauf, welche Beträge der "Wiener Gesetzes- und Verordnungsgeber" für nicht sozialversicherte Personen als Ersatz eines tatsächlich entstandenen Aufwandes bezeichnet, ebenfalls nicht ankommt. Demgemäß muss auf die von den Revisionswerbern in ihrer Rechtsrüge (Punkt II. der Revision) angestellten Überlegungen schon mangels Präjudizialität nicht weiter eingegangen werden (Kodek aaO Rz 1 zu § 508a ZPO; 7 Ob 78/00x uva).Bei der auf dieser Grundlage durchzuführenden Schadensberechnung ist es aber irrelevant, welche Pflegegebühren ein "nicht sozialversicherter Ausländer" zu bezahlen gehabt hätte. Entscheidend ist vielmehr der - von den Beklagten gar nicht in Zweifel gezogene - Umstand, dass für die Bemessung der Behandlungskosten des (im Inland sozialversicherten) Verletzten - nach geltender Gesetzeslage (d. i. zwischen dem Bund und den Bundesländern gemäß Paragraph 15 a, B-VG geschlossene Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000, BGBI I/111, welche durch Novellen zum KrankenanstaltenG, zum ÄrzteG, zum ASVG und das Gesundheits- und Sozialbereich-BeihilfenG und die Novelle zum FinanzausgleichsG 1997, BGBI 1996/746, ins staatliche Recht Dukovich/Worel, Reform transformiert wurde: vergleiche des Gesundheitswesens Krankenanstaltenfinanzierung ab 1. 1. 1997, RdM 1997, 35 ff) - die Regelungen des LKF-Punktesystems heranzuziehen waren, woraus sich eine Restforderung der Klägerin in Höhe des zugesprochenen Betrages ergibt (S 2 und 15 des Ersturteils). Darin ist nämlich auch der nach den Revisionsausführungen zu ersetzende "zweckmäßige" bzw "tatsächliche" Heilungsaufwand zu erblicken (S 5 der Revision), sodass es darauf, welche Beträge der "Wiener Gesetzes- und Verordnungsgeber" für nicht sozialversicherte Personen als Ersatz eines tatsächlich entstandenen Aufwandes bezeichnet, ebenfalls nicht ankommt. Demgemäß muss auf die von den Revisionswerbern in ihrer Rechtsrüge (Punkt römisch II. der Revision) angestellten Überlegungen schon mangels Präjudizialität nicht weiter eingegangen werden (Kodek aaO Rz 1 zu Paragraph 508 a, ZPO; 7 Ob 78/00x uva).

Es bleibt daher nur noch festzuhalten, dass die bereits von den Vorinstanzen verneinten verfassungsrechtlichen

Bedenken der beklagten Parteien - wie auch die Klägerin zutreffend aufzeigt - schon deshalb nicht berechtigt sind, weil eine Unterscheidung zwischen sozialversicherten und nichtsozialversicherten Personen sachlich gerechtfertigt erscheint. Der Gleichheitsgrundsatz verbietet dem Gesetzgeber nämlich nur, gleiches ungleich zu behandeln; es ist ihm aber nicht verwehrt, sachlich gerechtfertigte Differenzierungen vorzunehmen (RIS-Justiz RS0054018 und RS0109606). Dass in den wenigen Ausnahmefällen, in denen nichtsozialversicherte Personen zu behandeln sind, einem Pauschalierungsbedürfnis (Voraussehbarkeit der Kosten, Limitierung ihrer Höhe) Rechnung getragen und für diese Gruppe die tageweise abzurechnenden Pflegegebührensätze beibehalten wurden, ist daher unbedenklich. In Anbetracht der hier erforderlichen besonders aufwendigen Pflege des Verletzten kann aber auch daraus keine ungerechtfertigte Differenzierung abgeleitet werden, dass die konkreten Behandlungskosten im Einzelfall ein Vielfaches des Pflegegebührensatzes für nicht sozialversicherte Personen erreichen, wenn man sie auf die Verweildauer im Krankenhaus verteilt. Der neuerlichen Anregung, einen Antrag gemäß Art 140 Abs 1 B-VG zu stellen, ist daher nicht näherzutreten. Es bleibt daher nur noch festzuhalten, dass die bereits von den Vorinstanzen verneinten verfassungsrechtlichen Bedenken der beklagten Parteien - wie auch die Klägerin zutreffend aufzeigt - schon deshalb nicht berechtigt sind, weil eine Unterscheidung zwischen sozialversicherten und nichtsozialversicherten Personen sachlich gerechtfertigt erscheint. Der Gleichheitsgrundsatz verbietet dem Gesetzgeber nämlich nur, gleiches ungleich zu behandeln; es ist ihm aber nicht verwehrt, sachlich gerechtfertigte Differenzierungen vorzunehmen (RIS-Justiz RS0054018 und RS0109606). Dass in den wenigen Ausnahmefällen, in denen nichtsozialversicherte Personen zu behandeln sind, einem Pauschalierungsbedürfnis (Voraussehbarkeit der Kosten, Limitierung ihrer Höhe) Rechnung getragen und für diese Gruppe die tageweise abzurechnenden Pflegegebührensätze beibehalten wurden, ist daher unbedenklich. In Anbetracht der hier erforderlichen besonders aufwendigen Pflege des Verletzten kann aber auch daraus keine ungerechtfertigte Differenzierung abgeleitet werden, dass die konkreten Behandlungskosten im Einzelfall ein Vielfaches des Pflegegebührensatzes für nicht sozialversicherte Personen erreichen, wenn man sie auf die Verweildauer im Krankenhaus verteilt. Der neuerlichen Anregung, einen Antrag gemäß Artikel 140, Absatz eins, B-VG zu stellen, ist daher nicht näherzutreten.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 41, 50 ZPODie Kostenentscheidung beruht auf den Paragraphen 41,, 50 ZPO.

Anmerkung

E59795 02A02319

European Case Law Identifier (ECLI)

ECLI:AT:OGH0002:2000:0020OB00231.99F.1109.000

Dokumentnummer

JJT_20001109_OGH0002_0020OB00231_99F0000_000

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

© 2025 JUSLINE

 ${\tt JUSLINE @ ist\ eine\ Marke\ der\ ADVOKAT\ Unternehmensberatung\ Greiter\ \&\ Greiter\ GmbH.}$ ${\tt www.jusline.at}$