jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vwgh Erkenntnis 2006/3/31 2003/12/0061

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 31.03.2006

Index

L24006 Gemeindebedienstete Steiermark;
L92096 Sonstiges Sozialrecht Steiermark;
66/01 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz;
66/02 Andere Sozialversicherungsgesetze;

Norm

ASVG §131;
BKUVG §59 Abs1;
DGO Graz 1957 §37 Abs4;
Satzung KFA Graz 1980 §25;
Satzung KFA Graz 1980 §34a;
Satzung KFA Graz 1980 §35 Abs1;
Satzung KFA Graz 1980 §47;
Satzung KFA Graz 1980 §48 Abs6 Z1 litb;
Satzung KFA Graz 1980 §48 Abs6 Z1 litc;

Betreff

Der Verwaltungsgerichtshof hat durch den Vorsitzenden Senatspräsident Dr. Höß und die Hofräte Dr. Zens und Dr. Pfiel als Richter, im Beisein des Schriftführers Mag. Lamprecht, über die Beschwerde des Ing. S in G, vertreten durch Held, Berdnik, Astner & Partner, Rechtsanwälte in 8010 Graz, Schlögelgasse 1, gegen den Bescheid des Gemeinderates der Landeshauptstadt Graz vom 3. Oktober 2002, GZ Präs. K-292/2001-9, betreffend Kosten einer Krankenbehandlung (Anstaltspflege) nach den §§ 33 und 34a der KFA-Satzung iVm § 37 DO-Graz, zu Recht erkannt:

Spruch

Die Beschwerde wird als unbegründet abgewiesen.

Der Beschwerdeführer hat der Landeshauptstadt Graz Aufwendungen in der Höhe von EUR 381,90 binnen zwei Wochen bei sonstiger Exekution zu ersetzen.

Begründung

Der 1926 geborene Beschwerdeführer, der Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach § 48 der KFA-Satzung hat, steht in einem öffentlich-rechtlichen Ruhestandsverhältnis zur Landeshauptstadt Graz.

Er leidet (jedenfalls) seit 1993 an einem kombinierten Aortenvitium (Verengung und Schlussunfähigkeit der Aortenklappe) mit begleitender coronarer Herzerkrankung, die bereits in diesem Jahr an der Universitätsklinik G. (einer

Vertragspartnerin der KFA) invasiv abgeklärt worden war. Wegen neu aufgetretenen Vorhofflimmerns suchte der Beschwerdeführer im April 2001 auf Anraten seines Sohnes, der dort als Arzt beschäftigt gewesen war, das Spital W. auf, wo nochmals eine invasive Abklärung sowohl der Aortenklappe als auch der Coronarsituation erfolgte. Die Untersuchung ergab eine Verengung an allen drei wesentlichen Herzkranzgefäßen, wobei der Stenosegrad zugenommen hatte. Bei einer interdisziplinären Beratung im Spital W. war Univ. Prof. Dr. L. von der Universitätsklinik I. (die nicht Vertragspartnerin der KFA ist) beigezogen worden. Dem Beschwerdeführer war bei seiner Entlassung aus dem Spital W. am 23. April 2001 geraten worden, mittelfristig die chirurgische Sanierung anzustreben. Er stand damals einem operativen Eingriff reserviert gegenüber.

In der Folge wurde der Beschwerdeführer vom behandelnden Kardiologen Dr. F. und seinem Sohn auf die Gefahren einer Ablehnung der chirurgischen Sanierung hingewiesen. Im Juli 2001 entschloss er sich, der Operation (Aortenklappenersatz kombiniert mit aortocoronarem Dreifachbypass) zuzustimmen. Dabei handelt es sich um einen kardiochirurgischen Routineeingriff, der jedenfalls an jedem herzchirurgischen Zentrum Österreichs durchgeführt werden kann. Der Beschwerdeführer vereinbarte seine stationäre Aufnahme an der Universitätsklinik I. ab 27. August (bis zum 21. September) 2001; die Operation erfolge am 29. August 2001.

Über entsprechenden Antrag erließ der Ausschuss der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten, Ruhe- und Versorgungsgenussempfänger der Landeshauptstadt Graz (KFA-Ausschuss) am 29. November 2001 folgenden

"Bescheid

Spruch

Auf Grund eines Sitzungsbeschlusses des KFA-Ausschusses vom 29.11.2001 wird der Antrag des Beschwerdeführers, vertreten durch die Rechtsanwälte ..., eingebracht von seinem Sohn, Herrn Dr. X. am 28.9.2001, auf volle Kostenübernahme eines Spitalsaufenthaltes im Landeskrankenhaus I. gemäß § 33 KFA-Satzung idF d GR - Beschlusses vom 26.2.1981 zuletzt geändert am 6.7.2000 und § 19 KFA-Krankenordnung idF d GR - Beschlusses vom 1.7.1999

abgewiesen.

Begründung:

Das KFA-Mitglied ... hat sich einer Herzklappenoperation an der Universitätsklinik I. unterzogen. Der Beschwerdeführer hat sich vor dieser Operation in der KFA bezüglich einer Kostenübername erkundigt und wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass die KFA in diesem konkreten Fall keine Kostenübernahme, sondern nur eine Ersatzleistung zu den KFA-Vertragstarifen garantieren könne, weil die Universitätsklinik I. nicht Vertragspartner der KFA ist. Eine komplette Kostenübernahme ist der KFA nur möglich in Fällen der Erste-Hilfe-Leistung gemäß § 34a KFA-Satzung oder in jenen Fällen, in denen eine gleiche Leistung in einer KFA-Vertragseinrichtung nicht möglich gewesen wäre.

Da der Eingriff in der Universitätsklinik I. auf Grund eines besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt auf Wunsch des Patienten vorgenommen wurde, ist es der KFA nicht möglich, dem Wunsch auf volle Kostenübernahme nachzukommen, sondern es wird auf die Bestimmungen des § 33 (Ersatzleistungen) KFA-Satzung verwiesen.

Im Sinne der Übergangsbestimmungen der KFA-Satzung 2001 und der KFA-Krankenordnung 2001 kamen die im Spruch zitierten Fassungen zur Anwendung."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

Dagegen erhob der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer am 14. Dezember 2001 Berufung mit dem Antrag, die belangte Behörde möge seinem Begehren auf volle Kostenübernahme für seinen Spitalsaufenthalt in I. vom 27. August bis zum 21. September 2001 (S 381.513,--) stattgeben. Er machte u.a. geltend, dass sich sein Zustand "im August 2001 massiv verschlechtert" habe. Auf Grund der ansteigenden Insuffizienz der Herzleistung habe er sich neuerlich in Behandlung bei Univ. Prof. Dr. S. im Spital W. begeben. Anlässlich dieser Untersuchung "im Sommer 2001" sei die Verschlechterung seines Zustandes diagnostiziert und ihm dringend angeraten worden, "sich ehestmöglich einer Herzklappenoperation zu unterziehen". Auf Grund des bekannt hohen Mortalitätsrisikos zwischen Diagnose einer akuten Herzklappeninsuffizienz und der Durchführung dieser Operation sei er bemüht gewesen, jene Klinik in Österreich ausfindig zu machen, die ihm ehestmöglich diese Operation ermögliche. Ausschließlich die Universitätsklinik I. sei in der Lage gewesen, ihm den (ehestmöglichen) Operationstermin am 29. August 2001

zuzusichern. Es liege somit eine plötzliche Erkrankung oder zumindest ein ähnliches Ereignis vor, bei dem ein Vertragsarzt oder eine Vertragskrankenanstalt der KFA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe habe leisten können. Zum Beweis legte er - neben verschiedenen Honorarnoten und Abrechnungen - u. a. Bestätigungen vom 20. und 29. November 2001 vor.

Bei einem Gespräch am 24. August 2001, bei dem er sich um "Formalitäten" betreffend die Operation erkundigen wollte, habe Dr. M., Chefarzt der KFA, von sich aus festgehalten, dass es zu keiner Kostenübernahme durch die KFA kommen würde. Diese Äußerung habe Dr. M. jedoch ohne weitere Informationen über die Dringlichkeit des Operationstermines und das Faktum, dass ausschließlich die Universitätsklinik in I. in der Lage gewesen sei, den ehestmöglichen Operationstermin zuzusichern, getroffen.

Das Schreiben des Univ. Prof. Dr. L., des Leiters der klinischen Abteilung für Herzchirurgie der Universitätsklinik I., vom 20. November 2001 lautet:

"Nach Kontaktaufnahme von Herrn Univ. Prof. S. vom W-Spital, der mir den Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers schilderte und darum bemüht war, einen raschest möglichen Operationstermin in einem österreichischen Herzzentrum für den Patienten zu eruieren, war die Herzchirurgie der Universitätsklinik I. in der Lage, dem Patienten den ehest möglichen Operationstermin zuzusagen. Als Aufnahmetermin war Sonntag, der 27. August 2001, als Operationstermin Dienstag, der 29. August 2001, geplant.

Da der Beschwerdeführer bereits im W-Spital mehrmals als Sonderklassepatient aufgenommen war, bestand für den Patienten kein Zweifel, dass auch für seinen Aufenthalt in I. die Kostendeckung durch seine Versicherung gegeben war. Als der Beschwerdeführer am Donnerstag vor seiner Aufnahme an der Universitätsklinik I. von seiner Pflichtversicherung erfuhr, dass diese eine Kostenübernahme offensichtlich ablehnte, hätte dies für den Patienten zur Folge gehabt, sich erneut um einen Operationstermin in einer von der Pflichtversicherung genehmigten Klinik umzusehen, was eine unzumutbare Verzögerung durch Wartezeiten und die Aufschiebung einer wirklich dringend angeratenen Operation bedeutet hätte.

Eine Weigerung der Kostendeckung durch die Pflichtversicherung ist für mich nicht nachvollziehbar, da es meines Erachtens durch das Krankheitsbild des Patienten nicht ausschlaggebend war wo, sondern wie rasch der Patient die benötigte Hilfe bekommt."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

Das Schreiben des Univ. Prof. Dr. S., des Vorstandes der Kardiologischen Abteilung im Spital W., vom 29. November 2001 lautet:

"Betreffend die Problematik der Kostenübernahme für den Beschwerdeführer teile ich Folgendes mit:

1. Von der Pflegegebührenstelle des W-Spitals sind Rechnungen an die KFA für die Aufenthalte im W-Spital übermittelt worden. Aus mir nicht bekannten Gründen hat die KFA bisher nicht reagiert bzw. die offenen Rechnungen nicht bezahlt.

2 . Aus medizinischen Gründen war beim Beschwerdeführer dringlich die Indikation zur Operation gegeben. Eine Verzögerung der Operation wäre bei dem Patienten möglicherweise mit lebensbedrohlichen Komplikationen verbunden gewesen.

3 . Die Herzchirurgische Abteilung der Universität I., mit der die 3. Medizinische Abteilung kooperiert, hat in dankenswerter Weise umgehend diesen Operationstermin zur Verfügung gestellt.

4. Es wäre grundsätzlich zu klären, ob in Österreich bei einem Sozialversicherungsträger versicherte Patienten in der Arzt- bzw. Krankenhauswahl einer Beschränkung unterliegen. Die

3. Medizinische Abteilung mit Kardiologie behandelt eine große Zahl von Patienten aus der Steiermark. Bisher ist mir nicht bekannt geworden, dass der zuständige Sozialversicherungsträger in der Steiermark die Bezahlung der Aufenthaltskosten im W-Spital abgelehnt hätte."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

Im Berufungsverfahren holte die belangte Behörde eine Stellungnahme des Chefarztes der KFA, Dr. M., ein. Dieser führte am 22. Jänner 2002 Folgendes aus:

"Zur Behauptung, dass die Herzkrankheit des Beschwerdeführers einen akuten Verlauf genommen hätte und eine sofortige operative Intervention nur in I. möglich gewesen wäre, darf Folgendes festgehalten werden:

Der Beschwerdeführer hätte in einem solchen Fall der besonderen Dringlichkeit als nächstgelegene Krankenanstalt die Universitätsklinik für Herzchirurgie G. aufsuchen müssen. Wäre im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung an der Klinik in G. die Anstaltspflege notwendig gewesen und hätte Unaufschiebbarkeit bestanden, so hätte der Beschwerdeführer sofort in G. Aufnahme gefunden.

Angemerkt wird, dass eine Anstaltspflege dann unaufschiebbar ist, wenn der geistige und körperliche Zustand einer Person wegen Lebensgefahr oder der Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsstörung sofortige Anstaltspflege erfordert.

Dies ist aber nicht der Fall gewesen, da der Beschwerdeführer bei seiner Vorsprache beim Chefarzt erklärte, dass eine operative Behandlung in G. für ihn überhaupt nicht in Frage komme.

Es geht daher der Einwand ins Leere, dass für den Beschwerdeführer auf Grund einer besonderen medizinischen Dringlichkeit nur die operative Behandlung an der chirurgischen Klinik in I. in Frage gekommen sei.

Im Übrigen wird auch auf die Aufnahmsanzeige der Universitätsklinik I. verwiesen, die als Aufnahmediagnose eine chronische Herzkrankheit anführt."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

Der Beschwerdeführer nahm hiezu am 19. Februar 2002 Stellung. Er brachte vor, dass Herzerkrankungen wie die seine dadurch gekennzeichnet seien, dass sie jahrelang bestünden, jedoch ab einem gewissen Zeitpunkt eine massive Verschlechterung erfahren und sodann akuter Handlungsbedarf entstehe. Das Risiko einer perioperativen Mortalität liege bei 10 %. Bei der Vorsprache in der Geschäftsstelle der KFA am 24. August 2001 habe er keine einschlägigen kardiologischen Befunde bei sich gehabt. Daher sei eine Beurteilung durch Dr. M. als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie nicht möglich. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer anlässlich der Vorsprache bei Herrn Dr. M. zu keinem Zeitpunkt erklärt, dass er eine Behandlung in G. ablehne bzw. eine solche für ihn nicht in Frage komme. Dr. M. habe weiters keine Hilfestellung betreffend eine ehest mögliche operative Behandlung in G. angeboten, obwohl ihn der Beschwerdeführer auf die Dringlichkeit hingewiesen habe. Darüber hinaus ergebe sich aus der Stellungnahme des Herzspezialisten Univ. Prof. Dr. L. vom 20. November 2001, dass eine längere Wartezeit eine unzumutbare Verzögerung bedeutet hätte. Es liege demnach "ein Fall der vollen Kostenübernahme gemäß § 34a der KFA-Satzung vor".

Im weiteren Verfahren holte die belangte Behörde das Gutachten des herzchirurgischen Sachverständigen Dr. W. ein. Dieser gelangte unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer vorgelegten Befunde und eines am 23. Mai 2002 mit dem Beschwerdeführer geführten Telefongesprächs am 29. Mai 2002 zu folgender zusammenfassender Beurteilung:

"Bei dem Patienten ... besteht ein seit Jahren bekanntes kombiniertes Aortenvitium (Verengung und Schlussunfähigkeit der Aortenklappe) mit begleitender coronarer Herzkrankheit. Dieses Leiden ist zumindest seit dem Jahre 1993 bekannt und wurde in diesem Jahr an der Medizinischen Universitätsklinik in G. bereits invasiv abgeklärt. Zum damaligen Zeitpunkt (1993) wurde ein konservatives Vorgehen empfohlen.

Bei weiteren echokardiographischen Kontrollen im Jahre 1996 und 1997 wurde ebenfalls dieses Vitium beobachtet, ebenso bei einer weiteren invasiven Abklärung im Jahre 1998.

Wegen neu aufgetretenen Vorhofflimmerns (unregelmäßige Vorhofkontraktionen mit unregelmäßigem Pulsschlag) suchte der Patient im April 2001 auf Anraten seines Sohnes wiederum die

3. Medizinische Abteilung des W-Spitals auf, wo nochmals eine invasive Abklärung sowohl der Aortenklappe, als auch der Coronarsituation erfolgte. Dabei fand sich wiederum die bereits bekannte, aber seit 1998 progrediente Aortenstenose mit der etwa gleich gebliebenen Aorteninsuffizienz. Die im Rahmen diesen Aufenthaltes ebenfalls durchgeführte Coronarangiographie (= Röntgendarstellung der Herzkranzgefäße) ergab eine coronare Dreigefäßerkrankung (Verengung an allen drei wesentlichen Herzkranzgefäßen), wobei der Stenosegrad der einzelnen Läsionen seit 1998 zugenommen hatte.

In Zusammenschau der Befunde wurde dem Patienten geraten, 'mittelfristig die chirurgische Sanierung anzustreben' (Zitat Arztbrief/W-Spital ... vom 23.04.2001). Im Rahmen eines interdisziplinären Konsils wurde dahingehend auch mit Univ. Prof. Dr. L. von der Herzchirurgie I. Kontakt aufgenommen.

Da der Patient nach eigener Aussage (Telefonat vom 23.05.2002) zu diesem Zeitpunkt einem herzchirurgischen Eingriff eher reserviert gegenüberstand, wurde noch kein Operationstermin vereinbart.

Da der Patient von seinem behandelnden Kardiologen, OA Dr. F., anlässlich zweier Ordinationsbesuche auf die Gefahren einer Ablehnung der chirurgischen Sanierung seiner Erkrankung hingewiesen worden war und diese Sichtweise auch von seinem Sohn, der selbst Arzt ist, unterstützt wurde, entschloss sich der Patient schließlich im Sommer 2001, einer herzchirurgischen Intervention zuzustimmen. Nach Aussage des Patienten bestand zu diesem Zeitpunkt keine akute Verschlechterung seines Allgemeinzustandes. Es wurde von seinen betreuenden Ärzten mit Univ. Prof. Dr. L. ein Aufnahmetermin vereinbart.

Der Patient wurde am 27.08.2001 an der Klinischen Abteilung für Herzchirurgie I. aufgenommen und am 29.08.2001 einem Aortenklappenersatz, kombiniert mit aortocoronarem Dreifachbypass, unterzogen.

Die an den Gutachter gestellten Fragen können daher folgendermaßen beantwortet werden:

ad 1.: War aufgrund des Verlaufs der Herzerkrankung ... und der Diagnose im W-Spital tatsächlich nur

die Universitätsklinik in I. in der Lage, sofort die notwendige Operation durchzuführen?

Eine Klappenersatzoperation sowie ein aortocoronarer Bypass stellen kardiochirurgische Routineeingriffe dar und können an allen neun herzchirurgischen Zentren Österreichs durchgeführt werden. Laut Entlassungsbrief der behandelnden Kardiologischen Abteilung vom April 2001 wurde eine 'mittelfristige' herzchirurgische Therapie empfohlen, da die Erkrankung bereits seit einigen Jahren bekannt war und eine langsame Progredienz aufwies. Aus den mir vorliegenden Unterlagen sowie aus den Angaben des Patienten selbst lässt nichts auf eine dramatische Verschlechterung im August 2001 schließen, was eine sofortige herzchirurgische Intervention notwendig gemacht hätte.

ad 2.: War es tatsächlich erst bei der Diagnose im W-Spital erkennbar, dass eine sofortige Operation erforderlich ist?

Die im April 2001 nochmals durchgeführte invasive Abklärung des Aortenklappenleidens sowie der coronaren Herzkrankheit ... ergab eine Progredienz der schon seit Jahren bekannten Befunde. Dem Patienten wurde daher eine mittelfristige (sic!) chirurgische Sanierung empfohlen. Es wurde zu diesem Zeitpunkt auch kein Operationstermin vereinbart, zumal der Patient nach eigener Aussage einer Herzoperation eher reserviert gegenüberstand.

ad 3.: Bejahendenfalls warum wäre die Universitätsklinik in G. aus meiner Sicht dazu nicht in der Lage gewesen?

Wie schon bei der Beantwortung der Frage 1 angeführt, werden auch an der Universitätsklinik G. Aortenklappenoperationen bzw. aortocoronare Bypassoperationen routinemäßig durchgeführt. Wie lange an der Herzchirurgie G. im Sommer 2001 die Wartezeit gewesen wäre, kann nur vom Abteilungsvorstand ... beantwortet werden."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof, Hervorhebungen im Original)

Der Beschwerdeführer gab hiezu am 24. Juni 2002 eine Stellungnahme ab, in der er auf die Äußerungen von Univ. Prof. Dr. L. (20. November 2001) und Univ. Prof. Dr. S. (29. November 2001) verwies und geltend machte, dass seine Operation damals dringlich indiziert gewesen sei.

Am 3. Juli 2002 gab der den Beschwerdeführer behandelnde Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. F. folgende Stellungnahme ab:

"Bei bestens dokumentierter Vorgeschichte war es nach der ersten Episode von persistierendem Vorhofflimmern im April 2001, welche als weiteres Progressionsmoment des Herzleidens aufzufassen war, deutlich geboten, die Herzoperation zu forcieren. Es war deshalb nach der gebotenen vier-sechswöchigen Antikoagulation wegen des Vorhofflimmerns - darunter natürlich keine Operationsmöglichkeit - notwendig, die Operation baldigst ins Auge zu fassen.

Ich habe daher nach Beendigung der Antikoagulation und wegen der zunehmenden Beschwerdesymptomatik im Juli 2001 umgehend zur Operation geraten."

Hierauf gestützt berief sich der Beschwerdeführer in einer weiteren Eingabe vom 12. Juli 2002 auf eine Zunahme der Beschwerdesymptomatik im Juli 2001 (Hervorhebung durch den Verwaltungsgerichtshof) und beantragte ein Ergänzungsgutachten durch den Sachverständigen Dr. W.

Dieses erfolgte am 7. August 2002 und lautet auszugsweise:

"Beurteilung:

Aus dem Entlassungsbrief der Medizinischen Abteilung des W-Spitals geht hervor, dass der Beschwerdeführer im April 2001 wegen einer progredienten Aortenklappenstenose, einer coronaren Herzkrankheit sowie erstmalig aufgetretenen Vorhofflimmerns aufgenommen und stationär behandelt wurde. Laut Arztbrief herrschte bei Entlassung Sinusrhythmus (regelmäßiger Herzrhythmus), es wurde jedoch trotzdem sicherheitshalber eine Antikoagulation (Herabsetzung der Gerinnbarkeit des Blutes zur Verhinderung von Thrombosen) für vier Wochen empfohlen. Zum damaligen Zeitpunkt (April 2001) wurde bereits mit dem Leiter der Herzchirurgischen Universitätsklinik I. Kontakt aufgenommen, eine Terminvereinbarung unterblieb jedoch.

Aus der Stellungnahme des behandelnden Kardiologen, OA Dr. F., geht hervor, dass sich der Patient im Juli 2001 letztlich doch zu einer Operation entschloss und daraufhin ein Termin an der Universitätsklinik I. für Ende August vereinbart wurde. Der Patient wurde schließlich am 27.08.2001 in I. aufgenommen und am 29.08.2001 operiert.

Stellungnahme:

Bezüglich der ursprünglichen an mich gestellten Fragen ... ergeben sich aus der Stellungnahme des OA Dr. F. meines Erachtens nach keine neuen Aspekte.

Die beim Beschwerdeführer durchgeführte Operation stellt einen kardiochirurgischen Routineeingriff dar, der an allen neun herzchirurgischen Zentren Österreichs durchgeführt werden kann.

Dem Patienten wurde nach eingehender Diagnostik im April 2001 zu einer Operation geraten. Eine konkrete Terminvereinbarung unterblieb zu diesem Zeitpunkt. Laut Stellungnahme von OA Dr. F. wurde schließlich im Juli 2001 endgültig der Entschluss zu einer operativen Sanierung gefasst, die Wartezeit von ca. vier Wochen wurde dabei vom behandelnden Kardiologen offenbar akzeptiert.

Die Wartezeiten an den neun herzchirurgischen Zentren Österreichs weisen zum Teil große Unterscheide auf. Innerhalb von vier Wochen ist es jedoch einigen Zentren möglich, eine dringliche Operation zu terminisieren. Wie in meinem ursprünglichen Gutachten möchte ich jedoch darauf hinweisen, dass mir die Situation der Kardio-Chirurgischen Universitätsklinik G. im Sommer 2001 nicht bekannt ist. ..."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

Am 13. August 2002 erledigte Univ. Prof. Dr. D. (Universitätsklinik G.) ein Informationsersuchen der belangten

Behörde wie folgt:

"Bezugnehmend auf Ihre Anfrage vom 12.08.2002 betreffend die Wartezeiten für stationäre Aufnahmen im Jahr 2001 darf ich Ihnen

Folgendes mitteilen:

Patienten, die von den zuweisenden Kardiologen mit Kategorie I klassifiziert wurden, mussten aus Kapazitätsgründen mit einer Wartezeit von 2 - 4 Wochen rechnen. Wenn aufgrund der klinischen Symptomatik diese Zeitspanne als zu lang erscheint, wird ein Transfer in ein auswärtiges Zentrum mit kürzeren Wartezeiten nahe gelegt.

Mit Kategorie II klassifizierte Patienten haben (und hatten) in der Regel mit einer Wartezeit von6 - 8 Wochen zu rechnen und bekommen einen ihrer Kategorie entsprechenden Termin.

In die Kategorie III eingestufte Patienten müssen mit einer Wartezeit vonbis zu 3 Monaten rechnen und es wurden (und werden) ihnen ebenfalls ihrer Kategorie entsprechende Aufnahmetermine vergeben."

In seiner undatierten an den Rechtsanwalt des Beschwerdeführers gerichteten Stellungnahme - bei diesem laut Eingangsstempel am 9. September 2002 eingelangt - gab Univ. Prof. Dr. D. bekannt, dass der Beschwerdeführer nach Durchsicht der Unterlagen, insbesondere des Zusatzgutachtens Dris. W. vom 7. August 2002, im Sommer 2001 bei

einer Dringlichkeitsstufe II - III einen Operationstermin frühestens nach 8 Wochen zugewiesen bekommen hätte. Wartezeiten für Patienten der Dringlichkeitsstufe II - III lägen bei 3 Monaten.

Der Beschwerdeführer gab auch hiezu (am 12. September 2002) eine Stellungnahme ab, in der er seinen bisherigen Standpunkt wiederholte. Ein Operationstermin "im LKH G. frühestens nach 3 Monaten" hätte eine Operation nicht vor Dezember 2001 ermöglicht: Nach den Ausführungen der behandelnden Ärzte hätten ab dem Zeitpunkt September 2001 die im April 2001 durchgeführte Herzkatheteruntersuchung sowie die Ultraschalluntersuchung "ihre Gültigkeit als Grundlage für eine Operation" verloren, sodass all diese Untersuchungen neu durchgeführt hätten werden müssen. Für diese Untersuchungen wären neue Termine zu vereinbaren gewesen, was wiederum einen Zeitraum von einigen Wochen benötigt hätte. Eine weitere Herzkatheteruntersuchung hätte ein weiteres Mortalitätsrisiko begründet. Wie insbesondere Dr. F. (am 3. Juli 2002) dargelegt habe, sei ein weiteres Zuwarten "nicht geboten bzw. jedenfalls ein zu hohes Risiko, welches eine Versicherungsgemeinschaft sicherlich nicht einem Versicherten aufbürden" könne. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe die Beschwerdesymptomatik Mitte Juli 2001 stark zugenommen, Dr. F. habe zur umgehenden Operation geraten. Die frühestmögliche Operationsmöglichkeit habe sich nur an der Universitätsklinik I. geboten. Die unter einem vorgelegte Stellungnahme der Universitätsklinik G. "vom 9.9.2001" (Anm.: dabei handelt es sich um die beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an diesem Tag eingelangte undatierte Äußerung von Dr. D.) bestätige dies ausdrücklich, weil ein Operationstermin im Sommer 2001 frühestens nach 3 Monaten hätte zugewiesen werden können. Das dadurch erzwungene Zuwarten hätte eine unzumutbare Schlechterstellung des Beschwerdeführers bedeutet. Daher sei von einer plötzlichen Erkrankung oder einem ähnlichen Ereignis auszugehen. Eine Risikoabwälzung auf den Patienten sei "bei dem vorliegenden Sachverhalt und der aufgezeigten Dringlichkeit nicht geboten und sachlich nicht angemessen". Es sei bekannt, "dass statistisch gesehen in Österreich mehr Patienten bis vergleichbarer Erkrankung auf der Warteliste als am OP-Tisch versterben".

Mit dem angefochtenen Bescheid vom 3. Oktober 2002 wies die belangte Behörde die Berufung des Beschwerdeführers ab. Nach Darstellung des Verwaltungsgeschehens und der Rechtslage stellte die belangte Behörde folgenden Sachverhalt fest:

"Bei dem Berufungswerber besteht ein seit Jahren bekanntes kombiniertes Aortenvitium (Verengung und Schlussunfähigkeit der Aortenklappe) mit begleitender coronarer Herzkrankheit. Dieses Leiden ist zumindest seit dem Jahre 1993 bekannt und wurde in diesem Jahr an der Medizinischen Universitätsklinik G. bereits invasiv abgeklärt. Zum damaligen Zeitpunkt (1993) wurde ein konservatives Vorgehen empfohlen.

Bei weiteren echokardiographischen Kontrollen im Jahr 1996 und 1997 wurde dieses Vitium ebenfalls beobachtet, ebenso bei einer invasiven Abklärung im Jahr 1998.

Wegen neu aufgetretenen Vorhofflimmerns suchte der Berufungswerber im April 2001 (Entlassungsbrief vom 23.4.2001) auf Anraten seines Sohnes die 3. Medizinische Abteilung des W-Spitals auf, wo nochmals eine invasive Abklärung sowohl der Aortenklappe, als auch der Coronarsituation erfolgte. Dabei fand sich wiederum die bereits bekannte, aber seit 1998 progrediente Aortenstenose mit der etwa gleich gebliebenen Aorteninsuffizienz. Die im Rahmen dieses Aufenthaltes ebenfalls durchgeführte Coronarangiographie (= Röntgendarstellung der Herzkranzgefäße) ergab eine coronare Dreigefäßerkrankung (Verengungen an allen drei wesentlichen Herzkranzgefäßen), wobei der Stenosegrad der einzelnen Läsionen seit 1998 zugenommen hatte.

In Zusammenschau der Befunde wurde dem Beschwerdeführer geraten, mittelfristig die chirurgische Sanierung anzustreben. Im Rahmen eines interdisziplinären Konsils wurde dahingehend auch mit Univ. Prof. Dr. L. von der Herzchirurgie I. Kontakt aufgenommen.

Da der Berufungswerber zu diesem Zeitpunkt einem herzchirurgischen Eingriff eher reserviert gegenüberstand, wurde noch kein Operationstermin vereinbart.

Weil er von seinem behandelnden Kardiologen, Dr. F., anlässlich zweiter Ordinationsbesuche auf die Gefahren einer Ablehnung der chirurgischen Sanierung seiner Erkrankung hingewiesen worden war und diese Sichtweise auch von seinem Sohn, der selbst Arzt ist, unterstützt wurde, entschloss sich der Berufungswerber schließlich im Juli 2001, einer herzchirurgischen Intervention zuzustimmen. Zu diesem Zeitpunkt bestand keine akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Von seinen betreuenden Ärzten wurde ein Aufnahmetermin mit der Herzchirurgie I. für 27.8.2001 vereinbart, wobei festzuhalten ist, dass diese Klinik in I. kein Vertragspartner der KFA ist. Am 29.8.2001, also

ca. 4 Monate nach der maßgeblichen Untersuchung im April 2001, wurde die Operation (Aortenklappenersatz, kombiniert mit aortocoronarem Dreifachbypass) durchgeführt.

Diese Operation stellt einen kardiochirurgischen Routineeingriff dar und kann an allen neun herzchirurgischen Zentren Österreichs, also auch in G., durchgeführt werden.

Dem Berufungswerber wurde im April 2001 eine mittelfristige herzchirurgische Therapie empfohlen, da die Erkrankung bereits seit Jahren bekannt war und eine langsame Progredienz aufwies. Eine entsprechende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die eine sofortige herzchirurgische Intervention notwendig gemacht hätte, bestand zu diesem Zeitpunkt nicht.

Lt. Schreiben von Univ. Prof. Dr. D. (kardiologische Abteilung des LKH G.) vom 13.8.2002 und 9.9.2002 bestand beim Berufungswerber für die Operation Dringlichkeitsstufe 2 - 3, welche eine Wartezeit von acht Wochen bis drei Monaten bewirkt. Nach einer solchen Wartefrist wäre es in G. im Jahre 2001 also leicht möglich gewesen, den Eingriff durchzuführen ..., wenn man bedenkt, dass zwischen der maßgeblichen Untersuchung des Berufungswerbers im April 2001 und dem Operationstermin am 29.8.2001 ca. 4 Monate vergingen."

(Anonymisierungen durch den Verwaltungsgerichtshof)

In ihrer Beweiswürdigung stützte sich die belangte Behörde auf die Gutachten des Sachverständigen Dr. W. vom 29. Mai und vom 7. August 2002, den Entlassungsbrief der Kardiologischen Abteilung des W-Spitals vom 23. April 2001, die Aussage des Beschwerdeführers gegenüber dem Sachverständigen und die Mitteilung der Kardiologischen Abteilung des LKH G. (Schreiben vom 13. August und 9. September 2002 von Univ. Prof. Dr. D.). Die ergänzenden Stellungnahmen vom 12. Juli und 12. September 2002 hätten im Rahmen des Ermittlungsverfahrens keine neuen maßgeblichen Feststellungen ergeben.

Rechtlich führte die belangte Behörde aus, gemäß § 33 Abs. 1 und 2 der KFA-Satzung i.V.m. § 3 Abs. 3 Krankenordnung gebühre einem Anspruchsberechtigten, der wie im vorliegenden Fall nicht die Vertragspartner oder eigene Einrichtungen der KFA und daher anderweitige Anstaltspflege in Anspruch nehme, nur der Ersatz der Kosten in der Höhe des Betrages, welcher bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Dieser Kostenersatz sei bei der KFA eigens zu beantragen.

Die beschriebene Erkrankung des Beschwerdeführers sei rechtlich nicht als eine plötzliche Erkrankung oder ein ähnliches Ereignis im Sinn des § 34a KFA-Satzung zu werten, sodass die Ausnahmebestimmung über den Kostenersatz von Erste-Hilfe-Leistungen nach dieser Bestimmung nicht zur Anwendung kommen könne. Gemäß § 35 Abs. 1 und 2 KFA-Satzung sei die Wahl des Arztes zwar freigestellt. Aus dieser Bestimmung ergebe sich aber ausdrücklich, dass sich dieses Wahlrecht nur auf Vertragsärzte der KFA beziehe.

Auch gemäß § 48 Abs. 6 der KFA-Satzung gebühre zusätzlich zum Ersatz der Kosten in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners aufzuwenden wäre, (lediglich) noch die Differenz zu den jeweils festgelegten Kosten der höheren Gebührenklasse des LKH G. Auch dieser Anspruch wäre bei der KFA eigens geltend zu machen. Der Berufung habe daher ein Erfolg versagt bleiben müssen.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer zunächst Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof, der deren Behandlung jedoch mit Beschluss vom 25. Februar 2003, B 1725/02, ablehnte und sie dem Verwaltungsgerichtshof zur Entscheidung abtrat.

Im Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof macht der Beschwerdeführer inhaltliche Rechtswidrigkeit und Rechtswidrigkeit infolge Verletzung von Verfahrensvorschriften geltend.

Die belangte Behörde hat die Akten des Verwaltungsverfahrens vorgelegt und eine Gegenschrift erstattet, in der sie die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde als unbegründet beantragt.

Der Verwaltungsgerichtshof hat in einem gemäß § 12 Abs. 1 Z. 2 VwGG gebildeten Senat erwogen:

I. Rechtslage:

§ 37 Abs. 4 der Dienst- und Gehaltsordnung der Beamten in der Landeshauptstadt Graz 1956, LGBl. Nr. 30/1957 (kurz: DO-Graz), idF dieses Absatzes durch das LGBl. Nr. 49/1969, lautet:

"(4) Das Nähere über die Krankenfürsorgeeinrichtung und ihre Verwaltung, den anspruchsberechtigten Personenkreis,

die Leistungen und ihre Inanspruchnahme hat der Gemeinderat durch Verordnung zu regeln. In der Verordnung ist auch zu bestimmen, welche Angelegenheiten der Ausschuss in Sitzungen mit gemeinsamer Beratung zu entscheiden hat und welche Angelegenheiten den bei der Krankenfürsorgeeinrichtung verwendeten Bediensteten der Stadt Graz zur Erledigung überlassen werden können. Ferner sind in der Verordnung die gemäß Abs. 2 zu leistenden Beiträge unter Bedachtnahme auf die Kosten der zu erbringenden Leistungen festzusetzen."

§ 49 Abs. 3 der mit 1. November 2001 in Kraft getretenen KFA-Satzung 2001 in der Stammfassung der Verordnung des Gemeinderates vom 25. Oktober 2001 sieht vor, dass Verfahrensschritte, die vor dem 1. November 2001 gesetzt wurden, weiterhin nach der KFA-Satzung vom 26. Februar 1981, zuletzt geändert am 6. Juli 2000, zu beurteilen sind.

Diese Verordnung des Gemeinderates vom 20. November 1980

lautete im Jahr 2001 auszugsweise:

"I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1

Name, Rechtsstellung und Aufgaben

(1) Die Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (im Folgenden KFA genannt) ist eine Einrichtung der Stadt Graz ohne eigene Rechtspersönlichkeit.

(2) Die KFA besorgt die von der Stadt Graz nach § 37 der Dienst- und Gehaltsordnung der Landeshauptstadt Graz 1956, in der derzeit geltenden Fassung, sicherzustellende Krankenfürsorge nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Satzung und der KFA-Krankenordnung (im Folgenden KO genannt).

(3) Die KFA hat ferner die Aufgaben der Unfallheilbehandlung zu besorgen, die im Rahmen der Unfallfürsorge gemäß § 37a der Dienst- und Gehaltsordnung vorgesehen ist.

§ 2

Anspruchsberechtigte

Anspruch auf Leistungen nach dieser Satzung haben:

1. Mitglieder (§ 3); ...

§ 3

Mitglieder

Mitglieder der KFA sind:

(1) ...

(2) die Ruhe(Versorgungs)genussempfänger, deren laufender Ruhe-(Versorgungs)genuss sich vom öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zur Stadt Graz ableitet, solange sie ihren ordentlichen Wohnsitz im Inland haben.

§ 25

Besondere Beiträge

(1) Für die Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Leistungen sind die in der Anlage II dieser Satzung vom Gemeinderat festgesetzten besonderen Beiträge zu entrichten.

(2) Die Leistung der besonderen Beiträge obliegt dem Mitglied für sich und seine Angehörigen. ...

(3) ...

§ 31

Arten der Leistungen

(1) Die Leistungen der KFA werden gewährt als:

1. Pflichtleistungen, das sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht, und zwar:

a) (Vorsorge)Gesundenuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,

b) Krankenbehandlung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege sowie die zur Inanspruchnahme dieser Leistungen notwendigen Reise- (Fahrt-) und Transportkosten,

...

2.

freiwillige Leistungen, ...

3.

zusätzliche Leistungen, das sind Leistungen, die über solche der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) hinausgehen und für die besondere Beiträge (§ 25) entrichtet werden.

(2) Die näheren Vorschriften über diese Leistungen sind in der KO enthalten.

(3) Sofern die Vornahme einer Handlung oder die Anmeldung eines Anspruchs nach den Vorschriften der Satzung oder KO an eine Frist gebunden wird, ist im Zweifel das Vorliegen einer Mahnfrist anzunehmen.

...

§ 33

Ersatzleistungen

(1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der KFA zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel) in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Mitglied als Behandlungsbeitrag bzw. als Rezeptgebühr bei Inanspruchnahme von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

(2) Die Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege werden nach den Bestimmungen des § 39 ersetzt.

(3) Stehen eigene Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der KFA nicht zur Verfügung, kann die nächstgelegene geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden.

(4) Die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ist ausgeschlossen, wenn der Anspruchsberechtigte in demselben Leistungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der KFA in Anspruch nimmt.

(5) Kosten aus dem Leistungsfall der Krankheit und der Mutterschaft, die mangels vertraglicher oder anderer Regelung nicht gemäß Abs. 1 ersetzt werden können, sind nach Maßnahme der Bestimmungen der KO zu erstatten.

...

§ 34a

Erste Hilfe

Tritt ein Unfall, eine plötzliche Erkrankung oder ein ähnliches Ereignis im Inland oder im Ausland ein, und kann ein Vertragsarzt (Vertragsdentist) oder eine Vertragskrankenanstalt der KFA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten, ersetzt die KFA die tatsächlichen Kosten dringend notwendiger Leistungen, und zwar:

1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 160 % des Tarifes des nächstgelegenen geeigneten Vertragspartners für nichtdringliche Leistungen;

2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird;

3. von Anstaltspflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen.

§ 35

Ärztliche Hilfe

(1) Die Wahl des Arztes ist freigestellt. Wird ein von der KFA zur ärztlichen Behandlung der Anspruchsberechtigten vertragsmäßig bestellter Arzt (Vertragsarzt) in Anspruch genommen, so geht die Behandlung auf Rechnung der KFA.

(2) Die KFA verlautbart in geeigneter Wiese die Namen der Ärzte, die vertragsmäßig zur Behandlung der Anspruchsberechtigten auf Rechnung der KFA bestellt sind (Vertragsärzte).

§ 39

Gewährung der Anstaltspflege oder der medizinischen Hauskrankenpflege

(1) Anstaltspflege bzw. medizinische Hauskrankenpflege wird nach Maßgabe der Bestimmungen der KO gewährt. Bei Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt erfolgt die Behandlung im Rahmen der bestehenden Verträge auf Rechnung der KFA.

(2) Wurde Anstaltspflege der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt nicht auf Rechnung der KFA in Anspruch genommen, werden die Kosten derselben bis zur Höhe des Betrages ersetzt, der bei vertraglicher Verrechnung gemäß Abs. 1 aufzuwenden gewesen wäre.

...

§ 47

Sicherstellung der Krankenfürsorge im Ausmaß jener der Bundesbeamten

Wenn nach den vorstehenden Bestimmungen nicht mindestens jene Krankenfürsorge sichergestellt ist, die für Bundesbeamte vorgesehen ist, hat der Ausschuss der KFA

a) im Einzelfall vorschussweise jene Leistungen zu gewähren, auf die ein nach dem B-KUVG 1967 bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) versicherter Bundesbeamter bzw. Ruhe(Versorgungs)genussempfänger sowie deren Angehörige Anspruch hat, und

b) unverzüglich beim Gemeinderat die entsprechende Abänderung bzw. Ergänzung dieser Satzung bzw. der KO zu beantragen.

§ 48

Zusätzliche Leistungen

(1) Außer den in den §§ 31 bis 46 vorgesehenen Leistungen werden zusätzliche Leistungen jenen Mitgliedern und deren Angehörigen gewährt, die die Einbeziehung in den auf zusätzliche Leistungen anspruchsberechtigten Personenkreis beantragt, die vorgesehene Wartefrist erfüllt haben und den für die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen vorgesehenen besonderen Beitrag (§ 25) entrichten.

(2) ...

(6) Es sind folgende zusätzliche Leistungen vorgesehen:

1. Leistungen im Fall einer von der KFA gemäß § 39 oder einem Sozialversicherungsträger gewährten Anstaltspflege, und zwar:

a) bei Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse (II. Klasse) in einem Vertragskrankenhaus werden die anfallenden Verpflegs-, Operations- und Behandlungskosten sowie sonstige Nebengebühren, sowohl für operative wie nicht operative Fälle, im Weg der direkten Abrechnung mit dem Vertragskrankenhaus übernommen;

b) bei Aufenthalt in einem Krankenhaus ohne Inanspruchnahme der höheren Gebührenklasse oder falls zwar der Aufenthalt in der höheren Gebührenklasse erfolgt, aber die Kosten hiefür vom Bewerber selbst, von einem Versicherungsträger oder einem sonstigen Dritten bestritten werden, werden für jeden Verpflegstag die jeweils im Gemeinderat festgesetzten Barbeträge geleistet (Anlage III);

c) bei Anstaltspflege in einem Nichtvertragskrankenhaus werden zusätzlich zu den nach § 39 zustehenden Leistungen die Kosten bis zu der Höhe ersetzt, die sich aus der Differenz zwischen dem gemäß § 39 jeweils festgelegten Kostenersatz und den jeweils festgelegten Kosten der höheren Gebührenklasse des Landeskrankenhauses Graz ergeben;

..."

§ 1 der Verordnung des Gemeinderates der Landeshauptstadt Graz vom 1. Juli 1999 betreffend die näheren Vorschriften über die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenfürsorgeanstalt, die Art und den Umfang der

Leistungen, das Verhalten des Anspruchsberechtigten während der Heilbehandlung (kurz: KFA-Krankenordnung 1999) lautet auszugsweise:

"1. Teil - Allgemeine Bestimmungen

Gegenstand der Krankenordnung

§ 1. (1) Die Krankenordnung regelt für den Bereich der Krankenfürsorgeanstalt für die Beamten der Landeshauptstadt Graz (KFA) als Träger der Krankenversicherung das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Pflichten des Anspruchsberechtigten und dessen Kontrolle im Leistungsfall. ...

(2) ...

(3) Im Rahmen der gesetzlichen Leistungsbestimmungen kann die KFA Leistungen auch dann erbringen, wenn Verfahrensvorschriften aus berücksichtigungswürdigen Gründen nicht eingehalten wurden. Solche Gründe sind insbesondere dann vorhanden, wenn

1.

die Leistung sofort erbracht werden musste,

2.

eine entschuldbare Verhinderung (z.B. wegen Krankheit) glaubhaft gemacht wird, oder

3. die Bewilligung in besonderen Ausnahmefällen nicht vorher eingeholt wurde."

II. Beschwerdeausführungen und Erwägungen:

Der Beschwerdeführer erachtet sich in seinem Recht auf Erhalt vollen Kostenersatzes für den Spitalsaufenthalt vom 27. August bis zum 21. September 2001 sowie im Recht auf Durchführung eines ordentlichen, rechtmäßigen und mängelfreien Verfahrens verletzt.

Er macht geltend, dass das Ermittlungsverfahren und die Feststellungen nicht ausreichten, um das Vorliegen einer plötzlichen Erkrankung oder eines ähnlichen Ereignisses, wobei ein Vertragsarzt oder eine Vertragskrankenanstalt nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe habe leisten können, im Sinn des § 34a der KFA-Satzung zu verneinen. Die "Wartefrist" könne nicht bereits ab April 2001 laufen, weil dem Beschwerdeführer damals noch nicht geraten worden sei, "tatsächlich sich operieren zu lassen". Diese Empfehlung stamme erst vom Juli 2001 "und wurde dem Beschwerdeführer damals als dringlich jedenfalls angeraten". Die belangte Behörde habe Feststellungen unterlassen, wann dem Beschwerdeführer die Vereinbarung eines Operationstermins angeraten worden sei und welche Wartezeiten im Zeitpunkt dieses Anratens an den relevanten Herzchirurgischen Zentren in Österreich bestanden hätten. Nach den Ausführungen des behandelnden Arztes Dr. F. (in seinem Arztbrief vom 3. Juli 2002) sei dem Beschwerdeführer erst im Juli 2001 zu einer umgehenden Operation seines Leidens geraten worden, sodass die Fristenberechnung erst ab diesem Zeitpunkt beginnen könne. Der daraus folgende frühestmögliche Operationstermin in G. im Oktober 2001 hätte eine unzumutbare Schlechterstellung des Beschwerdeführers bedeutet. Die Vertragsanstalt des LKH G. habe somit nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe erbringen können. Nur das LKH I. habe den ehestmöglichen Operationstermin gewährleisten können.

Das eingeholte Sachverständigengutachten und das Zusatzgutachten des Dr. W. sei in diesen wesentlichen Fragen unschlüssig, mangelhaft und in sich widersprüchlich. So lasse der Sachverständige den Befund des behandelnden Arztes Dr. F. vom 3. Juli 2002, die Stellungnahme des W-Spitals vom 29. November 2001 und die Stellungnahme der Universitätsklinik I. vom 20. November 2001 völlig unberücksichtigt und negiere ohne Angabe von Gründen die darin enthaltenen Ausführungen.

Da der ehest mögliche Operationstermin nur in I. gewährleistet habe werden können, liege ein ähnliches Ereignis im Sinn des § 34a der KFA-Satzung vor. Die Risikoabwälzung auf den Beschwerdeführer sei angesichts der sehr hohen Mortalitätsrate für jene Patienten, die auf einer Warteliste stünden, unzulässig. Richtig wären dem Beschwerdeführer die tatsächlichen Kosten in voller Höhe im Zusammenhang mit der verfahrensgegenständlichen Operation am 29. August 2001 zu ersetzen gewesen.

Diese Ausführungen vermögen der Beschwerde aus folgenden Überlegungen nicht zum Erfolg zu verhelfen:

Vorauszuschicken ist, dass in der Gegenschrift an sich zutreffend gerügt wird, der Beschwerdeführer habe die belangte

Behörde nicht bezeichnet. Dies ändert aber nichts an der Zulässigkeit der Beschwerde und bedurfte auch keines Verbesserungsauftrages, weil die belangte Behörde aus der der Beschwerde angeschlossenen Bescheidausfertigung eindeutig zu entnehmen war.

§ 34a der KFA-Satzung verlangt für die vollständige Übernahme der Kosten (u.a.) der Anstaltspflege in einer anderen als einer Vertragskrankenanstalt das Vorliegen eines Unfalls, einer plötzlichen Erkrankung oder eines ähnlichen Ereignisses, sowie weiters, dass ein Vertragsarzt oder eine Vertragskrankenanstalt der KFA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Die erste Voraussetzung nach dieser Norm ist somit ein eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes umfassendes Ereignis, wobei aus der Aufzählung der beiden ersten Beispiele (Unfall, plötzliche Erkrankung) in Verbindung mit der zweiten Tatbestandsvoraussetzung abzuleiten ist, dass dieses Ereignis plötzlich und unerwartet eintritt sowie eine ärztliche Behandlung bzw. Anstaltspflege unaufschiebbar macht. Unbeschadet des Umstandes, ob auch eine Änderung des Wissensstandes oder der Einschätzung einem derartigen Ereignis gleichzuhalten wäre, ist im Beschwerdefall nach den im Rahmen einer Schlüssigkeitsprüfung (§ 41 Abs. 1 VwGG) nicht zu beanstandenden Feststellungen der belangten Behörde weder das eine noch das andere vorgelegen:

Dr. L. hat in seiner Äußerung vom 20. November 2001 und Dr. S. in seiner Stellungnahme vom 29. November 2001 lediglich von einer - bereits früher - dringlichen Indikation gesprochen, ohne nähere zeitliche Konkretisierungen vorzunehmen. Ebenso hat Dr. F. am 3. Juli 2002 die Ansicht vertreten, eine Operation des Beschwerdeführers wäre umgehend vorzunehmen gewesen, ohne jedoch eine Änderung seines Gesundheitszustandes seit der Untersuchung im W-Spital im April 2001 näher zu beschreiben. Dr. M. und Dr. W. hatten in ihren Gutachten eine derartige Verschlechterung im Sommer des Jahres 2001 ausgeschlossen. Dr. D. hat lediglich über Wartefristen im Landeskrankenhaus G. berichtet, ohne eine gutachtliche Stellungnahme zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers abzugeben.

Dieser vermochte den in ihrem Kernbereich somit übereinstimmenden Gutachten der genannten Sachverständigen nichts entgegenzuhalten und erstattete zudem widersprüchliche Behauptungen darüber, ob die von ihm angegebene massive Verschlechterung seines eigenen Gesundheitszustandes im Juli (so seine Eingaben vom 12. Juli und 12. September 2002) oder erst im August (so insbesondere seine Berufung vom 14. Dezember 2001) des Jahres 2001 eingetreten sei. Es erweist sich daher und unter Berücksichtigung der vom Chefarzt Dr. M. am 22. Jänner 2002 dargelegten Motive des Beschwerdeführers für die Begründung eines stationären Krankenhausaufenthaltes in I. (vom frei gewählten Arzt seines persönlichen Vertrauens in dieser Krankenanstalt behandelt werden zu wollen) nicht als rechtswidrig, dass die belangte Behörde die zusammenfassenden gutachtlichen Stellungnahmen des herzchirurgischen Sachverständigen Dr. W. dem angefochtenen Bescheid zu Grunde gelegt hat.

Da die erste Tatbestandsvoraussetzung nach § 34a der KFA-Satzung nicht gegeben ist, war auf die Erreichbarkeit eines Operationstermines in G. frühestens im Dezember 2001 (Wartezeitproblematik), die der zweiten Tatbestandsvoraussetzung zuzuordnen ist, nicht mehr einzugehen. Ebenso kann die Einhaltung von Verfahrensvorschriften im Sinn des § 1 Abs. 3 der KFA-Krankenordnung 1999 dahingestellt bleiben, weil die nach der Z. 1 für die Pflicht zur Kostenübernahme geforderte Dringlichkeit jedenfalls nicht vorgelegen ist.

§ 47 der KFA-Satzung enthält (oben näher dargestellte) Bestimmungen zur Sicherstellung der Krankenfürsorge jedenfalls im Ausmaß jener der Bundesbeamten. Hieraus ist für den Beschwerdeführer allerdings nichts zu gewinnen, weil auch nach § 59 Abs. 1 B-KUVG der Versicherte primär Anspruch auf die Gewährung von Sachleistungen hat. Nimmt er nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt zur Erbringung der Sachleistungen in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung nur in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre (vgl. etwa das zum B-KUVG ergangene Urteil des Obersten Gerichtshofes vom 29. Juni 1999, 10 Ob S 382/98v = SZ 72/110). Ebenso wurde in diesem Zusammenhang (zur Bestimmung des § 131 ASVG) ausgesprochen, der Gesetzgeber gehe nicht vom Grundsatz einer vollen Kostenerstattung im Sinn einer Gleichbehandlung von Vertragsärzten und Wahlärzten aus, sodass die Kürzung eines Kostenerstattungsanspruchs bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes für eine Ordination (im Anlassfall) mit zwei Fünftel der in Betracht kommenden pauschalierten Grundvergütung nicht zu beanstanden sei (vgl. die Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes vom 4. November 1997, 10 Ob S 164/97h, und vom 10. Juli 2001, 10 Ob S 96/01t).

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

© 2025 JUSLINE

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

www.jusline.at