jusline®
»» Recht. Schnell

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

TE Vfgh Erkenntnis 2007/12/11 B1083/07, G233/06 ua

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 11.12.2007

Index

82 Gesundheitsrecht
82/06 Krankenanstalten, Kurorte

Norm

B-VG Art7 Abs1 / Gesetz
B-VG Art140 Abs1 / Individualantrag
ASVG §149 Abs3, §338 Abs1
KAKuG §6 Abs1 litb, §27b
PRIKRAF-G (PrivatkrankenanstaltenFinanzierungsfondsG) §1 ff, §19, Anlage 1

Leitsatz

Keine Verletzung durch Anwendung einer rechtswidrigen generellen Normbei Abweisung eines Antrags eines privaten Ambulatoriums aufFeststellung der Eigenschaft als Krankenanstalt iSdPrivatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes und der damitverbundenen Berechtigung auf Verrechnung der von ihr erbrachtenLeistungen durch Direktverrechnung bzw durch Gewährung vonPflegekostenzuschüssen; keine Unsachlichkeit des Ausschlusses nichtbettenführender privater Krankenanstalten von derleistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung nach demPRIKRAF-G; Zurückweisung der Individualanträge mangels Legitimationinfolge zumutbaren Umwegs

Spruch

1. Die beschwerdeführende Partei ist durch den angefochtenen Bescheid nicht wegen Anwendung einer rechtswidrigen generellen Norm in ihren Rechten verletzt worden.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gesetzesprüfungsanträge werden zurückgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe:

I. Die im vorliegenden Fall maßgebende Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

1. Nach Art14 Abs3 der zwischen dem Bund und den Ländern geschlossenen Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 73/2005 (im Folgenden: LKF-Vereinbarung), sind auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung den Trägern öffentlicher Krankenanstalten mit Ausnahme der Pflegeabteilungen in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie sowie den

Trägern gemeinnützig geführter privater Krankenanstalten von den Landesgesundheitsfonds Zahlungen zu gewähren, soweit diese Krankenanstalten im Jahr 1996 Zuschüsse des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds erhalten haben (sog. landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten).

Nach Art14 Abs1 LKF-Vereinbarung haben die Länder für jedes Bundesland oder nach Maßgabe einer Einigung der jeweiligen Länder für mehrere Bundesländer gemeinsam einen Landesgesundheitsfonds in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit einzurichten. Die Mittel dieser Landesgesundheitsfonds ergeben sich u. a. aus Beiträgen der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung (vgl. näherhin Art17 LKF-Vereinbarung).

Art 17 Abs6 Z1 LKF-Vereinbarung bestimmt, dass der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für Rechnung der in ihm zusammengefassten Sozialversicherungsträger an die Landesgesundheitsfonds einen jährlichen Pauschalbetrag zu leisten hat. Einzelheiten, insbesondere über den Anteil jedes Trägers der sozialen Krankenversicherung, ergeben sich aus §447f ASVG. Gemäß Art20 Abs1 LKF-Vereinbarung sind mit diesem Pauschalbetrag der Sozialversicherungsträger "alle Leistungen der Krankenanstalten gemäß Art14 Abs3 und 4, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten". Ausgenommen davon sind die in Art20 Abs2 und 3 LKF-Vereinbarung bezeichneten Leistungen (zB Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen).

Diese Regelung wurde durch die Grundsatzbestimmung des §148 Z3 ASVG sowie durch die - im vorliegenden Fall maßgebliche - ausführungsgesetzliche Bestimmung des §46 Abs2 Tiroler Krankenanstaltengesetz - Tir KAG, LGBl. 5/1958, umgesetzt.

Die Leistungen der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten an sozialversicherte Pfleglinge werden gemäß Art22 f LKF-Vereinbarung bzw. §27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - KAKuG, BGBl. 1/1957, über die Landesgesundheitsfonds leistungsorientiert nach LKF-Gebührenersätzen abgerechnet.

Dieses - dem Grundsatz nach durch die Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I 111/1997 - mit 1. Jänner 1997 eingeführte System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ersetzte die vorherige Krankenanstaltenfinanzierung nach Tagespauschalen.

2. §145 Abs1 erster Satz ASVG bestimmt, dass der Erkrankte, wenn als Leistung der Krankenversicherung aus dem Versicherungsfall der Krankheit Anstaltspflege (§144 ASVG) gewährt wird, in erster Linie in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt einzuweisen ist.

Für Krankenanstalten, die von Art14 Abs3 LKF-Vereinbarung nicht erfasst sind (sog. nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten), gilt §149 ASVG. Ein Erkrankter kann gemäß §149 Abs1 ASVG in eine derartige Krankenanstalt eingewiesen werden, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers keine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt besteht oder der Erkrankte zustimmt, sofern zwischen dem Träger dieser Krankenanstalt und dem leistungszuständigen Versicherungsträger ein Vertragsverhältnis besteht.

Gemäß §149 Abs3 ASVG idF des 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 1996 - 2. SRÄG 1996, BGBl. 764, waren für diese Krankenanstalten die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen durch Verträge festzulegen, die für die Sozialversicherungsträger durch den Hauptverband - "mit den Privatspitälern - bzw. der zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretung" (RV 394 BlgNR 20. GP, 18) - abzuschließen waren.

Der auf Grund dieser Bestimmung abgeschlossene Vertrag zwischen dem Hauptverband und der Wirtschaftskammer Österreich (im Folgenden: WKÖ) sah im Wesentlichen weiterhin eine Honorierung der Leistungen nach Tagespauschalen vor.

Durch §149 Abs3 ASVG idF BGBl. I 5/2001 wurde die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2002 auf die Privatkrankenanstalten erstreckt. Die Materialien (AB 409 BlgNR 21. GP, 4) führen dazu aus, dass "[z]u diesem Zweck ... ein eigener Fonds eingerichtet werden [soll], der den Pauschalbetrag von 1 000 Millionen Schilling - im Jahre 2002 - auf jene Krankenanstalten, zu deren Vertretung die Wirtschaftskammer Österreich berufen ist, aufteilt."

§149 Abs3 ASVG (idF BGBl. I 71/2005) lautet (die von der antragstellenden Partei bekämpften Wortfolgen sind hervorgehoben):

"(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 Euro abgegolten. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des §27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist §148 Z8 sinngemäß anzuwenden."

Ergänzend dazu sieht §349 Abs2a ASVG (idF BGBl. I 99/2001) vor, dass die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den in §149 Abs3 ASVG genannten Krankenanstalten durch Gesamtverträge geregelt werden, die für diese Krankenanstalten von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung abzuschließen sind.

§149 Abs3b ASVG bestimmt schließlich, dass für die nicht in §149 Abs3 ASVG genannten Krankenanstalten die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen durch Verträge festzulegen sind, die für die Sozialversicherungsträger durch den Hauptverband abzuschließen sind. Diese Regelung gilt also für (jeweils bettenführende) öffentliche und private gemeinnützige Krankenanstalten, die nicht fondsfinanziert sind, und für Privatkrankenanstalten, die nicht vom Vertrag zwischen Hauptverband und WKÖ erfasst sind, in ganz gleicher Weise.

3. Der in §149 Abs3 ASVG angesprochene Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (im Folgenden: PRIKRAF) wurde erstmals mit dem Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz - PRIKRAF-G), BGBl. I 42/2002, für die Jahre 2002 bis 2004 - die Dauer der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, BGBl. I 60/2002 - eingerichtet. Durch das PRIKRAF-G, BGBl. I 165/2004, wurde der PRIKRAF für die Jahre 2005 bis 2008 - die Dauer der LKF-Vereinbarung - neuerlich eingerichtet.

Dieses zuletzt genannte Gesetz lautet auszugsweise (die bekämpften Bestimmungen sind hervorgehoben):

"Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

§1. (1) Zur Finanzierung aller Leistungen i.S. des §149 Abs3 ASVG von bettenführenden privaten Krankenanstalten Österreichs wird ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Er führt die Bezeichnung 'Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds - PRIKRAF' und wird im Folgenden als PRIKRAF bezeichnet. Der Sitz des PRIKRAF ist Wien.

(2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, umfasst der Begriff 'PRIKRAF-Krankenanstalten' jene Krankenanstalten, die von der Regelung des §149 Abs3 ASVG erfasst und in der Anlage 1 dieses Gesetzes aufgelistet sind.

(3) Soweit im Folgenden ausschließlich auf Bestimmungen des ASVG verwiesen wird, sind die Parallelbestimmungen der weiteren Sozialversicherungsgesetze (B-KUVG, BSVG, GSVG) sinngemäß anzuwenden.

(4) Als Anspruchsberechtigte im Sinne dieses Gesetzes gelten neben den Versicherten insbesondere auch Anspruchsberechtigte gemäß §§122, 123, 134 und 158 ASVG sowie Personen, die einem Krankenversicherungsträger auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

Aufgaben des PRIKRAF

§2. (1) Der PRIKRAF hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Die Abgeltung aller Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Während der stationären Pflege werden alle intra- oder extramuralen Untersuchungen oder Behandlungen durch die Fondsverrechnung abgegolten.

2. Die Leistung von Pflegekostenzuschüssen an Versicherte gemäß §150 Abs2 ASVG, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt behandelt wurden.

3. Sonstige Aufgaben, die dem PRIKRAF durch Gesetze und Verordnungen übertragen werden.

(2) Ambulante Leistungen und Rehabilitations- und Kurleistungen sind aus PRIKRAF-Mittel nicht abzugelten.

Mittel des PRIKRAF

§3. In den PRIKRAF fließen folgende Mittel:

1. Mittel inländischer Träger der Sozialversicherung für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung gemäß §149 Abs3 ASVG sowie für Pflegekostenzuschüsse gemäß §150 Abs2 ASVG für Behandlungen in einer PRIKRAF-Krankenanstalt. Entsprechende Überweisungen haben monatlich zu erfolgen;

2. Erstattungsbeträge ausländischer Sozialversicherungsträger für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung für jene Fälle, für die keine Vereinbarungen über die Erstattung von Kosten durch Pauschalzahlungen oder über einen Kostenerstattungsverzicht bestehen;

3. Vermögenserträge;

4. sonstige Mittel (zB Spenden).

...

Verrechnung gegenüber PRIKRAF-Krankenanstalten und

Anspruchsberechtigten

§5. (1) Sofern ein Einzelvertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, erfolgt eine Direktverrechnung mit der PRIKRAF-Krankenanstalt gemäß §149 Abs3 ASVG.

(2) Sofern kein Vertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, leistet der PRIKRAF Pflegekostenzuschüsse gemäß §150 Abs2 ASVG an die Anspruchsberechtigten, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt behandelt wurden.

Verrechnung mit PRIKRAF-Krankenanstalten

§6. (1) Zur Verrechnung gemäß §5 Abs1 dienen die PRIKRAF-Mittel abzüglich der Mittel gemäß §§8 und 9 (Pflegekostenzuschüsse und Verwaltungsaufwand).

(2) Die PRIKRAF-Krankenanstalten sind verpflichtet, dem PRIKRAF die Daten gemäß §4 Abs1 sowie die angeforderten zusätzlichen Daten jeweils bis zum 20. des Folgemonats und einen Jahresbericht jeweils bis 31. März des Folgejahres zu übermitteln.

(3) Die Anzahl der Punkte (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen-Punkte - LDF-Punkte) sind entsprechend der in §27b KAKuG normierten leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Bepunktungsprogramm in der jeweils gültigen Fassung von der PRIKRAF-Krankenanstalt zu ermitteln und gemeinsam mit den Daten gemäß Abs2 dem PRIKRAF zu übermitteln. Bei einer verspäteten, fehlerhaften oder nicht erfolgten Meldung durch eine PRIKRAF-Krankenanstalt ist der gemäß §15 zu regelnde Sanktionsmechanismus anzuwenden.

(4) Die Mittel gemäß Abs1 sind auf die PRIKRAF-Krankenanstalten gemäß §5 Abs1 möglichst umgehend nach ihrem Einlangen beim PRIKRAF entsprechend den gemeldeten Daten und unter Berücksichtigung des Punktewertes (Abs2 und 3) zu verteilen. Die Mittel sind zu 100% ohne Gewichtung zu verteilen (Kernbereich).

(5) Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen PRIKRAF-Krankenanstalten erfolgt jeweils nach dem Verhältnis der für die PRIKRAF-Krankenanstalt ermittelten Anzahl der Punkte zur Gesamtzahl der für alle PRIKRAF-Krankenanstalten ermittelten Punkte. Jeder Mittelaufteilung an die PRIKRAF-Krankenanstalten sind dabei sämtliche Entlassungsdiagnosemeldungen des laufenden Jahres und sämtliche im laufenden Jahr hiefür zur Verfügung stehenden Mittel zugrunde zu legen. Vom endgültig auszuzahlenden Betrag sind jene Mittel abzuziehen, die die PRIKRAF-Krankenanstalt im laufenden Jahr bereits bei den akontierten Mittelaufteilungen im Sinne des §7 erhalten hat.

(6) Zum laufenden Jahr im Sinne des Abs5 zählen auch Datenmeldungen, die dem Abrechnungsjahr zugehörig sind und bis spätestens 31. März des Folgejahres beim PRIKRAF einlangen. Danach eingehende Meldungen begründen keinerlei Ansprüche gegenüber dem PRIKRAF, den Krankenversicherungsträgern oder den betroffenen Patientinnen und Patienten.

(7) Die Verteilung gemäß Abs2 bis 6 ist anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden periodengerechten Abrechnung unter Zugrundelegung aller für dieses Jahr gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen oder sonst relevanten Parameter auszugleichen.

(8) Die Träger der Sozialversicherung sind vom PRIKRAF über die sich ergebenden vorläufigen und endgültigen Punktewerte laufend zu informieren.

...

Verrechnung mit Anspruchsberechtigten

§8. Pflegekostenzuschüsse gemäß §5 Abs2 sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu leisten:

1. Der PRIKRAF hat Versicherten, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt, mit der kein Vertrag mit dem für die/den Versicherte/n zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, aufgenommen wurden, einen Pflegekostenzuschuss im Namen der Sozialversicherung zu leisten.

2. Die Höhe des Pflegekostenzuschusses ist in sinngemäßer Anwendung des §6 Abs3 und §7 Abs2 zu ermitteln. Der Pflegekostenzuschuss ist auf Grund einer saldierten, vom zuständigen Krankenversicherungsträger anerkannten Rechnung binnen vier Wochen nach Einlangen beim PRIKRAF auszubezahlen.

..."

Die - zur Gänze bekämpfte - Anlage 1 des PRIKRAF-G enthält die in §1 Abs2 PRIKRAF-G verwiesene Liste der PRIKRAF-Krankenanstalten; die (nicht bettenführende) Krankenanstalt der antragstellenden Partei befindet sich nicht darunter.

II. 1. Die antragstellende Partei ist Trägerin einer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung zum Betrieb einer (nicht bettenführenden) privaten, nicht gemeinnützigen Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums nach dem Tir KAG. Sie ist berechtigt, Leistungen der Unfallchirurgie, der Gynäkologie, der Orthopädie und der plastischen und Wiederherstellungschirurgie - ambulant - zu erbringen. Sie zählt nicht zu den PRIKRAF-Krankenanstalten, weil sie als Ambulatorium nicht bettenführend und infolge ihrer erst aus dem Jahr 2002 datierenden Betriebsbewilligung nicht von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und WKÖ und daher auch nicht von der Anlage 1 zum PRIKRAF-G erfasst ist.

2. Mit einem auf Art140 Abs1 B-VG gestützten, zu G233,234/06 protokollierten Antrag begehrt sie, der Verfassungsgerichtshof möge

"1)

in §1 Abs1 PRIKRAF-G, BGBl I 165/2004, das Wort 'bettenführenden'

2)

in §1 Abs2 PRIKRAF-G, BGBl I 165/2004, die Worte 'und in der Anlage 1 dieses Gesetzes aufgelistet'

3) die Anlage 1 zum PRIKRAF-G, BGBl I 165/2004

4)

im 1. Satz des §149 Abs3 ASVG die Worte 'bettenführenden' sowie den Relativsatz 'die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind,' idF BGBl I 5/2001"

als verfassungswidrig aufheben.

2.1. Ihre Bedenken legt sie wie folgt dar:

2.1.1. Die angefochtenen Bestimmungen verletzten ihre verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechte auf Gleichheit vor dem Gesetz und auf Unversehrtheit des Eigentums, weil sie bei der Erbringung von Leistungen, die nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung tagesklinische Leistungen darstellten, vom Kreis der PRIKRAF-Krankenanstalten und damit von der Finanzierung durch den PRIKRAF ausgeschlossen sei. Durch die Beschränkung der Finanzierung im Wege des PRIKRAF auf bettenführende Krankenanstalten sei sie daran gehindert, mit den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern einen Einzelvertrag zu schließen, der ihr die Direktverrechnung ihrer Leistungen mit dem PRIKRAF nach dem leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierungssystem ermögliche.

Aber auch ohne Abschluss eines solchen Vertrages wäre sie als PRIKRAF-Krankenanstalt besser gestellt, da die von ihr betreuten Patienten zur Inanspruchnahme von höheren Pflegekostenzuschüssen nach dem LKF-System berechtigt wären.

2.1.2. Die antragstellende Partei ist ferner der Auffassung, dass die Abgrenzung von PRIKRAF-Krankenanstalten und sonstigen privaten, nicht gemeinnützigen Krankenanstalten unsachlich sei. Dem Gesetzgeber stehe es zwar frei, bei der Krankenanstaltenfinanzierung zwischen öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten (deren Finanzierung durch Landesgesundheitsfonds erfolge) einerseits, und nicht gemeinnützigen privaten Krankenanstalten andererseits zu differenzieren. Keine sachliche Rechtfertigung sei aber dafür gegeben, zwischen den nicht durch Landesgesundheitsfonds finanzierten privaten Krankenanstalten danach zu differenzieren, ob eine Krankenanstalt zu einem bestimmten Stichtag von dem Vertrag zwischen Hauptverband und WKÖ erfasst war oder nicht. Im vorliegenden Fall werde durch die Bezugnahme auf einen Stichtag nicht etwa eine bisherige Krankenanstaltenfinanzierung im privaten Bereich auslaufen gelassen, was sich schon daran zeige, dass bei der Neuerlassung des PRIKRAF-G BGBl. I 165/2004 wieder an den genannten Vertrag mit dem Stichtag 31. Dezember 2000 angeknüpft werde. Dieser Stichtag stelle jedoch keinen sachlichen Anknüpfungspunkt dar, da auch nach diesem Datum die Errichtung und der Betrieb von privaten Krankenanstalten (nach demselben gesetzlichen Regime) zulässig sei. Wenn sich der Gesetzgeber entschließe, nicht alle Krankenanstalten in die Finanzierung im Wege des PRIKRAF aufzunehmen, müsse er die Auswahl nach sachlichen Gesichtspunkten treffen; unsachlich sei es aber, darauf abzustellen, ob eine Krankenanstalt zu einem bestimmten Stichtag bestanden habe. Diese unsachliche Differenzierung stelle zugleich einen unzulässigen Eigentumseingriff dar.

2.1.3. Die antragstellende Partei wendet sich auch gegen den Ausschluss nicht bettenführender Krankenanstalten aus dem Kreis der PRIKRAF-Krankenanstalten. Das Krankenanstaltenrecht unterscheide seit jeher zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Die unterschiedliche Abgeltung ambulanter und stationärer Leistungen sei verfassungsrechtlich zwar nicht zu beanstanden, weil die mit der Erbringung stationärer Leistungen verbundene Anstaltspflege die Unterbringung und umfassende Betreuung des Pfleglings erfordere, was bei ambulanten Leistungen nicht der Fall sei. Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und der Übertragung dieses Finanzierungssystems auf die privaten, nicht durch einen Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sei die unterschiedliche Behandlung von bettenführenden und nicht bettenführenden Krankenanstalten bei der Abgeltung von tagesklinischen Leistungen jedoch sachlich nicht mehr gerechtfertigt, da tagesklinische Leistungen auch von nicht bettenführenden Ambulatorien erbracht werden könnten:

"... Die Unterscheidung medizinischer Leistungen von Krankenanstalten in stationäre, halbstationäre, tagesklinische und ambulante Leistungen im KAKuG wurde erstmals anlässlich der genannten Bund-Länder-Vereinbarung durch die Legaldefinition in §6 Abs1 litb KAG (nunmehr KAKuG) durch die KAG-Novelle 1996, BGBl 751/1996 eingeführt. Ausweislich der Materialien (vgl die EB zur RV 379 BlgNR 20. GP) sind diese Legaldefinitionen insofern von großer Bedeutung, als die Fälle, die in Tageskliniken, Nachtkliniken oder im halbstationären Bereich behandelt werden, ebenfalls nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als Leistungen im stationären Bereich abzurechnen sind.

Der Sinn und Zweck der Zuordnung der tagesklinischen (und halbstationären) Leistungen zu den stationären liegt in der Schaffung eines Anreizsystems zum Abbau von (systemisierten) Spitalsbetten im stationären Bereich, weil die (landesgesundheitsfondsfinanzierten) Krankenanstalten (im Wesentlichen) dieselbe Abgeltung unabhängig davon erhalten, ob sie die entsprechende Behandlung stationär oder tagesklinisch durchführen. So setzt zwar auch noch das aktuelle LKF-Modell 2006 für die Erbringung einer tagesklinischen Leistung ein systemisiertes Bett voraus, verlangt aber nicht, dass es sich um ein systemisiertes Bett des stationären Bereichs handelt und gestattet zudem, dass auf einem tagesklinischen (systemisierten) Bett auch mehr als ein Patient pro Tag. behandelt und abgerechnet wird (vgl Pkt 3.16 ...).

Dass für die Erbringung tagesklinischer Leistungen systemisierte Betten im stationären Bereich keine Voraussetzung darstellen, ergibt sich weiters aus §l0a Abs2 Z10 KAKuG (idF BGBl I 5/2001) bzw §62a Abs2 litj Tir KAG: Demnach sollen im Rahmen der österreichweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplanung Tageskliniken nur an Standorten bzw im organisatorischen Verbund mit gut erreichbaren bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten der betreffenden Fachrichtungen unter Beschränkung des medizinischen Leistungsangebotes eingerichtet werden.

Weiters bestimmt der ebenfalls mit der Novelle BGBl 15/2001 eingefügte 2. Satz in §22 Abs1 KAKuG, dass dann, wenn die Aufnahme des Pfleglings nur bis zur Dauer eines Tages (tagesklinisch) auf dem Gebiet eines Sonderfaches erfolgen soll, für das eine Abteilung, ein Department oder ein Fachschwerpunkt nicht vorhanden sind, nur solche Pfleglinge aufgenommen werden dürfen, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles das Vorhandensein einer derartigen Organisationseinheit für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird. In den EB der RV (396 BlgNR 2 LGP) wird hiezu ausgeführt, dass bei die Erbringung bestimmter Leistungen tagesklinisch durch den die Entscheidung zur Aufnahme treffenden Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung auch darauf Bedacht zu nehmen ist, dass nur solche Patienten aufgenommen werden, bei denen nach den Umständen des Einzelfalles (zB Art der zu erbringenden Leistung, Risikoträchtigkeit des Eingriffs, medizinischer Zustand des Patienten) das Vorhandensein einer stationären Struktur im Haus für allfällige Zwischenfälle voraussichtlich nicht erforderlich sein wird.

Aus den §§10a Abs1 und 22 Abs1 KAKuG folgt somit, dass die Finanzierung tagesklinischer Leistungen in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten im LKF-Modell nicht davon abhängig ist, dass systemisierte Betten im stationären Bereich vorhanden sind bzw eine stationäre Struktur besteht. Jedenfalls zielt die LKF-Finanzierung tagesklinischer Leistungen nicht (mehr) darauf ab, die Vorhaltekosten eines stationären Betriebs abzudecken, weil sie auch auf reine Tageskliniken und auf rein tagesklinische Abteilungen einer Krankenanstalt anzuwenden ist und auf einem systemisierten Bett täglich auch mehrere tagesklinische Leistungen erbracht werden können (vgl Pkt 3.16 des LKF-Modells 2006).

... Aus §149 Abs3 ASVG sowie §2 Abs1 Z1 iVm Abs2 PRIKRAF-G ergibt sich für private Krankenanstalten, dass der Fonds nur stationäre und tagesklinische Leistungen abgilt. Während stationäre Leistungen definitionsgemäß nur von bettenführenden Krankenanstalten erbracht werden können, weil sie die Inanspruchnahme eines (systemisierten) Betts im stationären Bereich voraussetzen, trifft dies auf die Erbringung tagesklinischer Leistungen nicht zu.

Tagesklinische Leistungen können auch von - nicht bettenführenden - Ambulatorien erbracht werden können, wie sich unschwer aus §2 Abs1 Z7 KAKuG ergibt, wonach der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums keine Änderung erfährt, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Demgemäß ist die Antragstellerin aufgrund ihrer krankenanstaltenrechtlichen Bewilligung auch berechtigt, Leistungen im tagesklinischen Bereich durchzuführen.

Für die unterschiedliche Abgeltung ein und derselben tagesklinischen Leistung privater Krankenanstalten, je nachdem ob sie (systemisierte) Betten führen oder nicht, besteht keine sachliche Rechtfertigung."

2.2. Die Bundesregierung erstattete eine Äußerung, in der sie die angefochtenen Gesetzesbestimmungen verteidigt und die Zurückweisung des Antrages, in eventu dessen Nichtstattgabe begehrt.

Darin führt sie im Detail aus:

"... Zu der im vorliegenden Verfahren wesentlichen Unterscheidung zwischen stationären und ambulanten Leistungen ist Folgendes zu bemerken: Stationäre (einschließlich der tagesklinischen) Betreuung wird aus dem Titel 'Anstaltspflege' erbracht. Ambulante Behandlung erfolgt hingegen aus dem Titel 'ärztliche Hilfe' als Unterfall der Krankenbehandlung, und zwar unabhängig davon, ob sie in Ambulanzen bettenführender Krankenanstalten, in selbstständigen Ambulatorien oder bei niedergelassenen Ärzten durchgeführt wird. Durch diese Systementscheidung hat der sozialversicherungsrechtliche Gesetzgeber bewusst eine Abgrenzung zwischen stationären und ambulanten Leistungen getroffen.

... Aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht sind unter stationären Leistungen diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen zu verstehen, deren Erbringung eine zumindest kurzfristige Aufnahme in eine Krankenanstalt und somit das Vorhandensein von Betten erfordert. Daher ist die Erbringung stationärer Leistungen ausschließlich durch bettenführende Krankenanstalten möglich. Hingegen zeichnen sich ambulante Leistungen dadurch aus, dass die Erbringung entsprechender Maßnahmen kein - über allfällige Wartezeiten und die Dauer der Behandlung hinausgehendes - Verweilen bei dem Leistungserbringer (schon gar nicht in einem Krankenhausbett) und daher keine Aufnahme in Anstaltspflege erfordert. Daher ist die Erbringung ambulanter Leistungen (ärztlicher Hilfe) sowohl in Ambulanzen bettenführender Krankenanstalten als auch in selbstständigen Ambulatorien oder in Ordinationen niedergelassener Ärzte vorgesehen.

Die dargelegte Differenzierung ergibt sich aus dem ersten Halbsatz des §26 Abs1 KAKuG, wonach 'in öffentlichen Krankenanstalten [...] Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind'. Damit stellt das KAKuG der ambulanten Behandlung und Untersuchung die stationären Behandlungen in Anstaltspflege gegenüber, der eine formalisierte Aufnahme voranzugehen hat ... .

Tagesklinische Leistungserbringung ist eine spezielle Art der stationären Behandlung, bei welcher der Patient zur stationären Betreuung aufgenommen, aber noch am selben Tag (vor Mitternacht) wieder entlassen wird. Das ergibt sich schon aus der KAG-Novelle 1996, BGBl. Nr. 751/1996, mit welcher §6 Abs1 litb geändert wurde. Seit dieser Novelle hat die Anstaltsordnung insbesondere auch Folgendes zu enthalten:

'Die Grundzüge ihrer [der Krankenanstalten] Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halb-stationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden.'

Schon durch das Wort 'aufgenommen' ist klar ersichtlich, dass der Gesetzgeber tagesklinische Leistungen eindeutig dem stationären Bereich zugeordnet hat. Eine tagesklinische Erbringung von Leistungen ist daher bettenführenden Krankenanstalten vorbehalten. Konsequenterweise ist daher auch im Rahmen der LKF, welche ausschließlich für die Finanzierung stationärer Leistungen entwickelt wurde, als Voraussetzung für die Abrechnung tagesklinischer Leistungen unter anderem vorgesehen, dass eine stationäre Aufnahme vorliegt und ein systemisiertes (= bescheidmäßig bewilligtes) Bett verwendet wird.

Aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht sind daher bettenführende Krankenanstalten von selbstständigen Ambulatorien anhand des Vorhandenseins bzw. Nichtvorhandenseins systemisierter (bewilligter) Betten eindeutig abgegrenzt: Für bettenführende Krankenanstalten ist das Vorhandensein systemisierter (bewilligter) Betten charakteristisch. Selbständige Ambulatorien hingegen verfügen nicht über systemisierte Betten, was sie mit dem für Krankenbehandlung zuständigen niedergelassenen Bereich (Gruppenpraxen) vergleichbar macht. Dieser Vergleichbarkeit von selbstständigen Ambulatorien und Ordinationen niedergelassener Ärzte wird im KAKuG konsequenterweise auch im Rahmen von Bedarfsprüfungen Rechnung getragen. In §3 Abs7 KAKuG wird etwa der Ärztekammer bzw. der Zahnärztekammer Parteistellung im Sinne des §8 AVG eingeräumt.

... Zu den Bedenken im Hinblick auf den Gleichheitssatz:

... Wie in der Folge zu zeigen sein wird, ist bei den

angefochtenen Bestimmungen eine Überschreitung des rechtspolitischen Gestaltungsspielraumes oder eine mangelnde Übereinstimmung mit öffentlichen Interessen nicht erkennbar:

... Die Antragstellerin ist Betreiberin eines selbstständigen Ambulatoriums. Wenn sie nun vorbringt, dass sie als solches durch die bekämpften Bestimmungen bei der Erbringung tagesklinischer Leistungen vom Kreis der PRIKRAF-Krankenanstalten und damit von der Finanzierung durch den PRIKRAF ausgeschlossen sei, ist zunächst Folgendes klarzustellen: Als selbständiges Ambulatorium kann die Antragstellerin keine tagesklinische Leistungen iSd KAKuG erbringen. Wie bereits oben unter Punkt 3 ausgeführt, sind tagesklinische Leistungen aufgrund ihrer Definition in §6 Abs1 litb KAKuG dem Regime der Anstaltspflege unterstellt, selbständige Ambulatorien wie die Antragstellerin erbringen jedoch unter dem Titel 'ärztliche Hilfe' ambulante Leistungen, die unter das Regime der Krankenbehandlung fallen.

Anstaltspflege setzt begrifflich das Vorhandensein systemisierter Betten voraus, ambulante Leistungen charakterisieren sich hingegen gerade dadurch, dass zu ihrer Erbringung systemisierte Betten nicht erforderlich sind (vgl. §26 Abs1 KAKuG). Entgegen der Auffassung der Antragstellerin ist daher ein bettenführendes Krankenhaus in keiner Weise mit einem selbstständigen Ambulatorium vergleichbar.

Seitens des PRIKRAF werden nun aber lediglich Leistungen im Bereich der Anstaltspflege und damit ausschließlich Leistungen bettenführender Privatkrankenanstalten finanziert. Da selbstständige Ambulatorien hingegen schon ex definitione keine stationäre Anstaltspflege, sondern nur ambulante Leistungen (ärztliche Hilfe) erbringen können, würde es nach Ansicht der Bundesregierung dem Gleichheitsgebot widersprechen, für Leistungen, die von selbstständigen Ambulatorien ambulant erbracht werden, die gleiche Honorierung vorzusehen wie für in bettenführenden Krankenanstalten erbrachte Leistungen stätionärer Natur, zumal im Rahmen der LKF-

Systementwicklung bei der Festlegung und Bewertung der Fallpauschalen der in bettenführenden Krankenanstalten für die Leistungen im stationären (einschließlich tagesklinischen) Bereich entstehende Aufwand zugrunde gelegt wurde.

Die gesetzgeberische Entscheidung, im Bereich der privaten Krankenanstalten ausschließlich stationäre Leistungen zu finanzieren und zu diesem Zweck zwischen bettenführenden und nicht bettenführenden Krankenanstalten zu unterscheiden, stellt nach Ansicht der Bundesregierung eine Systementscheidung für Finanzierungszwecke dar, die im Hinblick auf den rechtspolitischen Gestaltungspielraum des Gesetzgebers keinen Bedenken begegnet (vgl. VfSlg.17.086/2003, wonach der Gesetzgeber im Hinblick auf seinen rechtspolitischen Gestaltungsspielraum für Finanzierungszwecke mehrere Kategorien von Krankenanstalten bilden und daran verschiedene Folgen knüpfen kann), zumal die vorgenommene Differenzierung auch durch Unterschiede im Tatsächlichen begründet ist. Denn der wesentliche Unterschied zwischen selbstständigen Ambulatorien und bettenführenden Krankenanstalten ist insbesondere darin zu sehen, dass bettenführende Krankenanstalten auch der Pflege, selbstständige Ambulatorien aber (nur) der Behandlung von Patienten dienen (vgl. etwa VfSlg. 13023/1992).

... Gemäß §349 Abs3 ASVG steht der Antragstellerin die Möglichkeit offen, mit den Trägern der sozialen Krankenversicherung für die ambulante Behandlung von Versicherten Verträge abzuschließen. Die Antragstellerin verfügt über keinen solchen Vertrag zur Abrechnung ambulanter Leistungen. Gemäß §131 Abs1 ASVG gebührt bei Inanspruchnahme eines Nicht-Vertragspartners eines Versicherungsträgers dem Versicherten eine Kostenerstattung im Ausmaß von 80% jener Kosten, die bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners erwachsen wären. Da die Beschwerdeführerin Rechtsträgerin einer Krankenanstalt in der Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist, ist der Vergleichsmaßstab, an dem sich die Höhe der Kostenerstattung orientiert, der Aufwand für eine Krankenbehandlung in einem Vertragsambulatorium. Es würde keine sachliche Rechtfertigung finden und damit das Gleichheitsgebot verletzen, eine ganz andere Vertragspartnerkategorie, etwa - worauf die Antragstellerin offensichtlich abzielt - jene der bettenführenden Krankenanstalt heranzuziehen.

... Es sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass die Antragstellerin hinsichtlich ihrer Leistungen mit den ambulant erbrachten Leistungen der PRIKRAF-Krankenanstalten völlig gleichgestellt ist. Auch diese können für die Erbringung ihrer ambulanten Leistungen mit den Krankenversicherungsträgern Einzelverträge abschließen. Im Übrigen haben in PRIKRAF-Krankenanstalten ambulant behandelte Versicherte Ansprüche an ihre gesetzliche Krankenversicherung in derselben Höhe wie die Patienten der Antragstellerin. Die Auffassung der Antragstellerin, die von ihr ambulant erbrachten Leistungen würden im Fall einer Behandlung in einer PRIKRAF-Krankenanstalt mit höheren, nach dem LKF-System errechneten Pflegegebührenzuschüssen honoriert, sind daher unzutreffend.

... Seitens der gesetzlichen Krankenversicherung besteht für den Abschluss von Verträgen für die ambulante Behandlung von Versicherten weder gegenüber der Antragstellerin noch gegenüber einer PRIKRAF-Krankenanstalt ein Kontrahierungszwang (vgl. VfSlg. 17.086/2003). Damit ist auch in diesem Zusammenhang keine unterschiedliche Behandlung gegenüber den PRIKRAF-Krankenanstalten auszumachen. In der Praxis kann daher durchaus auch eine PRIKRAF-Krankenanstalt ohne Einzelvertrag mit dem Einbringlichkeitsrisiko ihrer Forderungen für ambulante Leistungen konfrontiert sein.

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Gesetzgeber durch die von ihm für die Finanzierung von stationären (tagesklinischen) Leistungen im Bereich privater Krankenanstalten vorgenommene Anknüpfung an das Vorhandensein systemisierter Betten seinen rechtspolitischen Gestaltungsspielraum nicht überschritten und eine zweifellos im öffentlichen Interesse gelegene, sachlich begründbare Regelung geschaffen hat.

Aufgrund dieses Ergebnisses ist die Antragstellerin als selbständiges Ambulatorium jedenfalls aus dem Kreis der PRIKRAF-Krankenanstalten auszuschließen. Dieser Ausschluss tritt mangels Erfüllen der Voraussetzung 'bettenführend' für die Antragstellerin unabhängig vom Vorliegen der weiteren in §149 Abs3 ASVG normierten Voraussetzung ein. Nach Ansicht der Bundesregierung ist daher auf das weitere Vorbringen der Antragstellerin zu der darin normierten Anknüpfung an einen Stichtag auch nicht weiter einzugehen. Es sei lediglich daran erinnert, dass, obgleich die Einführung einer Stichtagsregelung als solche grundsätzlich wie jede Einführung von Schwellenwerten, Alters- bzw. Betragsgrenzen oder ähnlichem unbefriedigend sein mag, dies alleine eine Regelung noch nicht verfassungswidrig macht (vgl. VfSlg. 17.238/2004).

..."

III. 1. Mit Bescheid der Schiedskommission des PRIKRAF vom 2. Mai 2007 wurde dem Antrag der beschwerdeführenden Partei auf Feststellung, dass sie eine PRIKRAF-Krankenanstalt iSd §1 Abs2 PRIKRAF-G und der PRIKRAF verpflichtet sei, die Verrechnung für die von ihr erbrachten Leistungen im tagesklinischen Bereich durch Direktverrechnung bzw. durch Gewährung von Pflegekostenzuschüssen gemäß §149 Abs3 vorletzter Satz vorzunehmen sowie dem Grunde nach den Ersatz jener Beträge anzuerkennen, die sich aus der Differenz der nach dem PRIKRAF-G verrechenbaren abzüglich der von der beschwerdeführenden Partei verrechneten bzw. eingenommenen Honorare ergeben, keine Folge gegeben. Begründend führt die belangte Behörde aus, dass nach dem klaren Wortlaut des §1 Abs1 PIRKRAF-G und des §149 Abs3 ASVG die PRIKRAF-Krankenanstalten in der Anlage 1 zum PRIKRAF-G abschließend aufgezählt seien.

2. Gegen diesen Bescheid richtet sich die zu B1083/07 protokollierte Beschwerde. Darin behauptet die beschwerdeführende Partei, wegen Anwendung der schon im Verfahren zu G233,234/06 als verfassungswidrig bekämpften Gesetzesbestimmungen in ihren Rechten verletzt zu sein und beantragt die kostenpflichtige Aufhebung des angefochtenen Bescheides.

3. Die belangte Behörde legte die Verwaltungsakten vor, verzichtete jedoch auf eine Gegenschrift. Der PRIKRAF erstattete als mitbeteiligte Partei eine Äußerung, in der er die bekämpften Bestimmungen verteidigt und die kostenpflichtige Zurückweisung, in eventu Abweisung der Beschwerde beantragt.

4. Der Verfassungsgerichtshof hat die gegen den Bescheid der Schiedskommission des PRIKRAF erhobene, zu B1083/07 protokollierte Beschwerde und die auf Art140 Abs1 (letzter Satz) B-VG gestützten, zu G233,234/07 protokollierten Anträge gemäß §187 Abs1 ZPO iVm §35 Abs1 VfGG zur gemeinsamen Beratung und Entscheidung verbunden.

IV. A. Zur Zulässigkeit:

1.1. Der am Verfahren beteiligte PRIKRAF bestreitet die normative Wirkung des angefochtenen Bescheides, weil darin kein individuelles Rechtsverhältnis der beschwerdeführenden Partei gestaltet oder festgestellt werde. Die Zugehörigkeit zum Kreis der PRIKRAF-Krankenanstalten könne nicht durch einen individuellen Hoheitsakt begründet werden, sondern ergebe sich unmittelbar aus dem Gesetz. Die Schiedskommission sei vom Gesetz lediglich zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem PRIKRAF und PRIKRAF-Krankenanstalten über die im PRIKRAF-G begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten berufen, nicht aber zur Feststellung der Zugehörigkeit einer Krankenanstalt zu den PRIKRAF-Krankenanstalten. Da der angefochtene Bescheid keine normative Wirkung entfalten könne, liege überhaupt kein Bescheid iSd Art144 B-VG vor.

1.2. Gemäß §19 Abs1 PRIKRAF-G ist zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem PRIKRAF und PRIKRAF-Krankenanstalten über die in diesem Gesetz begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten die am Sitz des PRIKRAF einzurichtende Schiedskommission zuständig. Diese entscheidet über einen schriftlichen Antrag des PRIKRAF oder einer PRIKRAF-Krankenanstalt mit Bescheid. Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist gemäß §21 Abs1 PRIKRAF-G das AVG anzuwenden. Ihre Entscheidungen unterliegen zufolge §21 Abs7 PRIKRAF-G weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

1.3. Der Verfassungsgerichtshof hegt keinen Zweifel daran, dass die angefochtene, als "Bescheid" bezeichnete und alle formellen Merkmale eines solchen aufweisende Erledigung der Schiedskommission des PRIKRAF auch ihrem gesamten Inhalt nach einen Bescheid iSd Art144 Abs1 B-VG darstellt.

Der Instanzenzug ist erschöpft. Da auch sonst keine Prozesshindernisse hervorgekommen sind, ist die zu B1083/07 protokollierte Beschwerde zulässig.

2. Hingegen sind die zu G233,234/06 protokollierten Anträge unzulässig:

2.1. Der Verfassungsgerichtshof hat seit dem Beschluss VfSlg. 8009/1977 in ständiger Rechtsprechung den Standpunkt vertreten, die Antragslegitimation nach Art140 Abs1 (letzter Satz) B-VG setze voraus, dass durch die bekämpfte Bestimmung die (rechtlich geschützten) Interessen des Antragstellers nicht bloß potentiell, sondern aktuell beeinträchtigt werden müssen und dass der durch Art140 Abs1 B-VG dem Einzelnen eingeräumte Rechtsbehelf dazu bestimmt ist, Rechtsschutz gegen verfassungswidrige Gesetze nur insoweit zu gewähren, als ein anderer zumutbarer Weg hiefür nicht zur Verfügung steht (zB VfSlg. 11.803/1988, 13.871/1994, 15.343/1998, 16.722/2002, 16.867/2003).

2.2. Im vorliegenden Fall hat die beschwerdeführende Partei durch die Antragstellung bei der Schiedskommission des PRIKRAF einen letztinstanzlichen Bescheid erwirkt, der es ihr ermöglicht, ihre verfassungsrechtlichen Bedenken gegen

die bekämpften Bestimmungen des ASVG und des PRIKRAF-G im Wege einer Beschwerde gemäß Art144 B-VG an den Verfassungsgerichtshof heranzutragen, was sie mit der zu B1083/07 protokollierten Beschwerde auch getan hat.

2.3. Die auf Art140 B-VG gestützten Anträge waren allein schon aus diesem Grund mangels Legitimation zurückzuweisen (zB VfSlg. 10.606/1985; vgl. auch VfSlg. 13.591/1993, 14.496/1996).

B. In der Sache:

1. Das Krankenanstaltenrecht unterscheidet zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung (vgl. §26 Abs1 KAKuG). Gemäß §2 Abs1 Z7 KAKuG (vgl. auch den nahezu wortgleichen §1 Abs3 litg Tir KAG) verlieren selbständige Ambulatorien ihren Verwendungszweck selbst dann nicht, wenn sie über eine angemessene Zahl von Betten verfügen, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind. Daraus ergibt sich, dass selbständige Ambulatorien auf die ambulante Leistungserbringung beschränkt sind. Auch die beschwerdeführende Partei ist ausweislich ihrer krankenanstaltenrechtlichen Errichtungs- und Betriebsbewilligung nur für die ambulante Leistungserbringung zugelassen.

Durch §6 Abs1 litb KAKuG idF KAG-Novelle 1996, BGBl. 751, wurden Legaldefinitionen hinsichtlich der Betriebsform von Krankenanstalten ("Tagesklinik", "Nachtklinik", "halbstationärer Bereich") eingeführt. In den Materialien (RV 379 BlgNR 20. GP, 22) heißt es dazu:

"Im Zusammenhang mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind diese Legaldefinitionen insofern von großer Bedeutung, als die Fälle, die in Tageskliniken, Nachtkliniken oder im halbstationären Bereich behandelt werden, ebenfalls nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung als Leistungen im stationären Bereich abzurechnen sind."

Tagesklinische Leistungen öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten sind demnach ebenfalls leistungsorientiert über die Landesgesundheitsfonds abzurechnen.

2. Die beschwerdeführende Partei behauptet, der Ausschluss nicht bettenführender privater Krankenanstalten aus der PRIKRAF-Finanzierung sei unsachlich. Tagesklinische Leistungen privater Krankenanstalten würden dadurch unterschiedlich abgerechnet, je nachdem ob sie bettenführend seien oder nicht, obwohl krankenanstaltenrechtlich für die Erbringung tagesklinischer Leistungen - anders als für die stationäre Leistungserbringung - das Vorhandensein (systemisierter) Betten gar nicht notwendig sei.

2.1. Es kann dahingestellt bleiben, ob die zuletzt genannte Behauptung der beschwerdeführenden Partei zutrifft. Es liegt im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers (vgl. in diesem Zusammenhang zB VfSlg. 17.086/2003) und ist nicht unsachlich, wenn das PRIKRAF-G angesichts der unterschiedlichen Funktionen von bettenführenden und nicht bettenführenden (privaten) Krankenanstalten für das Gesundheitssystem - nur die erstgenannten erbringen die Leistung "Anstaltspflege" - die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung lediglich auf die erstgenannte Gruppe ausgedehnt hat, wobei auch alle Leistungen im tagesklinischen Bereich von der in §149 Abs3 ASVG genannten Pauschalsumme abgegolten sein sollen.

2.2. Nicht bettenführende, nicht unter §149 Abs3 ASVG fallende private Krankenanstalten - wie die beschwerdeführende Partei - sind damit aber von der Möglichkeit einer Finanzierung tagesklinischer Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht ausgeschlossen: Für Leistungen im tagesklinischen Bereich sieht §338 Abs1 ASVG (Einzel-)Verträge mit den Sozialversicherungsträgern vor (nicht jedoch Gesamtverträge - vgl.§349 Abs3 ASVG, wonach die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen als [u.a.] Krankenanstalten durch Gesamtverträge geregelt werden können).

2.3. Es ist es daher nicht unsachlich, wenn §149 Abs3 ASVG und das PRIKRAF-G die Finanzierung aus Mitteln des PRIKRAF - analog zur Finanzierung öffentlicher und privater gemeinnütziger Krankenanstalten aus Mitteln der Landesgesundheitsfonds - auf Leistungen von bettenführenden privaten Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich beschränkt.

2.4. Angemerkt sei, dass die Frage, ob eine ärztliche (insbesondere auch tagesklinische) Leistung aus der Sicht des Versicherten im Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung als ärztliche Hilfe oder als Anstaltspflege (vgl. dazu etwa OGH SSV-NF 5/130; 14/78) einzuordnen ist, für die hier zu beurteilend

Quelle: Verfassungsgerichtshof VfGH, http://www.vfgh.gv.at

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