

TE Vfgh Erkenntnis 2022/12/1 G245/2020, V438/2020 ua

JUSLINE Entscheidung

⌚ Veröffentlicht am 01.12.2022

Index

10/07 Verfassungs- und Verwaltungsgerichtsbarkeit

Norm

B-VG

Leitsatz

Auswertung in Arbeit

Spruch

I. Der Antrag auf Aufhebung von §59 Abs1 und Abs3 B-KUVG wird abgewiesen.

II. Der Antrag auf Aufhebung von §11, der Wortfolge "und kann ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztein, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der BVA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten" in §13 sowie von Anhang 4 der Satzung 2016 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter wird abgewiesen.

III. Im Übrigen wird der Antrag zurückgewiesen.

Begründung

Entscheidungsgründe

I. Antrag

Gestützt auf Art140 Abs1 Z1 lidd und Art139 Abs1 Z4 B-VG, begeht die Antragstellerin mit ihrem am 27. Mai 2020 eingebrochenen Antrag, der Verfassungsgerichtshof möge

"gemäß Art140 Abs3 B-VG iVm§64 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben:

§59 des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG), in der Fassung BGBl I. Nr 31/2020, kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 05.05.2020

in eventu:

§59 Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG), in der Fassung BGBl I. Nr 31/2020, kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 05.05.2020

in eventu:

§59 Absatz 1 Satz 2 des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG), in der Fassung BGBl I. Nr 31/2020, kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 05.05.2020

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben bzw deren Verfassungswidrigkeit feststellen:

§11 sowie Anhang 4 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

in eventu:

Anhang 4 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

in eventu:

Die Wortfolge 'Operation: ... Gruppe 6 ... EUR 690,99' sowie 'Narkose (durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie) ... Gruppe 6 ... EUR 172,75' in Abs3 3. Spiegelstrich des Anhangs 4 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

in eventu:

Die Wortfolge 'EUR 690,99' sowie 'EUR 172,75' in Abs3 3. Spiegelstrich des Anhangs 4 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben:

§11 sowie Anhang 1 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

in eventu:

Anhang 1 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

in eventu:

Die Wortfolge 'Operation: ... Gruppe 6 ... EUR 690,99' sowie 'Narkose (durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie) ... Gruppe 6 ... EUR 172,75' in Abs3 3. Spiegelstrich des Anhangs 1 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

in eventu:

Die Wortfolge 'EUR 690,99' sowie 'EUR 172,75' in Abs3 3. Spiegelstrich des Anhangs 1 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben bzw deren Verfassungswidrigkeit feststellen:

Die Wortfolge 'und kann ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der BVA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten' in §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben:

Die Wortfolge 'und kann ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung

der BVA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten' in §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben bzw deren Verfassungswidrigkeit feststellen:

Die Wortfolge ',und zwar 1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 180 % des Tarifes des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartners/Vertragspartnerin für nicht dringliche Leistungen; 2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird; 3. von Anstaltpflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen' des §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

in eventu:

Die Wortfolge 'von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz' in Z1 des in §13 sowie die Wortfolge 'Anstaltpflege sowie' in Z3 des §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016 (Satzung BVA 2016), in der Fassung 3. Änderung (avsv Nr 225/2018), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 28.11.2018

gemäß Art139 Abs3 B-VG iVm§58 Abs1 VfGG als verfassungswidrig aufheben:

Die Wortfolge ',und zwar 1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 180 % des Tarifes des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartners/Vertragspartnerin für nicht dringliche Leistungen; 2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird; 3. von Anstaltpflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen' des §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020

in eventu:

Die Wortfolge 'von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz' in Z1 des in §13 sowie die Wortfolge 'Anstaltpflege sowie' in Z3 des §13 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau 2020 (Satzung BVAEB 2020), in der Fassung Neufassung (avsv Nr 18/2020), kundgemacht im Rechtsinformationssystem des Bundes am 30.01.2020."

II. Rechtslage

1. §59, §68 und §68a des Bundesgesetzes vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl 200/1967, idFBGBI I 5/2001 (§68a), BGBl I 32/2014 (§59) und BGBl I 113/2015 (§68) laute(te)n wie folgt (die angefochtenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

"Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung

§59. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner (§128) oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt 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 Kosten einer Inanspruchnahme der Anstaltpflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse sind nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen. Bei der Festsetzung dieses Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§63 Abs4) bzw als Rezeptgebühr (§64 Abs3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

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

(3) Stehen eigene Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) der Versicherungsanstalt nicht zu Verfügung, kann die

nächstgelegene geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden. Das gleiche gilt bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen. Die Versicherungsanstalt hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arzkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltpflege und Transportkosten) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten; darüber hinaus können nach Maßgabe der Satzung auch die notwendigen Reise(Fahrt)kosten übernommen werden. Bei der Festsetzung des Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Abs1 letzter Satz gilt entsprechend. Für die weitere Behandlung ist, sofern der Versicherte nicht eine anderweitige Krankenbehandlung im Sinne des Abs1 in Anspruch nimmt, so bald wie möglich ein Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung (Vertragseinrichtung) der Versicherungsanstalt heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten (Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) Für Leistungen eines approbierten Arztes (§44 Abs1 des Ärztegesetzes 1998) besteht nur dann Anspruch auf Kostenerstattung, wenn der Arzt gemäß Artikel 29 der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABI. Nr L 255 vom 30.09.2005 S. 22, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2013/25/EU, ABI. Nr L 158 vom 10.06.2013 S. 368 das Recht erworben hat, den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Sozialversicherungssystems auszuüben.

Beziehungen zu den Krankenanstalten

§68. (1) (Grundsatzbestimmung) Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den landesgesundheitsfondfinanzierten Krankenanstalten sind die Bestimmungen des §148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Krankenanstalten verpflichtet sind, die gemäß §66 anspruchsberechtigten Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen und die Versicherungsanstalt abweichend von §148 Z10 dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des §59 Abs1 zweiter Satz zu treffen.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt/eine vom Versicherungsträger beauftragte Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

(3) Für Krankenanstalten nach Abs2 ist §149 Abs3, 3a, 3b, 4 und 6 ASVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Versicherungsanstalt berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des §59 Abs1 zweiter Satz zu treffen und die Höhe der Zahlungen und die Zahlungsbedingungen hiefür festzulegen.

Pflegekostenzuschuß der Versicherungsanstalt bei Anstaltpflege

§68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltpflege gebührt ein Pflegekostenzuschuss. Dieser ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach §149 Abs3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach §149 Abs3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des §149 Abs3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung der Versicherungsanstalt in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht."

Mit dem 2. Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2020, BGBl I 158, wurde in §59 Abs4 B-KUVG der Ausdruck "Richtlinie 2013/25/EU, ABI. Nr L 158 vom 10.06.2013 S. 368" mit Wirkung vom 24. Dezember 2020 durch den Ausdruck "Richtlinie 2013/55/EU, ABI. Nr L 354 vom 28.12.2013 S. 132" ersetzt.

2. Die §§148, 149 und 150 des Bundesgesetzes vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl 189/1955, idF BGBl I+ 179/2004 (§150) und BGBl I 100/2018 (§148 und §149) lauten:

"Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden

§148. (Grundsatzbestimmung) Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds nach Art18 der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens finanziert werden, sind nach Art12 Abs1 Z1 B-VG nach folgenden Grundsätzen zu regeln:

1. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die nach §145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.
2. Die den Krankenanstalten nach §27b des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) gebührenden Zahlungen sind zur Gänze von den Landesgesundheitsfonds zu entrichten.
3. Alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, sind mit den folgenden Zahlungen abgegolten:
 - a) LKF-Gebührenersätze der Landesgesundheitsfonds nach §27b Abs2 KAKuG,
 - b) Zahlungen der Landesgesundheitsfonds nach §27b Abs3 KAKuG,
 - c) Kostenbeiträge nach §27a KAKuG,
 - d) Ausgleichszahlungen nach §27b Abs4 KAKuG.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, im Einvernehmen zwischen dem Dachverband und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (Art25 der Vereinbarung gemäß Art15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) und die im §27 Abs2 KAKuG angeführten Leistungen.

4. Der Kostenbeitrag nach §447f Abs7 ist von der Krankenanstalt für Rechnung des Landesgesundheitsfonds einzuheben.
5. Die Versicherungsträger haben ohne Einschaltung des Landesgesundheitsfonds folgende Rechte gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt:
 - a) das Recht auf Einsichtnahme in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Krankenanstalt (zB Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Befunde);
 - b) das Recht, Kopien dieser Unterlagen zu erhalten §10 Abs1 Z4 KAKuG;
 - c) das Recht, den Patienten/die Patientin durch eine/n beauftragte/n Fachärztin/Facharzt in der Krankenanstalt im Einvernehmen mit dieser untersuchen zu lassen;
 - d) das Recht, Ausfertigungen aller Unterlagen auf elektronischem Weg zu erhalten, auf Grund derer Zahlungen eines Landesgesundheitsfonds oder einer anderen Stelle für Leistungen einer Krankenanstalt abgerechnet werden (insbesondere Aufnahmeanzeige und Entlassungsanzeige samt Diagnosen, Versichertenzuständigkeitserklärung, Verrechnungsdaten); dieses Recht umfasst auch die entsprechenden Statistiken; ferner das Recht auf Übermittlung von Daten der Leistungserbringung an den Patienten auf der Basis des LKF/LDF-Systems; diese Rechte können jedoch nur dann gegenüber einer Krankenanstalt geltend gemacht werden, wenn diese Unterlagen bzw Daten nicht in angemessener Frist vom Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.
6. Der gesamte Datenaustausch zwischen Krankenanstalten und Versicherungsträgern für den stationären und ambulanten Bereich ist elektronisch vorzunehmen, wobei die Datensatzaufbauten und Codeverzeichnisse bundesweit einheitlich zu gestalten sind. Die Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur zu verwenden und die Identität des Patienten/der Patientin sowie die rechtmäßige Verwendung der e-card zu überprüfen. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen.
7. Die Versicherungsträger haben das Recht auf laufende Information über die festgelegten vorläufigen und endgültigen Punktewerte durch den Landesgesundheitsfonds.
8. Bei der Leistungsabrechnung gegenüber den Krankenanstalten und in Verfahren vor Gerichten und Verwaltungsbehörden, welche die Verrechnung von Zahlungen gemäß §27b KAKuG gegenüber den Rechtsträgern der

Krankenanstalten betreffen, gilt der jeweilige Landesgesundheitsfonds als Versicherungsträger. Der Landesgesundheitsfonds kann jedoch Handlungen, welche den Aufwand der Versicherungsträger erhöhen würden, rechtsgültig nur im Einvernehmen mit dem Dachverband vornehmen. Dieses Einvernehmen kann rechtsgültig nur schriftlich hergestellt werden.

9. Wenn Leistungen gemäß Z3 gewährt werden, hat der Rechtsträger der Krankenanstalt oder der Landesgesundheitsfonds gegenüber dem/der Versicherten, dem Patienten, der Patientin oder den für ihn/sie unterhaltpflichtigen Personen hieraus keinen Anspruch auf Gegenleistungen; ausgenommen hiervon sind nur der Kostenbeitrag gemäß §27a KAKuG und der Kostenbeitrag gemäß §447f Abs7.

10. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt. Ansprüche auf Zahlungen können durch diese Verträge nicht rechtsgültig begründet werden, sofern es sich nicht um Leistungen nach Z3 zweiter Satz handelt. Die Verträge sind zwischen dem Dachverband im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden Versicherungsträgern einerseits und dem Rechtsträger der Krankenanstalt andererseits im Einvernehmen mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abzuschließen. Diese Verträge sind nur dann gültig, wenn sie schriftlich abgeschlossen wurden.

Beziehungen zu anderen als in §148 genannten Krankenanstalten

§149. (1) Die erkrankte Person kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in §148 genannten Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn in dem Bundesland, in dem die erkrankte Person ihren Wohnsitz hat, keine Krankenanstalt im Sinne des §148 besteht oder die erkrankte Person zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des §148 bei der Anwendung der Bestimmungen des §145 Abs2 gleichzuhalten. §144 Abs3 gilt entsprechend.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Überprüfung der Identität des Patienten/der Patientin und die rechtmäßige Verwendung der e-card, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt/eine vom Versicherungsträger beauftragte Fachärztin in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten. Die Überprüfung der Identität ist für Patienten/Patientinnen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr nur im Zweifelsfall vorzunehmen. Die in Abs1 genannten Krankenanstalten sind verpflichtet, die e-card und die e-card-Infrastruktur nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit zu verwenden.

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe 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 € abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Dachverband und Fachverband der Gesundheitsbetriebe abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. 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.

(3a) Der Betrag nach Abs3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2009 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2019 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2019 gegenüber dem Jahr 2018 gestiegen sind, zuzüglich 14,7 Millionen Euro. Die Pauschalbeträge ab dem Jahr 2020 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag

des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. §447f Abs1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

(4) Für die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eingerichteten Krankenanstalten sind die Höhe der Verpflegskosten und die Zahlungsbedingungen hiefür durch einen Vertrag festzulegen. Dieser ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Dachverband mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) §447f Abs7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag von dem nach §150 Abs2 zweiter Satz in der Satzung festgesetzten Betrag zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist, soweit jedoch Abs3 erster Satz anzuwenden ist, vom Träger der Krankenanstalt an den Fonds nach Abs3 zweiter Satz zu überweisen ist; die an den Fonds überwiesenen, tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs3 gegenzuverrechnen.

Pflegekostenzuschuß des Versicherungsträgers bei Anstaltpflege

§150. (1) War die Anstaltpflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuß zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltpflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach §149 Abs3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß §149 nicht zustande kommen, oder
2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß §149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach §149 Abs3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach §149 Abs3 zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des §149 Abs3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.

(3) §447f Abs7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist, soweit jedoch Abs2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach §149 Abs3 zweiter Satz einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenden Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs3 gegenzuverrechnen."

3. Die §§11, 12 und 13 sowie Anhang 4 der Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (Satzung 2016), kundgemacht als Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung Nr 122/2016, idF 3. Änderung der Satzung 2016 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, kundgemacht als Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung Nr 225/2018, lauteten wie folgt (die mit den Hauptanträgen zur Satzung 2016 angefochtenen Bestimmungen sind hervorgehoben):

"Kostenerstattung für Anstaltpflege

§11. Die BVA erstattet die Kosten einer Anstaltpflege nach Maßgabe von Anhang 4, soweit §12 dieser Satzung, §58 B-KUVG, §7b SV-EG, ein Staatsvertrag oder eine Verordnung des Rates der Europäischen Union nichts anderes vorsieht.

Besondere Leistungen im Ausland

§12. Die BVA übernimmt die notwendigen tatsächlichen Kosten von notwendiger und zweckmäßiger ärztlicher Hilfe oder Anstaltpflege, wenn sich der Patient/die Patientin zu ihrer Inanspruchnahme ins Ausland begeben muss, weil diese oder eine gleichwertige Leistung im Inland nicht oder nicht zeitgerecht erhältlich ist. Dies gilt nicht, wenn die

Untersuchung oder Behandlung im Rahmen der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe aufgrund eines Staatsvertrages oder einer Verordnung des Rates der Europäischen Union erbracht werden könnte. Die Kostenerstattung wird um jenen Betrag vermindert, der bei Inanspruchnahme eines/einer vergleichbaren Vertragspartners/Vertragspartnerin im Inland als Behandlungsbeitrag bezahlt werden müsste. Unbeschadet dieser Ansprüche erstattet die BVA im Fall des §7b Abs4 SV-EG mindestens den sich aus Abs6 dieser Bestimmung ergebenden Betrag.

Erste Hilfe

§13. Tritt ein Unfall, eine plötzliche Erkrankung oder ein ähnliches Ereignis im Inland ein, und kann ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der BVA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten, ersetzt die BVA die tatsächlichen Kosten dringend notwendiger Leistungen, und zwar

1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 180 % des Tarifes des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartners/Vertragspartnerin für nicht dringliche Leistungen;
2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird;
3. von Anstaltpflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen

Anhang 4

Kostenerstattung für Anstaltpflege (§11)

(1) Wurde der/die Anspruchsberechtigte stationär in die Sonderklasse einer durch einen Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalt aufgenommen oder dort tagesklinisch behandelt, erstattet die BVA – soweit kein Vertrag über die Abgeltung solcher Leistungen mit dieser Krankenanstalt besteht – Anstaltsgebühren, ärztliche Honorare und vergleichbare Entgelte

1. in operativen Fällen bis zu einem Tagespauschale von 15,50 Euro je Tag der Anstaltpflege zuzüglich der Operationsvergütung gemäß Abs3;
2. in anderen Fällen bis zu einem Tagespauschale von 26,20 Euro je Tag der Anstaltpflege.

(2) Wurde der/die Anspruchsberechtigte in eine nicht durch einen Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalt aufgenommen, erstattet die BVA zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer

1. Pflegegebühren bis zum Pflegekostenzuschuss von 251,37 Euro je Tag notwendiger Anstaltpflege, soferne nicht der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds leistungszuständig ist,

2. den Anstaltsgebühren vergleichbare Entgelte und ärztliche Honorare unter Anwendung des Abs1.

(3) Zur Bemessung der Operationsvergütung werden die Operationen in das Operationsgruppenschema der jeweils geltenden Direktverrechnungsvereinbarung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs mit der Ärztekammer für Wien eingestuft. Der ermittelten Operationsgruppe entsprechend werden für Operation, Assistenz und Narkose höchstens die nachgenannten Beträge geleistet, wobei

- bei besonderer Schwierigkeit einer Operation und entsprechender Begründung die nächsthöhere Gruppe für Operation und Assistenz herangezogen wird,
- bei Operationsgruppe 1 und 2 eine Assistenz nur dann vergütet wird, wenn ihre Notwendigkeit begründet ist,
- bei gleichzeitiger Ausführung von mehreren Operationen 100 % der Vergütung für die nach dem Operationsgruppenschema am höchsten eingestufte Operation, für jede weitere Operation (in der gleichen oder niedrigeren

Operationsgruppe) höchstens 50 % des für die jeweilige Operationsgruppe vorgesehenen Betrages geleistet wird, höchstens aber 200 % des für die am höchsten eingestufte Operation vorgesehenen Betrags.

Operation:

Gruppe 1 EUR 40,43

Gruppe 2 EUR 80,86

Gruppe 3 EUR 139,67

Gruppe 4 EUR 249,93

Gruppe 5 EUR 485,17

Gruppe 6 EUR 690,99

Gruppe 7 EUR 977,68

Gruppe 8 EUR 1.257,02

1. Assistenz:

Gruppe 1 EUR 13,23

Gruppe 2 EUR 16,91

Gruppe 3 EUR 21,32

Gruppe 4 EUR 41,17

Gruppe 5 EUR 96,30

Gruppe 6 EUR 117,62

Gruppe 7 EUR 193,33

Gruppe 8 EUR 248,46

2. Assistenz:

Gruppe 1 EUR 0,00

Gruppe 2 EUR 0,00

Gruppe 3 EUR 0,00

Gruppe 4 EUR 21,32

Gruppe 5 EUR 41,17

Gruppe 6 EUR 55,13

Gruppe 7 EUR 96,30

Gruppe 8 EUR 124,23

Narkose (außer durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie)

Gruppe 1 EUR 0,00

Gruppe 2 EUR 16,91

Gruppe 3 EUR 21,32

Gruppe 4 EUR 41,17

Gruppe 5 EUR 48,52

Gruppe 6 EUR 62,48

Gruppe 7 EUR 96,30

Gruppe 8 EUR 138,20

Narkose (durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie)

Gruppe 1 EUR 21,32

Gruppe 2 EUR 21,32

Gruppe 3 EUR 21,32

Gruppe 4 EUR 41,17

Gruppe 5 EUR 110,27

Gruppe 6 EUR 172,75

Gruppe 7 EUR 241,85

Gruppe 8 EUR 310,95"

III. Anlassverfahren, Antragsvorbringen und Vorverfahren

1. Die Klägerin des Anlassverfahrens und nunmehrige Antragstellerin war als Lehrerin bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA; nunmehr: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – BVAEB) krankenversichert. Am 2. Februar 2019 erlitt sie bei einem Schiunfall in Zürs eine Schenkelhalsfraktur und wurde mit dem Akja bzw dem Rettungswagen in die nächstgelegene Krankenanstalt, ein privates Unfallsanatorium in Lech am Arlberg, das zwar eine "PRIKRAF-Krankenanstalt", aber kein Vertragspartner der BVA (BVAEB) ist, transportiert. Dort wurde ihr zu einer alsbaldigen Operation geraten, um das Risiko einer Hüftkopfnekrose möglichst gering zu halten. Aus diesem Grund hat sich die Antragstellerin dieser Operation noch in dem privaten Unfall-sanatorium unterzogen. Das Unfallsanatorium stellte der Antragstellerin für seine Leistungen samt stationärem Aufenthalt in der Sonderklasse vom 2. bis zum 7. Februar 2019 ein (näher aufgeschlüsseltes) Honorar in Höhe von insgesamt € 13.106,96 in Rechnung.

2. Am 3. April 2019 beantragte die Antragstellerin die Erstattung dieser Kosten von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der späteren Beklagten. Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter gab dem Begehr mit Bescheid vom 29. Mai 2019 in Höhe von € 985,61 statt und wies das Mehrbegehr ab.

Weiters erhielt die Antragstellerin vom Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) einen Pflegekostenzuschuss in Höhe von € 2.392,78 sowie Leistungen von einer privaten Kranken-Zusatzversicherung, nämlich € 155,53 für Rettungstransportkosten, € 1.534,20 für Verpflegungskosten für ihren stationären Aufenthalt vom 2. bis zum 7. Februar 2019 sowie € 4.357,80 für weitere Rechnungsposten des Unfallsanatoriums. Auf die gesamte Rechnungssumme des Unfallsanatoriums ergab sich damit eine offene Differenz von € 3.681,04.

3. Mit Klage vom 1. Juli 2019 begehrte die Antragstellerin Kostenersatz im gesetzlichen Ausmaß, in eventu Kostenersatz – zusätzlich zu den bereits geleisteten Beträgen (€ 985,61 und € 2.392,78) – in Höhe der noch offenen Differenz von € 3.681,04.

4. Das Landesgericht Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht sprach mit Urteil vom 5. März 2020 aus, dass die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter schuldig sei, der klagenden Partei (und nunmehrigen Antragstellerin) € 985,61 an Kostenersatz zu leisten, und wies die Klage im Übrigen ab.

Das Landesgericht Feldkirch stellte unter anderem fest, dass ein Oberschenkelhalsbruch innerhalb von 24 Stunden operativ versorgt werden solle. Eine frühzeitige Operation innerhalb von sechs bis 24 Stunden halbiere des Risiko einer Hüftkopfnekrose. Bei einem "Zeitfenster" von 24 Stunden spreche man nicht von einem medizinischen Notfall. Da die Klägerin erst 53 Jahre alt und aktiv gewesen sei sowie eine sehr gute Knochenqualität habe, sei es ihr ohne größeres Risiko möglich gewesen, die "identische Operation" bei einem Vertragspartner der beklagten Partei (Landeskrankenhäuser Bregenz, Bludenz oder Feldkirch oder Stadtkrankenhaus Dornbirn) durchführen zu lassen.

In rechtlicher Hinsicht begründete das Landesgericht Feldkirch als Arbeits- und Sozialgericht seine Entscheidung wie folgt:

"Gemäß §68a B-KUVG gebührt einem Versicherten zu den Kosten der Inanspruchnahme einer Anstaltpflege in einer Krankenanstalt nach §149 Abs3 erster Satz ASVG, mit der die beklagte Partei in keinem Vertragsverhältnis steht, vom Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfond (PRIKRAF) nach §149 Abs3 zweiter Satz ASVG ein Pflegekostenzuschuss. Dieser ist vom PRIKRAF im Namen der Sozialversicherung an den Versicherten zu leisten.

Die PRIKRAF-Finanzierung umfasst nur die stationäre Anstaltpflege. Nach der

Rechtsprechung ist unter Anstaltpflege die einheitliche und unteilbare Gesamtleistung zu verstehen. Von dieser Abgeltung sind die Unterkunft, die ärztliche Untersuchung und Behandlung sowie die Beistellung von Heilmittel und Hilfsmitteln und sonstiger therapeutischer Behelfe umfasst. Mit den Zahlungen der Krankenversicherungsträger an den PRIKRAF sind grundsätzlich sämtliche erforderliche medizinische Leistungen im Rahmen der Anstaltpflege abgegolten.

Die Klägerin hat keine Vertragseinrichtung der beklagten Partei in Anspruch genommen. Beim Unfallsanatorium Dr. [N.N.] handelt es sich um eine vom PRIKRAF finanzierte Krankenanstalt, mit dieser jedoch weder ein Einzelvertrag im Sinne der PRIKRAF-Gesamtverträge noch ein Vertrag über die Direktverrechnung der Leistungen gemäß §59 Abs1 B-KUVG (Sonderklassenvergütung) besteht. Der Klägerin steht demnach ein Pflegekostenzuschuss gemäß §§68a B-KUVG iVm 150 Abs2 ASVG zu. Der vorgesehene Pflegekostenzuschuss wurde bereits vom PRIKRAF im Namen der Sozialversicherung an die Klägerin geleistet. Aufgrund der entsprechenden Pauschalzahlungen der beklagten Partei an den PRIKRAF sind somit sämtliche in Rechnung gestellten Leistungen außer der Transport, die mitgegebenen Medikamente, die Facharztkonsultation und die Operation zur Gänze abgegolten.

Gemäß §59 Abs1 B-KUVG sind die Kosten einer Inanspruchnahme der Anstaltpflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu ersetzen. Bei der Festsetzung dieses Ersatzes ist auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt Bedacht zu nehmen. Die Kostenerstattung ist um den Betrag zu vermindern, der vom Versicherten als Behandlungsbeitrag (§63 Abs4) bzw als Rezeptgebühr (§64 Abs3) bei Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bzw von Heilmitteln als Sachleistung zu leisten gewesen wäre.

Der Kostenersatz der beklagten Partei ist in §11 ihrer Satzung geregelt. Gemäß §11 erstattet die beklagte Partei demnach die Kosten einer Anstaltpflege nach Maßgabe von Anhang 4, soweit §12 dieser Satzung, §58 B-KUVG, §7b SV-EG, ein Staatsvertrag oder eine Verordnung des Rates der Europäischen Union nichts anderes vorsieht.

Wurde der Anspruchsberechtigte stationär in der Sonderklasse aufgenommen oder dort tagesklinische behandelt, erstattet die beklagte Partei, soweit kein Vertrag über die Abgeltung solcher Leistungen mit dieser Krankenanstalt besteht, die Anstaltsgebühren, das ärztliche Honorare und vergleichbare Entgelte und zwar in operativen Fällen bis zu einem Tagespauschale von 15,50 Euro je Tag der Anstaltpflege zuzüglich der Operationsvergütung (Anhang 4 §11 Abs1 Z1).

Gemäß Anhang 4 §11 Abs3 der Satzung werden zur Bemessung der Operationsvergütung die Operationen in das Operationsgruppenschema der jeweils geltenden Direktverrechnungsvereinbarung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs mit der Ärztekammer für Wien eingestuft. Der ermittelten Operationsgruppe entsprechend werden für Operation, Assistenz und Narkose höchstens die in Anhang 4 genannten Beträge geleistet.

Laut dem genannten Operationsgruppenschema ist die durchgeföhrte Operation der Klägerin in die OP-Gruppe 6 einzustufen, weshalb die beklagte Partei eine Ersatzleistung im folgenden Ausmaß zu erbringen hat:

Tagespauschale in operativen Fällen (6 Tage á EUR 15,50) EUR 93,-

Operationsvergütung für OP-Gruppe 6 EUR 690,99

Facharztnarkose OP-Gruppe 6 EUR 172,75

Gesamt EUR 956,74

Entsprechend der Bestimmung des §59 Abs1 B-KUVG gebührt der Klägerin weiters für die mitgegebenen Heilmittel, deren Kassenabgabepreis über der Rezeptgebühr von EUR 6,10 liegt, der darüberhinausgehende Preis abzüglich der Rezeptgebühr. Lediglich bei dem Medikament 'Lovenox' liegt der Kassenabgabepreis über der Rezeptgebühr. Der Klägerin gebührt demnach für die mitgegebenen Medikamente ein Betrag von EUR 18,40 (Kassenabgabepreis für 2x Loventox EUR 30,60 – Rezeptgebühr EUR 12,20).

Gemäß §82 B-KUVG sind die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung, die aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft entstehen, im notwendigen Ausmaß nach Maßgabe der Bestimmung des §83 B-KUVG zu übernehmen. Gemäß §83 Abs3 B-KUVG sind, sofern im Falle einer zu gewährenden Anstaltpflege der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Krankenanstalt erfordert, die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung zur bzw von der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt als Pflichtleistungen zu übernehmen.

Die Kosten für den Transport mit dem Rettungswagen werden in der Höhe des Tarifes mit dem Roten Kreuz in Vorarlberg erstattet. Der Ortspauschaltarif gilt für Transporte von 0-14 km Gesamtstrecken und beträgt EUR 10,47.

Ausgehend vom festgestellten Sachverhalt, wäre ein Vertragspartner der beklagten Partei in der Lage gewesen, rechtzeitig Hilfe zu leisten, weshalb §13 der Satzung der beklagten Partei nicht zur Anwendung kommt.

Insgesamt ergibt sich daraus ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin in Höhe von EUR 985,61 (EUR 956,74 + EUR 18,40 + EUR 10,47).

Das Verfahren im vorliegenden Sachverhalt hat ergeben, dass die beklagte Partei diesen Betrag bereits an die Klägerin geleistet hat und diese vom PRIKRAF einen Pflegekostenzuschuss in Höhe von EUR 2.392,78 erhalten hat. Ein darüberhinausgehender Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung besteht nicht, weshalb das Klagebegehr abzuweisen war."

5. Gegen dieses Urteil er hob die Klägerin Berufung und stellte aus Anlass dieses Rechtsmittels unter einem den vorliegenden Gesetzes- und Verordnungsprüfungsantrag. Der Sache nach macht die Antragstellerin folgende Bedenken geltend:

Der Antragstellerin seien von den Kosten des Sanatoriums in Höhe von € 13.106,96 lediglich € 3.378,39 (nämlich € 2.392,78 Pflegekostenzuschuss durch den PRIKRAF und € 985,61 für die Operation, Facharztnarkose und Tagespauschale in operativen Fällen sowie Transportkosten und Heilmittel durch die BVA) ersetzt worden, während "beim nächstgelegenen Vertragspartner der BVA, dem Landeskrankenhaus Bludenz [...] aufgrund des LKF-Systems Kosten in der Höhe von € 10.068,- durch die BVA zu tragen gewesen [wären] (LDF-Punkte von 6.215, Bewertungsfaktor 1,62)".

5.1. §59 Abs1 zweiter und dritter Satz B-KUVG, wonach die Kosten der Inanspruchnahme der Anstaltpflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt zu ersetzen seien, widerspreche dem Legalitätsprinzip des Art18 (Abs2) B-VG. Die Satzung bedürfe als Verordnung einer inhaltlichen Bestimmung durch ein hinreichend genaues Gesetz. §59 Abs1 zweiter und dritter Satz B-KUVG sei demgegenüber eine verfassungswidrige formalgesetzliche Delegation. Insbesondere sei völlig unklar, woran das gesetzliche Kriterium der "finanziellen Leistungsfähigkeit" zu messen sei.

5.2. Diese Regelung sei aber auch unsachlich, weil lediglich auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers abgestellt und die "wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten" nicht berücksichtigt werde.

5.3. Angesichts der Verfassungswidrigkeit des §59 Abs1 zweiter und dritter Satz B-KUVG fehle es den angefochtenen Satzungsbestimmungen an der "gesetzlichen Deckung".

5.4. Selbst wenn die gesetzliche Grundlage aber nicht verfassungswidrig sein sollte, wären die Pauschalsätze für verschiedene Operationsgruppen in Anhang 4 der Satzung 2016 bzw in Anhang 1 der Satzung 2020 willkürlich festgelegt, nämlich "weit unter jenen Beträgen [...], die ein Vertragspartner des Sozialversicherungsträgers für dieselbe Leistung erhalten würde".

5.5. Unsachlich sei auch, dass §59 Abs1 erster Satz B-KUVG bei der Krankenbehandlung durch Wahlärzte einen Anspruch auf Kostenersatz in jener Höhe einräume, der "bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragspartners aufzuwenden gewesen wäre", während für den Kostenersatz "im Bereich der Anstaltpflege" auf die Regelungen der Satzung verwiesen werde. Auch §13 der Satzung 2016 bzw 2020 unterscheide zwischen dem Kostenersatz einer Krankenbehandlung und dem Kostenersatz für Anstaltpflege. Für diese Unterscheidungen bestehe keine sachliche Rechtfertigung, zumal durch die Inanspruchnahme eines "Nicht-Vertragsarztes" keinesfalls ein höherer Kostenaufwand verursacht werde.

5.6. Die in der Satzung vorgesehenen Kostenersätze für Anstaltpflege würden lediglich 30 % des Betrages ausmachen, den die BVA im Fall der Inanspruchnahme eines Vertragspartners zu leisten hätte. Der Verfassungsgerichtshof (Hinweis auf VfSlg 15.787/2000) habe zwar die Kostenersatzrate von 80 % in §131 ASVG als sachlich gerechtfertigt angesehen; für einen "Abzug im Ausmaß von 70 %" bestehe aber keine sachliche Rechtfertigung. Da der Gesetzgeber auch bei der Beitragspflicht von Versicherten nicht danach differenziere, ob der Versicherte Vertragspartner oder andere ärztliche Einrichtungen in Anspruch nehme, sei es auch nicht sachlich gerechtfertigt, dass der Versicherungsträger "auf dem Rücken der Sozialversicherungspflichtigen spart, wenn diese Leistungen von Nicht-Vertragspartnern in Anspruch nehmen". Die BVA hätte bei Inanspruchnahme des Landeskrankenhauses Bludenz € 10.068,- zu zahlen gehabt, im Fall der Antragstellerin würden aber nur € 985,61 von der BVA und € 2.392,78 vom PRIKRAF ersetzt. Dies stelle eine

Subvention der BVA und des PRIKRAF "auf dem Rücken der Sozialversicherungspflichtigen dar", die auf Grund der Pflichtversicherung "in dieser Hinsicht nicht einmal ein Wahlrecht" hätten. §59 Abs1 zweiter und dritter Satz B-KUVG und §11 sowie Anhang 4 der Satzung 2016 widersprüchen daher dem Gleichheitssatz (Art2 StGG, Art7 B-VG).

5.7. §13 der Satzung 2016 bzw der Satzung 2020 schränke mit der Wortfolge "wenn ein Vertragsarzt [...] nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann" seine gesetzliche Grundlage (§59 Abs3 B-KUVG) in gesetzwidriger Weise ein. Diese Einschränkung sei auch unsachlich, weil vom Versicherten im Fall eines Unfalles und der damit verbundenen Ängste und Schmerzen nicht verlangt werden könne abzuklären, ob allenfalls ein Vertragspartner in der Nähe ebenso hätte Hilfe leisten können. Dies würde für den Versicherungsnehmer auch zu einer unzumutbaren Einschränkung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten führen und die verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechte auf Leben und Gesundheit ("Art85 B-VG, Art3 EMRK, 13. ZP-EMRK") verletzen. Unsachlich wäre es auch, die finanziellen Interessen des Versicherungsträgers über die menschliche Gesundheit bzw das Leben zu stellen.

6. Die Bundesregierung hat eine Äußerung erstattet, in der sie die Zulässigkeit des Gesetzesprüfungsantrages (teilweise) bestreitet und im Übrigen den im Antrag gegen §59 B-KUVG erhobenen Bedenken wie folgt entgegentritt:

"1. Zu den Bedenken im Hinblick auf das Legalitätsprinzip

1.1. Die Antragstellerin bringt vor, die in §59 Abs1 zweiter (und dritter) Satz B-KUVG enthaltene Ermächtigung, den Umfang des Kostenersatzes bei Inanspruchnahme einer Anstaltpflege außerhalb der allgemeinen Gebührenklasse in der Satzung zur regeln, stelle eine unzulässige formalgesetzliche Delegation dar. Die Gesetzgebung sei verpflichtet, das Verhalten des Verordnungsgebers bei der Erlassung von Durchführungsverordnungen hinreichend zu determinieren. Das Gegenteil sei hier der Fall: Dem Satzungsgeber werde völlig freie Hand gelassen, in welchem Umfang und in welcher Art der Kostenersatz geregelt werden solle. Insbesondere sei das Kriterium der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers unklar und darüber hinaus unsachlich, da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des jeweiligen Versicherten außer Acht gelassen werde.

1.2. Gemäß Art120b Abs1 B-VG haben die Selbstverwaltungskörper das Recht, ihre Aufgaben in eigener Verantwortung frei von Weisungen zu besorgen und im Rahmen der Gesetze Satzungen zu erlassen. In der Literatur wird diese Ermächtigung – anders als nach schon älterer Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes; vgl VfSlg 18.637/2008 – nach herrschender Auffassung als Befugnis zur Erlassung gesetzesergänzender Verordnungen und nicht bloß von Durchführungsverordnungen der Selbstverwaltungskörper aufgefasst (vgl Mayer/Kucsko-Stadlmayer/Stöger, Bundesverfassungsrecht11 Rz. 920/1). Demnach sollen solche Verordnungen nicht gegen bestehende Gesetze verstößen dürfen und die Determinierungspflicht der Gesetzgebung geringer sein als bei Regelungen, die durch Verordnung gemäß Art18 Abs2 B-VG durchgeführt werden (vgl Stolzlechner, Art120b B-VG, in Kneihs/Lienbacher [Hrsg.], Rill-Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht, Rz. 19).

1.3. Unabhängig von der Frage des unterschiedlichen Determinierungsgrades hat sich die Prüfung der Frage, ob das Gesetz hinreichend determinierend ist, nicht auf den Wortlaut der die Verordnung unmittelbar stützenden Gesetzesstelle zu beschränken, sondern es muss vielmehr der Gesamthalt des Gesetzes ? nach seiner Entstehungsgeschichte, dem Gegenstand und dem Zweck der Regelung ? berücksichtigt werden (vgl ua VfSlg 12.118/1989). Von einer unzulässigen formalgesetzlichen Delegation kann nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes dann nicht gesprochen werden, wenn die Gesetzgebung zwar an jener Stelle des Gesetzes, an der sie eine Verwaltungsbehörde zur Verordnungserlassung beruft, den Inhalt der Regelung nicht in einer dem Art18 B-VG entsprechenden Weise bestimmt, jedoch an anderer Stelle des Gesetzes den Inhalt der Verordnung ausreichend determiniert (vgl VfSlg 39

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